

# Le statut actuel de la thérapie EMDR, les domaines cibles spécifiques et les objectifs pour l'avenir.

---

**Suzy J. M. A. Matthijssen**

*Altrecht Academic Anxiety Centre, Altrecht GGZ, Utrecht, The Netherlands  
Utrecht University, Utrecht, The Netherlands*

**Christopher W. Lee**

*Murdoch University, Murdoch, Australia  
The University of Western Australia, Crawley, Australia*

**Carlijn de Roos**

*Amsterdam University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands*

**Ian G. Barron**

*University of Massachusetts, Amherst, Massachusetts*

**Ignacio Jarero**

*Mexican Association for Mental Health Support in Crisis, Mexico*

**Elan Shapiro**

*Ramat Yishay, Israel*

**E. C. Hurley**

*Soldier Center, Clarksville, Tennessee*

**Sarah J. Schubert**

*Psychology Training, Perth, Western Australia*

**Joyce Baptist**

*Kansas State University, Manhattan, Kansas*

**Benedikt L. Amann**

*Instituto de Neuropsiquiatria i Addicciones (INAD), Barcelona, Spain  
Hospital del Mar Medical Research Institute (IMIM), Barcelona, Spain  
Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) Barcelona, Spain*

**Ana Moreno-Alcázar**

*Instituto de Neuropsiquiatria i Addicciones (INAD), Barcelona, Spain  
Hospital del Mar Medical Research Institute (IMIM), Barcelona, Spain  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, Madrid, Spain*

**Jonas Tesarz**

*University Hospital Heidelberg, Heidelberg, Germany*

**Ad de Jongh** 

*University of Amsterdam and Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands  
Salford University, Manchester, United Kingdom  
University of Worcester, Worcester, United Kingdom  
Queen's University, Belfast, Northern Ireland*

This article originally appeared as: Matthijssen et coll. (2020). The Current Status of EMDR Therapy, Target Areas, and Goals for the Future. *Journal of EMDR Practice and Research*, 14(4), 2020.

© 2020 EMDR International Association <http://dx.doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00039>

Translated by F. Mousnier-Lompré.

La thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) est considérée comme un traitement fondé sur des preuves pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez l'adulte, mais il y a des différences dans la façon dont les diverses directives internationales de traitement jugent la solidité de cette base de preuves. En outre, dans des domaines autres que le TSPT de l'adulte, les principales lignes directrices diffèrent encore davantage quant à la solidité de ces preuves et quant au moment où on utilisera l'EMDR. En 2019 a été lancée la Commission de chercheurs sur l'avenir de la thérapie EMDR. Plusieurs groupes de travail ont été créés dans cette commission, l'un d'entre eux étant centré sur la recherche. Le présent article a été produit par ce groupe de travail. Le groupe a tout d'abord conclu qu'il y avait cinq domaines pour lesquels il existait une certaine base factuelle indiquant que l'EMDR était efficace, mais que davantage de données étaient nécessaires pour augmenter la probabilité qu'elle soit prise en compte dans les futures directives internationales de traitement. Ces domaines couvraient le TSPT chez les enfants et les adolescents, les interventions EMDR précoces, les TSPT liés aux conflits armés, la dépression unipolaire et la douleur chronique. Les recherches portant sur le rapport coût-efficacité de la thérapie EMDR ont été en outre identifiées comme l'une des priorités à aborder. Nous avons employé un système de hiérarchisation pour classer et évaluer les preuves dans les différents domaines abordés. Après avoir évalué les 120 études de résultats relatives à ces domaines, nous concluons ici que pour deux d'entre eux (le TSPT chez l'enfant et l'adolescent et les recherches portant sur les interventions EMDR précoces), la force des preuves est évaluée au niveau le plus élevé, tandis que les autres domaines obtiennent le deuxième niveau le plus élevé. Nous formulons également quelques recommandations générales pour améliorer la qualité des futures recherches sur l'efficacité de la thérapie EMDR.

Mots-clés : thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) ; trouble de stress post-traumatique (TSPT) pédiatrique ; interventions EMDR précoces ; TSPT lié au combat ; dépression ; douleur chronique.

Depuis la première étude publiée par Francine Shapiro en 1989, les résultats de plus de 30 ECR étudiant l'efficacité de la thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ont été publiés (De Jongh et coll., 2019). Les résultats positifs rapportés dans ces études ont conduit à l'inclusion de la thérapie EMDR comme l'un des traitements de premier choix pour le TSPT dans la plupart des recommandations internationales de traitement. Il est à noter que ces recommandations diffèrent dans l'importance qu'elles accordent à la thérapie EMDR en tant que premier choix de traitement. Par exemple, alors que la Société internationale d'études sur le stress traumatique (ISTSS, 2019) recommande fortement l'utilisation de la thérapie EMDR comme traitement du TSPT à la fois chez l'adulte et chez l'enfant, l'*American Psychological Association* (APA) ne recommande que son utilisation conditionnelle chez les patients adultes (APA, 2017). De même, les lignes directrices du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recommandent la thérapie EMDR pour les adultes souffrant de TSPT, à l'exception des TSPT liés au combat et seulement sous certaines conditions comme choix de traitement thérapeutique pour les enfants souffrant de TSPT (NICE, 2018). Des analyses des diverses directives en matière de traitement attribuaient les différences de recommandations à la période à laquelle ces analyses avaient lieu, ainsi qu'aux critères d'inclusion employés et à des questions méthodologiques au sein des études, telles que le choix des mesures, la proportion exigée de patients diagnostiqués avec un TSPT dans les études retenues et la taille requise de l'échantillon (Dominguez & Lee, 2019 ; Hamblen et coll., 2019). Cependant, dans toutes les directives de traitement récentes, sauf une, le traitement du TSPT de l'adulte par l'EMDR a reçu le niveau de classement le plus élevé pour le soutien empirique à l'efficacité de la thérapie EMDR dans le traitement du TSPT chez l'adulte.

En 2019 a été lancée la Commission des chercheurs intitulée *Projet sur l'avenir de la thérapie EMDR*. Plusieurs groupes de travail ont été mis sur pied en son sein, l'un d'entre eux étant affecté au domaine de la recherche. Ce groupe a considéré que, bien que les directives fondées sur le traitement aient accepté la thérapie EMDR comme un traitement fondé sur des preuves pour le TSPT de l'adulte, il y a de nouvelles preuves soutenant l'EMDR comme traitement pour d'autres pathologies mentales et d'autres groupes cibles. Cependant, les preuves actuelles concernant ces pathologies ne sont peut-être pas encore suffisantes pour que la thérapie EMDR soit incluse dans les directives de pratique portant sur ces domaines. Le groupe de travail sur la recherche a identifié cinq de ces domaines : le TSPT chez l'enfant et l'adolescent, les interventions EMDR précoces, le TSPT de

guerre, la dépression unipolaire et la douleur chronique. En outre, le rapport coût-efficacité de l'EMDR a été identifié comme un autre domaine d'intérêt important. Selon le groupe de recherche, il serait bon que ces domaines fassent l'objet de recherches collaboratives et de financements privilégiés, pour augmenter la probabilité qu'après évaluation, la thérapie EMDR soit incluse dans les directives de traitement concernées.

L'objectif du présent article de position est de fournir une vue d'ensemble des recherches portant sur la thérapie EMDR dans ces domaines spécifiques. Nous avons cherché à identifier toutes les études de recherche publiées dans les cinq domaines cibles, en utilisant des moteurs de recherche courants comme PsycINFO et PubMed, **[insert Table 1 about here]** et en examinant les bibliographies des articles de synthèse et des méta-analyses pour s'assurer qu'aucune étude n'avait été oubliée. Nous avons identifié au total 120 études. 25 d'entre elles portaient sur des enfants et des adolescents souffrant de TSPT, 23 sur des interventions EMDR précoces, 24 sur le TSPT lié à un conflit armé, 23 sur la dépression unipolaire, 23 sur la douleur et deux sur le rapport coût-efficacité (cf. annexes A à E).

Pour notre analyse, nous avons utilisé un système hiérarchique simple de classification et d'évaluation des preuves développé par Sackett (1989 ; voir tableau 1). Ce système classe les études en attribuant aux grands ECR le niveau de preuve le plus élevé et aux séries de cas ou aux avis d'experts le niveau de preuve le plus faible. Ce système permet d'évaluer la solidité actuelle des preuves concernant ces domaines cibles afin de pouvoir produire des recommandations ciblées et de déterminer des priorités pour les recherches futures.

Nous présentons ci-dessous une vue d'ensemble des domaines de recherche susmentionnés en termes de quantité et de type d'études. Nous évaluons ensuite l'ensemble des preuves, identifions les lacunes existantes en matière de recherche et déterminons les priorités de recherche dans chaque domaine.

## **1. L'EMDR pour le traitement du TSPT chez l'enfant et l'adolescent**

Nous avons identifié au total 25 études évaluant l'efficacité de la thérapie EMDR individuelle pour les enfants et les adolescents souffrant de TSPT (symptômes). Il s'agit de onze ECR et de six séries/études de cas pour la thérapie EMDR individuelle, et de deux ECR et de six études de cas pour le traitement EMDR en groupe. Les dix ECR portant sur la thérapie EMDR individuelle ont donné un classement Sackett de niveau I (voir l'annexe A pour une revue des études et de leurs spécificités). Quatre de ces ECR comparaient la thérapie EMDR à une condition de contrôle sur liste d'attente, deux à des soins standards, et une à un groupe de contrôle. Cinq ECR comparaient (également) la thérapie EMDR à la thérapie cognitive-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme. La taille des échantillons au sein des études variait de 19 à 139 participants, couvrant une tranche d'âge de 4 à 18 ans. Seules deux études incluaient des enfants d'âge préscolaire. À l'exception d'une seule, toutes ces études montraient que la thérapie EMDR était associée à une réduction importante des symptômes du TSPT ou à une perte du diagnostic par rapport au groupe témoin sur liste d'attente, à la psychoéducation ou aux soins standard, et ce en un petit nombre de séances (trois à neuf séances). Seule exception, l'étude de Meentken et coll. (2020) montrait des effets supérieurs de la thérapie EMDR par rapport aux soins habituels pour les symptômes déclarés chez les enfants souffrant de phobie du sang et des injections, de dépression et de troubles du sommeil, mais pas pour les symptômes du TSPT. Bien que les cinq études ayant comparé la thérapie EMDR à la TCC centrée sur le traumatisme aient montré que les deux thérapies étaient aussi efficaces l'une que l'autre, quatre études semblent indiquer que la thérapie EMDR permet d'obtenir des améliorations en moins de séances que la TCC centrée sur le traumatisme. Outre la réduction des symptômes du TSPT et la disparition du diagnostic de TSPT, cinq études indiquent que la thérapie EMDR serait également efficace pour réduire les symptômes comorbides tels que la dépression, l'anxiété et les problèmes comportementaux. En outre, six études contrôlées non randomisées ont été publiées sur la thérapie EMDR individuelle pour des enfants et des adolescents. Trois étaient des études contrôlées non randomisées et trois autres de larges études de cas non contrôlées (voir Annexe A), toutes montrant une réduction importante des symptômes de TSPT.

En ce qui concerne la thérapie de groupe EMDR (plus de 3 mois après le traumatisme ; pour les études dans les 3 mois après le traumatisme, voir l'examen des études sur l'intervention précoce), deux ECR ont été réalisés et six séries de cas ou études non contrôlées ont été publiées. La taille des échantillons variait de 8 à 184, avec des enfants et des adolescents âgés de 3 à 22 ans. Dans les ECR,

la thérapie de groupe EMDR était comparée à une condition de contrôle sans traitement, montrant que la thérapie de groupe EMDR était plus efficace pour réduire les symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression que l'absence de traitement, les résultats perdurant au suivi à 3 mois. Les résultats des séries de cas en groupe et des études non contrôlées concordaient et montraient une diminution des symptômes de TSPT, ainsi que, là où ils étaient mesurés, des réductions des symptômes de dépression et d'anxiété.

### 1.1. Directives de traitement

Malgré les résultats positifs significatifs concernant la thérapie EMDR chez les enfants et les adolescents atteints de TSPT, il existe des différences entre les lignes directrices internationales en ce qui concerne les recommandations pour la thérapie EMDR. Bien que l'ISTSS (2019) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013) recommandent positivement la thérapie EMDR pour le TSPT pédiatrique, les lignes directrices du NICE (NICE, 2018) suggèrent des conditions à l'usage de la thérapie EMDR, et recommandent de ne proposer une thérapie EMDR que dans les cas où les enfants ne répondent pas ou ne s'engagent pas dans une TCC centrée sur le traumatisme. Cette décision était basée sur le fait que le NICE soulignait l'insuffisance du nombre d'ECR portant sur les enfants. Comme l'ont souligné les directives de l'INSPA (INSPA, 2018) et les méta-analyses portant sur l'EMDR pour le TSPT pédiatrique (p. ex., Brown et coll., 2017; Moreno-Alcázar et coll., 2017), la plupart des études empiriques à ce jour présentent des limites méthodologiques et un risque élevé de biais. Si deux des ECR sont de grande taille ( $N > 100$ ), la plupart des études ont utilisé de petits échantillons (de 19 à 74 sujets). Parmi les autres limites méthodologiques, citons l'absence d'un entretien clinique de diagnostic du TSPT, l'absence d'évaluations de suivi à long terme et de vérifications appropriées de la fidélité du traitement. Ces limites méthodologiques réduisent la confiance des examinateurs dans la fiabilité et la validité des résultats.

### 1.2. Priorités en matière de recherche

Afin d'améliorer la fiabilité et la validité de la thérapie EMDR dans ce groupe cible, des ECR plus rigoureux sur le plan méthodologique sont nécessaires, avec des échantillons plus importants, comparant l'EMDR à une liste d'attente et/ou des groupes de contrôle actifs (tels que la TCC centrée sur le traumatisme ou KIDNET). En outre, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer l'efficacité de la thérapie EMDR chez les enfants âgés de 4 à 18 ans, chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans) et chez les adolescents ayant subi des événements traumatiques multiples et présentant des TSPT complexes. Des recherches sont également nécessaires pour comparer l'effet sur le TSPT de l'enfant et de l'adolescent d'un traitement EMDR hebdomadaire par rapport à celui d'un traitement plus intensif, ainsi que pour évaluer le rapport coût-efficacité de la thérapie EMDR pour le traitement du TSPT pédiatrique.

## 2. L'EMDR en intervention précoce

Dans le domaine du stress traumatique, les interventions sont considérées comme précoces lorsque le traitement est initié dans les 3 mois suivant un événement traumatique (ISTSS, 2019). Ces interventions précoces visent à traiter les symptômes associés au TSPT et également à prévenir son développement et celui d'autres troubles.

Vingt-trois études ont examiné l'efficacité des interventions EMDR précoces. Il s'agit de huit ECR, de quatre études contrôlées de cas/cohortes (rétrospectives) et de 11 études de cas. En termes de critères de Sackett, on compte huit ECR, nombre suffisant pour obtenir un classement de niveau I (voir l'annexe B). Trois autres études ont comparé la thérapie EMDR au débriefing du stress lié à un incident critique, à des séances de soutien psychologique ou au réconfort. La taille des échantillons variait de 16 à 130.

Par ailleurs, 16 études non ECR d'intervention EMDR précoce ont été publiées ; deux étaient des études contrôlées non randomisées, deux autres des contrôles historiques non randomisés, et 12 des séries de cas ou des études non contrôlées. En plus de réductions significatives des symptômes du TSPT s'étant maintenues lors du suivi, l'ensemble des études soutient l'idée que l'intervention précoce de la thérapie EMDR peut également être efficace pour améliorer les symptômes de dépression ou d'anxiété.

## 2.1. Directives de traitement

Les principales directives de traitement varient considérablement dans leurs définitions de ce qu'est une intervention précoce et dans leurs recommandations concernant la thérapie EMDR en tant qu'intervention précoce. Les lignes directrices de l'OMS pour les adultes (OMS, 2013), en accord avec le DSM-5, ne considèrent le traitement comme précoce que lorsqu'il est administré au cours du premier mois post-trauma. Étant donné qu'un seul ECR sur l'EMDR était disponible au moment où ces lignes directrices ont été rédigées, l'EMDR n'a pas été recommandée pour l'intervention précoce. Les recommandations standard concernant l'EMDR après le premier mois ont été faites sur la base de relativement peu de preuves. À l'inverse, les lignes directrices du NICE (NICE, 2018) ont considéré les interventions précoces sur deux périodes de temps : les interventions au cours du premier mois ont été qualifiées de prévention, et vues comme un traitement du TSPT au cours des deux mois suivants. Parmi tous les ECR d'intervention EMDR précoce disponibles à ce moment-là, seules deux ont été identifiées ou incluses dans les analyses du NICE. Elles ne recommandaient pas l'intervention EMDR précoce pour la prévention au cours du premier mois, et ne recommandaient d'envisager la thérapie EMDR pour les traumatismes de type non militaire qu'au cours des deuxième ou troisième mois, si le patient la demandait. Quant à l'ISTSS (2019), elle définissait également la catégorie des interventions précoces comme un traitement appliqué au cours des 3 premiers mois, mais faisait une distinction entre les interventions selon qu'elles comprenaient une ou plusieurs séances. Ces directives de traitement incluaient la plupart des ECR d'intervention EMDR précoce disponibles. Elles recommandaient fortement une intervention EMDR sur plusieurs séances pour les adultes au cours des trois premiers mois suivant un traumatisme. Elles reconnaissaient également que des preuves cliniques croissantes soutiennent le recours à une seule séance d'EMDR. Bien que les tailles d'effet pré-post dans ces études soient importantes, la mauvaise qualité méthodologique des études a conduit à douter de la fiabilité de ces estimations. Les limites méthodologiques identifiées comprenaient l'hétérogénéité, la faible taille de l'échantillon et le risque de biais. En général, pour être incluses plus largement dans les lignes directrices en tant qu'intervention précoce, les études doivent être menées dans les 3 mois et se conformer à des normes de recherche exigeantes et claires comme les directives Consort.

## 2.2. Priorités en matière de recherche

En dépit de la classification en niveau I de Sackett, il existe encore des lacunes notables dans la base de données sur les preuves de l'intérêt clinique que représente l'intervention EMDR précoce. Ces lacunes suggèrent la nécessité d'effectuer des ECR avec des échantillons de plus grande taille, avec des enfants et des adolescents, et avec des interventions de groupe. En plus des études conduites après un mois, mais dans les trois mois suivant le traumatisme, il est nécessaire de mener des recherches traitant des symptômes du traumatisme dans un délai d'un mois post-trauma et avec un traitement en une seule séance. Des recherches doivent être menées pour évaluer la prévention du TSPT, avec des mesures diagnostiques administrées par un clinicien (par exemple, CAPS-5) à des personnes traitées et non traitées. D'autres domaines d'intérêt portent sur l'effet que l'intervention EMDR précoce peut avoir sur (la prévention) d'autres troubles et sur (l'augmentation de) la résilience. La priorité d'études menées sur l'intervention EMDR précoce est encore plus marquée si l'on considère la pandémie actuelle de COVID-19, où de grands groupes de personnes sont traumatisés.

## 3. Le TSPT de guerre

Parmi la population militaire, le TSPT est un état courant et handicapant, qui constitue un important enjeu de santé publique (Steenkamp et coll., 2015). Cette population présente généralement des traumatismes multiples, des symptômes traumatiques complexes et des TSPT accompagnés de difficultés particulières : parmi ces dernières figurent la peur d'oublier ceux qui sont morts et donc de ne pas les honorer, et un sentiment de responsabilité très grande de son propre rôle au combat, associé à de la culpabilité, de la honte, de la colère, un deuil compliqué et un sentiment d'impuissance (Alliger-Horn et coll., 2016 ; Litz et coll., 2009 ; Turgoose & Murphy, 2018). Il peut y avoir aussi des problèmes de bénéfice secondaire liés aux subsides financiers en cours (McNally, 2003), des douleurs chroniques (Gironde et coll., 2016), une consommation ou une dépendance à des substances addictives (Milliken et coll., 2007) et un risque de suicide (Sayer et coll., 2014).

Vingt-quatre études ont examiné le traitement EMDR du TSPT de combat, mais l'état actuel de la littérature EMDR (voir l'annexe C) suggère un classement Sackett de niveau II, car seulement six ECR, de taille plutôt réduite, ont été produits. Outre ces ECR, il existe quatre études contrôlées non randomisées, trois études contrôlées rétrospectives non randomisées, et 11 séries de cas ou études non contrôlées. Dans cinq des six ECR, l'EMDR a été comparée à un contrôle actif, comprenant notamment biofeedback et/ou relaxation, EMDR sans mouvements oculaires, désensibilisation REM et inoculation de stress avec exposition prolongée. Les contrôles non actifs dans ces six ECR étaient : absence de traitement (deux études), liste d'attente (deux études) ou les soins standards (deux études). La taille des échantillons allait de 20 à 51. Un seul des ECR avait administré un programme complet de thérapie EMDR (12 séances), conduisant à des améliorations importantes par rapport à la relaxation, au biofeedback et aux soins de routine sur les mesures du TSPT. Les résultats pour les participants EMDR indiquaient qu'au suivi à 3 mois, 78% du groupe EMDR ne répondaient plus aux critères de TSPT, contre 22% dans la condition biofeedback. Les résultats de trois des autres ECR indiquaient également des effets importants de l'EMDR sur les résultats des mesures de TSPT post-traitement, tandis que deux autres études, où on avait administré deux séances d'EMDR à des vétérans du Vietnam, ne rapportaient aucun changement dans les mesures de TSPT pré et post-traitement.

### 3.1. Directives de traitement

Conformément aux directives internationales de traitement du TSPT (ISTSS, 2019 ; OMS, 2013), les directives cliniques du ministère américain des anciens combattants et du ministère de la défense (2017) recommandent les thérapies psychologiques axées sur les traumatismes, notamment la thérapie EMDR, comme traitement de première intention du TSPT. Cependant, les lignes directrices du Royaume-Uni sur le TSPT (NICE, 2018) recommandent de ne pas proposer la thérapie EMDR pour traiter le TSPT lié au combat, en raison de l'insuffisance de preuves pour cette population. Une revue entreprise selon les lignes directrices de la Cochrane Collaboration (Kitchiner et coll., 2019) mentionnait cette conclusion, mais déclarait également que cette position est contre-intuitive étant donné la prolifération des thérapies EMDR dans le monde entier, et les preuves non-ECR montrant que l'EMDR est efficace dans le traitement des TSPT liés au service actif (Frappell-Cooke & McCauley, 2019) et aux ex-militaires (Kitchiner et coll., 2012). Cela soulève la question de savoir si la rareté des recherches ECR devrait ou non écarter la thérapie EMDR comme traitement de première instance du TSPT de guerre, en particulier pour les sujets ne répondant pas à d'autres thérapies axées sur le traumatisme, comme la thérapie de traitement cognitif et l'exposition prolongée (Kitchiner et coll., 2019 ; Steenkamp et coll., 2015). La capacité de la thérapie EMDR à traiter le TSPT et les troubles comorbides (dépression, colère, honte, culpabilité, chagrin et douleur), illustrée par plusieurs études de cas ainsi que par des preuves anecdotiques démontrant des effets positifs sur les blessures morales (Russell & Figley, 2013), met en lumière les avantages potentiels de l'EMDR pour cette population.

### 3.2. Priorités de recherche

Pour qu'elle soit prise en compte dans les recommandations militaires de traitement et dans les directives générales concernant les populations militaires, il serait nécessaire de mener des ECR rigoureux auprès d'échantillons importants (y compris des femmes) de personnel en service actif et de vétérans hospitalisés ou en soins ambulatoires, et comparant la thérapie EMDR à un traitement du traumatisme reconnu et à une liste d'attente. Il est également indispensable de fournir des doses de traitement adéquates. Une autre priorité de recherche consiste à comparer l'apport d'un traitement intensif en comparaison de séances hebdomadaires, et à déterminer si le traitement intensif entraîne un rétablissement plus rapide et un temps d'absence moindre au service (Hurley, 2018). Des ECR devraient également comparer le personnel en service actif selon qu'il est traité ou non traité, afin d'examiner l'efficacité de l'intervention EMDR précoce (Wesson & Gould, 2009) dans la prévention du diagnostic de TSPT et le traitement des symptômes de TSPT.

## 4. Dépression unipolaire

Avec 23 études publiées, on a de plus en plus de preuves de l'efficacité de la thérapie EMDR comme traitement de la dépression unipolaire. Il existe 12 ECR de petite ou moyenne taille,

entraînant une classification Sackett de niveau II (voir annexe D). Huit des études ont examiné la thérapie EMDR en tant que traitement autonome, et dans quatre autres, l'EMDR était un traitement complémentaire. En tant que traitement autonome, l'EMDR a été comparée à la TCC, à la TCC centrée sur le traumatisme, au traitement habituel (TAU ; gestion du poids et contrôle de la pression artérielle ou aucune intervention), et à une liste d'attente. Dans deux études, la thérapie EMDR a été ajoutée au TAU (thérapie psychodynamique) ou à un antidépresseur. Dans la seule étude portant sur trois groupes, la thérapie EMDR a été comparée à un entraînement à l'affirmation de soi et au TAU, tandis que tous les groupes bénéficiaient conjointement d'une TCC de groupe. De même, dans une étude comparant la thérapie EMDR à la TCC, tous les participants étaient sous antidépresseurs. Outre les 12 ECR, cinq autres études de cohorte non randomisées et six séries de cas ou conceptions à cas unique ont été publiées. Ensemble, ces études soutiennent l'efficacité de la thérapie EMDR en tant que traitement autonome et en tant que traitement complémentaire à la TCC, au TAU et aux antidépresseurs. En tant que traitement autonome, l'EMDR était plus efficace que la TCC centrée sur le traumatisme, le TAU et la liste d'attente, avec de bons taux de rémission et des effets maintenus lors du suivi. Les comparaisons avec la TCC étaient discordantes, une des études faisant état de niveaux d'efficacité similaires et une autre estimant que la thérapie EMDR était plus efficace que la TCC. En tant que traitement complémentaire, la thérapie EMDR s'est avérée plus efficace que l'entraînement à l'affirmation de soi, le TAU et les antidépresseurs, et aussi efficace que la TCC. De plus, en tant que traitement complémentaire, l'EMDR a augmenté la rapidité de réaction au traitement, renforcé la sûreté et la tolérance au traitement antidépresseur, et amélioré le TAU. Dans la seule étude portant sur trois groupes, l'EMDR associée à la TCC s'est avérée plus efficace que l'entraînement à l'affirmation de soi associé à la TCC et que le TAU associé à la TCC. Ces résultats s'étaient maintenus lors du suivi.

#### 4.1. Directives de traitement

Les lignes directrices du NICE (2020) et de l'APA (2019) pour le traitement de la dépression n'ont pas évalué la thérapie EMDR et celle-ci n'est pas mentionnée dans leurs lignes directrices et ne figure pas parmi les traitements recommandés. Malgré les résultats prometteurs des études existantes, le manque d'essais cliniques randomisés (ECR) robustes et de grande envergure rend difficile de tirer des conclusions fermes sur l'efficacité de l'EMDR comme traitement de la dépression unipolaire.

#### 4.2. Priorités de recherche

Les lacunes méthodologiques telles que la taille réduite des échantillons, la brièveté des suivis, la description insuffisante de la randomisation et l'absence d'une condition de contrôle actif ou de comparaison avec le TAU, d'évaluateurs en aveugle et indépendants et d'entretiens diagnostiques pré et post-traitement, devront être abordées dans les études futures. D'autres recherches devront également inclure des enfants et des adolescents et évaluer l'EMDR en tant que traitement de la dépression du post-partum, psychotique, persistante et saisonnière.

### 5. Douleur chronique et aiguë

À ce jour, 23 études ont examiné l'efficacité de la thérapie EMDR sur différentes pathologies de la douleur chronique et aiguë (voir Annexe E). En plus de huit ECR avec des tailles d'échantillon allant de 28 à 75, 15 études non contrôlées et séries de cas ont été menées. Étant donné que ces études portaient pour la plupart sur un nombre restreint de participants, il convient de les classer au niveau II de Sackett. Les études sur la douleur chronique portent sur des douleurs chroniques du dos, des douleurs dues à la polyarthrite rhumatoïde, des douleurs du membre fantôme, des douleurs dues à la fibromyalgie ou des douleurs chroniques diffuses. Les études sur la douleur aiguë portent sur les migraines et les douleurs aiguës consécutives à une intervention chirurgicale abdominale. (Pour un examen plus détaillé, voir Tesarz et coll., 2019). Ces études montrent que la thérapie EMDR conduit à des réductions plus importantes de l'intensité de la douleur par rapport à la liste d'attente, à un entretien neutre, au TAU, à la médication standard, à l'imagerie guidée ou à la thérapie éclectique. Lors de mesures, l'application de la thérapie EMDR était associée à une diminution des symptômes de comorbidité comme l'anxiété et les symptômes dépressifs, ainsi qu'à une amélioration des cognitions liées à la douleur et à une meilleure qualité de vie.

## 5.1. Directives de traitement

Bien que les ECR mentionnés ci-dessus fournissent des preuves préliminaires de l'efficacité de l'EMDR dans le traitement de la douleur chronique, la thérapie EMDR n'est pas incluse dans les lignes directrices actuelles pour le traitement de la douleur.

## 5.2. Priorités de recherches

Il est clair que des études menées avec une grande rigueur méthodologique sont indispensables. Ces études devraient idéalement porter sur des échantillons de grande taille, inclure dans toute la mesure du possible une liste d'attente et un groupe contrôle actif tel que la TCC, le TAU ou les techniques d'imagerie, et faire appel à la participation de plusieurs thérapeutes. En outre, afin d'obtenir une mesure plus précise de l'intensité de la douleur, il conviendrait d'inclure des évaluations de la douleur à différents moments de la journée, par le biais de la rédaction par les participants d'un "journal de la douleur". Nous recommandons également des évaluations multimodales et des évaluations fonctionnelles menées par des évaluateurs indépendants. Par ailleurs, il y a une volonté croissante de mieux comprendre les différences individuelles entre les patients souffrant de douleurs chroniques (Fillingim, 2017), et d'adopter des approches thérapeutiques plus personnalisées dans le traitement de la douleur. Par conséquent, il est nécessaire de mener des études où on étudiera le rôle de prédicteurs et de médiateurs, comme la sévérité du TSPT ou des symptômes comorbides, la médication au départ de la thérapie, et les cibles choisies (par exemple, le TSPT ou les souvenirs liés à la douleur). En ce qui concerne les études expérimentales, il est important d'effectuer des recherches qui permettront de mieux comprendre les mécanismes produisant, grâce à l'EMDR, une réduction de la douleur. Afin de pouvoir interpréter de manière fiable les résultats de l'effet de l'EMDR, des descriptions plus détaillées des souvenirs ciblés, l'ordre dans lequel on les a ciblés, le type de protocoles utilisés, et la manière dont la fidélité à la thérapie EMDR est mesurée sont autant de sujets pertinents à rapporter dans des articles.

## 6. Études coût-efficacité sur l'EMDR

Les sections ci-dessus se sont concentrées sur la recherche des résultats de la thérapie EMDR. Il est important de comprendre non seulement comment une intervention fonctionne dans des conditions plus pures (études explicatives ou portant sur l'efficacité), mais aussi comment elle fonctionne lorsqu'elle est administrée dans des conditions réelles (études pragmatiques ou sur l'efficacité). Les décideurs politiques, les assurances maladie et les prestataires de soins s'intéressent de plus en plus à la fois à l'efficacité d'une forme d'intervention particulière et aux coûts et avantages de celle-ci lorsqu'ils font un choix entre des alternatives (Dal-Ré et coll., 2018). Les études sur le rapport coût-efficacité adoptent des angles de vue différents lorsqu'il s'agit de calculer les coûts et les économies en matière de santé : l'un de ces points de vue est celui du payeur, pour qui on va évaluer les coûts et les conséquences pour une partie spécifique (patient, employeur ou assureur). Un autre angle de vue, pour la réalisation d'études coût-efficacité, est celui des soins de santé, qui s'intéresse aux coûts et aux conséquences au sein d'un système de santé. Et enfin, il y a la perspective sociale, qui tient compte de tous les coûts et avantages qui découlent de l'intervention envisagée, indépendamment de qui en bénéficie. Cette dernière perspective en particulier, consistant à mesurer l'ensemble des coûts et bénéfices pertinents des interventions, constitue un défi important ; en général, et tout particulièrement en ce qui concerne la thérapie EMDR, très peu de recherches, malheureusement, ont été menées sur les coûts et les bénéfices des interventions.

Deux études, dont un ECR, ont investigué les bénéfices du traitement EMDR sur le plan de l'économie de la santé. Dans l'une d'elles, l'analyse économique de la santé qui portait sur les trois points de vue décrits ci-dessus évaluait la question de savoir si le traitement du TSPT chez les patients atteints d'un trouble psychotique serait économiquement abordable, voire susceptible de réduire les coûts. Les auteurs ont calculé ces résultats en comparant avec les avantages économiques de santé de la TCC centrée sur le traumatisme. Les résultats, issus d'un échantillon de 155 patients externes, ont montré que l'ajout d'un traitement EMDR aux soins standards pour les personnes souffrant de TSPT et de psychose comorbide permettait davantage d'économies que l'ajout d'une TCC centrée sur le traumatisme (respectivement 1 574 € et 422 € par patient sur une période de 6 mois ; De Bont et coll., 2019). Il serait bon que les recherches futures sur le rapport coût-efficacité de l'EMDR soient guidées par les recommandations d'experts dans ce domaine, telles que CHEERS (Husereau et coll., 2013) ou le rapport du groupe de travail sur les bonnes pratiques de recherche



d'ISPOR (Ramsey et coll., 2015). Dans une autre étude, les coûts et bénéfices du traitement des participants souffrant de TSPT par les services britanniques de santé mentale ont été analysés à l'aide d'un modèle hybride d'analyse décisionnelle composé d'un arbre de décision suivi d'un modèle de Markov à trois états (Mavranouzouli et coll., 2020). Les auteurs ont conclu que l'EMDR était l'intervention la plus rentable pour les adultes souffrant de TSPT parmi les 11 types d'interventions évaluées. En revanche, ils ont conclu que la TCC centrée sur le traumatisme semblait moins rentable que les autres interventions (thérapies somatiques/cognitives combinées, psychoéducation, auto-assistance avec soutien psychologique et ISRS) et que le soutien psychologique était moins rentable que l'absence de traitement (en raison de son efficacité clinique relativement faible et du coût de prestation de services associé). Il serait souhaitable que cette importante étude d'efficacité soit menée dans d'autres services de santé, pour évaluer si elle est généralisable.

## 7. Résumé et recommandations

Dans cet article, nous avons identifié les lacunes dans le corpus actuel des recherches sur l'EMDR afin d'établir l'état actuel des choses et de formuler des recommandations concernant les recherches futures sur la thérapie EMDR. Nous avons passé en revue les éléments de preuve dans cinq domaines où l'EMDR s'est avérée prometteuse au-delà du traitement du TSPT chez l'adulte. Sur la base des niveaux de preuve de Sackett, il apparaît que pour deux des domaines cibles, la force des preuves de la recherche est suffisante pour qu'elle soit classée au niveau I, tandis que les autres domaines cibles répondent aux critères de niveau II (voir Tableau 2).

Dans le premier domaine cible répondant au critère de Sackett de niveau I, le TSPT chez les enfants et les adolescents, les recherches montrent que la thérapie EMDR est associée à une réduction significative des symptômes de TSPT ou à une perte du diagnostic de TSPT comparativement à une liste d'attente, à un autre groupe de contrôle ou aux soins standards, et qu'elle est aussi efficace que la TCC centrée sur le traumatisme. Des preuves préliminaires indiquent que la thérapie EMDR obtient des résultats significatifs en moins de séances que la TCC centrée sur le traumatisme. En ce qui concerne les recherches sur l'intervention EMDR précoce, l'autre domaine cible remplissant le critère de niveau I de Sackett, les résultats suggèrent que la thérapie EMDR est efficace à réduire les symptômes du TSPT et plus efficace que la liste d'attente ou les conditions de contrôle TAU, le soutien psychologique et le débriefing sur le stress liés aux incidents critiques.

De même, dans les études sur le TSPT lié au combat, domaine qui obtient le niveau II de Sackett, la thérapie EMDR s'est avérée aussi efficace que l'EMDR sans mouvement oculaire ou que la TCC centrée sur le traumatisme (par exemple, l'exposition prolongée), bien que la "désensibilisation REM" se soit montrée plus efficace dans une étude.

Dans le domaine de la dépression unipolaire, qui répond également au critère de niveau II de Sackett, la thérapie EMDR s'est avérée efficace pour réduire les symptômes dépressifs en tant que traitement unique et en complément de la TCC, du TAU ou d'un traitement par antidépresseurs. En tant que traitement unique, la thérapie EMDR s'est avérée plus efficace que la TCC centrée sur le traumatisme, le traitement habituel (TAU) ou les conditions de contrôle de la liste d'attente. **Insert Table 2. around here** Comparée à la TCC, les résultats manquent de cohérence, une étude faisant état d'une efficacité égale des deux thérapies et une autre d'une efficacité supérieure de l'EMDR. En traitement complémentaire, la thérapie EMDR s'est avérée plus efficace que l'entraînement à l'affirmation de soi, le TAU et les antidépresseurs, et aussi efficace que la TCC. Dans le domaine du traitement de la douleur chronique, la thérapie EMDR répond également au critère de niveau II de Sackett et les études montrent qu'elle produit une plus grande réduction de l'intensité de la douleur que la liste d'attente, le TAU, la médication standard, l'imagerie guidée ou la thérapie éclectique.

En ce qui concerne le rapport coût-efficacité, certaines études ont montré que la thérapie EMDR nécessitait moins de séances ou de temps que d'autres traitements actifs auxquels elle était comparée (par exemple, De Roos et coll., 2017), suggérant ainsi qu'il s'agit d'une intervention rentable ; une revue récente a fortement appuyé cette notion en montrant que sur 11 types d'interventions, la thérapie EMDR s'était avérée être l'intervention la plus économique pour les adultes souffrant de TSPT (Mavranouzouli et coll., 2020).

Bien que ces résultats soient encourageants au regard du nombre d'études publiées et de leurs résultats, la qualité des études a généralement été jugée médiocre par des examinateurs indépendants, ce qui limite la confiance qu'on peut avoir dans les effets qu'elles rapportent. La qualité méthodologique reste l'un des plus grands défis à relever. Sur ce point, une limite du présent article de position est de ne pas avoir évalué la qualité des études individuelles. La prise en compte

des risques de biais au sein des études et la réalisation de méta-analyses pour chaque domaine cible séparément auraient certainement contribué à des explorations plus approfondies du statut de l'EMDR dans les domaines cibles sélectionnés. Cependant, l'objet du présent article était différent : on visait à dresser un état des lieux des recherches disponibles dans les domaines cibles.

Sur la base de l'analyse présente des thèmes abordés dans les paragraphes précédents, et de la connaissance des critères utilisés par les différents comités chargés d'élaborer des directives, on peut formuler quelques recommandations méthodologiques générales. Les futures études sur la thérapie EMDR devraient :

- Inclure une évaluation diagnostique en aveugle, des contrôles de fidélité indépendants, et des suivis à long terme (au moins à 6 mois ou 1 an).
- Être inscrites dans un registre d'essai international avant la première inclusion de participants.
- Inclure un nombre minimum de participants (N = 10) dans chaque branche d'un essai à chaque point du temps. Cela signifie que chaque branche doit compter un minimum de 13 participants au début du traitement afin de permettre des abandons.
- Faire une comparaison non seulement avec des traitements actifs, mais également avec des situations de liste d'attente (68% des études de l'ISTSS sur la TCC centrée sur le traumatisme sont des études de contrôle sur liste d'attente, contre 39% des études EMDR).
- Dans la mesure du possible, utiliser des interventions reconnues dont l'efficacité en tant que contrôle du traitement actif est établie, et surveiller la fidélité au traitement.
- Être attentives au diagnostic des participants. Pour être inclus dans les lignes directrices pour un trouble spécifique, il est préférable qu'au moins 80 % des participants soient diagnostiqués comme souffrant de ce trouble.
- Se concentrer sur un échantillon en intention-de-traiter plutôt que sur un échantillon de participants ayant été au bout du traitement.
- Inclure des données sur le rapport coût-efficacité lorsque cela est possible.

En conclusion, il est clair que la communauté EMDR est face à la nécessité de devoir mener davantage d'études ; mais il est également de la plus haute importance que celles-ci soient de haute qualité. Pour l'avenir de la thérapie EMDR, il est important qu'on donne la priorité à des recherches portant sur les sujets abordés ici. Afin de garantir une taille adéquate des échantillons et la possibilité de généraliser des résultats au-delà des effets du traitement constatés sur des sites particuliers, il faut soutenir financièrement des études multi-sites. La prise en compte des recommandations ci-dessus augmentera la probabilité que l'EMDR soit évaluée dans les directives internationales de traitement relatives à ces domaines, qu'on envisage de l'y inclure, et, le cas échéant, que la thérapie EMDR soit disponible en tant que traitement, dès les premiers stades post-traumatiques, pour les enfants et les adolescents, pour les patients souffrant de TSPT de combat et pour les patients souffrant de dépression unipolaire et de douleurs chroniques.

## Références bibliographiques

- Adúriz, M. E., Knopfler, C., & Bluthgen, C. (2009). Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: Treatment outcome and gender differences. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 138–153. <https://doi.org/10.1037/a0014719>
- Ahmad, A., & Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(3), 127–132. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0646-8>
- Ahmadi, K., Hazrati, M., Ahmadizadeh, M., & Noohi, S. (2015). REM desensitization as a new therapeutic method for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Acta Medica Indonesiana*, 47, 111– 119.
- Allen, T. M. (2004). *Efficacy of EMDR and chronic pain management*. Argosy University.
- Alliger-Horn, C., Zimmermann, P., & Mitte, K. (2015). Vergleichende Wirksamkeit von IRRT und EMDR bei kriegstraumatisierten deutschen Soldaten. *Trauma und Gewalt*, 3, 204–215.
- Alliger-Horn, C., Zimmermann, P., & Schmucker, M. (2016). Guilt, shame and compassionate imagery in war: Traumatized German soldiers with PTSD, a pilot study. *Journal of Clinical Medicine*, 5(10), 90. <https://doi.org/10.3390/jcm5100090>
- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD)*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- American Psychological Association. (2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>

- Arias-Suárez, N., Moreno-Pérez, J., Redolar-Ripoll, D., Hogg, B. M., Gardoki-Souto, I., García-Guerrero, F., Jaime-Cabrera, S., Samper-Bernal, D., Amann, B. L., & Moreno-Alcázar, A. (2020). EMDR versus treatment as-usual in patients with chronic non-malignant pain: A randomized controlled pilot study. *Journal of EMDR Practice and Research*, *14*(4).
- Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investigation*, *5*(1), 60–65. <https://doi.org/10.4306/pi.2008.5.1.60>
- Bandelow, B., Koch, M., Zimmermann, P., Biesold, K. H., Wedekind, D., & Falkai, P. (2012). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the German armed forces: A retrospective study in inpatients of a German army hospital. *European Archives of Psychiatry and Neuroscience*, *262*, 459–467. <https://doi.org/10.1007/s004406.012.0289-8>
- Behnammoghadam, M., Alamdari, A. K., Behnammoghadam, A., & Darban, F. (2015). Effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on depression in patients with myocardial infarction. *Global Journal of Health Science*, *7*(6), 258–262. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p258>
- Boudewyns, P., & Hyer, L. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *3*, 185–195.
- Brennstuhl, M. J., Bassan, F., Fayard, A. M., Fisselbrand, M., Guth, A., Hassler, M., Lebourg, K., Pavisse, R., Peter, L., Thiriet, A., Tarquinio, P., Rydberg, A. J., & Tarquinio, C. (2019). Immediate treatment following the November 13 attacks: Use of an EMDR emergency protocol. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *3*(1), 17–21. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.09.004>
- Brennstuhl, M. J., Tarquinio, C., & Bassan, F. (2016). Utilisation de la thérapie EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing - dans le cadre de la douleur chronique: étude pilote. *Pratiques Psychologiques*, *22*(1), 17–29. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.11.002>
- Brennstuhl, M. J., Tarquinio, C., Montel, S., Masson, J., Bassan, F., & Tarquinio, P. (2015). Using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for phantom breast syndrome: Case study. *Sexologies*, *24*(2), e29–e36. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.09.004>
- Brennstuhl, M. J., Tarquinio, C., Strub, L., Montel, S., Rydberg, J. A., & Kapoula, Z. (2013). Benefits of Immediate EMDR vs. eclectic therapy intervention for victims of physical violence and accidents at the workplace: A pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, *34*(6), 425–434. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.759633>
- Brickell, M., Russell, M., & Smith, R. (2015). The effectiveness of evidence-based treatments in treatment of active military personnel and their families. *Journal of EMDR Practice and Research*, *9*(4), 198–208. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.4.198>
- Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: A meta-analysis and systematic review. *Psychological Medicine*, *47*(11), 1893–1905. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000496>
- Buydens, S. L., Wilensky, M., & Hensley, B. J. (2014). Effects of the EMDR protocol for recent traumatic events on acute stress disorder: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, *8*(1), 2–12. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.1.2>
- Carlson, J., Chemtob, C., Rusnak, K., & Hedlund, N. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for combat PTSD. *Psychotherapy*, *33*(1), 104–113. <https://doi.org/10.1023/A:1024448814268>
- Carlson, J., Chemtob, C., Rusnak, K., Hedlund, N., & Muraoka, M. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 3–24. <https://doi.org/10.1023/A:1024448814268>
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(1), 99–112. <https://doi.org/10.1002/jclp.1131>
- Chiorino, V., Cattaneo, M. C., Macchi, E. A., Salerno, R., Roveraro, S., Bertolucci, G. G., Mosca, F., Fumagalli, M., Cortinovis, I., Carletto, S., & Fernandez, I. (2020). The EMDR recent birth trauma protocol: A pilot randomized clinical trial after traumatic childbirth. *Psychology & Health*, *35*(7), 795–810. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699088>
- Dal-Ré, R., Janiaud, P., & Ioannidis, J. P. (2018). Real-world evidence: How pragmatic are randomized controlled trials labeled as pragmatic? *BMC Medicine*, *16*(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1038-2>
- De Bont, P. A. J. M., Van der Vleugel, B. M., Van den Berg, D. P. G., De Roos, C., Smit, F., de Jongh, A., Van der Gaag, M., & Van Minnen, A. (2019). Cost-effectiveness of prolonged exposure versus EMDR versus waiting list for the treatment of PTSD in patients with psychotic disorders. Health-economic benefits of treating
- De Jongh, A., Amann, B. L., Hofmann, A., Farrell, D., & Lee, C. W. (2019). The status of EMDR therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder 30 years after its introduction. *Journal of EMDR Practice and Research*, *13*(4), 261–269. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.261>

- Department of Veterans Affairs, Department of Defense. (2017). *VA/DOD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal012418.pdf>
- De Roos, C., Greenwald, R., Hollander-Gijsman, M. D., Noorthoorn, E., Van Buuren, S., & De Jongh, A. D. (2011). A randomized comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 5694. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5694>
- De Roos, C., Van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., & De Jongh, A. D. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: A multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 1219–1228. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12768>
- De Roos, C., Veenstra, A. C., de Jongh, A., den Hollander-Gijsman, M., Van der Wee, N. J., Zitman, F. G., & Van Rood, Y. R. (2010). Treatment of chronic phantom limb pain using a trauma-focused psychological approach. *Pain Research & Management*, 15(2), 65–71. <https://doi.org/10.1155/2010/981634>
- Deville, G., Spence, S., & Rapee, R. (1998). Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy*, 29, 435–455. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80042-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80042-7)
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. (2015). Trauma focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227–236. <https://doi.org/10.1007/s00787-0140572-5>
- Dominguez, S., Drummond, P., Gouldthorp, B., Janson, D., & Lee, C. W. (2020). A randomized controlled trial examining the impact of individual trauma-focused therapy for individuals receiving group treatment for depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. <https://doi.org/10.1111/papt.12268>
- Dominguez, S., & Lee, C.W. (2019). Differences in international guidelines regarding EMDR for posttraumatic stress disorder: Why they diverge and suggestions for future research. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 247–260. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.247>
- Estergard, L. (2008). *Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of chronic pain* [Doctoral dissertation Walden University]
- Fernandez, I., Gallinari, E., & Lorenzetti, A. (2003). A school-based eye movement desensitization and reprocessing intervention for children who witnessed the Pirelli building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 129–136.
- Fillingim, R.B. (2017). Individual differences in pain: Understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*, 158( Suppl. 1), S11.
- Frappell-Cooke, W., & McCauley, M. (2019). Military psychological trauma and therapy: A review of EMDR treatment and supervision in the UK Ministry of Defense. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 165, 90–93. <https://doi.org/10.1136/jramc-2018-001060>
- Friedberg, F. (2004). Eye movement desensitization in fibromyalgia: A pilot study. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(4), 245–249. <https://doi.org/10.1016/j.ctnm.2004.06.006>
- Gauhar, Y. W. M. (2016). The efficacy of EMDR in the treatment of depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(2), 59–69. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.10.2.59>
- Gauvry, S. B., Lesta, P., Alonso, A. L., & Pallia, R. (2013). Complex regional pain syndrome (CRPS), Sudeck's dystrophy: EMDR reprocessing therapy applied to the psychotherapeutic strategy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 167–172. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.3.16/>
- Gerhardt, A., Leisner, S., Hartmann, M., Janke, S., Seidler, G. H., Eich, W., & Tesarz, J. (2016). Eye movement desensitization and reprocessing vs. treatment-as-usual for non-specific chronic backpain patients with psychological trauma: A randomized controlled pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 201. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00201>
- Gil-Jardiné, C. B., Evrard, G. B., Joboory, Al., S., Tortes Saint Jammes, J. F., Masson, F., Ribéreau-Gayon, R., Galinski, M., Salmi, L.-R., Revel, P., Régis, C. A., Valdenaire, G., & Lagarde, E. (2018). Emergency room intervention to prevent post-concussion-like symptoms and post-traumatic stress disorder. A pilot randomized controlled study of a brief eye movement desensitization and reprocessing intervention versus reassurance or usual care. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 229–236. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.024>
- Gironda, R. J., Clark, M. E., Massengale, J. P., & Walker, R. L. (2006). Pain among veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom. *Pain Medicine*, 7(4), 339–343. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2006.00146.x>
- Grant, M., & Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1505–1520. <https://doi.org/10.1002/jclp.10101>

- Grey, E. (2011). A pilot study of concentrated EMDR: A brief report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), 14–24. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.1.14>
- Guina, J., & Guina, C. (2018). Wants talk psychotherapy but cannot talk: EMDR for post-stroke depression with expressive aphasia. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 15(1–2), 45–48.
- Hamblen, J. L., Norman, S. B., Sonis, J. H., Phelps, A. J., Bisson, J. I., Nunes, V. D., Megnin-Viggars, O., Forbes, D., Riggs, S. D., & Schnurr, P. P. (2019). A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: An update. *Psychotherapy*, 56(3), 359–373. <https://doi.org/10.1037/pst0000231>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., & Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: A matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, 5(6), e00342. <https://doi.org/10.1002/brb3.342>
- Hase, M., Plagge, J., Hase, A., Braas, R., Ostacoli, L., Hofmann, A., & Huchzermeier, C. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing versus treatment as usual in the treatment of depression: A randomized-controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9, 1384. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01384>
- Hassard, A. (1995). Investigation of eye movement desensitization in pain clinic patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(2), 177–185. <https://doi.org/10.1017/S1352465800014429>
- Hensel, T. (2009). EMDR with children and adolescents after single-incident trauma: An intervention study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(1), 2–9. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.1.2>
- Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W., & Hase, M. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing as an adjunctive treatment of unipolar depression: A controlled study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(3), 103–112. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.3.103>
- Hogan, W. A. (2002). The comparative effects of eye movement desensitization and reprocessing and cognitive behavioral therapy in the treatment of depression dissertation. *Abstracts International*, 62(2–B), 1082.
- Hughes, M. (2014). EMDR as a therapeutic treatment for complex regional pain syndrome: A case report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(2), 66. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.2.66>
- Hurley, E. C. (2018). Effective treatment of veterans with PTSD: Comparison between intensive daily and weekly EMDR approaches. *Frontiers in Psychology*, 9, 1458. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01458>
- Hurn, R., & Barron, I. (2018). The EMDR integrative group treatment protocol in a psychosocial program for refugee children: A qualitative pilot study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4), 208–223. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.208>
- Husereau, D., Drummond, M., Petrou, S., Carswell, C., Moher, D., Greenberg, D., Augustovski, F., Briggs, A. H., Mauskopf, J., Loder, E., & Task Force, CHEERS. (2013). Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 29(2), 117–122. <https://doi.org/10.1017/S0266462313000160>
- International Society of Traumatic Stress Studies. (2019). *Posttraumatic stress disorder: Prevention and treatment guidelines*. <http://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx>
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 358–368. <https://doi.org/10.1002/cpp.395>
- Jaberghaderi, N., Rezaei, M., Kolivand, M., & Shokoohi, A. (2019). Effectiveness of cognitive behavioral therapy and eye movement desensitization and reprocessing in child victims of domestic violence. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(1), 67–75. <https://doi.org/10.18502/ijps.v14i1.425>
- Jarero, I., Amaya, C., Givaudan, M., & Miranda, A. (2013a). EMDR individual protocol for paraprofessional use: A randomized controlled trial with first responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 55–64. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.2.55>
- Jarero, I., & Artigas, L. (2010). EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 148–155. <https://doi.org/10.1891/19333196.4.4.148>
- Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative treatment protocol: A post-disaster trauma intervention for children & adults. *Traumatology*, 12, 121–129. <https://doi.org/10.1177/1534765606294561>
- Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82–94. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.3.82>
- Jarero, I., Artigas, L., & Montero, M. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 97–105. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.2.97>
- Jarero, I., Roque-López, S., & Gomez, J. (2013b). The provision of an EMDR-based multicomponent trauma treatment with child victims of severe interpersonal trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(1), 17–28. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.1.17>

- Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR Protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(4), 156–165. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.4.156>
- Jarero, I., & Uribe, S. (2012). The EMDR protocol for recent critical incidents: Follow-up report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 50–61. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.6.2.50>
- Jarero, I., Uribe, S., Artigas, M., & Givaudan, M. (2015). EMDR protocol for recent critical incidents: A randomized controlled trial in a technological disaster context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 166–173. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.4.166>
- Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25, 311–326. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80290-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80290-4)
- Jiménez, G., Becker, Y., Varela, C., García, P., Nuño, M. A., Pérez, M. C., Osorio, A., Jarero, I., & Givaudan, M. (2020). Multicenter randomized controlled trial on the provision of the EMDR-PRECI to female minors victims of sexual and/or physical violence and related PTSD diagnosis. *American Journal of Applied Psychology*, 9(2), 42–51. <https://doi.org/10.11648/j.ajap.202009.02.12>
- Kao, C. W., Cheng, S. M., Wan, F. J., Lin, W. S., & Chang, Y. C. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing improves depressive symptoms, quality of life, and heart rate variability in patients with heart failure. *Neuropsychiatry*, 8(3), 1073–1082. <https://doi.org/10.4172/Neuropsychiatry.1000435>
- Karadag, M., Gokcen, C., & Sarp, A. S. (2020). EMDR therapy in children and adolescents who have posttraumatic stress disorder: A six-week follow-up study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(1), 77–82. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Kavakci, Ö., Semiz, M., Kaptanoğlu, E., & Özer, Z. (2012). Fibromiyaljide EMDR'nin etkinliginin arastırılması: Yedi olguyu içeren bir klinik çalıřma. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 75–81.
- Kemp, M., Drummond, P., & McDermott, B. (2010). A wait-list controlled pilot study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 5–25. <https://doi.org/10.1177/1359104509339086>
- Kitchiner, N. J., Lewis, C., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2019). Active duty and ex-serving military personnel with post-traumatic stress disorder treated with psychological therapies: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1684226. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1684226>
- Kitchiner, N. J., Roberts, N., Wilcox, D., & Bisson, J. (2012). Systematic review and meta-analyses of psychosocial interventions for veterans of the military. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 19267. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.19267>
- Köhler, K., Lorenz, S., Herr, K., Willmund, G., Zimmermann, P., Alliger-Horn, C., & Eggert, P. (2017). Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in German armed forces soldiers with post-traumatic stress disorder under routine inpatient care conditions. *Military Medicine*, 182, e1672–e1680. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00307>
- Konuk, E., Epözdemir, H., Atçeken, S., H., Aydın, Y. E., & Yurtsever, A. (2011). EMDR treatment of migraine. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(4), 166–176. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.4.166>
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071–1089. <https://doi.org/10.1002/jelp.10039>
- Lehning, M., Shapiro, E., Schreiber, M., & Hofmann, A. (2017). Evaluating the EMDR Group traumatic episode protocol with refugees: A field study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(3), 129–138. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.3.129>
- Lei, S., & Zhenying, W. (2007). A control study of sertraline combined with the EMDR in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychosomatic Diseases*, 4, 307–308.
- Lempertz, D., Wichmann, M., Enderle, E., Stellermann Strehlow, K., Pawils, S., & Metzner, F. (2020). Pre-post study to assess EMDR-based group therapy for traumatized refugee preschoolers. *Journal of EMDR Practice and Research*, 14(1), 31–45. <https://doi.org/10.1891/19333196.14.1.31>
- Lipke, H., & Botkin, A. (1992). Case studies of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with chronic post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy*, 29, 591–595. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.29.4.591>
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>

- Macklin, L., Metzger, L., Lasko, N., Berry, N., Orr, S., & Pitman, R. (2000). Five-year follow-up study of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 24–27. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)90127-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90127-5)
- Marcus, S. V. (2008). Phase 1 of integrated EMDR. An abortive treatment for migraine headaches. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*(1), 15–25. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.1.15>
- Maroufi, M., Zamani, S., Izadikhah, Z., Marofi, M., & O'Connor, P. (2016). Investigating the effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on postoperative pain intensity in adolescents undergoing surgery: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(9), 2207–2217. <https://doi.org/10.1111/jan.12985>
- Maslovaric, G., Zaccagnino, M., Mezzaluna, C., Perilli, S., Trivellato, D., Longo, V., & Civilotti, C. (2017). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing integrative group protocol with adolescent survivors of the central Italy earthquake. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1826. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01826>
- Mavranzeouli, I., Megnin-Viggars, O., Grey, N., Bhutani, G., Leach, J., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Katona, C., El-Leithy, S., Greenberg, N., Stockton, S., & Greenberg, N. Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PLoS ONE*, *15*(4), e0232245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232245>
- Mazzola, A., Calcagno, M. L., Goicochea, M. T., Pueyrrèdon, H., Leston, J., & Salvat, F. (2009). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of EMDR Practice and Research*, *3*(2), 66–79. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.2.66>
- McLay, R. N., Webb-Murphy, J. A., Fesperman, S. F., Delaney, E. M., Gerard, S. K., Roesch, S. C., Nebeker, B. J., Pandzic, I., Vishnyak, E. A., & Johnston, S. L. (2016). Outcomes from eye movement desensitization and reprocessing in active-duty service members with posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *8*(6), 702–708. <https://doi.org/10.1037/tra0000120>
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, *54*, 229–252. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145112>
- Meentken, M. G., Van der Mheen, M., Beynum, I. M., Aendekerk, E. W., Legerstee, J. S., Van der Ende, J., Del Canho, R., Lindauer, R. J. L., Hillegers, M. H. J., Moll, H. A., Helbing, W. A., & Utens, E. M. (2020). EMDR for children with medically related subthreshold PTSD: Short-term effects on PTSD, blood injection-injury phobia, depression and sleep. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*, 1. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1705598>
- Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L., & Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA*, *298*(18), 2141–2148. <https://doi.org/10.1001/jama.298.18.2141>
- Minelli, A., Zampieri, E., Sacco, C., Bazzanella, R., Mezzetti, N., Tessari, E., Barlati, S., & Bortolomasi, M. (2019). Clinical efficacy of trauma-focused psychotherapies in treatment-resistant depression (TRD) inpatients: A randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Research*, *273*, 567–574. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.070>
- Molero, R. J., Jarero, I., & Givaudan, M. (2019). Longitudinal multisite randomized controlled trial on the provision of the EMDR-IGTP-OTS to refugee minors in Valencia, Spain. *American Journal of Applied Psychology*, *8*(4), 77. <https://doi.org/10.11648/j.ajap.20190804.12>
- Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B. L., & Radua, J. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1750. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder. NG116. Management of PTSD in children, young people and adults (1.6.13)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-childrenyoung-people-and-adults>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). Depression in adults: Recognition and management. *Clinical Guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742636741>
- Nia, N. G., Afrasiabifar, A., & Behnamoghdam, M. (2018). Comparing the effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with guided imagery on pain severity in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Pain Research*, *11*, 2107–2113. <https://doi.org/10.2147/JPR.S158981>
- Osorio, A., Pérez, M. C., Tirado, S. G., Jarero, I., & Givaudan, M. (2018). Randomized controlled trial on the EMDR integrative group treatment protocol for ongoing traumatic stress with adolescents and young adults patients with cancer. *American Journal of Applied Psychology*, *7*(4), 50–56. <https://doi.org/10.11648/j.ajap.20180704.11>
- Ostacoli, L., Carletto, S., Cavallo, M., Baldomir-Gago, P., Di Lorenzo, G., Fernandez, I., Hase, M., Justo-Alonso, A., Lehnung, M., Migliaretti, G., Oliva, F., Pagani, M., Recarey-Eiris, S., Torta, R., Tumani, V., GonzalezVazquez, A. I., & Hofmann, A. (2018). Comparison of eye movement desensitization reprocessing

- and cognitive behavioral therapy as adjunctive treatments for recurrent depression: The European depression EMDR network randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9, 74. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00074>
- Paauw, C., DeRoos, C., Tummers, J., de Jongh, A., & Dingemans, A. (2019). Effectiveness of trauma-focused treatment for adolescents with major depressive disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1682931. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1682931>
- Passoni, S., Curinga, T., Toraldo, A., Berlingeri, M., Fernandez, I., & Bottini, G. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing integrative group treatment protocol applied to caregivers of patients with dementia. *Frontiers in Psychology*, 9, 967. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00967>
- Perilli, S., Giuliani, A., Pagani, M., Mazzoni, G. P., Maslovaric, G., Maccarrone, B., Mahasneh, V. H., & Morales, D. (2019). EMDR group treatment of children refugees—A field study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(2), 143–155. <https://doi.org/10.1891/19333196.13.2.143>
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poiré, R. E., & Macklin, M. L. (1996). Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419–429. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90025-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90025-5)
- Puffer, M. K., Greenwald, R., & Elrod, D. E. (2000). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology*, 3(2), 6. <https://doi.org/10.1037/h0101053>
- Rahimi, F., Rejeh, N., Bahrami, T., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S. D., Griffiths, P., & Vaismoradi, M. (2019). The effect of the eye movement desensitization and reprocessing intervention on anxiety and depression among patients undergoing hemodialysis: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 652–660. <https://doi.org/10.1111/ppc.12389>
- Ramsey, S. D., Willke, R. J., Glick, H., Reed, S. D., Augustovski, F., Jonsson, B., Briggs, A., & Sullivan, S. D. (2015). Cost-effectiveness analysis alongside clinical trials II—An ISPOR good research practices task force report. *Value Health*, 18(2), 161–172. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.02.001>
- Ribchester, T., Yule, W., & Duncan, A. (2010). EMDR for childhood PTSD after road traffic accidents: Attentional, memory, and attributional processes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 138–147. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.4.138>
- Rogers, S., Silver, S., Gross, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R. L. (1999). A single session, group study of exposure and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam War veterans: Preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 119–130. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00043-7](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00043-7)
- Rostaminejad, A., Behnamoghdam, M., Rostaminejad, M., Behnamoghdam, Z., & Bashti, S. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing on the phantom limb pain of patients with amputations within a 24-month follow-up. *International Journal of Rehabilitation Research*, 40(3), 209–214. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000227>
- Russell, M. (2006). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi war. *Military Psychology*, 18, 1–18. [https://doi.org/10.1207/s15327876mp1801\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327876mp1801_1)
- Russell, M. (2008a). Treating traumatic amputation-related phantom limb pain: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing within the armed services. *Clinical Case Studies*, 7, 136–153. <https://doi.org/10.1177/1534650107306292>
- Russell, M. (2008b). War-related medically unexplained symptoms, prevalence, and treatment: Utilizing EMDR within the armed services. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 212–225. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.212>
- Russell, M., & Figley, C.R. (2013). *Treating traumatic stress disorders in military personnel: An EMDR practitioner's guide*. Routledge.
- Sackett, D. L. (1989). Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest*, 95(2), 2S–4S. [https://doi.org/10.1378/chest.95.2\\_Supplement.2S](https://doi.org/10.1378/chest.95.2_Supplement.2S)
- Saltini, A., Rebecchi, D., Callerame, C., Fernandez, I., Bergonzini, E., & Starace, F. (2018). Early Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) intervention in a disaster mental health care context. *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 285–294. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1344255>
- Sayer, N. A., Carlson, K. F., & Frazier, P. A. (2014). Reintegration challenges in U.S. service members and veterans following combat deployment. *Social Issues and Policy Review*, 8, 33–73. <https://doi.org/10.1111/sipr.12001>
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2007). EMDR and phantom limb pain: Theoretical implications, case study, and treatment guidelines. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(1), 31–45. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.1.1.31>
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2008). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*, 9(1), 76–82. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00299.x>



- Semiz, M., Atik, S., & Erdem, M. (2016). Treatment augmentation effects of EMDR intervention after traumatic experiences in patients with major depression: A case series. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29, 91–95. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2016290111>
- Shapiro, E., & Laub, B. (2015). Early EMDR intervention following a community critical incident: A randomized clinical trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1), 17–27. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.1.17>
- Shapiro, E., Laub, B., & Rosenblat, O. (2018). Early EMDR Intervention following intense rocket attacks on a town: A randomised clinical trial. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 15(3), 194–205.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Silver, S., Brooks, A., & Obenchain, J. (1995). Treatment of Vietnam war veterans with PTSD: A comparison of eye movement desensitization and reprocessing, biofeedback, and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 337–342. <https://doi.org/10.1007/BF02109568>
- Silver, S., Rogers, S., Knipe, J., & Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 29–42. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.29>
- Silver, S., Rogers, S., & Russell, M. (2008). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 64, 947–957. <https://doi.org/10.1002/jclp.20510>
- Smyth-Dent, K. L., Fitzgerald, J., & Hagos, Y. (2019). A field study on the EMDR integrative group treatment protocol for ongoing traumatic stress provided to adolescent Eritrean refugees living in Ethiopia. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 12(4), 1–12.
- Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2002). A controlled study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Trauma and Juvenile Delinquency: Theory, Research, and Interventions*, 6(1), 217–236. [https://doi.org/10.1300/J146v06n01\\_11](https://doi.org/10.1300/J146v06n01_11)
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA*, 314, 489–500. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>
- Su, Y. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy as a treatment for depression* [Masters Thesis]. <https://krex.k-state.edu/dspace/bitstream/handle/e/2097/38813/YileSu2018.pdf?sequence=1>
- Szpringer, M., Oledzka, M., & Amann, B. L. (2018). A nonrandomized controlled trial of EMDR on affective symptoms in patients with glioblastoma multiforme. *Frontiers in Psychology*, 9, 785. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00785>
- Tang, T. C., Yang, P., Yen, C. F., & Liu, T. L. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing for treating psychological disturbances in Taiwanese adolescents who experienced Typhoon Morakot. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 31(7), 363–369. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2015.04.013>
- Tarquinio, C., Brennstuhl, M. J., Reichenbach, S., Rydberg, J. A., & Tarquinio, P. (2012). Early treatment of rape victims: Presentation of an emergency EMDR protocol. *Sexologies*, 21(3), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2011.11.012>
- Tarquinio, C., Rotonda, C., Houllé, W. A., Montel, S., Rydberg, J. A., Minary, L., Dellucci, H., Tarquinio, P., Fayard, A., & Alla, F. (2016). Early psychological preventive intervention for workplace violence: A randomized controlled explorative and comparative study between EMDR-recent event and critical incident stress debriefing. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(11), 787–799. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1224282>
- Tesarz, J., Wicking, M., Bernardy, K., & Seidler, G. H. (2019). EMDR therapy's efficacy in the treatment of pain. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 337–344. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.337>
- Trentini, C., Lauriola, M., Giuliani, A., Maslovaric, G., Tambelli, R., Fernandez, I., & Pagani, M. (2018). Dealing with the aftermath of mass disasters: A field study on the application of EMDR integrative group treatment protocol with child survivors of the 2016 Italy earthquakes. *Frontiers in Psychology*, 9, 862. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00862>
- Turgoose, D., & Murphy, D. (2018). Anger and aggression in UK treatment-seeking veterans with PTSD. *Healthcare*, 6(3), 86. <https://doi.org/10.3390/healthcare6030086>
- Wadaa, N. N., Zaharim, N. M., & Alqashan, H. F. (2010). The use of EMDR in the treatment of traumatized Iraqi children. *Digest of Middle East Studies*, 19(1), 26–36. [doi.org/10.1111/j.1949-3606.2010.00003](https://doi.org/10.1111/j.1949-3606.2010.00003)
- Wesson, M., & Gould, M. (2009). Intervening early with EMDR on military operations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 91–97. <https://doi.org/10.1891/19333196.3.2.91>
- Wilensky, M. (2006). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for phantom limb pain. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 31–44.

- Wood, E., Ricketts, T., & Parry, G. (2018). EMDR as a treatment for long-term depression: A feasibility study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(1), 63–78. <https://doi.org/10.1111/papt.12145>
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/665/85119/9789241505406\\_eng.pdf;jsessionid=A87FC4134F1F50FE3F66C587868D2F32?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/665/85119/9789241505406_eng.pdf;jsessionid=A87FC4134F1F50FE3F66C587868D2F32?sequence=1)
- Wright, S. A., & Russell, M. C. (2013). Treating violent impulses: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing with a military client. *Clinical Case Studies*, 12(2), 128–144. <https://doi.org/10.1177/1534650112469461>
- Young, W. C. (1995). Eye movement desensitization/reprocessing: Its use in resolving the trauma caused by the loss of a war buddy. *American Journal of Psychotherapy*, 49(2), 282–291. <https://doi.org/10.1176/appi.psychot.1995.49.2.282>
- Zaghrout-Hodali, M., Alissa, F., & Dodgson, P. (2008). Building resilience and dismantling fear: EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 106–113. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.2.106>

**Déclaration.** S.M. perçoit des honoraires pour des formations sur les thérapies du traumatisme lors d'ateliers et de conférences. C.L. perçoit des honoraires pour des formations sur les thérapies liées aux traumatismes lors d'ateliers et de conférences. C.d.R. perçoit des revenus pour la publication d'un livre sur la thérapie EMDR et pour la formation de professionnels postdoctoraux en EMDR. I.J. perçoit des revenus des formations à la thérapie EMDR de base et avancée. E.S. perçoit des revenus de la formation à l'intervention EMDR précoce. E.C.H. tire des revenus de la publication d'un livre sur la thérapie EMDR et de la formation de professionnels de la santé mentale à la psychothérapie EMDR. S.S. perçoit des honoraires pour avoir dispensé des formations sur les thérapies du traumatisme lors d'ateliers et de conférences. B.A. est à la tête du Comité européen de recherche EMDR. J.T. perçoit des revenus pour la publication de livres sur la thérapie EMDR et pour la formation de professionnels postdoctoraux en thérapie EMDR. A. d. J. reçoit des revenus de la publication de livres sur la thérapie EMDR et de la formation de professionnels postdoctoraux en thérapie EMDR. Les autres auteurs n'ont aucun intérêt financier particulier ni aucune affiliation à des intérêts commerciaux liés aux sujets abordés dans cet article. Tous les auteurs sont membres de la Commission de chercheurs du projet "Avenir de la thérapie EMDR".

**Financement.** Les auteurs n'ont reçu aucune subvention ni soutien financier spécifique pour la recherche, la rédaction et/ou la publication de cet article.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à : Suzy Matthijssen, Altrecht Academic Anxiety Centre, Altrecht GGZ, Utrecht, The Netherlands, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands. E-mail: [s.matthijssen@altrecht](mailto:s.matthijssen@altrecht).

TABLEAU 1. Niveaux de preuve (fondé sur Sackett, 1989)

| Niveau | Type de preuve                                  |
|--------|---|
| I      | Grands ECR avec résultats clairs                |
| II     | Petits ECR avec résultats imprécis              |
| III    | Études de cohorte et études cas-témoins         |
| IV     | Études rétrospectives de cohorte ou cas-témoins |
| V      | Série de cas, études sans contrôle              |

TABLEAU 2. Niveaux de preuve (basé sur Sackett, 1989) pour les différents domaines cibles.

| Niveau | Domaine cible                            |
|--------|--|
| I      | TSPT chez les enfants et les adolescents |
| I      | EMDR comme intervention précoce          |
| II     | TSPT lié au combat                       |

II Dépression unipolaire

II Douleur chronique

---

**ANNEXE A. Revue des études portant sur la thérapie EMDR (individuelle et de groupe) auprès d'enfants et d'adolescents souffrant de TSPT ou de symptômes de TSPT cliniquement importants.**

| Auteur(s)   | N   | Échantillon  | Intervention et nombre de séances   | Souvenirs/phénomènes ciblés  | Résultats/variables dépendantes  | Outils de mesure  | Résultats significatifs  |
|---|-----|--|---|--|--|---|--|
| <i>Essais randomisés contrôlés (ERC) portant sur des thérapies EMDR individuelles :</i> |     |  |   |  |  |   |  |
| Ahmad & Sundelin-Wahlsten (2008)  | 33  | Enfants de 6 à 16 ans ayant grandi dans des conditions psychosociales difficiles | Huit séances d'EMDR (n = 17) vs. liste d'attente (n = 16)   | Souvenirs perturbants d'un événement traumatisant  | Symptômes de TSPT, mesures faites en séance (sévérité des émotions négatives)  | DICA, PTSS-C  | EMDR > liste d'attente : réduction des symptômes de TSPT   |
| Chemtob et coll. (2002)   | 32  | Enfants de 6 à 12 ans ayant vécu un ouragan                                      | Trois séances d'EMDR (n = 17) vs. liste d'attente (n = 15)  | Souvenirs perturbants de l'ouragan   | Symptômes de TSPT, anxiété, dépression, nombre de visites à l'infirmière scolaire  | CRI, RCMAS, CDI   | EMDR : avant par rapport au suivi à 6 mois : réduction des symptômes anxieux, dépressifs et de TSPT, et des visites pour des soins. EMDR > liste d'attente sur tous les symptômes.   |
| De Roos et coll. (2011)   | 52  | Enfants de 4 à 18 ans ayant vécu un l'explosion d'une usine de feux d'artifice   | EMDR (n = 26) vs. TCC (n = 26), les deux pour quatre séances maximum  | Souvenirs perturbants de l'explosion de l'usine de feux d'artifice   | Symptômes de TSPT, anxieux, dépressifs, émotionnels et comportementaux   | UCLA PTSD-RI, CROPS, PROPS, BDS, MASC, CBCL                           | EMDR = TCC : réduction des symptômes de TSPT, anxieux, dépressifs, émotionnels et comportementaux en fin de traitement et à 3 mois de suivi. Moins de séances en EMDR (3,2 vs. 4)  |
| De Roos et coll. (2017)   | 103 | Enfants de 4 à 18 ans ayant vécu un événement traumatisant unique.               | Six séances max. d'EMDR (n = 43) vs. thérapie cognitive-comportementale par l'écriture (CBWT) (n = 42) vs. liste d'attente (n = 18) | Souvenirs perturbants d'un événement traumatisant unique (p. ex. une violence physique ou sexuelle, un accident/blessure, une perte traumatisante) | Diagnostic et symptômes de TSPT, symptômes anxieux, dépressifs, émotionnels et comportementaux, croyances négatives liées au trauma, atteintes à la qualité de la vie. | ADIS-C/P, CRTIC/P, RCADS-C/P, SDQ-Y/P, CSIC-P, CPTCI, Kidscreen27 C/P | CBWT = EMDR > liste d'attente : fin de traitement, suivi à 3 et 12 mois : réduction des symptômes de TSPT, symptômes anxieux, dépressifs, émotionnels et comportementaux, des croyances négatives liées au trauma, des atteintes à la qualité de la vie. Moins de séances d'EMDR (4,1 vs. 5,4) |

|                        |    |   |  |   |  |   |   |
|------------------------|----|---|--|---|--|---|---|
| Diehle et coll. (2015) | 48 | Enfants de 8 à 18 ans ayant vécu un ou plusieurs événements traumatisants | EMDR (n = 25) vs. TCC-CT (n = 23), 8 séances dans les deux cas | Souvenirs perturbants d'un ou plusieurs événements traumatisants. | Diagnostic et symptômes de TSPT, anxiété, dépression, difficultés comportementales | CAPS-CA, ADIS-P, CRIES-C, RCADSC/P, SDQ-P | EMDR = TCC-CT : réduction des symptômes de TSPT. TCC-CT : réduction de la dépression et de l'hyperactivité. Nombre de séances ; EMDR = TCC-CT |
|------------------------|----|---|--|---|--|---|---|

(suite)

| <b>ANNEXE A. Revue des études portant sur la thérapie EMDR (individuelle et de groupe) auprès d'enfants et d'adolescents souffrant de TSPT ou de symptômes de TSPT cliniquement importants (suite)</b> |          |   |   |  |  |                                    |  |
|--|----------|---|---|--|--|------------------------------------|--|
| <b>Auteur(s)</b>   | <b>N</b> | <b>Échantillon</b>  | <b>Intervention et nombre de séances</b>  | <b>Souvenirs/phénomènes ciblés</b>   | <b>Résultats/variables dépendantes</b>                               | <b>Outils de mesure</b>            | <b>Résultats significatifs</b>   |
| Jaberghaderi et coll. (2004)   | 14       | Jeunes filles 12–13 ans ayant subi un abus sexuel                         | EMDR (n = 7) vs. TCC (n = 7) ; maximum de 12 séances pour les deux interventions  | Souvenirs perturbants de l'abus sexuel.  | Symptômes de TSPT, troubles du comportement au collège               | CROPS, PROPS, Rutter Teacher Scale | EMDR = TCC : réduction des symptômes de TSPT et des difficultés comportementales. Moins de séances d'EMDR (6,1 vs. 11,6)   |
| Jaberghaderi et coll. (2019)   | 139      | Enfants de 8 à 12 ans ayant connu des violences domestiques               | TCC, 6 à 12 séances (n = 40) vs. EMDR, 3 à 12 séances (n = 40), vs. groupe contrôle (n = 59)                                    | Souvenirs perturbants de maltraitance et d'avoir assisté à des violences domestiques | Symptômes de TSPT, troubles du comportement en classe                | LITES, CROPS, PROPS, RTS           | EMDR = TCC > groupe contrôle : réduction des sys de TSPT. Pas de changement de comportement scolaire. Moins de séances d'EMDR (5 vs. 9)  |
| Jiménez et coll. (2020)  | 32       | Enfants de 12 à 17 ans ayant subi des violences sexuelles et/ou physiques | EMDR-PRECI, 2 à 9 séances (n = 16) vs. TAU ( <i>treatment as usual</i> : traitement habituel), en moyenne 12,6 séances (n = 16) | Souvenirs perturbants en rapport avec des violences physiques et/ou sexuelles        | Diagnostic et symptômes de TSPT, anxiété, dépression                 | CAPS-5-CA, PCL-5, HADS             | EMDR > TAU : réduction du diagnostic et des symptômes de TSPT à 1 et 3 mois de suivi. EMDR > TAU pour les symptômes anxieux et dépressifs à 3 mois de suivi (pas de mesure à 1 mois) |
| Kemp et coll. (2010)   | 27       | Enfants entre 6 et 12 ans ayant vécu un accident de la route.             | EMDR, quatre séances (n = 13) vs. liste d'attente (n = 14)  | Souvenirs perturbants de l'accident de la route                                      | Symptômes de TSPT, anxiété, dépression, difficultés comportementales | CPTS-RI, PTS-RI/P, STAI, CDSCBCL   | EMDR > liste d'attente : réduction des symptômes et des critères diagnostiques de TSPT, dépression, anxiété, comportement. Bénéfices préservés à 3 et 12 mois de suivi.              |

|                          |    |   |  |   |   |                                   |  |
|--------------------------|----|---|--|---|---|-----------------------------------|--|
| Meentken et coll. (2020) | 74 | Enfants entre 4 et 15 ans ayant vécu un trauma médical. | EMDR, moyenne de 3.5 séances (n = 37) vs. CAU ( <i>care as usual</i> , soins habituels) (n = 37) | Souvenirs perturbants du ou des trauma(s) d'ordre médical | Symptômes de TSPT inférieurs au seuil (CAPSCA/ DIPA), anxiété, qualité du sommeil | CRTI, SCARED-NL, CDI-2, SSR/C-SHQ | EMDR > CAU : réduction des symptômes phobiques face aux injections et aux craintes de blessure, dépression et problèmes de sommeil. EMDR = CAU pour les symptômes de TSPT inférieurs au seuil. |
|--------------------------|----|---|--|---|---|-----------------------------------|--|

(suite)

| <b>ANNEXE A. Revue des études portant sur la thérapie EMDR (individuelle et de groupe) auprès d'enfants et d'adolescents souffrant de TSPT ou de symptômes de TSPT cliniquement importants (suite)</b> |     |  |   |  |   |                               |  |
|--|-----|--|---|--|---|-------------------------------|--|
| Auteur(s)  | N   | Échantillon  | Intervention et nombre de séances   | Souvenirs/phénomènes ciblés                | Résultats/variables dépendantes                 | Outils de mesure              | Résultats significatifs  |
| Soberman et coll. (2002)   | 29  | Garçons de 10 à 16 ans ayant des problèmes de comportement, en traitement résidentiel ou ambulatoire | TAU (n = 15) vs. TAU+ EMDR, trois séances (n = 14)  | –  | Symptômes de TSPT, difficultés comportementales | IES-8, CROPS, PROPS, PRS, BRS | TAU +EMDR > TAU : les parents rapportent une réduction des symptômes de TSPT en fin de traitement. TAU +EMDR > TAU : pour les problèmes de comportement au suivi à deux mois.            |
| <b>Essais randomisés contrôlés (ERC) portant sur des thérapies EMDR de groupe :</b>  |     |  |   |  |   |                               |  |
| Molero et coll. (2019)   | 184 | Réfugiés mineurs (13-17 ans) ayant été exposés à la guerre   | Neuf séances intensives d'EMDR IGTP-OTS pendant trois jours consécutifs (n = 93) vs. pas de traitement (n = 91) | Souvenirs perturbants de la vie de réfugié | Symptômes de TSPT, dépression, anxiété          | PCL-5, HADS                   | EMDR IGTP-OTS > pas de traitement : réduction des symptômes de TSPT à l'issue du traitement, et au suivi à trois mois. Réduction de la dépression et de l'anxiété au suivi à trois mois. |

|   |    |  |   |  |  |                               |  |
|---|----|--|---|--|--|-------------------------------|--|
| Osorio et coll. (2018)  | 23 | Adolescents et jeunes adultes (13-22 ans) ayant différents types de cancer                             | Six séances intensives d'EMDR IGTP-OTS pendant deux jours consécutifs (n = 11) vs. pas de traitement (n = 12) | Souvenirs perturbants du diagnostic de cancer, et du traitement du cancer. | Symptômes de TSPT, dépression, anxiété | PCL-5, HADS                   | EMDR IGTP-OTS > pas de traitement : réduction des symptômes de TSPT, de la dépression et de l'anxiété à l'issue du traitement, et au suivi à trois mois. |
| <b>Thérapie individuelle EMDR, études contrôlées non randomisées et séries de cas ou études de cas non contrôlées :</b> |    |  |   |  |  |                               |  |
| Hensel (2009)   | 32 | Enfants entre 1,9 et 18 ans. Design élargi de séries de cas  | EMDR (en moyenne 1,5 séance)  | Souvenirs perturbants de traumatismes uniques                              | ESPT                                   | PROPS                         | Réduction des symptômes de TSPT à l'issue du traitement, et au suivi à six mois.   |
| Karadag et coll. (2019)   | 30 | Enfants de 6 à 18 ans ayant vécu des traumatismes uniques ou multiples. Design élargi de séries de cas | EMDR (jusqu'à 6 séances, en moyenne 4,15)   | Souvenirs perturbants d'événement(s) traumatisant(s)                       | Symptômes de TSPT, anxiété             | K-SADS-PL, CPTSD-RI, STAI (C) | Réduction des symptômes de TSPT et d'anxiété six semaines après le traitement  |

(suite)

| <b>ANNEXE A. Revue des études portant sur la thérapie EMDR (individuelle et de groupe) auprès d'enfants et d'adolescents souffrant de TSPT ou de symptômes de TSPT cliniquement importants (suite)</b> |    |   |  |   |  |  |  |
|--|----|---|--|---|--|--|--|
| Auteur(s)  | N  | Échantillon   | Intervention et nombre de séances                                | Souvenirs/phénomènes ciblés                   | Résultats/variables dépendantes                                | Outils de mesure                         | Résultats significatifs  |
| Puffer et coll. (2000)   | 20 | Enfants de 8 à 17 ans, étude non randomisée de traitement différé   | Une seule séance d'EMDR (n = 10) vs. traitement différé (n = 10) | Souvenirs perturbants de traumatismes uniques | Symptômes de TSPT, anxiété                                     | CRIES-8, RMAS                            | Réduction des symptômes de TSPT pour l'EMDR seulement  |
| Ribchester et coll. (2010)   | 11 | Enfants de 8 à 16 ans souffrant de TSPT suite à accident de la circulation. Design élargi de séries de cas. | EMDR (une à quatre séances, moyenne 2,4)                         | Souvenirs perturbants de l'accident           | Symptômes de TSPT, anxiété, dépression, déficits attentionnels | ADIS, CRIES-8, RCMAS, BDRS, CASQ-R, CAWS | Réduction du TSPT, de l'anxiété, dépression, et du déficit attentionnel à la fin du traitement et au suivi. Tous les patients ont perdu le diagnostic de TSPT. |

|                       |    |   |   |   |  |                      |   |
|-----------------------|----|---|---|---|--|----------------------|---|
| Tang et coll. (2015)  | 83 | Enfants de 12 à 15 ans ayant connu un ouragan. Groupe de contrôle non randomisé.              | EMDR, quatre séances (n= 41), vs. TAU (n= 42) | Souvenirs perturbants de l'ouragan              | Symptômes de TSPT liés à l'ouragan, anxiété générale, dépression | C-IES-R, MASC, CES-D | EMDR > TAU : réduction des symptômes de TSPT, de l'anxiété et de la dépression. |
| Wadaa et coll. (2010) | 37 | Enfants de 7 à 12 ans exposés à des traumatismes de guerre. Groupe de contrôle non randomisé. | EMDR, 12 séances (n=12) vs. pas de traitement | Souvenirs perturbants de guerre et de violences | Symptômes de TSPT  | UCLA-PTSD-index      | EMDR> pas de traitement : symptômes de TSPT.                                    |

(suite)

| <b>ANNEXE A. Revue des études portant sur la thérapie EMDR (individuelle et de groupe) auprès d'enfants et d'adolescents souffrant de TSPT ou de symptômes de TSPT cliniquement importants (suite)</b> |   |             |                                   |                             |                                 |                  |                         |
|--|---|-------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------|-------------------------|
| Auteur(s)  | N | Échantillon | Intervention et nombre de séances | Souvenirs/phénomènes ciblés | Résultats/variables dépendantes | Outils de mesure | Résultats significatifs |
| <i>Séries de cas ou études de cas non contrôlées de thérapie de groupe EMDR</i>  |   |             |                                   |                             |                                 |                  |                         |



|                          |    |  |  |   |   |  |   |
|--------------------------|----|--|--|---|---|--|---|
| Hurn & Barron (2018)     | 8  | Enfants de 6 à 8 ans exposés à la guerre : étude qualitative       | EMDR-IGTP dans la seconde séance du programme psychosocial en 4 séances  | Souvenirs perturbants de la guerre et de pertes | Détresse émotionnelle, point de vue du thérapeute sur l'efficacité et la pertinence de l'IGTP, points de vue de l'interprète arabe sur sa pertinence culturelle | SUD, rapports des thérapeutes du programme, groupe de discussion des interprètes | Une analyse qualitative a eu lieu. Rapports de résultats positifs.  |
| Jarero et coll. (2006)   | 44 | Enfants de 8 à 15 ans ayant connu une inondation                   | EMDR-IGTP (une séance de 40 à 50 minutes)  | Souvenirs perturbants de l'inondation           | Symptômes de TSPT   | CRTES  | Pas d'analyse statistique. Rapports de résultats positifs.  |
| Jarero et coll. (2013b)  | 34 | Enfants de 8 à 17 ans ayant vécu un traumatisme relationnel sévère | EMDR-IGTP sur trois jours (n = 34), plus EMDR individuelle (1 à 2 séances) (n = 26 sur 34) lors d'un camp de rétablissement psychologique d'une semaine. | Souvenirs perturbants du trauma relationnel     | Symptômes de TSPT   | CRTES, SPRINT  | IGTP + camp de soins psychologiques : réduction des symptômes de TSPT à la fin du camp et au suivi à trois mois.      |
| Lempertz et coll. (2020) | 10 | Enfants réfugiés de 4 à 6 ans ayant connu la guerre                | Thérapie de groupe fondée sur l'EMDR (5 séances de 50 à 60 minutes), sur cinq jours consécutifs.   | Souvenirs perturbants de la guerre              | Symptômes de TSPT   | DLTC, CBCL 1,5-5, rapports des parents et des enseignants                        | Rapport de l'enseignant : réduction des symptômes de TSPT à la fin de la thérapie de groupe et au suivi à trois mois. |

(suite)

| <b>ANNEXE A. Revue des études portant sur la thérapie EMDR (individuelle et de groupe) auprès d'enfants et d'adolescents souffrant de TSPT ou de symptômes de TSPT cliniquement importants (suite)</b> |   |             |                                   |                             |                                 |                  |                         |
|--|---|-------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------|-------------------------|
| Auteur(s)  | N | Échantillon | Intervention et nombre de séances | Souvenirs/phénomènes ciblés | Résultats/variables dépendantes | Outils de mesure | Résultats significatifs |

|                            |                |  |   |   |  |                     |   |
|----------------------------|----------------|--|---|---|--|---------------------|---|
| Perilli et coll. (2019)    | 14, 8 analysés | Enfants réfugiés de 3 à 18 ans ayant connu la guerre   | EMDR-IGTP, trois séances  | Souvenirs perturbants de la guerre          | Symptômes de TSPT, dépression, anxiété | CRIES, DSRS, SCARED | Réduction des symptômes de TSPT                                   |
| Smyth-Dent et coll. (2019) | 48             | Adolescents réfugiés exposés à la guerre (12 à 17 ans) | Traitement intensif d'EMDR IGTP-OTS (six séances en cinq heures sur deux jours consécutifs) | Souvenirs perturbants de la vie de réfugiés | Symptômes de TSPT, dépression, anxiété | PCL-5, HADS         | Réduction des symptômes de TSPT, de la dépression et de l'anxiété |

**Note.** ADIS = Anxiety Disorders Interview Schedule; BDRS = Birlerson Depression Rating Scale; BRS = Behavioral Reward Scale; C/P/A = Child version/Parent version/Adolescent version ; CAPS-CA = Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents ; CASQ-R = Children's Attributional Style Questionnaire Revised ; CAU = Care as usual (*soins habituels*) ; CAWS = Children's Assumptive World Scale ; CBCL = Child Behavior Checklist ; CBWT = cognitive behavioral writing therapy ; CDI = Children's Depression Inventory ; CDS = Children's Depression Scale ; CES-D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale ; C-IES-R = Chinese Impact of Events Scale-Revised ; C-PTCI = Child Post-Traumatic Cognitions Inventory ; CPTS-RI = Child Post-Traumatic Stress Reaction Index ; CRI = Child Reaction Index ; CRIES-8 = Children's Revised Impact of Events Scale ; CRTES = Child's Reaction to Traumatic Events Scale ; CRTI = Revised Childs Response to Trauma Inventory ; CRI = Children's Reaction Index ; CRIES = Children Revised Impact of Event Scale ; CROPS = Child Report of Post-traumatic Stress Symptoms ; CSI = Child Somatization Inventory ; CSHQ = Child Sleep Habits Questionnaire ; DICA = Diagnostic Interview for Children and Adolescents ; DIPA = Diagnostic Infant and Preschool Assessment ; DLTC = Daily Life Test for Children ; DSRS = Depression Self-Rating Scale ; FU = Follow-up (suivi) ; HADS = The Hospital Anxiety and Depression Scale ; IGTP = Integrative Group Treatment Protocol ; IGTP-OTS = Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress ; K-SADS-PL = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age Children at Present and Throughout Life ; LITES = Life Incidence of Traumatic Events Scale ; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for Children ; PCL-5 = Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 ; PROPS = Parent Report of Post-traumatic Stress Symptoms ; TSPT = PTSD = trouble de stress post-traumatique ; PTSS-C = Post-Traumatic Stress Symptom Scale for Children ; PRS = Problem Rating Scale ; PTS-RI = Post-Traumatic Stress Reaction Index ; RCADS = Revised Children's Anxiety and Depression Scale ; SCARED-NL = Dutch Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders ; RCMAS = Revised Children's Manifest Anxiety Scale ; RTS = Rutter Tacher Scale ; SCARED = Screen for Child Anxiety Related Disorders ; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire ; SPRINT = Short PTSD Rating Interview ; SSR = Sleep Self Report ; STAIC = State-Trait Anxiety Inventory for Children ; SUD = unités subjectives de perturbation ; TCC-CT = thérapie cognitive-comportementale centrée sur le trauma ; UCLA PTSD-RI = University of California Los Angeles PTSD Reaction Index ; VOC = Validity of Cognition.

## ANNEXE B. Revue des études portant sur les interventions EMDR précoces dans les trois premiers mois après l'événement traumatisant.

| Auteur(s)                   | N   | Échantillon et temps post-événement   | Intervention et nombre de séances  | Souvenirs ciblés                                   | Résultats/variables dépendantes                             | Outils de mesure        | Résultats significatifs  |
|-----------------------------|-----|---|--|--|---|-------------------------|--|
| <i>ECR</i>                  |     |   |  |  |   |                         |  |
| Chiorino et coll. (2020)    | 37  | Femmes souffrant d'un trauma du post-partum   | <i>Recent Birth Trauma Protocol</i> (EMDR) (n = 19) vs. TAU (n = 18). Une séance, 90 minutes                                     | Perturbations autour de la naissance traumatisante | Symptômes post-partum, TSPT et dépression, lien mère-enfant | IES-R, MIBS, PDEQ, EPDS | EMDR > TAU : réduction des symptômes de TSPT à 6 semaines après le traitement.   |
| Gil-Jardiné et coll. (2018) | 130 | Salle d'urgences (blessure accidentelle ou crise médicale aiguë), à risque de PCLS – dans les 24 heures | R-TEP (EMDR) une séance de 60 minutes (n = 42) vs. Réassurance : une séance de 15 minutes (n = 47) vs. TAU (n = 41), une séance. | Perturbations dues au trauma récent                | Symptômes de PCLS, diagnostic de TSPT, symptômes de TSPT    | PCSLs, PCL-5            | À trois mois, R-TEP > TAU pour l'incidence moindre de PCLS : 18 % (R-TEP), 37 % (réassurance) et 65 % (TAU)  |
| Jarero et coll. (2011)      | 18  | Survivants d'un tremblement de terre – 14 jours.  | PRECI (EMDR) immédiate (n = 9) vs. traitement différé, 4 jours en liste d'attente (n = 9). Une séance, de 80 à 130 minutes       | Pire souvenir du tremblement de terre              | Symptômes de TSPT   | IES                     | PRECI > liste d'attente : symptômes de TSPT réduits à la fin du traitement. PRECI = traitement différé : symptômes de TSPT réduits au suivi à 12 semaines.     |
| Jarero et coll. (2013a)     | 39  | Premiers intervenants – dans les trois mois   | EMDR PROPARA (n = 19) vs. soutien psychologique (n = 20). Deux séances de 90 minutes   | Pire souvenir du trauma récent                     | Symptômes de TSPT   | SPRINT                  | PROPARA > soutien psychologique : réduction des symptômes de TSPT à la fin du traitement et au suivi à trois mois  |
| Jarero et coll. (2015)      | 25  | Explosion sur le lieu de travail – 25 jours   | PRECI (EMDR) (13) vs. 1 semaine en liste d'attente/traitement différé (12). Deux séances, 60 minutes                             | Pire souvenir de l'explosion                       | Symptômes de TSPT   | SPRINT                  | PRECI > liste d'attente : symptômes de TSPT réduits à une semaine post-traitement. PRECI = traitement différé : symptômes de TSPT réduits au suivi à 90 jours. |

(suite)

**ANNEXE B. Revue des études portant sur les interventions EMDR précoces dans les trois premiers mois après l'événement traumatisant (suite)**

| Auteur(s)                                     | N  | Échantillon et temps post-événement                                | Intervention et nombre de séances   | Souvenirs/phénomènes ciblés          | Résultats/variables dépendantes                   | Outils de mesure   | Résultats significatifs  |
|---|----|--|---|--------------------------------------|---|--------------------|--|
| Shapiro et coll. (2018)                       | 25 | Attaques à la roquette – dans les trois mois après les incidents   | R-TEP (EMDR) (n = 13) vs. traitement différé (n = 12). Trois séances de 90 minutes.                                   | Perturbations liées au récent trauma | Symptômes de TSPT et de dépression, et résilience | PCL-5, PHQ-9, BRCS | R-TEP (EMDR) > liste d'attente : réduction des symptômes de TSPT et de dépression un mois après le traitement.   |
| Shapiro & Laub (2015)                         | 16 | Attaque à la roquette – dans les trois mois après l'incident       | R-TEP (EMDR) immédiat vs. traitement une semaine de liste d'attente/différé (n = 18). Une séance de 90 à 120 minutes. | Perturbations liées au récent trauma | Symptômes de TSPT et de dépression                | IES-R, PHQ-9       | R-TEP (EMDR) > liste d'attente : réduction des symptômes de TSPT et de dépression une semaine après le traitement. R-TEP = traitement différé : baisse du TSPT et de la dépression au suivi à trois mois |
| Tarquinio et coll. (2016)                     | 60 | Violence sur le lieu de travail – 48 heures                        | EMDR-RE (n = 19) vs. CISD (n = 23), vs. traitement différé de 48 heures (n = 18). Une séance de 90 à 180 minutes.     | Perturbations liées au récent trauma | Symptômes de TSPT                                 | PCLS               | Réduction des symptômes de TSPT pour l'EMDR-RE et l'EMDR-RE différée, mais pas pour le CISD. EMDR-RE = EMDR-RE différée > CISD à trois mois de suivi.  |
| <b>Études contrôlées de cohorte et de cas</b> |    |  |   |                                      |   |                    |  |
| Brennstuhl et coll. (2013)                    | 34 | Violences ou accident sur le lieu de travail – dans les 48 heures. | URG (EMDR) (n = 19) vs. contrôles divers appariés de façon non aléatoire (n = 15). Une séance de 60 à 90 minutes.     | Perturbations liées au récent trauma | Symptômes de TSPT                                 | PCL-S              | Réduction des symptômes de TSPT à la fois pour l'URG et pour la thérapie éclectique. URG > thérapie éclectique.  |

(suite)



**ANNEXE B. Revue des études portant sur les interventions EMDR précoces dans les trois premiers mois après l'événement traumatisant (suite)**

| Auteur(s)   | N   | Échantillon et temps post-événement  | Intervention et nombre de séances  | Souvenirs/phénomènes ciblés                    | Résultats/variables dépendantes | Outils de mesure | Résultats significatifs   |
|---|-----|--|--|--|---------------------------------|------------------|---|
| Jarero & Uribe (2011, 2012)                             | 32  | Personnes travaillant sur le site d'un massacre, menacées, traumatisation permanente   | PREC1 (EMDR) immédiat pour les personnes présentant des symptômes sévères (n = 18) vs. 17 jours en liste d'attente/traitement différé pour les symptômes modérés (n = 14). Une séance de 90 à 120 minutes. | Pire souvenir du travail médico-légal en cours | Symptômes de TSPT               | IES, SPRINT      | PREC1 immédiate > liste d'attente : réduction des symptômes de TSPT. Symptômes de TSPT réduits pour le traitement immédiat et le traitement différé à l'issue du traitement, et au suivi à 3 et 5 mois. |
| <b>Études historiques de cohorte ou de cas-contrôle</b> |     |  |  |  |                                 |                  |   |
| Saltini et coll. (2018)                                 | 529 | Survivants d'un tremblement de terre, au cours du premier mois ( <i>tôt</i> ), et au cours des second et troisième mois ( <i>tard</i> ) après la catastrophe | R-TEP (EMDR) : tôt (n = 239), tard (n = 290), deux à quatre séances, groupe de contrôle analogique   | Perturbations liées au tremblement de terre    | Symptômes de TSPT               | IES-R            | Tôt = tard : réduction dans les symptômes de TSPT   |
| Silver et coll. (2005)                                  | 24  | Après le 11 septembre, dans les trois mois (traitement précoce, TP, n = 12) et après 11 semaines (traitement différé, TR, n = 12)                            | EMDR – RE, 4 à 5 séances, contrôle analogique  | Perturbations liées au trauma du 11 septembre  | Détresse subjective             | SUD, VOC         | TP = TR pour le SUD et la VOC   |
| <b>Séries ou études de cas non contrôlées</b>           |     |  |  |  |                                 |                  |   |
| Aduriz et coll. (2009)                                  | 124 | Enfants ayant survécu à une inondation – dans les trois mois   | EMDR-IGTP, une séance de deux heures   | Pire souvenir de l'inondation                  | Symptômes de TSPT               | CRTES            | Réduction des symptômes de TSPT à la fin du traitement et au suivi à trois mois   |

(suite)

**ANNEXE B. Revue des études portant sur les interventions EMDR précoces dans les trois premiers mois après l'événement traumatisant (suite)**

| Auteur(s)                  | N   | Échantillon et temps post-événement  | Intervention et nombre de séances                              | Souvenirs/phénomènes ciblés             | Résultats/variables dépendantes | Outils de mesure             | Résultats significatifs   |
|----------------------------|-----|--|--|---|---------------------------------|------------------------------|---|
| Brennstuhl et coll. (2019) | 36  | Enfants (moyenne d'âge 12-13 ans) ayant vécu une attaque terroriste – dans les 48 heures après l'attaque | EMDR-IGTP, une séance  | Pire souvenir de l'attaque terroriste   | Symptômes de TSPT               | PCLS                         | Réduction des symptômes de TSPT à la fin du traitement et au suivi à 3 mois.  |
| Buydens et coll. (2014)    | 7   | Attaque de banque (n = 6), suicide d'un collègue (n = 1)   | EMDR-RE, 7 à 10 jours après l'incident, 5,2 séances en moyenne | Perturbations liées au récent trauma    | Symptômes de TSPT               | IES-R                        | Pas d'analyse statistique de réduction des symptômes de TSPT  |
| Fernandez et coll. (2003)  | 236 | Enfants ayant assisté à un crash d'avion, à côté de l'école – dans les trente jours après l'accident     | EMDR-IGTP, une séance de 90 minutes                            | Pire souvenir du crash de l'avion       | Symptômes de détresse           | Observations des enseignants | Pas d'analyse statistique. Rapportent des résultats positifs  |
| Jarero et coll. (2006)     | 44  | Enfants ayant survécu à une inondation – dans les deux mois après l'inondation                           | EMDR-IGTP, une séance de 90 minutes                            | Pire souvenir de l'inondation           | Symptômes de TSPT               | CRTES                        | Pas d'analyse statistique de réduction des symptômes de TSPT  |
| Jarero et coll. (2008)     | 16  | Enfants dont les pères ont été tués dans l'explosion d'une mine – dans les trois mois après l'accident   | EMDR-IGTP, une séance de 90 minutes                            | Pire souvenir de la mort du père        | Symptômes de TSPT               | CRTES                        | Réduction des symptômes de TSPT à la fin du traitement et au suivi à 3 mois.  |
| Jarero & Artigas (2010)    | 20  | Adultes bloqués pendant une violente crise géopolitique. Traitement pendant la crise.                    | EMDR-IGTP, trois séances de 90 minutes                         | Pires phénomènes en lien avec le danger | Symptômes de TSPT               | IES                          | Réduction des symptômes de TSPT à la fin du traitement et au suivi à 14 semaines, malgré la poursuite de l'exposition à la crise. |





**ANNEXE B. Revue des études portant sur les interventions EMDR précoces dans les trois premiers mois après l'événement traumatisant (suite)**

| Auteur(s)                        | N   | Échantillon et temps post-événement  | Intervention et nombre de séances           | Souvenirs/phénomènes ciblés         | Résultats/variables dépendantes                 | Outils de mesure  | Résultats significatifs  |
|----------------------------------|-----|--|---|-------------------------------------|---|---|--|
| Maslovaric et coll. (2017)       | 116 | Adolescents ayant survécu à un séisme – dans les trois mois après ce dernier | EMDR-IGTP, trois séances de 90 minutes      | Pire souvenir du séisme             | Symptômes de TSPT                               | IES-R   | Réduction des symptômes de TSPT à la fin du traitement et au suivi à trois mois.   |
| Tarquinio et coll. (2012)        | 17  | Femmes ayant subi un viol – 24 à 48 heures après le viol                     | URG (EMDR), une seule séance                | Souvenir de l'agression sexuelle    | Symptômes de TSPT, anxiété, comportement sexuel | IES, questions concernant le désir et l'excitation sexuelle | Réduction des symptômes de TSPT en fin de traitement, à 4 et à 6 mois, et augmentation du désir et de l'excitation sexuelle au suivi à 4 semaines et à 6 mois. |
| Trentini et coll. (2018)         | 332 | Enfants survivants d'un tremblement de terre – dans les trois premiers mois. | EMDR-IGTP, trois séances de 60 à 90 minutes | Pire souvenir du séisme             | Symptômes de TSPT                               | CRIES, thermomètres émotionnels                             | Réduction des symptômes de TSPT et d'anxiété en fin de traitement.   |
| Zaghrouit-Hodali et coll. (2008) | 7   | Enfants exposés à une guerre toujours en cours.                              | EMDR-IGTP, 4 séances                        | Pire souvenir de la guerre en cours | Symptômes de détresse                           | SUD, observations comportementales                          | Pas d'analyse statistique des notes réduites de SUD. Rapport de résultat positif.  |

**Note.** BDI = Beck Depression Inventory ; BRCS = Brief Resilience Coping Scale ; CISD = Critical Incident Stress Debriefing ; CRTES = Child's Reaction to Traumatic Events Scale ; EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing ; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale ; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale ; IES = Impact of Event Scale ; IES-R = Impact of Event Scale-Revised ; MIBS = Mother-to-Infant Bonding Scale ; PDEQ = Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire ; PRECI = EMDR protocol for recent critical incidents and ongoing traumatic stress ; PCL-C = PTSD Checklist-Civilian Version ; PDEG = Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire ; PCL-S = Post traumatic Checklist Scale ; PCLS = Post Concussion-Like Symptoms ; PDEG = Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire ; PROPARA = protocol for paraprofessional use in acute trauma situations ; RE = EMDR Recent Event Protocol ; R-TEP = Recent Traumatic Episode Protocol ; SPRINT = Short PTSD Rating Interview ; SUD = Subjective Units of Disturbance Scale ; URG = EMDR emergency protocol ; VOC : validité de la cognition positive.

## ANNEXE C. Revue des études portant sur la thérapie EMDR pour traiter le TSPT de guerre

| Auteur(s)               | N  | Cadre et population militaire concernée  | Intervention et nombre de séances   | Souvenirs/phénomènes ciblés                   | Résultats/variables dépendantes   | Outils de mesure  | Résultats significatifs  |
|-------------------------|----|--|---|---|---|---|--|
| <i>ECR</i>              |    |  |   |   |   |   |  |
| Ahmadi et coll. (2015)  | 33 | Militaires en Iran admis à l'hôpital, en service actif.  | EMDR (n = 11), REM-Desensitization (n = 10), pas de traitement (n = 12)   | Non décrits                                   | ESPT, dépression, troubles du sommeil, peur de mourir   | MSPTSD, PSQI, DAQ.  | À la fin du traitement, EMDR = REM > groupe contrôle : réduction des symptômes de TSPT. EMDR > REM pour la réduction de la dépression. REM > EMDR sur les pensées intrusives, et la qualité globale du sommeil.                                      |
| Boudewyns & Hyer (1996) | 61 | Unité américaine de traitement hospitalier et ambulatoire  | EMDR (n = 21), EMDR yeux fermés (n = 18), thérapie de groupe (n = 22). EMDR : cinq à sept séances, traitement de groupe : huit séances. | Souvenir le plus perturbant                   | Symptômes de TSPT   | SCID, WSI, CAPS, IES, POMS, examens physiologiques : HR, SC, BP, EMG* | À la fin du traitement, EMDR = EMDR yeux fermés = traitement de groupe : réduction des symptômes de TSPT à la CAPS. EMDR = EMDR yeux fermés > traitement de groupe : réduction de l'anxiété. Pas de données de suivi.                                |
| Carlson et coll. (1998) | 35 | Centre médical pour anciens combattants et centres communautaires pour vétérans hors service actif | EMDR (n = 10), relaxation par biofeedback (n = 13), liste d'attente (n = 12), douze séances hebdomadaires                               | Scène la plus traumatisante ciblée en premier | ESPT, dépression, anxiété, physiologie (rythme cardiaque, température et conductivité de la peau) | CAPS-1, MISS, IES, PSS-SR, BDI, STAI, SSCQ.                           | À la fin du traitement et au suivi à 3 mois, EMDR > liste d'attente et biofeedback : réduction des mesures de TSPT (MISS, PSS-SR) ; EMDR = biofeedback = liste d'attente à l'IES. Au suivi à 3,9 mois, EMDR > biofeedback : baisse des notes au CAPS |

\* (HR = rythme cardiaque ; BP = pression sanguine ; SC/SCL/SCR = conductivité de la peau ; Temp = température de la peau ; EMT/EMG = électromyographie)

(suite)

## ANNEXE C. Revue des études portant sur la thérapie EMDR pour traiter le TSPT de guerre (suite)

| Auteur(s)  | N  | Cadre et population militaire concernée  | Intervention et nombre de séances   | Souvenirs/phénomènes ciblés                            | Résultats/variables dépendantes   | Outils de mesure                             | Résultats significatifs   |
|--|----|--|---|--|---|--|---|
| <i>ECR</i>   |    |  |   |  |   |  |   |
| Devilley et coll. (1998)   | 51 | Service psychologique pour anciens combattants ou hôpital, clinique ambulatoire, vétérans hors service actif (Vietnam) | EMDR (n = 19), EMDR sans mouvements oculaires (n = 16), TAU (n = 16) deux séances en cinq semaines, 90 minutes maximum. | Description d'un scénario traumatique aux participants | ESPT, dépression, anxiété, mesures physiologiques (rythme cardiaque, pression sanguine) | PTSD-I, MSPTSDC, IES, STAI-Y2, BDI, PPD, COT | À la fin du traitement, EMDR = EMDR sans les MO = TAU : réductions sur TSPT, dépression, anxiété, difficultés personnelles. EMDR = EMDR sans MO > TAU : changement clinique fiable. À six mois, l'amélioration ne s'est maintenue sur aucune des mesures. |
| Jensen (1994)  | 25 | Centre médical des Anciens combattants, vétérans hors du service actif (Vietnam)                                       | EMDR (n = 13), liste d'attente//TAU (n = 12), deux séances.   | Une seule image provenant du souvenir traumatique.     | ESPT  | SI-PTSD, MSPTSD-C                            | Pas d'effet significatif  |
| Lee et coll. (2002) <sup>a</sup>   | 24 | Un tiers des participants provenant du service de la défense   | EMDR (n = 12), SITPE (n = 12), sept séances hebdomadaires de 90 minutes ;   | Souvenir le plus perturbant du trauma                  | ESPT, dépression  | SI-PTSD, MMPI-K, IES, BDI                    | À la fin du traitement : EMDR = SITPE : réduction TSPT et dépression. Au suivi à 3 mois, EMDR > SITPE.  |
| <i>Études contrôlées de cohorte et de cas, avec EMDR en traitement d'appoint</i> |    |  |   |  |   |  |   |
| Alliger-Horn et coll. (2015) <sup>b</sup>  | 40 | Soldats allemands hospitalisés, traumatisés par la guerre.   | TAU + EMDR, TAU + IRRT (n impossible à extraire de l'article)   | Impossible à extraire de l'article                     | Symptômes de TSPT, symptômes comorbides   | Impossible à extraire de l'article           | TAU + EMDR = TAU + IRRT : réduction des plaintes autour du trauma, et des symptômes comorbides.   |

<sup>a</sup> Résumé seul disponible, données provenant d'une thèse de doctorat.

<sup>b</sup> Article publié en chinois, résumé seul en anglais.

### ANNEXE C. Revue des études portant sur la thérapie EMDR pour traiter le TSPT de guerre (suite)

| Auteur(s)  | N   | Cadre et population militaire concernée   | Intervention et nombre de séances  | Souvenirs/phénomènes ciblés                  | Résultats/variables dépendantes  | Outils de mesure  | Résultats significatifs  |
|--|-----|---|--|--|--|---|--|
| Köhler et coll. (2017)                                   | 96  | Établissement de traitement pour soldats allemands hospitalisés                             | TAU + EMDR (n = 78) vs. liste d'attente (n = 18)<br>EMDR : 2-3 séances de 90-100 minutes par semaine pendant quatre semaines.                    | Souvenirs pénibles à l'origine des symptômes | Symptômes de TSPT, dépression, symptômes psychiques en général.                        | PDS, BDI-II, SCL-90-R   | À la fin du traitement, TAU + EMDR > liste d'attente : réduction des symptômes de TSPT et de la dépression. Pas de données de suivi.   |
| Rogers et coll. (1999)                                   | 12  | Programme de traitement hospitalier, vétérans hors du service actif (Vietnam)               | EMDR (n = 6) vs. exposition (n = 6) ; une séance de 60 à 90 minutes.   | Expérience de guerre la plus perturbante.    | Symptômes de TSPT  | CAPS, IES, SUD, mesures physiologiques : rythme cardiaque, pression sanguine. | EMDR = Exposition : réduction dans les symptômes de TSPT. EMDR   |
| Silver et coll. (1995)                                   | 83  | Intra-hospitalier ; vétérans du Vietnam, venant d'un programme TSPT des Anciens combattants | TAU + EMDR (n = 13), au moins une séance. TAU + biofeedback (n = 6), TAU + relaxation (n = 9), tous les deux trois séances minimum. TAU (n = 55) | Non mentionné                                | Angoisse, colère, dépression, isolement, flashbacks, cauchemars problèmes relationnels | PRF   | À la fin du traitement, EMDR > biofeedback, relaxation, contrôle : amélioration de l'anxiété et de l'isolement. EMDR > biofeedback sur les pensées intrusives, les flashbacks et les cauchemars. |
| <i>Études historiques de cohorte ou de cas-contrôles</i> |     |   |  |  |  |   |  |
| Bandelow et coll. (2012)                                 | 117 | Hôpital militaire allemand (registres archivés)   | TCC (n = 15), EMDR (n = 102). Séances de TCC entre 1 et 22, moyenne 2,3.   | Souvenirs associés à le TSPT des patients    | Symptômes de TSPT  | PTSD-10, IES-R  | Rapport de traitement réussi, pas d'analyse statistique  |

*(suite)*

**ANNEXE C. Revue des études portant sur la thérapie EMDR pour traiter le TSPT de guerre (suite)**

| Auteur(s)                                       | N  | Cadre et population militaire concernée   | Intervention et nombre de séances   | Souvenirs/phénomènes ciblés   | Résultats/variables dépendantes   | Outils de mesure  | Résultats significatifs  |
|---|----|---|---|---|---|---|--|
| Hurley (2018)                                   | 30 | Centre régional militaire de traitement ambulatoire (données de traitement archivées), militaires hors service actif  | EMDR intensive (n = 15), 20 séances sur dix jours. EMDR hebdomadaire (n= 15), 18 à 20 séances   | Souvenirs associés à le TSPT  | Symptômes de TSPT   | IES-R, PCL-M, PCL-5   | Suivi à un an : EMDR intensive = EMDR hebdomadaire : réduction des symptômes de TSPT à l'IES-R   |
| Macklin et coll. (2000); Pitman et coll. (1996) | 17 | Vétérans du Vietnam hors du service actif   | 1996 : plan croisé : 6 séances d'EMDR avec mouvements oculaires, 6 séances avec les yeux fixes + tapotements vs. pas de traitement.<br>2000 : comparaison de suivi de cohorte : traités par l'EMDR (N = 13) vs. cohorte historique (N-14) | Chaque séance centrée sur le pire aspect de deux expériences de combat    | Diagnostic et symptômes de TSPT, particulièrement l'évitement et les intrusions | SCID, CAPS, SCL-90, IES, MSPTSDC, Mesures physiologiques : rythme cardiaque, conductivité de la peau, électromyographie | 1996 : fin du traitement, conditions EMDR : réduction des symptômes de TSPT. Au suivi à 5 ans, thérapie EMDR = contrôle : aggravation importante des symptômes rapportée au CAPS, MISS, SCL-90 |
| <b>Séries de cas ou études non contrôlées</b>   |    |   |   |   |   |   |  |
| Brickell et coll. (2015)                        | 99 | Centres de suivi psychologique ambulatoire de la communauté militaire américaine (données de traitement archivées) (échantillon militaire et non militaire) | EMDR. En moyenne 7,2 séances, durée non précisée.   | Événements traumatisants (traitement de TSPT de guerre et d'autre nature) | Symptômes de TSPT, anxiété, dépression  | BDI-II, BAI, PCL-M  | À la fin de traitement, chez les militaires d'active, réduction du TSPT, de l'anxiété, de la dépression.   |

(suite)

### ANNEXE C. Revue des études portant sur la thérapie EMDR pour traiter le TSPT de guerre (suite)

| Auteur(s)               | N   | Cadre et population militaire concernée  | Intervention et nombre de séances   | Souvenirs/phénomènes ciblés                | Résultats/variables dépendantes  | Outils de mesure   | Résultats significatifs  |
|-------------------------|-----|--|---|--|--|--|--|
| Carlson et coll. (1996) | 4   | Centre américain pour anciens combattants, vétérans (Vietnam)                          | 12 séances bi-hebdomadaires d'EMDR, de 60 à 75 minutes  | Ciblage de souvenirs de la guerre          | ESPT, anxiété, dépression  | MSPTSD-C, IES, CAPS, BDI, STAI, SSCQ, mesures physiologiques | Pas d'analyse statistique. Rapporte un résultat positif pour trois des quatre patients.                  |
| Lipke & Botkin (1992)   | 5   | Centre hospitalier des Anciens combattants. Vétérans du Vietnam (démobilisés)          | EMDR, 1 séance  | Le souvenir du Vietnam le plus perturbant  | ESPT   | MSPTSD-C   | Pas d'analyse statistique. Aborde des difficultés procédurales de l'EMDR et la complexité des symptômes. |
| McLay et coll. (2016)   | 331 | Cliniques militaires de santé mentale (données archivées de traitement), service actif | EMDR (n = 46), TAU ; comprenait TCC, exposition, CPT, et thérapie non axée sur les traumas (n = 285) ; nombre de séances : 7 à 10 | -  | Symptômes de TSPT, dépression, difficultés au niveau du sommeil et du fonctionnement général | PCL-M  | EMDR > TAU : moins de séances sur dix semaines, et plus grande amélioration des symptômes de TSPT        |
| Russell (2006)          | 4   | Victimes de la guerre en Irak dans un hôpital de campagne, service actif               | EMDR, 1 séance  | Souvenir de l'événement le plus perturbant | ESPT – symptômes intrusifs.  | SCI, IES   | Pas d'analyse statistique. Rapporte un résultat positif.   |
| Russell (2008a)         | 1   | Service militaire de consultation externe, service actif                               | EMDR, 4 séances   | Souvenir de l'amputation d'une jambe.      | Symptômes de TSPT, douleur du membre fantôme   | IES, BDI, NRS  | Pas d'analyse statistique. Rapporte un résultat positif.   |

(suite)

### ANNEXE C. Revue des études portant sur la thérapie EMDR pour traiter le TSPT de guerre (suite)

| Auteur(s)               | N | Cadre et population militaire concernée   | Intervention et nombre de séances  | Souvenirs/phénomènes ciblés                                  | Résultats/variables dépendantes                                    | Outils de mesure        | Résultats significatifs  |
|-------------------------|---|---|--|--|--|-------------------------|--|
| Russell (2008b)         | 1 | Vétéran de la guerre d'Irak   | EMDR, 5 séances hebdomadaires de 60 minutes                              | Souvenirs de combat les plus pénibles                        | Symptômes médicalement inexpliqués, symptômes de TSPT              | TES-R, BDI              | Pas d'analyse statistique ; l'auteur rapporte un résultat positif.                         |
| Silver et coll. (2008)  |   | Centre hospitalier des Anciens combattants, vétéran (Irak, Vietnam), hors service actif | EMDR : cas 1 : 4 séances en deux semaines. Cas 2 : deux séances          | Souvenirs récents et souvenirs les plus difficiles de guerre | Anxiété, dépression, colère, douleur, tressaillements myocloniques | IES, BDI, BHS           | Pas d'analyse statistique ; l'étude rapporte un résultat positif.                          |
| Wesson & Gould (2009)   | 1 | Soldat britannique au front, en service.  | EMDR, 4 séances sur quatre jours (protocole pour les événements récents) | Souvenir d'incident – mine terrestre.                        | Stress aigu, symptômes de TSPT, dépression.                        | PCL-C, IES-R, HADS, BDI | Pas d'analyse statistique ; l'étude rapporte un résultat positif.                          |
| Wright & Russell (2013) | 1 | Service ambulatoire de santé mentale de l'armée pour combattants en service actif       | EMDR, 7 séances hebdomadaires  | Souvenirs en rapport avec des pulsions violentes             | Symptômes de TSPT, dépression.                                     | PCL-M, BDI              | Pas d'analyse statistique ; l'étude rapporte un résultat positif.                          |
| Young (1995)            | 1 | Clinique ambulatoire pour vétérans (Vietnam) hors service actif                         | EMDR, une séance de 60 minutes   | Souvenirs perturbants de la mort d'un ami.                   | ESPT rebelle   | SUD, VOC                | Pas d'analyse statistique ; l'étude rapporte des résultats positifs sur les SUD et la VOC. |

**Note.** EMDR = eye movement desensitization and reprocessing ; TCC-PTT = thérapie cognitive-comportementale – protocole de traitement du trauma ; IRRT = Imagery rescripting and reprocessing therapy ; SITPE = Stress Inoculation Training with Prolonged Exposure ; TAU = traitement habituel (*Treatment as usual*).

Outils de mesure : BAI = Beck Anxiety Inventory ; BDI = Beck Depression Inventory ; BHS = Beck Hopelessness Scale ; CAPS = Clinically Administered PTSD Scale ; CES = Combat Exposure Scale ; COT = Credibility of Therapy Questionnaire ; DAQ = Death anxiety questionnaire ; GAS = Goal Attainment Scaling ; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale ; IES (-R) = Impact of Events Scale (-Revised) ; MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory ; MSPTSD-C = Mississippi Scale for Combat-Related PTSD ; NRS = Numeric Rating Scale ; PCL-C = PTSD checklist–Civilian ; PCL-M = PTSD checklist–Military ; PDS = Posttraumatic Stress Diagnostic Scale ; PPD = Personal Problem Definition Questionnaire ; PRF = Problem Report Form ; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index ; POM = Profile of Moods Scale ; PTSD-I = PTSD Interview ; PSS-SR = PTSD Symptom Scale-Self Report ; PTSD-10 = Posttraumatic Stress Scale ; SCI = Structured Clinical Interview-DSM-IV ; SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R ; SI-PTSD = Davidson's Structured Interview for PTSD ; STAI-Y2 = Spielberger State-Trait Anxiety Inventory ; SSCQ = Stressful Scene Construction Questionnaire ; SCL-90 = Symptom Check List ; SUD = Subject Units of Distress Scale ; VOC = Validity of Cognition Scale ; WSI = War Stress Inventory.

(a) Un tiers seulement des participants étaient des militaires. (b) Article publié en allemand (seul le résumé est en anglais).

(suite)



## ANNEXE D. Revue des effets de la thérapie EMDR sur la dépression unipolaire, en cible principale

| Auteur(s)                      | N  | Cadre/échantillon  | Intervention et nombre de séances  | Souvenirs/phénomènes ciblés  | Résultats/variables dépendantes                | Outils de mesure                               | Résultats significatifs  |
|--------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|
| <i>ECR</i>                     |    |  |  |  |  |  |  |
| Behnammoghadam et coll. (2015) | 60 | Patients en soins ambulatoires, en dépression (BDI > 17) jusqu'à quatre mois après un infarctus du myocarde. | EMDR (n = 30) vs. pas d'intervention (n = 30). 3 séances d'EMDR.   | Partie la plus traumatisante de l'incident cardiaque                   | Dépression                                     | BDI  | EMDR > pas de traitement : réduction des notes BDI à quatre mois après le traitement.  |
| Dominguez et coll. (2020)      | 49 | Patients en soins ambulatoires en structure psychiatrique avec diagnostic de dépression ou d'anxiété         | Trois séances d'EMDR + TAU (n = 16) vs. trois séances d'entraînement à l'affirmation de soi + TAU (n = 17) vs. TAU (n = 16). Le TAU était un traitement groupal de TCC de dix jours. | Événements anciens ou récents ayant amené des émotions négatives       | Épisodes dépressifs majeurs, symptômes de TSPT | DASS-42, IES-R, RAS                            | À la fin du traitement, EMDR + TAU = TAU = affirmation de soi + TAU pour l'amélioration. À six semaines de suivi, EMDR + TAU = affirmation de soi + TAU > TAU. À douze semaines, EMDR + TAU était supérieur. |
| Gauhar (2016)                  | 17 | Patients en soins ambulatoires souffrant de trouble dépressif majeur, sans traitement antidépresseur         | EMDR (n = 10) vs. liste d'attente (n = 7), 6 à 8 séances d'EMDR  | Événements perturbants considérés comme liés à la cognition dépressive | Dépression, symptômes de TSPT, qualité de vie  | BDI-II, Trauma Symptom Checklist-40, QOL Index | EMDR > liste d'attente : amélioration de la dépression, du TSPT et de la qualité de vie : à la fin du traitement et au suivi à 3 mois.   |

(suite)



**ANNEXE D. Revue des effets de la thérapie EMDR sur la dépression unipolaire, en cible principale (suite)**

| Auteur(s)                         | N  | Cadre / échantillon   | Intervention et nombre de séances  | Souvenirs/phénomènes ciblés                          | Résultats/variables dépendantes  | Outils de mesure                           | Résultats significatifs  |
|-----------------------------------|----|---|--|--|--|--|--|
| Hase et coll. (2018)              | 30 | Patients adultes d'une clinique de rééducation psychiatrique/psychosomatique ayant des notes > 12 au BDI et un traitement antidépresseur en cours | 4 à 12 séances d'EMDR + traitement habituel (TAU) (n = 14) vs. TAU (n = 16). Programme hospitalier et thérapie psychodynamique ou comportementale        | Un souvenir non encore retraité par semaine          | Dépression et charge mentale générale pesant sur les patients  | BDI-II, SCL-90-R, depression subscale, GSI | EMDR + TAU > TAU : réduction des symptômes dépressifs et rémission du diagnostic, post-traitement et au suivi à un an.   |
| Hogan (2002) <sup>a</sup>         | 30 | Adultes souffrant de trouble dépressif majeur, de dysthymie ou de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive                                  | EMDR (n = 15) vs. TCC (n = 15). Pas d'informations sur le traitement.  | Information indisponible                             | Dépression, sévérité globale   | BDI-II, SCL-90-R                           | EMDR = TCC : amélioration de la dépression.  |
| Kao et coll. (2018)               | 57 | Dépression chez des adultes ayant une défaillance cardiaque, suivis en clinique en soins ambulatoires.  | EMDR (n = 25) vs. groupe contrôle : soins courants (n = 32). 4 séances EMDR hebdomadaires de 60 à 90 minutes. Pas d'informations sur les soins courants. | Épisode le plus désagréable de défaillance cardiaque | Dépression, impact de la défaillance cardiaque sur la qualité de la vie, variabilité du rythme cardiaque | BDI-II, MLHFQ, HRV                         | EMDR > contrôle : amélioration de la dépression, de la qualité de vie liée à la santé et des variations du rythme cardiaque, à la fin du traitement et aux suivis à 1 et 3 mois. |
| Lei & Zenying (2007) <sup>b</sup> | 64 | Patients adultes dépressifs suivis en soins ambulatoires (CCMD-3 et HDS ≥ 17)   | EMDR + Sertraline (n = 32) vs. Sertraline seulement ((n = 32). EMDR : six séances hebdomadaires  | Information indisponible                             | Dépression   | HMS CGS TESS                               | EMDR + Sertraline > Sertraline seule : amélioration de la dépression aux semaines 1 et 2. EMDR + Sertraline = Sertraline à la semaine 6.   |

|                         |    |   |   |  |   |  |   |
|-------------------------|----|---|---|--|---|--|---|
| Minelli et coll. (2019) | 22 | Adultes hospitalisés, dépression résistante au traitement | TCC-CT (centrée sur le trauma) (n = 10) vs. EMDR (n = 12). Pour les deux groupes, 24 séances de 60 minutes sur 8 semaines | EMDR : événements traumatiques ; TCC-CT : difficultés émotionnelles et psychologiques liées au trauma. | Dépression, anxiété, qualité du sommeil | MADRS, BDI-II, BAI, PSQI, MINI-ICF-APP | À la fin du traitement, TCC-CT = EMDR : dépression améliorée. Au suivi : EMDR > TCC-CT pour la dépression, notamment les symptômes neurovégétatifs et cognitifs. À la fin du traitement et au suivi, TCC-CT = EMDR : amélioration de l'anxiété, du sommeil, des déficits psychosociaux. |
|-------------------------|----|---|---|--|---|--|---|

(suite)

## ANNEXE D. Revue des effets de la thérapie EMDR sur la dépression unipolaire, en cible principale (suite)

| Auteur(s)                | N  | Cadre / échantillon  | Intervention et nombre de séances  | Souvenirs/phénomènes ciblés   | Résultats/variables dépendantes  | Outils de mesure                  | Résultats significatifs   |
|--------------------------|----|--|--|---|--|-----------------------------------|---|
| Ostacoli et coll. (2018) | 66 | Adultes souffrant de dépression récurrente, déjà sous traitement antidépresseur. | EMDR (n = 31) vs. TCC (n = 35). Nombre moyen de séances = 15 d'EMDR ou de TCC sur au moins 4 semaines  | EMDR : déclencheurs de l'épisode, systèmes de croyances, états dépressifs, états suicidaires. | Dépression, anxiété, qualité de vie, symptômes de TSPT                           | BDI-II, BAI, IES-R, QOL-Bref, GAF | En fin de traitement : EMDR > TCC : dépression améliorée. Au qui à 6 mois, EMDR = TCC pour la dépression. À la fin du traitement et au suivi, EMDR = TCC pour l'anxiété, la qualité de vie (QOL), le TSPT, le fonctionnement global.                  |
| Passoni et coll. (2018)  | 44 | Aidants de patients déments en milieu hospitalier                                | EMDR-IGTP (protocole intégratif de traitement de groupe), huit séances de groupe hebdomadaires de deux heures. Traitement immédiat vs. liste d'attente/ traitement retardé | Souvenir traumatique ou souvenirs extrêmement stressants en rapport avec la démence           | Dépression, anxiété, trauma, besoins de l'aidant, et poids de la prise en charge | IES-R (AD-R)                      | À la fin du traitement, immédiat > liste d'attente : amélioration du TSPT, de la dépression. Au suivi à deux mois, amélioration du TSPT seulement. Traitement retardé : dépression réduite à la fin du traitement, non maintenu à deux mois de suivi. |
| Rahimi et coll. (2019)   | 90 | Patients adultes en hémodialyse à l'hôpital                                      | TAU + EMDR (n = 45) : trois fois par semaine pendant deux semaines, vs. soins habituels (TAU ; n = 45). TAU = mesure du poids et contrôle pression sanguine.               | Cible de l'EMDR : trauma lié à l'hémodialyse  | Anxiété, dépression  | HADS (Farsi version)              | TAU + EMDR > TAU à la fin du traitement pour l'amélioration de la dépression et de l'anxiété.   |
| Su (2018)                | 16 | Adultes souffrant d'un trouble dépressif majeur en clinique (soins ambulatoires) | Quasi-expérience. Phase 1 : EMDR (n = 8). Phase 2 : EMDR (n = 4) vs. TCC (n = 4). 10 séances (deux   | Symptômes dépressifs  | Dépression   | PHQ-9                             | Phase 1 : EMDR : amélioration de la dépression. Phase 2 : EMDR = TCC amélioration de la dépression.   |

|  |  |  |                         |  |  |  |  |
|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|
|  |  |  | séances par<br>semaine) |  |  |  |  |
|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|

*(suite)*

**ANNEXE D. Revue des effets de la thérapie EMDR sur la dépression unipolaire, en cible principale (suite)**

| Auteur(s)                                    | N  | Cadre / échantillon   | Intervention et nombre de séances  | Souvenirs/<br>phénomènes<br>ciblés                        | Résultats/variables<br>dépendantes          | Outils de mesure   | Résultats significatifs  |
|--|----|---|--|---|---|--|--|
| <i>Études de cohortes et de cas-contrôle</i> |    |   |  |   |   |  |  |
| Hase et coll. (2015)                         | 32 | Patients hospitalisés souffrant d'épisodes dépressifs, en clinique de réadaptation  | Épreuve contrôlée non randomisée : EMDR (moyenne 4,6 séances, 1 à 2 fois par semaine) + TAU (n = 16) vs. TAU seul (n = 16). TAU : thérapie de groupe, th. psychodynamique, psychoéducation, sport, relaxation. | Souvenir d'événements négatifs liés à la dépression       | Dépression et poids global sur les patients | BDI-II, SCL-90-R depression subscale, GSI                                | EMDR + TAU > TAU : amélioration de la dépression : après le traitement et au suivi à un an                                       |
| Hofmann et coll. (2014)                      | 21 | Adultes ayant une dépression unipolaire primaire sans TSPT. Traitement antidépresseur chez 9 dans le groupe EMDR + TCC et 6 dans le groupe TCC.                               | Étude contrôlée non randomisée : EMDR + TCC (n = 21) vs. TCC (n = 21). Nombre moyen de séances EMDR : 6,9 + 44,5 de TCC. Groupe contrôle : 47,1 TCC seulement  | EMDR en groupe : souvenirs en rapport avec la dépression. | Dépression                                  | BDI-II   | Fin du traitement : EMDR + TCC > TCC : amélioration de la dépression et rémissions   |
| Lehning et coll. (2017)                      | 18 | Réfugiés adultes avec TSPT et dépression  | EMDR G-TEP : randomisation partielle : EMDR-G-TEP (n = 12) vs. une semaine de liste d'attente avec traitement retardé (n = 6) (2 séances de 2 heures en 2 jours successifs)                                    | Souvenirs perturbants ou fragments de souvenirs           | Symptômes de TSPT, dépression               | IES-R, BDI   | EMDR G-TEP > liste d'attente : réduction TSPT. EMDR G-TEP = traitement retardé, pas de réduction significative de la dépression  |
| Szpringer et coll. (2018)                    | 37 | Adultes en oncologie, avec glioblastome multiforme, dans les deux ans après le diagnostic, ne relevant pas d'une intervention chirurgicale. Pas de traitement antidépresseur. | Épreuve contrôlée non randomisée : consentement pour l'EMDR (n = 18) vs. contrôle : pas de consentement pour de l'EMDR (n = 19). EMDR : 10 à 12 séances sur 4 mois   | Information non disponible                                | Anxiété, dépression, colère.                | HADS, SOC-29, Questionnaire rempli par le patient et le donneur de soins | Au suivi à 4 mois : EMDR > groupe contrôle : amélioration de la dépression de l'anxiété et de la colère. Sentiment de cohérence. |

(suite)

**ANNEXE D. Revue des effets de la thérapie EMDR sur la dépression unipolaire, en cible principale (suite)**

| Auteur(s)            | N  | Cadre / échantillon   | Intervention et nombre de séances   | Souvenirs/phénomènes ciblés   | Résultats/variables dépendantes | Outils de mesure       | Résultats significatifs  |
|----------------------|----|---|---|---|---------------------------------|------------------------|--|
| Tang et coll. (2015) | 39 | Adolescents ayant un trouble dépressif majeur, un TSPT ou à risque suicidaire, suite à une catastrophe naturelle. | Épreuve contrôlée non randomisée : EMDR (n = 20) vs. TAU (psychoéducation) (n = 19). EMDR : 4 séances sur deux mois | Détresse physique associée à des flashbacks de la catastrophe.                                    | Anxiété, dépression             | C-IES-R, CES-D, MASC-T | Fin du traitement : EMDR > TAU : amélioration de la dépression et de l'anxiété. Pas de suivi ultérieur.                  |
| <b>Séries de cas</b> |    |   |   |   |                                 |                        |  |
| Bae et coll. (2008)  | 2  | Adolescents souffrant d'un trouble dépressif majeur   | Entre trois et sept séances d'EMDR  | Souvenirs d'événements stressants récents.  | Dépression                      | HDS                    | Pas d'analyse statistique. Rapport d'un arrêt de la dépression, maintenu à trois mois de suivi                           |
| Grey (2011)          | 1  | Adulte ayant un trouble dépressif majeur et un trouble panique comorbide avec agoraphobie                         | Trois séances d'EMDR par semaine pendant un mois  | Thèmes cognitifs : hyper-responsabilité, sentiment d'impuissance et impression de ne rien valoir. | Dépression, anxiété             | BDI-II, BAI            | Pas d'analyse statistique. Rapport d'une amélioration de la dépression comorbide et du trouble panique avec agoraphobie. |

(suite)



**ANNEXE D. Revue des effets de la thérapie EMDR sur la dépression unipolaire, en cible principale (suite)**

| Auteur(s)             | N  | Cadre / échantillon   | Intervention et nombre de séances   | Souvenirs/phénomènes ciblés   | Résultats/variables dépendantes  | Outils de mesure                   | Résultats significatifs   |
|-----------------------|----|---|---|---|--|------------------------------------|---|
| Guina & Guina (2018)  | 1  | Adulte ayant une aphasie d'expression suite à AVC   | EMDR 24 mois après l'AVC avec une séance d'une heure par semaine pendant deux mois.   | AVC et tentative de suicide   | Dépression, aphasie  | PHQ-9                              | Pas d'analyse statistique. Amélioration rapportée de la dépression et de l'aphasie. Rémission de la dépression maintenue au suivi à 4 mois.                         |
| Paauw et coll. (2019) | 32 | Adolescents souffrant d'un trouble dépressif majeur   | 6 séances individuelles d'EMDR par semaine  | Souvenirs d'événements perturbants en lien avec les symptômes dépressifs. | Symptômes de TSPT, dépression, anxiété, plaintes somatiques et problèmes socio-émotionnels | UCLA PTSDRI, CSI, CDI, SCARED, SDQ | À la fin du traitement et au suivi à 3 mois : amélioration de la dépression, du TSPT, de l'anxiété, des plaintes somatiques, et du fonctionnement socio-émotionnel. |
| Semiz et coll. (2016) | 3  | Adultes souffrant d'un trouble dépressif majeur suite à événement traumatisant. Traitement antidépresseur en cours. | Six à 8 séances d'EMDR  | Trauma dû à violence  | Dépression, anxiété  | BDI, BAI                           | Pas d'analyse statistique. Amélioration rapportée des notes concernant la dépression et l'anxiété à la fin du traitement.   |
| Wood et coll. (2018)  | 13 | Adultes souffrant d'une dépression à long terme (deux ans ou plus).   | Étude en SCED ( <i>single case experimental design</i> ) avec plusieurs lignes de base. Deux séances d'EMDR par semaine (max. 20 séances) | La cible du traitement n'a pas été décrite.                               | Symptômes de TSPT, dépression  | HDS, IES-R, PHQ-9, BDI-II          | Pas d'analyse statistique. L'auteur rapporte une amélioration de la dépression pour 7 des 8 participants ayant été jusqu'au bout de l'étude                         |

**Note.** ADIS-C = Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child version ; BAI = Beck Anxiety Inventory ; BDI = Beck Depression Inventory; CBT = cognitive behavioral therapy; CCMD = Chinese classification of mental disorders ; CDI = Dutch version Children's Depression Inventory ; C-IES-R = Chinese version of the Impact of Events Scale- Revised; CES-D = Mandarin version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale ; CGI = Clinical Global Impression Scale ; CSI = Children's Somatization Inventory; DASS = Depression, Anxiety and Stress Scale ; DT = Delayed treatment; EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing ; GAF = Global Assessment of Functioning Scale ; GSI = Global Severity Index ; HDS = Hamilton Depression Scale ; HRV = Heart Rate Variability ; G-TEP = Group Traumatic Episode Protocol ; HADS-M = Hospital Anxiety and Depression Scale ; HSC = Hopkins Symptoms Checklist ; HTQ = Harvard Trauma Questionnaire ; IES-R = Impact of Events Scale-Revised; MADRS = Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale ; MASC-T = Taiwanese version of the Multidimensional Anxiety Scale for Children ; MDD = Major Depressive Disorder ; MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview ; MLHFQ = Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire ; PHQ = Patient Health Questionnaire ; PTSD = posttraumatic stress disorder ; QOL = Quality of Life ; RAS = Rathus Assertiveness Schedule ; RCT = randomized controlled trial ; SCARED = Dutch version of the Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders ; SCID = Structured Clinical Interview for DSM ; SCL-90-R = Symptom Checklist 90 items revised ; SDQ = Dutch adolescent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire ; SOC = Sense of Coherence Scale ; TAU = Treatment as Usual ; TESS = Treatment Emergent Symptom Scale ; UCLA PTSD RI = University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index - Adolescent version.

<sup>a</sup> Résumé seul disponible, données provenant d'une thèse de doctorat . <sup>b</sup> Article publié en chinois (résumé seul en anglais)

(suite)

## ANNEXE E. Revue des effets de la thérapie EMDR sur les douleurs chroniques et aiguës

| Auteur(s)                    | N  | Cadre   | Intervention (nombre de séances)   | Souvenirs/phénomènes ciblés  | Résultats/variables dépendantes  | Outils de mesure             | Résultats significatifs  |
|------------------------------|----|---|--|--|--|------------------------------|--|
| Arias-Suárez et coll. (2020) | 28 | Patients ambulatoires souffrant de douleurs chroniques        | 12 TAU (n = 14 ; séances de 9 à minutes ; p ; ex. médicaments, physiothérapie, TCC) vs. 12 séances du protocole EMDR pour la douleur + TAU (n = 14 ; séances de 90 minutes) sur trois mois.  | Souvenirs perturbants associés à des vécus traumatisants et des expériences de souffrance.   | Intensité de la douleur, qualité de vie, anxiété, dépression.                                    | VAS, PDI, EQ-5D-5L, HADS     | À la fin du traitement et au suivi à trois mois, EMDR+TAU > TAU pour la réduction de l'intensité de la douleur, l'amélioration de la qualité de la vie, de l'anxiété et des symptômes dépressifs.                                      |
| Brennstuhl et coll. (2016)   | 45 | Patients hospitalisés – douleurs chroniques                   | Protocole EMDR standard (n = 15) vs. protocole EMDR pour la douleur (n = 15) vs. thérapie éclectique (TE ; n = 15) en plus d'un programme pluridisciplinaire de gestion de la douleur. Cinq séances d'EMDR dans les groupes avec EMDR. | Protocole EMDR standard : éléments spécifiques d'événements traumatisants. Protocole EMDR pour la douleur : sensation de douleur et image mentale de cette perception. | Intensité de la douleur, émotions, croyances et cognitions liées à la douleur, symptômes de TSPT | VAS, PBPI, PCL-S             | Les deux protocoles EMDR > TE ; améliorations au plan de l'intensité de la douleur, des émotions, croyances et cognitions liées à la douleur, et des éléments traumatiques de la douleur à la fin du traitement et au suivi à un mois. |
| Estergard (2008)             | 37 | Patients ambulatoires souffrant de douleurs chroniques        | EMDR (n = 20) vs. groupe de contrôle/traitement retardé (n = 17). EMDR : 6 séances de 90 minutes   | Souvenirs perturbants en rapport avec la douleur.  | Intensité de la douleur, humeur, dysphorie   | SF-MPQ, MAACL-R <sup>a</sup> | EMDR > liste d'attente pour la réduction de la douleur chronique et de la dysphorie  |
| Gerhardt et coll. (2016)     | 40 | Patients ambulatoires souffrant de douleurs chroniques du dos | EMDR + TAU (n = 20) vs. TAU (n = 20). EMDR : 10 séances de 90 minutes.   | Souvenirs perturbants, perceptions présentes de la douleur et anticipations de situations douloureuses futures   | Intensité de la douleur, handicap dû à la douleur, satisfaction vis-à-vis du traitement.         | NRS, MPI-D, PGIC             | EMDR + TAU > TAU pour la réduction de la douleur à la fin du traitement et au suivi à 6 mois.  |

(suite)

## ANNEXE E. Revue des effets de la thérapie EMDR sur les douleurs chroniques et aiguës (suite)

| Auteur(s)                    | N  | Cadre / échantillon   | Intervention et nombre de séances  | Souvenirs/phénomènes ciblés  | Résultats/variables dépendantes | Outils de mesure | Résultats significatifs  |
|------------------------------|----|---|--|--|---------------------------------|------------------|--|
| Marcus (2008)                | 52 | Patients ambulatoires souffrant de migraines aiguës   | Une séance de 60 minutes d'EMDR intégrée (n = 26) vs. médication classique ( <i>standard care medication</i> , SCM ; n = 26) | Intéroception/ centrage sur la respiration diaphragmatique   | Intensité de la douleur         | SPL, MIDAS, HDI  | EMDR intégrée > SCM pour le soulagement immédiat de la douleur. EMDR = SCM au suivi à 1, 2 et 7 jours. |
| Maroufi et coll. (2016)      | 56 | Patients adolescents souffrant de douleurs aiguës après une chirurgie abdominale                          | EMDR (n = 28) vs. entretien neutre (EN ; n = 28). Pour EMDR et EN, une séance de soixante minutes.                           | Croyances et images négatives associées à la chirurgie   | Intensité de la douleur         | WBFS             | EMDR > EN : réduction de la douleur à la fin du traitement.  |
| Nia et coll. (2018)          | 75 | Patients ambulatoires souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques dues à l'arthrite rhumatoïde | EMDR (n = 25) vs ; imagerie guidée (IG ; n= 25) vs. TAU (n = 25). EMDR 6 séances, 45-90 minutes, IG 6 séances.               | Souvenirs perturbants  | Intensité de la douleur         | RAPS             | EMDR > IG > TAU pour la réduction de l'intensité de la douleur.  |
| Rostaminejad et coll. (2017) | 60 | Patients ambulatoires souffrant de douleurs du membre fantôme   | EMDR (n = 30) vs. pas de traitement (n = 30). EMDR : 12 séances de 60 minutes en un mois.                                    | Souvenirs de la blessure initiale, de l'amputation, difficultés corrélatives de fonctionnement, sensations de douleur. | Intensité de la douleur         | SUD, PRS         | EMDR > pas de traitement pour l'intensité en fin de traitement et au suivi à 24 mois.                  |

(suite)

## ANNEXE E. Revue des effets de la thérapie EMDR sur les douleurs chroniques et aiguës (suite)

| Auteur(s)                                     | N  | Cadre / échantillon  | Intervention et nombre de séances                 | Souvenirs/phénomènes ciblés   | Résultats/variables dépendantes   | Outils de mesure                 | Résultats significatifs  |
|---|----|--|---|---|---|----------------------------------|--|
| <i>Séries de cas ou études non contrôlées</i> |    |  |   |   |   |                                  |  |
| Allen (2004)                                  | 4  | Patients ambulatoires ayant des états de douleur chronique                       | Neuf séances d'EMDR                               | Souvenirs perturbants liés à des expériences traumatisantes et de vécus de douleur            | Intensité de la douleur, symptômes traumatiques, anxiété, dépression      | IES, BAI, BDI, VAS, SFMPQ        | EMDR : amélioration au plan de la douleur, de l'émotion négative, et meilleure efficacité dans la gestion de sa propre douleur en fin de traitement et au suivi.     |
| Brennstuhl et coll. (2015)                    | 1  | Patientes ambulatoires ayant un syndrome de sein fantôme                         | 9 à 12 séances d'EMDR de 90 minutes               | Événements traumatisants liés à l'expérience de la maladie et de la sensation du sein fantôme | Intensité de la douleur, intensité de la sensation, dépression, anxiété   | STAI, CES-D, PBS                 | Pas d'analyse statistique. Rapport de résultats positifs.  |
| De Roos et coll. (2010)                       | 10 | Patients ambulatoires ayant des douleurs du membre fantôme.                      | 3 à 10 séances d'EMDR (moyenne 5,9) de 90 minutes | Souvenirs d'expériences traumatisantes et de vécus de douleur, souffrance réelle              | Intensité de la douleur, épuisement, symptômes de TSPT, qualité de la vie | SCL-90, CIS-20R, IES, SIL, SF-36 | À la fin du traitement et au suivi à long terme, EMDR : réduction de la douleur, et sur la plupart des mesures psychologiques. Pas d'effet sur la fonction physique. |
| Friedberg (2004)                              | 6  | Patients ambulatoires ayant une fibromyalgie et un syndrome de fatigue chronique | Deux séances d'EMD de 60 minutes                  | Sensation ou émotion la plus marquante  | Impact de la fibromyalgie, épuisement, dépression, anxiété                | FIQ, FS, BAI, BDI                | Pas d'analyse statistique. Rapport de résultats positifs.  |

(suite)

## ANNEXE E. Revue des effets de la thérapie EMDR sur les douleurs chroniques et aiguës (suite)

| Auteur(s)               | N  | Cadre / échantillon   | Intervention et nombre de séances  | Souvenirs/phénomènes ciblés  | Résultats/variables dépendantes   | Outils de mesure                    | Résultats significatifs  |
|-------------------------|----|---|--|--|---|-------------------------------------|--|
| Gauvry et coll. (2013)  | 1  | Adolescent hospitalisé souffrant de CRPS  | Cinq séances d'EMDR de 90 minutes, sur 2 semaines  | Souvenirs de vécus médicaux et de douleur.   | Intensité de la douleur, symptômes traumatiques.  | CPSRI, SUD                          | Pas d'analyse statistique. Rapport de résultats positifs.  |
| Grant & Thelfo (2002)   | 3  | Patients en soins ambulatoires souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques | Protocole EMDR pour les douleurs chroniques, neuf séances de soixante minutes.                   | Souvenirs perturbants liés à des expériences traumatisantes et des vécus de douleur.                   | Intensité de la douleur, stratégies cognitives et comportementales de gestion de la douleur.      | SFMPQ, CSQ, SUD                     | Pas d'analyse statistique. Rapport de résultats positifs.  |
| Hassard (1995)          | 27 | Patients en soins ambulatoires souffrant de douleurs chroniques                       | EMD combinée à traitement médicamenteux ou TCC si jugé nécessaire. 1 à 11 séances, en moyenne 4. | Souvenirs perturbants liés à des expériences traumatisantes et des vécus de douleur.                   | Handicap dû à l'intensité de la douleur, état d'humeur  | NHP, HADS                           | Fin de traitement : réduction importante à certaines mesures psychologiques, mais pas à toutes. Pas d'effets observés sur le sommeil ou la douleur. Au suivi à 3 mois, le seul effet concernait les réactions émotionnelles et l'énergie |
| Hughes (2014)           | 1  | Patient en soins ambulatoires souffrant de CRPS                                       | 14 séances d'EMDR  | Souvenirs d'expériences traumatisantes et de vécus de douleur.   | Intensité de la douleur, dépendance à un produit, état d'humeur                                   | –                                   | Pas d'analyse statistique. Rapport de résultats positifs.  |
| Kavakci et coll. (2012) | 7  | Patients en soins ambulatoires souffrant de fibromyalgie                              | Cinq à huit séances d'EMDR, de 60 à 90 minutes.  | Souvenirs perturbants liés à des expériences traumatisantes et des vécus de douleur, douleur effective | Invalité due à l'intensité de la douleur, état d'humeur, points sensibles, sommeil, colère, TSPT. | VAS, FIQ, BDI, TPC, PSQI, STAS, PDS | EMDR : réduction de la douleur perçue, du nombre de points sensibles, des symptômes de trauma et de dépression, et amélioration du sommeil et de la qualité de vie.  |

(suite)



## ANNEXE E. Revue des effets de la thérapie EMDR sur les douleurs chroniques et aiguës (suite)

| Auteur(s)                 | N  | Cadre / échantillon   | Intervention et nombre de séances                  | Souvenirs/phénomènes ciblés  | Résultats/variables dépendantes   | Outils de mesure            | Résultats significatifs  |
|---------------------------|----|---|--|--|---|-----------------------------|--|
| Konuk et coll.            | 11 | Patients ambulatoires ayant des migraines                     | Nombre variable de séances (en moyenne 8)          | Souvenirs traumatiques associés aux maux de tête                             | Intensité et durée de la douleur, médication, visites aux urgences, état psychologique. | EMDR-HTIF, SCID, SA-45, WHQ | En fin de traitement et à 3 mois de suivi, EMDR : réduction de la fréquence et de la durée des céphalées, pas de l'intensité de la douleur. Réduction de l'usage des antidouleurs et des visites aux urgences. |
| Mazzola et coll. (2009)   | 38 | Patients ambulatoires ayant des douleurs chroniques           | 12 séances d'EMDR de 90 minutes                    | Souvenirs de vécus de trauma et de douleur                                   | Intensité de la douleur, dépression, qualité de vie.                                    | SF-36, STAI, BDI, SCID, VAS | EMDR : réduction des sensations de douleur, des émotions négatives liées à la douleur, de l'anxiété et de la dépression.   |
| Russell (2008a)           | 1  | Patients ambulatoires ayant des douleurs du membre fantôme    | Cinq séances d'EMDR                                | Souvenirs associés à la pathologie, déclencheurs, réactions adaptées futures | Intensité de la douleur, dépression, symptômes de TSPT                                  | IES, BDI, NRS               | Pas d'analyse statistique. Rapport de résultats positifs.  |
| Schneider et coll. (2007) | 1  | Patients ambulatoires souffrant de douleurs du membre fantôme | Neuf séances d'EMDR                                | Souvenirs associés à l'état physique,  | Intensité de la douleur, symptômes de TSPT, dépression.                                 | SCID, IES, BDI, VAS         | Pas d'analyse statistique. Rapport de résultats positifs.  |
| Schneider et coll. (2008) | 5  | Patients ambulatoires souffrant de douleurs du membre fantôme | Trois à quinze séances d'EMDR, de 50 à 90 minutes. | Souvenirs de douleurs, estime de soi, déclencheurs, idées quant à l'avenir   | Symptômes de TSPT, dépression.  | IES, BDI                    | Pas d'analyse statistique. Rapport de résultats positifs.  |
| Wilensky (2006)           | 5  | Patients ambulatoires souffrant de douleurs du membre fantôme | Trois à 9 séances d'EMDR                           | Souvenirs de l'accident, événements liés, sensations physiques.              | Intensité de la douleur, symptômes de trauma, dépression.                               | IES, PDI, TSI, BDI          | Pas d'analyse statistique. Rapport de résultats positifs.  |



**Note.** BAI = Beck Anxiety Inventory ; BDI = Beck Depression Inventory ; CLBP = Chronic low back pain; CIS-20R = Checklist Individual Strength-Revised ; CRPS = Complex Regional Pain Syndrome ; CSQ = Coping Skills Questionnaire ; EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing ; FIQ = Fibromyalgia Impact Scale ; FS = Fatigue Scale ; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale ; HDI = Headache Disability Inventory ; IES = Impact of Event Scale ; IES-R = Impact of Event Scale-Revised ; MAACL-R = Multiple Affect Adjective Checklist-Revised ; MBHI = Millon Behavioral Health Inventory ; MIDAS = Migraine Disability Assessment Scale ; NHP = Nottingham Health Profile ; NRS = Numeric Rating Scale ; PDI = Pain Disability Index ; PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale ; PLP = Phantom limb pain ; PPI = Present Pain Intensity ; PRI = Pain Rating Index ; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index ; PTSD = posttraumatic stress disorder ; SA-45 = Symptom Assessment-45 Questionnaire (derived from the SCL-90) ; SCM = Standard Care Medication ; SF-36 = Short-Form Health Survey ; SFMPQ = Short-Form McGill Melzack Pain Questionnaire ; SIL = Self-Inventory List ; STAI = State-Trait Anxiety Inventory ; STAS = State-Trait Anger Scale ; SUD = Subjective Units of Discomfort ; TAU = Treatment as Usual ; TPC = Tender Point Count ; VAS = Visual Analogue Scale ; WHQ = Weekly Headache Questionnaire.

a. Les données rapportées étant incomplètes, des calculs pré-post n'ont pas été possibles.

