

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

Suzy J. M. A. Matthijssen

*Université d'Utrecht, Pays-Bas
Centre académique de l'anxiété d'Altrecht, Utrecht, Pays-Bas*

Christopher W. Lee

*Université de l'Australie de l'Ouest, Crawley, Australie
Université de Murdoch, Murdoch, Australie*

Carlijn de Roos

Centre médical de l'université d'Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas

Ian G. Barron

Université du Massachusetts, Amherst, Massachusetts, États-Unis

Ignacio Jarero

Association mexicaine du soutien à la santé mentale en crise, Mexique

Elan Shapiro

Ramat Yishay, Israël

E. C. Hurley

Soldier Center, Clarksville, Tennessee, États-Unis

Sarah J. Schubert

Formations en psychologie, Perth, Australie

Joyce Baptist

Université de l'état du Kansas, Manhattan, Kansas, États-Unis

Benedikt L. Amann

*Université autonome de Barcelone (UAB), Barcelone, Espagne
Institut de recherche médicale de l'hôpital del Mar (IMIM), Barcelone, Espagne
Institut de neuropsychiatrie et d'addictions (INAD), Barcelone, Espagne*

Ana Moreno-Alcázar

*Institut de recherche médicale de l'hôpital del Mar (IMIM), Barcelone, Espagne
Institut de neuropsychiatrie et d'addictions (INAD), Barcelone, Espagne
Centre de recherche biomédicale en santé mentale, Madrid, Espagne*

Jonas Tesarz

Centre hospitalier universitaire Heidelberg, Heidelberg, Allemagne

This article originally appeared as Matthijssen, et al. The Current Status of EMDR Therapy, Specific Target Areas, and Goals for the Future. *Journal of EMDR Practice and Research*, vol. 14, Number 4, 2020 © 2020 EMDR International Association. <http://dx.doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00039>. Translated by François MOUSNIER-LOMPRÉ

Ad de Jongh

Université d'Amsterdam et université libre d'Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas

Université de Salford, Manchester, Royaume-Uni

Université de Worcester, Worcester, Royaume-Uni

Université Queen's, Belfast, Irlande du Nord

La thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) est considérée comme un traitement fondé sur des données probantes pour le traitement du trouble 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 (*Council of Scholars : The Future of EMDR Therapy Project*). 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 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 essais contrôlés randomisés (ECR) étudiant l'efficacité de la thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) sur le trouble 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 l'*International Society for Traumatic Stress Studies* (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 (*Council of Scholars*) dédiée au *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, 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. Vingt-cinq 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

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

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 (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 ou à 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 (critical incident stress debriefing [CISD]), 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 (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 trois 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 trois 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 (Gironda et coll., 2006), 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 onze séries de cas ou études non contrôlées. Dans cinq des six ECR, l'EMDR a été comparée à un contrôle actif, comprenant notamment biofeedback 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 trois 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 (Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 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

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

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 lié à un incident critique.

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. 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 (Mavranezouli 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

- 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>

- Adúriz, M. E., Bluthgen, C., & Knopfler, 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>
- 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. L., & 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., Guerrero, F. G., Cabrera, S. J., Bernal, D. S., 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), 190–205. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00004>
- 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*(6), 459–467. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0289-8>
- 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. A., & Hyer, L. A. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*(3), 185–195. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199609\)3:3<185::AID-CPP101>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199609)3:3<185::AID-CPP101>3.0.CO;2-0)
- 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, J. A., & 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. C., & Smith, R. B. (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/10.1037/0033-3204.33.1.104>
- 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(1), 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., Berg, D. P. G., De Roos, C., Smit, F., de Jongh, A., 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., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. (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. (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., de Jongh, A., den Hollander-Gijsman, M., van der Wee, N., Zitman, F., & van Rood, Y. (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. J., Spence, S. H., & Rapee, R. M. (1998). Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy, 29*(3), 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–S18. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000775>
- 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/10.1891/1933-3196.7.3.167>
- 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., Evrard, G., Al Joboory, S., Tortes Saint Jammes, J., 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, D. S., & 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), 66–73. <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., & Force, T. (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(5), 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/10.1891/1933-3196.4.4.148>
- Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative treatment protocol: A Post-disaster trauma intervention for children & adults. *Traumatology*, 12(2), 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., & Lena, L. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(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, L., & 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(2), 311–325. [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., Amparo Nuño, M., Cristina Pérez, M., 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.20200902.12>
- Kao, C. W., Cheng, S. M., Jung Wan, F., Shiang Lin, W., & Cune Chang, Y. (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., Kaptano, E., & Özer, Z. (2012). Fibromiyaljide EMDR’Nin Etkinliginin Aras, Tirlması: Yedi Olguyu İçeren Bir Klinik Çalış, Ma. *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. P., Wilcox, D., & Bisson, J. I. (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., Eggert, P., Lorenz, S., Herr, K., Willmund, G., Zimmermann, P., & Alliger-Horn, C. (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(5), e1672–e1680. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00307>
- Konuk, E., Epözdemir, H., Atçeken, Ş. 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>
- Lehnung, M., Shapiro, E., Schreiber, M., & Hofmann, A. (2017). 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/10.1891/1933-3196.14.1.31>
- Lipke, H. J., & Botkin, A. L. (1992). Case studies of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with chronic post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy*, 29(4), 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>
- Mavranouzouli, 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., Pilling, S., & McDonald, S. (2020). 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., Pueyrredón, 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., van Beynum, I. M., Aendekerk, E. W. C., 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. W. J. (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), 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) in-patients: 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>
- Nia, N. G., Afrasiabifar, A., & Behnammoghadam, 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., Gonzalez-Vazquez, 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., de Roos, 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., Berlinger, 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., Maslovacic, 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/10.1891/1933-3196.13.2.143>
- 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*(6), 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., Tadrisi, 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. M., Goss, 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*(1–2), 119–130. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(98\)00043-7](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(98)00043-7)
- Rostaminejad, A., Behnammoghadam, M., Rostaminejad, M., Behnammoghadam, 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), 1–18. 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*(3), 212–225. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.212>
- Russell, M., & Figley, C. R. (2013). Treating traumatic stress injuries in military personnel. In *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
- 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(1), 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(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(8), 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
- 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(5), 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/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. <https://doi.org/10.1111/j.1949-3606.2010.00003.x>

- Wesson, M., & Gould, M. (2009). Intervening early with EMDR on military operations A case study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 91–97. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.2.91>
- 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
- 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>
- Zaghrou-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>

Transparence financière. 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 ou la publication de cet article.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Suzy J. M. A. Matthijssen, Altrecht Academic Anxiety Centre, Altrecht GGZ, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands. Courriel: s.matthijssen@altrecht.com

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 and 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	GRI, 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 événement d'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 (3,2-4)
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, GRTIC/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 (4,1-5,4)
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

(Continued)

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. (Continued)

Auteur(s)	N	Échantillon	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/ phénomènes ciblés	Résultats /variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
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	GROPS, PROPS, Rutter Teacher Scale	EMDR = TCC : réduction des symptômes de TSPT et des difficultés comportementales. Moins de séances d'EMDR (6,1-11,6)
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 symptômes de TSPT. Pas de changement de comportement scolaire. Moins de séances d'EMDR (5-9)
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 (traitement as usuel : 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	GPTS-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 (care as usual, 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, GDI-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.
Soberman et coll. (2002)	29	Garçons de 10 à 16 ans ayant des problèmes de comportement, en	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.

(Continued)

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. (Continued)

Auteur(s)	N	Échantillon	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/ phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
		traitement résidentiel ou ambulatoire					TAU + EMDR > TAU : pour les problèmes de comportement au suivi à deux mois.
<i>Essais randomisés contrôlés (ERC) portant sur des thérapies EMDR de groupe :</i>							
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 de 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.
<i>Thérapie individuelle EMDR, études contrôlées non randomisées et séries de cas ou études de cas non contrôlées :</i>							
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	Symptômes de ESPT	PROPS	Réduction des symptômes de TSPT à l'issue du traitement, et au suivi à six mois.
Karadag et coll. (2020)	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, GPTS-RI, STAI (C)	Réduction des symptômes de TSPT et d'anxiété six semaines après le traitement
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	GRIES-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 un accident de voiture	EMDR (une à quatre séances, suite 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

(Continued)

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. (Continued)

Auteur(s)	N	Échantillon	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/ phénomènes ciblés	Résultats /variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
Tang et al. (2015)	83	la circulation. Design élargi de séries de cas. 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	patients ont perdu le diagnostic de TSPT. 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.
Séries de cas ou études de cas non contrôlées de thérapie de groupe EMDR							
Hurn and Barron (2018)	8	Enfants de 6 à 8 ans exposés à la guerre : étude qualitative	EMDR-IGTP dans la seconde séance du program 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 program, groupe de discussion des interprètes	Une analyse qualitative a eu lieu. Rapports de résultats positifs.
Jarero et al. (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)	Souvenirs perturbants de la guerre	Symptômes de TSPT	DLTC, CBCL 1,5-5, rapports des	Rapport de l'enseignant : réduction des symptômes de

(Continued)

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. (Continued)

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	GRIES, 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-PTGI = 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; ICTP = 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
Chiorino et coll. (2020)	37	Femmes souffrant d'un trauma du post-partum	Recent Birth Trauma Protocol (EMDR) ($n = 19$) vs. TAU ($n = 18$). Une séance, 90 minutes	Perturbations autour de la naissance	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-Jardimé 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	PGSLs, 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.
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.

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Échantillon et temps post-événement	Intervention et nombre de séances	Souvenirs ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
Shapiro and 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
Tarquino 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 différé, mais pas pour le CISD. EMDR-RE = EMDR RE différé > CISD à trois mois de suivi.
Études contrôlées de cohorte et de cas							
Bremstuhel 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 électrode. URG > thérapie électrode.
Jarero and Uribe (2011, 2012)	32	Personnes travaillant sur le site d'un massacre, menacées, traumatisées, traumatisme permanente	PRECI (EMDR) immédiat pour les personnes présentant des symptômes sévères (n = 18)–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	PRECI 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.
Études historiques de cohorte ou de cas-contrôle							
Saltini et coll. (2018)	529	Survivants d'un tremblement de terre, au cours du premier mois	R-TEP (EMDR) : tôt (n = 239), tard (n = 290), deux à quatre séances, terre	Perturbations liées au tremblement de terre	Symptômes de TSPT	IES-R	Tôt = tard : réduction dans les symptômes de TSPT

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Échantillon et temps post-événement	Intervention et nombre de séances	Souvenirs ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
Silver et coll. (2005)	24	(rôt), et au cours des second et troisième mois (tard) après la catastrophe	groupe de contrôle analogique 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
Séries ou études de cas non contrôlées							
Adúriz 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
Bremnstuhl 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	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

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Échantillon et temps post-événement	Intervention et nombre de séances	Souvenirs ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
Jarero and Artigas (2010)	20	d'une mine – dans les trois mois après l'accident 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	traitement et au suivi à 3 mois. 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.
Maslovatic 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.
Tarquínio 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.
Zaghrou-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 ; PCLIS = Post Concussion-Like Symptoms ; PDEG = Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire ; PROPARGA = 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 (<i>n</i> = 11), REM-Desensitization (<i>n</i> = 10), pas de traitement (<i>n</i> = 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 and Hyer (1996)	61	Unité américaine de traitement hospitalier et ambulatoire	EMDR (<i>n</i> = 21), EMDR yeux fermés (<i>n</i> = 18), thérapie de groupe (<i>n</i> = 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	Center médical pour anciens combattants et centers communautaires pour vétérans hors service actif	EMDR (<i>n</i> = 10), relaxation par biofeedback (<i>n</i> = 13), liste d'attente (<i>n</i> = 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
<i>ECR</i> Devilly et coll. (1998)	51	Service psychologique pour anciens combattants ou hôpital, clinique ambulatoire, vétérans hors service actif (Vietnam)	EMDR (<i>n</i> = 19), EMDR sans mouvements oculaires (<i>n</i> = 16), TAU (<i>n</i> = 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-1, 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

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre et population militaire concernée	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/ phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
Jensen (1994)	25	Center 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	s'est maintenue sur aucune des mesures. Pas d'effet significatif
Lee et coll. (2002) ^a	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.
Études contrôlées de cohorte et de cas, avec EMDR en traitement d'appoint							
Alliger-Horn et coll. (2015) ^b	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.
Köhler et coll. (2017)	96	Établissement de traitement pour soldats allemands hospitalisés	TAU + EMDR (n = 78) vs. liste d'attente (n = 18) EMDR : à l'origine des 2-3 séances de 90-100 minutes par semaine pendant quatre semaines.	Souvenirs pénibles	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	Program 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 program 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.

Études historiques de cohorte ou de cas-contrôles

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre et population militaire concernée	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/ phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
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
Hurley (2018)	30	Center 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) ; Pirman 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. 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 intrusions	Diagnostic et symptômes de TSPT, particulièrement l'évitement et les Mesures physiologiques : rythme cardiaque, conductivité de la peau, électromyographie	BDI-II, BAI, PCL-M	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
Séries de cas ou études non contrôlées							
Brickell et coll. (2015)	99	Centers 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.
Carlson et coll. (1996)	4	Center 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 and Borkin (1992)	5	Center 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.

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre et population militaire concernée	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/ phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
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.	SCL, 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.
Russell (2008b)	1	Vétéran de la guerre d'Irak	EMDR, 5 séances hebdomadaires de 60 minutes	Souvenirs de combat les plus pénibles	Symptômes médicale-ment inexpliqués, symptômes de TSPT	TES-R, BDI	Pas d'analyse statistique ; l'auteur rapporte un résultat positif.
Wesson and Gould (2009)	1	Center 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 and 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 and 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.

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre et population militaire concernée	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/ phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
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).

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

^aRésumé seul disponible, données provenant d'une thèse de doctorat.

^bArticle publié en chinois, résumé seul en anglais.

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
Behnamoghdam 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, RASÀ	À la fin du traitement, EMDR + 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.
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). Program 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, GSI	EMDR + TAU > TAU : réduction des symptômes dépressifs et rémission du diagnostic, post-traitement et au suivi à un an.
Hogan (2002) ^a	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,	EMDR (n = 25) vs. groupe contrôle : soins courants (n = 32). 4 séances EMDR	Épisode le plus désagréable de défaillance cardiaque	Dépression, impact de la défaillance cardiaque sur la qualité de la vie,	BDI-II, MLHFQ, HRV	EMDR > contrôle : amélioration de la dépression, de la qualité de vie liée à

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre/échantillon	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
Lei and Zhenying (2007) ^b	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	variabilité du rythme cardiaque	HMS CGS TESS	la santé et des variations du rythme cardiaque, à la fin du traitement et aux suivis à 1 et 3 mois. 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, À la fin du traitement, PSQI, MINI-ICF-APPMENT, 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.	
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 suivi 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 intégré de traitement de groupe), huit séances de groupe hebdomadaires de deux heures. Traitement	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

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre/échantillon	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
Rahimi et coll. (2019)	90	Patients adultes en hémodialyse à l'hôpital	immédiat vs. liste d'attente / traitement retardé 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 séances par semaine)	Symptômes dépressifs	Dépression	PHQ-9	Phase 1 : EMDR : amélioration de la dépression. Phase 2 : EMDR = TCC amélioration de la dépression.
Études de cohortes et de cas-contrôle							
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 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	Souvenirs perturbants ou fragments de souvenirs	Symptômes de dépression	IES-R, BDI	EMDR G-TEP > liste d'attente : réduction TSPT. EMDR G-TEP = traitement

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre/échantillon	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
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.	liste d'attente avec traitement retardé (n = 6) (2 séances de 2 heures en 2 jours successifs) 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	retardé, pas de réduction significative de la dépression Au suivi à 4 mois : EMDR > groupe contrôle : amélioration de la dépression, de l'anxiété et de la colère. Sentiment de cohérence.
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.
Séries de cas							
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.
Guina and 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	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

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre/échantillon	Intervention et nombre de séances	Souvenirs/phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
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	et problèmes socio-émotionnels Dépression, anxiété	BDI, BAI	somatiques, et du fonctionnement socio-émotionnel. 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 (single case experimental design) 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.

^aRésumé seul disponible, données provenant d'une thèse de doctorat

^bArticle publié en chinois (résumé seul en anglais)

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 90 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.
Bremstuhl et coll. (2016)	45	Patients hospitalisés – douleurs chroniques	Protocole EMDR standard ($n = 15$) vs. protocole EMDR pour la douleur ($n = 15$) vs. thérapie électrocutive (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 ^a	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, MPID, PGIC	EMDR + TAU > TAU pour la réduction de la douleur à la fin du traitement et au suivi à 6 mois.
Marcus (2008)	52	Patients ambulatoires souffrant de migraines aiguës	Une séance de 60 minutes d'EMDR intégrée ($n = 26$) vs. médication classique (standard care medication, 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. entretiens neutres (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	EMDR ($n = 25$) vs ; imagerie guidée (IG ; $n = 25$) vs. TAU (n	Souvenirs perturbants	Intensité de la douleur	RAPS	EMDR > IG > TAU pour la réduction de l'intensité de la douleur.

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre	Intervention (nombre de séances)	Souvenirs/phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
Rostaminejad et coll. (2017)	60	chroniques dues à l'arthrite rhumatoïde	= 25). EMDR 6 séances, 45–90 minutes, IG 6 séances. 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.
Séries de cas ou études non contrôlées							
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, à long terme, EMDR : réduction de la douleur, et sur la plupart des mesures psychologiques. Pas d'effet sur la fonction physique.	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.
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 and Threlfo (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.

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre	Intervention (nombre de séances)	Souvenirs/phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
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.
Konuk et coll. (2011)	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-HTTF, 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.

(Continued)

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

Auteur(s)	N	Cadre	Intervention (nombre de séances)	Souvenirs/phénomènes ciblés	Résultats/variables dépendantes	Outils de mesure	Résultats significatifs
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, 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-R = Impact of Event Scale ; IES-R = Impact of Event Scale ; IES-R = Impact of Event Scale ; MAAAL-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 Analog Scale ; WHQ = Weekly Headache Questionnaire.

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