



ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE *DRMO pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique*

n° 35
mai 2004

Avant que l'OCCETS ne décide d'évaluer une technologie de la santé, une évaluation préliminaire des écrits est effectuée. Les évaluations préliminaires reposent sur une recherche documentaire d'envergure limitée. Il ne s'agit pas d'examen systématiques poussés de la documentation. Elles sont présentées comme guide éclair d'information actuelle et importante sur les évaluations en la matière. Les lecteurs sont avertis que les évaluations préliminaires n'ont pas fait l'objet d'un examen critique par des pairs de l'extérieur.

Introduction

Le processus de désensibilisation et reconditionnement à l'aide de mouvements oculaires (DRMO) est une forme de psychothérapie utilisée pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique (SSPT)^{1,2}. Il a été introduit par Frances Shapiro en 1989 à titre de désensibilisation des mouvements oculaires (DMO)^{1,3}. Après avoir fait l'objet de certaines améliorations procédurales, la DMO est maintenant connue sous le nom de DRMO⁴. Dans le présent rapport, « DMO » est utilisé pour les études associées à la procédure décrite dans la publication d'origine^{1,3} et « DRMO » est utilisé pour les études traitant de l'approche plus approfondie³.

Le SSPT est un trouble mental qui touche les personnes qui ont vécu un événement traumatique. Le SSPT est caractérisé par des symptômes comme des accès d'anxiété, des troubles du sommeil, des rappels d'images et des pensées perturbatrices⁵. Le SSPT est assez courant et a une prévalence à tout âge d'approximativement 8 % au sein de la population générale⁵. Les événements précipitants les plus courants liés au SSPT sont les traumatismes liés à une guerre, les agressions physiques et sexuelles, les catastrophes naturelles et les accidents de voiture^{6,7}. Le SSPT est souvent un trouble chronique qui, dans 50 % des cas, persiste pendant au moins un an⁶; et dans certains cas, les symptômes persistent plus longtemps⁸. Les modalités thérapeutiques de traitement du SSPT incluent la thérapie individuelle (cognitive, psychodynamique ou comportementale), les médicaments (antidépresseurs, médicaments anxiolytiques) et la thérapie de groupe.

L'objectif thérapeutique du processus de DRMO consiste à améliorer les répercussions émotives associées aux souvenirs traumatiques^{1,2,4}. Le patient se rappelle l'expérience traumatique, alors que le thérapeute guide le patient dans une série de mouvements oculaires rapides et rythmiques. À des périodes stratégiques de la thérapie, le thérapeute aide le patient à faire le lien entre une cognition positive et l'événement traumatique. On croit que les mouvements oculaires activent les réponses neurochimiques qui facilitent le réapprentissage^{1,2}. Le processus comprend généralement huit étapes, lesquelles peuvent être terminées en une séance de traitement, malgré le fait que le nombre de séances requises varie d'un patient à un autre⁴.

Questions de recherche

1. Quelles sont les données probantes en ce qui a trait à l'efficacité du processus de DRMO pour le SSPT?

2. Dans quelle mesure le processus de DRMO se compare-t-il à d'autres options de traitement (p. ex., thérapie par exposition) du SSPT?

Processus d'évaluation

On a procédé à une recherche documentaire préliminaire dans PubMed, la Cochrane Library, PsycInfo et le Centre for Reviews and Dissemination (NHS EED, DARE et HTA) en novembre 2003. Les sites Web d'organismes d'évaluation des technologies de la santé (ETS) ont également fait l'objet de recherches.

Sommaire des résultats

Études primaires

Depuis 1989, 20 essais cliniques contrôlés et randomisés (ECR) ont été effectués dans le but d'évaluer l'efficacité du processus de DRMO et de la DMO chez les patients souffrant du SSPT (Tableau 1).

Tableau 1 : Sommaire des résultats provenant d'ECR déterminés

Auteur, année	Thérapie de comparaison	Patients	Résultats
Van Der Kolk et ses collaborateurs, pas encore publié, disponible à http://www.clinicaltrials.gov/show/NCT00000379	Fluoxétine (un antidépresseur) ou placebo	Pas déclaré	Date d'achèvement prévue : décembre 2003
Taylor et ses collaborateurs, 2003 ⁹	Thérapie par exposition ou entraînement à la relaxation	60 adultes	Le processus de DRMO et l'entraînement à la relaxation n'étaient pas différents relativement à leurs effets sur les symptômes du SSPT après le traitement et après trois mois de suivi; la thérapie par exposition a donné lieu à des améliorations beaucoup plus importantes sur deux sous-échelles après le traitement et après trois mois de suivi.

Tableau 1 (suite)

Chemtob et ses collaborateurs, 2002 ¹⁰	Traitement retardé (retardé pour ~1 mois au sein du groupe sur la liste d'attente)	32 enfants de l'école élémentaire souffrant de SSPT lié à une catastrophe qui n'ont pas réagi au traitement précédent	Trois séances de DRMO ont donné lieu à des réductions considérables des symptômes du SSPT; résultats positifs maintenus après six mois de suivi.
Ironson et ses collaborateurs, 2002 ¹¹	Exposition prolongée	22 personnes (2 adolescents et 20 adultes)	Les deux modalités thérapeutiques ont considérablement réduit les symptômes, malgré le fait que le processus de DRMO produisait des résultats plus rapides et était associé à moins d'abandons; les résultats des deux traitements ont été maintenus après trois mois de suivi.
Lee et ses collaborateurs, 2002 ¹²	Inoculation du stress avec exposition prolongée	24 adultes	Les deux groupes de traitement ont connu des améliorations considérables; les patients du groupe du processus de DRMO ont connu une plus grande amélioration des symptômes intrusifs du SSPT et obtenu de plus grands gains après trois mois de suivi.
Lytle et ses collaborateurs, 2002 (DMO) ¹³	Procédure identique, mais les yeux sont fixés sur une cible stationnaire, ou thérapie non directive	48 étudiants de premier cycle	Après une séance de traitement, les résultats du traitement pour les trois modalités étaient comparables après une semaine de suivi.
Power, 2002 ¹⁴	Exposition et restructuration cognitives (E+RC) ou contrôle de la liste d'attente	105 adultes	Le processus de DRMO et l'E+RC ont produit des améliorations considérables sur 10 semaines (~1 séance de traitement/semaine); à 15 mois de suivi, les gains relatifs au traitement étaient généralement bien maintenus, mais on a constaté que le processus de DRMO était plus bénéfique pour la dépression et exigeait un moins grand nombre de séances de traitement.

Tableau 1 (suite)

Edmond et ses collaborateurs, 1999 ¹⁵	Techniques de traitement éclectique ou traitement retardé (retardé pour ~6 semaines au sein du groupe sur la liste d'attente)	59 femmes ayant vécu une agression sexuelle	Le processus de DRMO était associé à un moins grand nombre de symptômes cliniques après trois mois de suivi, comparativement au groupe faisant l'objet d'autres techniques de traitement.
Rogers et ses collaborateurs, 1999 ¹⁶	Thérapie par exposition	12 anciens combattants du Vietnam	Après une séance, les patients du groupe du processus de DRMO ont fait preuve d'une plus grande amélioration dans la séance.
Carlson et ses collaborateurs, 1998 ¹⁷	Relaxation assistée par rétroaction biologique ou soins cliniques réguliers	35 anciens combattants	Le groupe qui a reçu 12 séances de DRMO a fait preuve d'améliorations considérables, comparativement aux autres groupes de traitement; les effets du traitement par DRMO étaient généralement maintenus après trois mois de suivi.
Scheck et ses collaborateurs, 1998 ¹⁸	Écoute active	60 femmes	Deux séances de DRMO ont donné lieu à des améliorations considérables des notes de la perturbation psychologique suivant le traitement, réduisant les notes dans la plage observée pour un groupe normatif comparable; l'effet du processus de DRMO a été maintenu après trois mois de suivi (même si des données ont été recueillies pour deux des cinq mesures de résultats et d'une façon non normalisée).
Deville et ses collaborateurs, 1998 ¹⁹	Procédure équivalente sans mouvement oculaire ou soutien psychiatrique standard	51 anciens combattants	Trois groupes de traitement ont déclaré une réduction des symptômes du SSPT, mais aucune différence significative au chapitre de l'importance n'a été constatée au sein des groupes; à six mois de suivi, les effets du traitement diminuaient généralement.
Deville et Spence, 1999 ²⁰	Protocole de traitement des traumatismes, une variante de la thérapie cognitivo-comportementale	23 adultes	Le protocole de traitement des traumatismes était statistiquement et cliniquement plus efficace que le processus de DRMO; la supériorité était encore plus évidente après trois mois de suivi.

Tableau 1 (suite)

Marcus et ses collaborateurs, 1997 ²¹	Soins standard (SS, c.-à-d. psychothérapie individuelle, médicaments, thérapie de groupe)	67 adultes	Le groupe du processus de DRMO a fait preuve d'une amélioration considérablement plus importante et plus rapide. Après trois séances de traitement, 50 % du groupe du processus de DRMO ne répondait plus aux critères du SSPT, comparativement à 20 % chez le groupe des SS; à ~6 mois jusqu'à un an suivant le traitement, 77 % des patients du groupe du processus de DRMO ne répondaient plus aux critères du SSPT, comparativement à 50 % au sein du groupe des SS.
Rothbaum et ses collaborateurs, 1997 ²²	Contrôle de la liste d'attente	21 victimes (femmes) d'agression sexuelle	Trois séances de 90 minutes de DRMO ont permis l'élimination des symptômes du SSPT chez 90 % des participantes; les résultats ont été maintenus jusqu'à trois mois après le début du suivi.
Pitman et ses collaborateurs, 1996 ²³	Traitement similaire sans la composante des mouvements oculaires (essai croisé)	17 anciens combattants du Vietnam	Après une moyenne de 9,7 séances thérapeutiques, les deux interventions ont produit une amélioration globale de modérée à modeste; le suivi était de ~7 semaines suivant l'achèvement de la thérapie.
Wilson et ses collaborateurs, 1995, 1997 ^{24,25}	Traitement retardé (retardé de ~1 mois)	37 adultes (32 ont participé à l'étude de suivi sur 15 mois)	Au sein du groupe du processus de DRMO, trois séances de traitement ont donné lieu à des diminutions considérables des symptômes du SSPT; au sein du groupe du traitement retardé, des améliorations considérables ont été remarquées lorsque le traitement a été débuté; pour tous les participants au processus de DRMO, les effets du traitement se sont maintenus après 90 jours de suivi; après 15 mois de suivi, il y a une réduction de 84 % du nombre de participants qui répondaient aux critères du SSPT et de 68 % du nombre de symptômes du SSPT.

Tableau 1 (suite)

Jensen, 1994 ²⁶	Contrôle du trouble (c.-à-d. procédures identiques sans la composante de DRMO; on n'empêchait pas les sujets du groupe témoin d'essayer d'autres modalités thérapeutiques en santé mentale au cours de l'étude)	25 anciens combattants du Vietnam	Après 17 jours de suivi, trois séances de DMO ont fait preuve de peu d'efficacité, même si la DMO s'est avérée efficace pour réduire l'anxiété subjective au moment de la séance.
Vaughan et ses collaborateurs, 1994 (DMO) ²⁷	Confrontation en imagination, relaxation appliquée des muscles ou liste d'attente	36 adultes	Tous les traitements ont donné lieu à une amélioration considérable des symptômes du SSPT, comparativement au groupe sur la liste d'attente; la DMO semblait être supérieure pour ce qui est de réduire les souvenirs intrusifs immédiatement après le traitement; les avantages du traitement se sont maintenus après trois mois de suivi.
Shapiro, 1989b (DMO) ²	Traitement faisant appel à un placebo	22 enfants et adultes	Une seule séance de DMO a donné lieu à une amélioration considérable des symptômes du SSPT; les avantages se sont maintenus après trois mois de suivi.

Examens systématiques, méta-analyses et ETS

On a déterminé une ETS et cinq méta-analyses concernant l'efficacité du processus de DRMO.

Tableau 2 : Sommaire des résultats de l'ETS et des méta-analyses*

Auteur, année	Type d'étude, évaluation	Résultats
Shepherd et ses collaborateurs, 1998 (Royaume-Uni) ²⁸	ETS : examen de l'efficacité du processus de DRMO pour le SSPT, mais pas de comparaison du processus de DRMO avec d'autres interventions	<ul style="list-style-type: none"> On a déterminé 12 ECR qui évaluaient l'efficacité du processus de DRMO pour le traitement du SSPT. Les données probantes en appui au processus de DRMO sont de qualité limitée. Évaluation économique fondée sur une étude (Wilson et ses collaborateurs, 1995; 1999); après trois mois de traitement, le coût par année de vie pondérée par la qualité (QALY) pour le processus de DRMO peut être aussi élevé que 20 568 £ ou aussi bas que 3 935 £, selon la personne qui offre le traitement.

Tableau 2 (suite)

		<ul style="list-style-type: none"> • De plus amples recherches, utilisant des échantillons plus importants et de plus longues périodes de suivi, sont justifiées.
Maxfield et Hyer, 2002 ²⁹	Méta-analyse : a cherché à déterminer s'il y avait des différences au chapitre des résultats liés aux différences méthodologiques dans les études évaluant le processus de DRMO pour le SSPT	<ul style="list-style-type: none"> • 12 études contrôlées traitant de l'efficacité du processus de DRMO pour le traitement du SSPT ont été évaluées. • Dans les études portant sur le processus de DRMO, la rigueur méthodologique est nécessaire pour une détection plus précise des effets réels du traitement.
Davidson et Parker, 2001 ³⁰	Méta-analyse : comparaison des modalités thérapeutiques pour le SSPT	<ul style="list-style-type: none"> • 21 essais cliniques contrôlés portant sur le processus de DRMO pour le traitement du SSPT ont été déterminés. • Le processus de DRMO est supérieur à l'idée d'avoir aucun traitement et aux contrôles thérapeutiques non particuliers; il est équivalent, au chapitre des résultats, à la thérapie par exposition et à la thérapie cognitivo-comportementale.
Sack et ses collaborateurs, 2001 (rapport complet disponible en allemand seulement) ³¹	Méta-analyse : a examiné si les études portant sur le processus de DRMO et ayant des normes de plus haute qualité permettaient d'atteindre de meilleurs résultats que les études portant sur le processus de DRMO ayant des normes méthodologiques moins élevées.	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement assuré par des thérapeutes formés et un nombre suffisant de séances thérapeutiques a permis de produire de meilleurs résultats que les études qui utilisaient des normes de traitement méthodologiques moins élevées.

Tableau 2 (suite)

Van Etten et Taylor, 1998 ³²	Méta-analyse : a examiné les traitements psychothérapeutiques (y compris le processus de DRMO) et pharmacologiques du SSPT	<ul style="list-style-type: none"> • 61 essais cliniques portant sur le traitement/les résultats ont été déterminés; 11 essais cliniques portant sur le processus de DRMO ont été inclus. • Le processus de DRMO et la thérapie par exposition avaient des résultats similaires, mais le processus de DRMO nécessitait un moins grand nombre de séances pour obtenir les mêmes résultats.
		<ul style="list-style-type: none"> • Les deux thérapies sont supérieures à d'autres traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques.
Sherman, 1998 ³³	Méta-analyse : examen de l'efficacité des traitements psychothérapeutiques (y compris le processus de DRMO) du SSPT	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement psychothérapeutique, y compris le processus de DRMO, a réduit les symptômes du SSPT et les symptômes psychiatriques généraux; les effets se sont maintenus après le traitement.
*Tous les rapports incluent seulement les études qui évaluaient les sujets qui répondaient aux critères DSM III, DSM III-R ou DSM IV du SSPT		

Lignes directrices

Tableau 3 : Lignes directrices sur l'utilisation du processus de DRMO pour le traitement du SSPT

Référence	Conclusions et recommandations
Management of post-traumatic stress disorder in adults in primary, secondary and community care (clinical guideline) (en cours)	Les lignes directrices incluront des conseils sur l'utilisation appropriée des interventions psychologiques, y compris le type, la modalité, la fréquence et la durée.
Le National Collaborating Centre for Mental Health commandé par le National Institute for Clinical Excellence (NICE) http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=57890	Date de publication prévue : février 2005.
Management of post-traumatic stress. Clinical Practice Guideline Working Group, Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense, décembre 2003 http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frames et.htm	L'inoculation du stress, la thérapie cognitive, la thérapie par exposition et le processus de DRMO démontrent tous des avantages considérables pour le traitement du SSPT; le processus de DRMO est aussi efficace que d'autres traitements dans certaines études, mais moins efficace que d'autres traitements dans d'autres études.

Tableau 3 (suite)

<p>Ontario Guidelines for the Management of Anxiety Disorders in Primary Care Ontario Program for Optimal Therapeutics</p> <p>Anxiety Review Panel, septembre 2000 Disponible à l'adresse suivante : http://OPOT_Management_anxiety_disorders_2C</p>	<p>Il a été démontré que le processus de DRMO est utile, mais que l'élément efficace est probablement la confrontation en imagination plutôt que les mouvements oculaires; le processus de DRMO est recommandé à titre de thérapie de deuxième intention.</p>
--	---

Conclusion

Le processus de DRMO est un des premiers traitements du SSPT qui ont fait l'objet d'évaluations par des études contrôlées³. Le processus de DRMO semble être plus efficace que le fait d'avoir recours à aucun traitement^{2,10,14,15,22,24,25,27}. Son rôle relativement aux autres thérapies similaires est toutefois moins évident. Même si la technique semble présenter des résultats prometteurs, la qualité de l'ECR est toutefois discutable, bon nombre des études ayant un échantillon de petite taille. En outre, il semble y avoir une fluctuation considérable de la méthode et de la population de patients. Sauf dans le cas de l'étude effectuée par Wilson et ses collaborateurs (1997), il n'existe pas d'études de suivi à long terme.

Puisque le processus de DRMO est considéré être un traitement plus rapide que d'autres traitements psychothérapeutiques, des économies pourraient être réalisées si l'on remplaçait la thérapie actuelle par le processus de DRMO. Le processus de DRMO est souvent un complément d'autres formes de psychothérapie, de sorte que les épargnes éventuelles sont discutables. On a procédé à une évaluation économique du processus de DRMO pour le traitement du SSPT au R.-U.²⁸. Les résultats de cette analyse coûts-utilité ont révélé que trois mois après le traitement, le coût par année de vie pondérée par la qualité (QALY) peut être aussi élevé que 20 568 £ ou aussi bas que 3 935 £, selon la personne qui offre le traitement (c.-à-d. psychiatre d'état ou infirmière psychiatrique en milieu communautaire). Une évaluation économique au Canada pourrait être justifiée.

Même si les études d'origine appuyaient la pensée que les mouvements oculaires sont une composante essentielle du processus de DRMO, les résultats d'études récentes indiquent que les mouvements oculaires peuvent être inutiles. Shapiro indique que d'autres techniques, notamment, le fait de taper en alternant et les pulsations sonores, semblent également être efficaces³.

Pour conclure, le processus de DRMO semble être un traitement promettant du SSPT, mais une évaluation de son efficacité clinique doit attendre la réalisation de plus amples études ayant un échantillon de plus grande taille, une méthodologie uniforme et un suivi plus long.



ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE DRMO pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique

Références

1. Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1989;20(3):211-7.
2. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Trauma Stress* 1989;2:199-223.
3. Shapiro F. EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *J Clin Psychol* 2002;58(1):1-22.
4. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford; 1995.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. 4th ed, text revision. Washington: The Association; 2000.
6. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991;21(3):713-21.
7. Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol* 1992;60(3):409-18.
8. D'Souza D. Post-traumatic stress disorder--a scar for life. *Br J Clin Pract* 1995;49(6):309-13.
9. Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogradniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(2):330-8.
10. Chemtob CM, Nakashima J, Carlson JG. Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *J Clin Psychol* 2002;58(1):99-112.
11. Ironson G, Freund B, Strauss JL, Williams J. Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *J Clin Psychol* 2002;58(1):113-28.
12. Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. Treatment of PTSD: stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *J Clin Psychol* 2002;58(9):1071-89.
13. Lytle RA, Hazlett-Stevens H, Borkovec TD. Efficacy of Eye Movement Desensitization in the treatment of cognitive intrusions related to a past stressful event. *J Anxiety Disord* 2002;16(3):273-88.
14. Power K, McGoldrick T, Brown K, Buchanan R, Sharp D, Swanson V, et al. A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clin Psychol Psychother* 2002;9:299-318. Available: <http://www.emdr.nl/acrobat/POWER.pdf> (accessed 2004 Jan 5).
15. Edmond T, Rubin A, Wambach KG. The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research* 1999;23:103-16.



ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE *DRMO pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique*

16. Rogers S, Silver SM, Goss J, Obenchain J, Willis A, Whitney RL. A single session, group study of exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in treating Posttraumatic Stress Disorder among Vietnam War veterans: preliminary data. *J Anxiety Disord* 1999;13(1-2):119-30.
17. Carlson JG, Chemtob CM, Rusnak K, Hedlund NL, Muraoka MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1998;11(1):3-24.
18. Scheck MM, Schaeffer JA, Gillette C. Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *J Trauma Stress* 1998;11(1):25-44.
19. Devilly GJ, Spence SH, Rapee RM. Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: treating trauma within a veteran population. *Behav Ther* 1998;29:435-55.
20. Devilly GJ, Spence SH. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord* 1999;13(1-2):131-57.
21. Marcus SV, Marquis P. Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy* 1997;34(3):307-15.
22. Rothbaum BO. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bull Menninger Clin* 1997;61(3):317-34.
23. Pitman RK, Orr SP, Altman B, Longpre RE, Poire RE, Macklin ML. Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry* 1996;37(6):419-29.
24. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(6):928-37.
25. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(6):1047-56.
26. Jensen JA. An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behav Ther* 1994;25:311-25.
27. Vaughan K, Armstrong MS, Gold R, O'Connor N, Jenneke W, Tarrier N. A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1994;25(4):283-91.
28. Shepherd J, Stein K. *Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post traumatic stress disorder: report to the Development and Evaluation Committee* [Development and Evaluation Committee report ; no. 91]. Southampton (UK): Wessex Institute for Health Research and Development; 1998.



ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE *DRMO pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique*

29. Maxfield L, Hyer L. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002;58(1):23-41.
30. Davidson PR, Parker KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(2):305-16.
31. Sack M, Lempa W, Lamprecht F. Study quality and effect-sizes - a metaanalysis of EMDR-treatment for posttraumatic stress disorder [in German]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2001;51(9-10):350-5.
32. Van Etten M, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998;5(3):126-44.
33. Sherman JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress* 1998;11(3):413-35.