

# EMDR

*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

## 1. Qu'est-ce que l'EMDR ?

**Définition :** Psychothérapie structurée développée par Francine Shapiro (1987), fondée sur le modèle du **Traitement Adaptatif de l'Information (TAI)**. Les expériences traumatiques restent « bloquées » dans le système nerveux sous une forme non intégrée, avec leurs émotions, sensations et croyances d'origine. L'EMDR vise à relancer leur traitement naturel pour qu'elles s'intègrent de façon adaptative.

Reconnue par l'**OMS (2013)**, la **HAS française** et de nombreuses agences internationales comme traitement de référence du TSPT. Son champ d'application s'est élargi à de nombreux autres tableaux cliniques.

## 2. Ce que l'EMDR n'est pas

### IDÉES REÇUES FRÉQUENTES

- Ce n'est pas de l'hypnose (le patient reste pleinement conscient et en contrôle)
- Ce n'est pas une technique de relaxation : c'est un retraitement actif
- Ce n'est pas réservé aux traumatismes de guerre ou aux cas « graves »
- Les mouvements oculaires ne sont pas indispensables (d'autres stimulations bilatérales fonctionnent)

### CE QUE C'EST VRAIMENT

- Un protocole structuré en 8 phases avec des objectifs précis
- Un travail sur les mémoires, les croyances négatives et les sensations corporelles
- Un processus dans lequel le patient reste acteur (il n'est pas passif)
- Une approche validée par des centaines d'études randomisées contrôlées

**Le principe central :** le patient évoque le souvenir traumatique (image, émotion, sensation, croyance associée) **pendant** que le thérapeute lui administre des **stimulations bilatérales alternées** : mouvements oculaires de gauche à droite en suivant les doigts du thérapeute (forme originelle), tapotements alternés sur les mains ou les genoux du patient, ou sons alternés diffusés dans les oreilles gauche et droite via un casque. C'est cette combinaison simultanée — évocation du souvenir et stimulation — qui constitue le cœur du dispositif.

## 3. Ce qui se passe en séance

Lors d'un événement traumatique, le système nerveux peut être débordé et incapable d'intégrer l'expérience. La mémoire reste stockée de façon fragmentée et émotionnellement chargée, comme si le danger était encore présent.

### AVANT LE RETRAITEMENT

- Mémoire stockée avec émotions et sensations d'origine intactes
- Se réactive au moindre rappel : flashbacks, évitement, hypervigilance
- Le système nerveux reste en état d'alerte

<b>PENDANT LA SÉANCE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Le patient maintient le souvenir à l'esprit tout en suivant la stimulation du thérapeute</li> <li>– Entre chaque série, le thérapeute demande ce qui émerge : image, émotion, sensation, pensée</li> <li>– Le contenu évolue spontanément, set après set — la détresse diminue progressivement</li> </ul>
<b>APRÈS LE RETRAITEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La mémoire perd sa charge émotionnelle excessive</li> <li>– Elle s'intègre dans la mémoire autobiographique avec une perspective adaptée</li> <li>– Les croyances négatives associées évoluent vers des croyances positives</li> </ul>

**Important :** Retraiter ne signifie pas **oublier**. La mémoire reste accessible, mais elle ne provoque plus la même détresse. C'est une intégration, pas un effacement.

## 4. Pourquoi ça fonctionne : les hypothèses mécanistiques

Trois hypothèses principales cherchent à expliquer par quel mécanisme les stimulations bilatérales produisent cet effet :

### Hypothèse 1 — Analogie avec le sommeil paradoxal (REM)

Les mouvements oculaires bilatéraux activeraient le système cholinergique (parasympathique), induisant un état neurophysiologique proche du sommeil paradoxal. Pendant cette phase, le cerveau traite et intègre normalement les expériences de la journée. L'EMDR reproduirait artificiellement ce mécanisme, permettant aux mémoires traumatiques figées d'être traitées et contextualisées dans la mémoire autobiographique. Des études montrent une réduction du rythme cardiaque et une augmentation de la variabilité cardiaque pendant les MO, cohérentes avec un état parasympathique (Sack et al., 2008 ; Elofsson et al., 2008).

Référence : Stickgold, 2002, 2008 ; Bergmann, 2011 — ■ *Aucune étude n'a confirmé directement ce modèle. L'analogie REM reste spéculative.*

### Hypothèse 2 — Saturation de la mémoire de travail

Rappeler une mémoire traumatique et effectuer simultanément une tâche visuomotrice mobilisent les mêmes ressources limitées de la mémoire de travail. Cette compétition réduit la capacité allouée au souvenir, qui devient moins vivace et moins chargé émotionnellement. Point clé : la bilatéralité n'est pas nécessaire. Des yeux verticaux, des calculs mentaux ou le jeu Tetris produisent les mêmes effets — c'est la charge cognitive double qui compte, pas le mouvement oculaire en lui-même.

Référence : van den Hout & Engelhard, 2012 ; Wadji et al., 2022 — ■ *Bien documenté en laboratoire ; moins étudié en clinique TSPT réel.*

### Hypothèse 3 — Réponse d'orientation et inhibition de la peur

Chaque nouvelle stimulation bilatérale déclencherait une réponse d'orientation (le cerveau se tourne vers le stimulus nouveau), qui inhibe temporairement la réponse de peur associée au souvenir. Cette inhibition répétée entraînerait une extinction progressive de la charge émotionnelle. Les MO envoient ainsi vers l'amygdale des signaux apaisants qui contrecarrent l'activation de la peur, ouvrant une fenêtre de traitement sans hyperactivation.

Référence : Armstrong & Vaughan, 1998 ; Armstrong, 2022 — ■ *Modèle cohérent avec les données physiologiques, difficile à tester directement.*

**Ce que les trois hypothèses partagent :** quelle que soit la voie mécanistique, l'effet observé est le même. Rappeler une mémoire traumatique en présence d'une stimulation cognitive externe réduit sa vivacité et son intensité émotionnelle, et favorise sa reconsolidation sous une forme moins chargée. Le mécanisme exact reste ouvert ; l'effet clinique, lui, est établi.

## 5. Les 8 phases du protocole

Chaque phase a un rôle précis. Le traitement ne commence qu'une fois la sécurité établie.

<b>1–2</b>	<b>Anamnèse et préparation</b> Recueil de l'histoire, identification des cibles. Installation de ressources de stabilisation (lieu sûr, container). Aucun retraitement ne commence sans cette base de sécurité.
<b>3</b>	<b>Évaluation de la cible</b> Identification de l'image traumatique, de la croyance négative, des émotions et sensations corporelles. Mesure de la détresse (SUD 0–10) et de la croyance positive souhaitée (VOC 1–7).
<b>4–5</b>	<b>Désensibilisation et installation</b> Stimulations bilatérales pendant que le patient maintient la cible à l'esprit. Puis installation de la croyance positive jusqu'à ce qu'elle soit pleinement ressentie.
<b>6–8</b>	<b>Scanner corporel, clôture et réévaluation</b> Vérification de l'absence de tension résiduelle dans le corps. Stabilisation si nécessaire. Réévaluation en début de séance suivante pour mesurer les effets inter-séances.

**Ce qu'on peut ressentir :** Entre les séances, il est normal que des **émotions, images ou rêves** émergent : c'est signe que le retraitement se poursuit. Ces manifestations sont temporaires et font partie du processus. En parler au thérapeute à la séance suivante.

## 6. Pour qui : indications et vigilances

INDICATIONS VALIDÉES	POINTS DE VIGILANCE
<ul style="list-style-type: none"><li>– TSPT simple et complexe (niveau de preuve le plus élevé)</li><li>– Deuil compliqué, phobies spécifiques, attaques de panique</li><li>– Dépression associée à des événements de vie traumatiques</li><li>– Anxiété chronique, estime de soi négative d'origine traumatique</li><li>– Troubles dissociatifs (avec protocoles adaptés et cadre sécurisé)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Stabilisation préalable indispensable si dissociation importante</li><li>– Protocoles spécifiques requis pour les troubles dissociatifs complexes</li><li>– Non indiqué si état psychotique non stabilisé</li><li>– Adapter le rythme et l'intensité selon la fenêtre de tolérance</li></ul> <p>■ La préparation n'est pas optionnelle : elle conditionne la sécurité du retraitement.</p>

## 7. Regard critique et état de la validation scientifique

L'EMDR est l'une des approches les mieux documentées pour le TSPT, mais elle suscite aussi des débats scientifiques légitimes qu'il est utile de connaître pour en parler honnêtement avec les patients.

#### CE QUI EST SOLIDE (CONSENSUS SCIENTIFIQUE)

- Efficacité sur le TSPT : méta-analyses et RCTs convergent (Bisson et al., 2013 ; Bradley et al., 2005)
- Recommandé en 1re ligne par l'OMS, HAS, NICE (UK), APA (niveau de preuve A pour le TSPT)
- Réduction significative des symptômes du TSPT comparable aux TCC centrées sur le trauma
- Effets maintenus à 12 mois dans la plupart des études de suivi
- Efficacité indépendante du type de stimulation bilatérale (yeux, mains, sons)

#### CE QUI EST DÉBATTU (QUESTIONS OUVERTES)

- Rôle spécifique des mouvements oculaires : certaines études suggèrent qu'ils n'ajoutent pas d'effet à l'exposition seule (Lohr et al., 2003)
- Supériorité vs TCC centrée trauma non établie de façon constante (les deux ont des preuves solides)
- Mécanisme d'action : le modèle TAI reste théorique, plusieurs hypothèses coexistent (inhibition réciproque, dual attention, analogie REM)
- Extension aux indications hors TSPT (dépression, douleur chronique) : prometteur mais données encore limitées
- Qualité méthodologique variable selon les études (biais de fidélité au traitement)

L'état actuel de la recherche permet d'affirmer que **l'EMDR fonctionne pour le TSPT** : c'est solidement établi. La question de **pourquoi** exactement reste partiellement ouverte : les stimulations bilatérales jouent un rôle facilitateur dont les mécanismes précis font encore l'objet de recherches. Cette incertitude mécanistique ne remet pas en cause l'efficacité clinique, mais elle invite à la **modestie théorique** et à ne pas surdécrire ce que l'EMDR « fait au cerveau ». En pratique : utiliser ce qui est prouvé, expliquer honnêtement ce qui est encore incertain.

#### À RETENIR

- ✓ L'EMDR repose sur la capacité naturelle du cerveau à traiter et intégrer les expériences difficiles
- ✓ Les stimulations bilatérales facilitent le retraitement (elles ne créent pas les changements, elles les permettent)
- ✓ Le patient reste acteur : il ne revit pas le trauma, il le retraite depuis une position de sécurité
- ✓ Reconnu par l'OMS comme traitement de première ligne du TSPT (niveau de preuve A)
- ✓ Le mécanisme exact (rôle des MO) reste débattu ; l'efficacité clinique, elle, est établie
- ✓ La stabilisation préalable est non négociable : l'EMDR ne s'improvise pas

#### RÉFÉRENCES

- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (2nd ed.). Guilford Press.
- Organisation mondiale de la Santé (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. OMS.
- Haute Autorité de Santé (2007). *Prise en charge du TSPT : recommandations de bonne pratique*. HAS.
- Bisson, J. I., et al. (2013). Psychological therapies for chronic PTSD in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in EMDR. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231–239.
- Lohr, J. M., Lilienfeld, S. O., & Rosen, G. M. (2012). Anxiety and its treatment: Promoting science-based practice. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 108–114.
- van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score*. Viking Press.