



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2025

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**EMDR : expérience des médecins généralistes pratiquant la thérapie sur
le modèle IMA Express®**

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2025 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Orane DUMORTIER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Thierry DUTHOIT

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Les extraits d'entretiens sont retranscrits verbatim, ils peuvent contenir un langage familier ou vulgaire.

Liste des abréviations

APA	American Psychological Association
EEG	Électro-encéphalogramme
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
F2RSMPsy	Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale
HAS	Haute Autorité de Santé
IMA Express®	Intégration par les Mouvements Alternatifs Express®
IRMf	Imagerie par Résonnance Magnétique fonctionnelle
MG	Médecin(s) généraliste(s)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TCA	Troubles du Comportement Alimentaire
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif
TSPT	Trouble de Stress Post-Traumatique

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Diagramme de flux	17
---	----

Tableau 1 : Caractéristiques des 7 médecins généralistes interrogés et organisation de la thérapie	19
--	----

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	8
A. Définitions	8
1. L'EMDR et le modèle IMA Express®	8
2. Le trouble de Stress Post-traumatique (TSPT)	9
B. Contexte.....	10
C. Problématique et objectifs.....	12
II. MATERIELS ET METHODES	13
A. Type d'étude	13
B. Population	13
C. Recueil de données	14
D. Analyse des données.....	15
E. Aspects éthiques et réglementaires.....	16
III. RESULTATS	17
A. Description de la population.....	17
B. Analyse des verbatims.....	20
Partie 1 : La formation et les motivations du médecin généraliste thérapeute ...	20
1. Découverte de la formation et motivation à se former.....	20
2. Motivation profonde et recherche de sens dans la pratique de la thérapie.....	23
Partie 2 : Les modalités pratiques et l'organisation de la thérapie	27
1. Adaptation du protocole	27
2. Atouts du protocole	30
3. Les indications.....	32
4. Les contre-indications	33
5. Proposition et acceptation de la thérapie par le patient	35
6. Pédagogie autour de la thérapie et mode de présentation.....	38
Partie 3 : Les obstacles à la pratique	39
1. Obstacles émotionnels et psychologiques	39
2. Obstacles liés au manque de légitimité et de reconnaissance.....	41
3. Obstacles organisationnels et financiers.....	43
Partie 4 : Les résultats et les limites de la thérapie	46
1. De bons résultats observés par les thérapeutes	46
2. Amélioration de l'état de santé global et de la qualité de vie du patient.....	47
3. Méthode d'évaluation et de mesure des résultats.....	50
4. Attitude et stratégie du thérapeute face à l'échec	52
5. Facteurs influençant les résultats.....	53
Partie 5 : Vécu du médecin en tant que praticien de la thérapie	57
1. De nombreux bénéfices ressentis sur le plan personnel et professionnel ..	57
2. Évolution avec l'expérience.....	60
3. Ouverture et perspective d'évolution.....	62
C. Synthèse de l'entretien annexe.....	63

IV. DISCUSSION.....	65
A. Résultats principaux.....	65
B. Comparaison à la littérature.....	69
C. Forces et limites.....	71
D. Perspectives	73
V. CONCLUSION.....	74
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	76
VII. ANNEXES.....	82
Annexe 1 : Neurobiologie et EMDR	82
1. Physiopathologie du psycho traumatisme.....	82
2. Mécanismes neurobiologiques de l'EMDR.....	83
Annexe 2 : Présentations des autres techniques utilisables en IMA Express®.....	85
1. Hypnose clinique	85
2. Somatic Experiencing.....	85
3. Brainspotting	85
4. Emotion-Focused Therapy (EFT).....	86
5. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).....	86
6. Cohérence cardiaque	86
Annexe 3 : Grille COREQ	87
Annexe 4 : Guide d'entretien.....	91
Annexe 5 : lettre d'information aux participants	92

I. INTRODUCTION

A. Définitions

1. L'EMDR et le modèle IMA Express®

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) est une approche psychothérapeutique développée par Francine Shapiro à la fin des années 1980. Initialement conçue pour le traitement du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) (1), cette méthode utilise la stimulation bilatérale alternée, souvent réalisée par des mouvements oculaires. Ces mouvements alternatifs permettraient le retraitement neuronal des souvenirs traumatiques en diminuant leur charge émotionnelle négative (2). Le fondement neurobiologique de l'approche est développé en **Annexe 1**.

L'EMDR fait partie du groupe des thérapies brèves qui correspond à un ensemble de psychothérapies limitées dans le temps, centrées sur un objectif précis, orientées vers le changement, et mobilisant les compétences et les ressources du patient pour produire des effets thérapeutiques significatifs en peu de séances (3).

Depuis sa création, l'EMDR a fait l'objet de nombreuses études attestant de son efficacité pour les troubles liés aux traumatismes psychiques (4) (5). Cette thérapie a vu progressivement son champ d'application s'élargir à d'autres troubles psychiatriques, supposant des bénéfices pour les troubles anxieux (6), la dépression (7), et certaines douleurs chroniques (8). Ce développement s'est appuyé sur des

avancées en neurobiologie et en psychologie clinique, soulignant les liens étroits entre traumatismes psychiques et troubles psychiatriques (9).

Dans ce contexte, une approche psychothérapeutique innovante a vu le jour : le modèle SCHEMA (Structurations Cognitives, Hypnose Et Mouvements Alternatifs), co-développé par le Dr Frédéric Kochman, pédopsychiatre, et le Dr Frédéric Lerouge, médecin généraliste. Ce dernier a ensuite proposé une adaptation plus récente : le modèle IMA Express® (Intégration par les Mouvements Alternatifs Express®). Cette méthode se distingue du protocole EMDR classique en y intégrant plusieurs techniques psycho-corporelles complémentaires : l'hypnose clinique, le Somatic Experiencing®, le Brainspotting®, l'EFT® (Emotional Freedom Technique), la MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) et la cohérence cardiaque (10). Cette approche se veut être une thérapie brève psycho-corporelle intégrative, optimisant l'efficacité de l'approche initiale en exploitant les interactions entre le corps et l'esprit. Une présentation de ces techniques est proposée en **Annexe 2**.

2. Le trouble de Stress Post-traumatique (TSPT)

Selon la définition du DSM-5 (Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux) (11), le TSPT est un trouble psychiatrique qui peut survenir à la suite de l'exposition à un événement traumatisant. Cet événement peut impliquer une menace, réelle ou perçue, à la vie ou à l'intégrité physique. Il est caractérisé par la présence de quatre groupes de symptômes persistants pendant plus d'un mois après un traumatisme :

- Revécu de l'événement (souvenirs intrusifs, cauchemars, flashbacks).
- Évitement des stimuli associés au traumatisme (personnes, lieux, situations).

- Altérations cognitives et émotionnelles (amnésie dissociative, culpabilité, pensées négatives persistantes).
- Hyperactivation neurovégétative (irritabilité, troubles du sommeil, sursaut exagéré, hypervigilance).

La physiopathologie de ce trouble est présentée en **Annexe 1**.

B. Contexte

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne sur huit dans le monde souffre d'un trouble mental (12). Plus spécifiquement, la prévalence du TSPT en France a été estimée à 5% dans la population générale (13). La souffrance psychique représente un enjeu majeur de santé publique. En effet, elle constitue le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie, devant les pathologies cardiovasculaires et les cancers (14).

Les Français sont également parmi les plus grands consommateurs de psychotropes au monde, avec plus d'un quart de la population ayant déjà eu recours à ces traitements, et les anxiolytiques figurent en tête des prescriptions (15). Ces substances sont pourvoyeuses d'une morbi-mortalité significative (16), ce qui souligne l'importance de développer les approches psychothérapeutiques complémentaires voire alternatives aux traitements médicamenteux.

Parmi les principales causes de traumatismes psychologiques, les violences interpersonnelles occupent une place majeure (17). L'enquête Virage 2020 (18) menée par l'Institut National d'Études Démographiques révèle l'ampleur de ces violences en France : près de 18 % des femmes et 13 % des hommes déclarent avoir

été victimes de violences intrafamiliales avant l'âge de 18 ans. 6 % des femmes et 2 % des hommes rapportent avoir subi des violences conjugales au cours de leur vie. Enfin, 14,5 % des femmes et 4 % des hommes indiquent avoir déjà été victimes d'au moins une agression sexuelle.

Ces chiffres illustrent l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée des troubles liés aux traumatismes psychiques. À ce titre, les médecins généralistes, souvent en première ligne face à ces situations, ont un rôle central dans le repérage, l'écoute et l'orientation des patients concernés.

Dans ce contexte, l'EMDR s'impose comme une thérapie sûre et efficace pour le TSPT et les troubles liés aux traumatismes psychologiques (4) (5). Elle est recommandée en première intention dans la majorité des référentiels internationaux, dont ceux de l'American Psychological Association (APA). De nombreuses études soulignent également son excellent profil de sécurité, l'absence d'effets indésirables graves, et une forte acceptabilité par les patients comme par les cliniciens (19) (20) (21).

En France, bien que la pratique de l'EMDR ne soit pas réglementée pour une profession spécifique, elle semble être majoritairement exercée par des psychologues cliniciens ou des psychiatres ayant reçu une formation dédiée. Le développement du modèle IMA Express® a permis à certains médecins généralistes de s'y former et de l'intégrer dans leur pratique quotidienne, dans une perspective de prise en charge globale du patient.

C. Problématique et objectifs

À ce jour, aucune étude n'a exploré la mise en œuvre de l'EMDR en médecine générale. Dans un contexte de forte prévalence de la souffrance psychique en soins primaires, où les médecins généralistes sont en première ligne face à la demande des patients (22), il semble pertinent de mieux comprendre comment cette méthode est perçue, intégrée, et utilisée dans la pratique de soins primaires.

L'objectif principal de cette étude est donc d'explorer l'expérience des médecins généralistes ayant recours au modèle IMA Express® dans leur pratique clinique.

Plus spécifiquement, cette étude vise à :

- Comprendre les motivations des médecins à se former et à utiliser cette approche thérapeutique
- Explorer les modalités concrètes de mise en œuvre de la thérapie IMA Express® en médecine générale
- Identifier les perceptions des bénéfices et des limites de cette méthode
- Mettre en lumière les facteurs facilitants et les freins à son intégration dans la pratique quotidienne.

En apportant un éclairage sur ces différents aspects, ce travail vise à contribuer à une meilleure connaissance de l'EMDR en tant qu'outil thérapeutique en médecine générale et à mieux cerner son potentiel d'adaptation dans des contextes variés de soins primaires.

II. MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Cette étude s'appuie sur une démarche de recherche qualitative sur le modèle de l'analyse thématique inductive. Ce type d'analyse, développé par Clarke et Braun, permet de générer des connaissances en identifiant, analysant et synthétisant des thèmes émergents à partir d'un ensemble de données (23).

La méthodologie a été élaborée en s'appuyant sur la grille COREQ (24) (**Annexe 3**), qui répertorie les critères de bonnes pratiques en recherche qualitative, ainsi que sur les recommandations issues de la grille « *Standards for Reporting Qualitative Research* » (SRQR) (25).

L'étude a été menée en collaboration avec la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSMPsy).

B. Population

La population étudiée était composée de médecins généralistes exerçant en cabinet. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin généraliste, avoir suivi la formation IMA Express® dispensée par l'organisme « QuiConsulte FORMATION » et

utiliser cet outil en proposant aux patients des séances dédiées au sein du cabinet de médecine générale.

Les participants ont été sélectionnés parmi la liste des professionnels ayant reçu la formation IMA Express®, puis triés selon les critères d'inclusion. Le recrutement a été réalisé en contactant directement les médecins par le biais de messages texte (SMS ou iMessages).

Les participants ont été caractérisés selon plusieurs variables : sexe, âge, taille de la commune d'exercice, nombre moyen de séances IMA Express® réalisées par mois, et année de réalisation de la formation initiale.

C. Recueil de données

Les données ont été collectées par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés. Ce choix méthodologique répond à la nécessité d'explorer en profondeur les perceptions, les expériences individuelles, et les dimensions émotionnelles associées à la pratique de l'EMDR en soins primaires.

Le guide d'entretien (disponible en **Annexe 4**) a été ébauché puis remodelé en groupe de travail. Il a ensuite été testé en conditions réelles avec le formateur de la thérapie IMA Express® qui remplissait les critères d'inclusion, mais qui n'a pas été inclus dans l'étude afin d'éviter un biais lié à un conflit d'intérêts. Cet entretien-test a permis d'ajuster le guide et d'estimer la durée des entretiens.

Les participants à l'étude n'étaient informés au préalable que du titre de la thèse afin de limiter les biais cognitifs.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou par visioconférence selon les disponibilités et la localisation géographique des participants, entre le 15 janvier et le 13 mai 2025. Leur durée était de 30 à 50 minutes.

Ils ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur audio numérique, puis intégralement retranscrits et anonymisés pour constituer les verbatims. La retranscription a été réalisée à l'aide du logiciel Vook.ai, qui chiffre l'intégralité des fichiers et n'y conserve aucun accès. Cette première transcription a ensuite été intégralement vérifiée et corrigée manuellement par réécoute des enregistrements, afin de garantir la fidélité et l'exactitude des verbatims.

La collecte des données a été clôturée lorsque l'ensemble de la population cible a été sollicité. Dans ce contexte, la saturation thématique n'a pas été recherchée.

D. Analyse des données

L'analyse a été effectuée par l'investigateur principal entre janvier et juin 2025 à l'aide du logiciel QualCoder (version 3.6). Les verbatims ont été codés manuellement pour permettre une analyse thématique inductive afin de faire émerger les thèmes principaux se dégageant des entretiens. Une triangulation de l'analyse a été réalisée en groupe de recherche.

E. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont consenti librement à leur participation après avoir reçu des informations sur les modalités de recherche via une lettre d'information (**Annexe 5**).

Les entretiens ont été entièrement anonymisés en supprimant tous les noms propres et éventuels éléments permettant une identification. Les noms des participants ont été remplacés par un code : la lettre « M » suivie d'un numéro correspondant à l'ordre de réalisation des entretiens.

Les transcriptions des entretiens sont conservées par l'investigateur principal sur un support sécurisé. Conformément aux principes d'éthiques et de confidentialité, elles peuvent être consultées sur demande motivée adressée à l'auteur, en utilisant les coordonnées figurant dans la version imprimée du présent manuscrit.

Un avis a été sollicité auprès du comité d'éthique de l'université de Lille. Toutefois, en raison d'un trop grand nombre de sollicitations, le comité a indiqué ne pas être en mesure d'instruire la demande ni de proposer de solution alternative.

L'investigateur principal n'a reçu aucun financement d'un tiers ou d'un organisme. Il a toutefois pu assister gratuitement à la formation IMA Express® au début de l'élaboration de cette étude.

III. RESULTATS

A. Description de la population

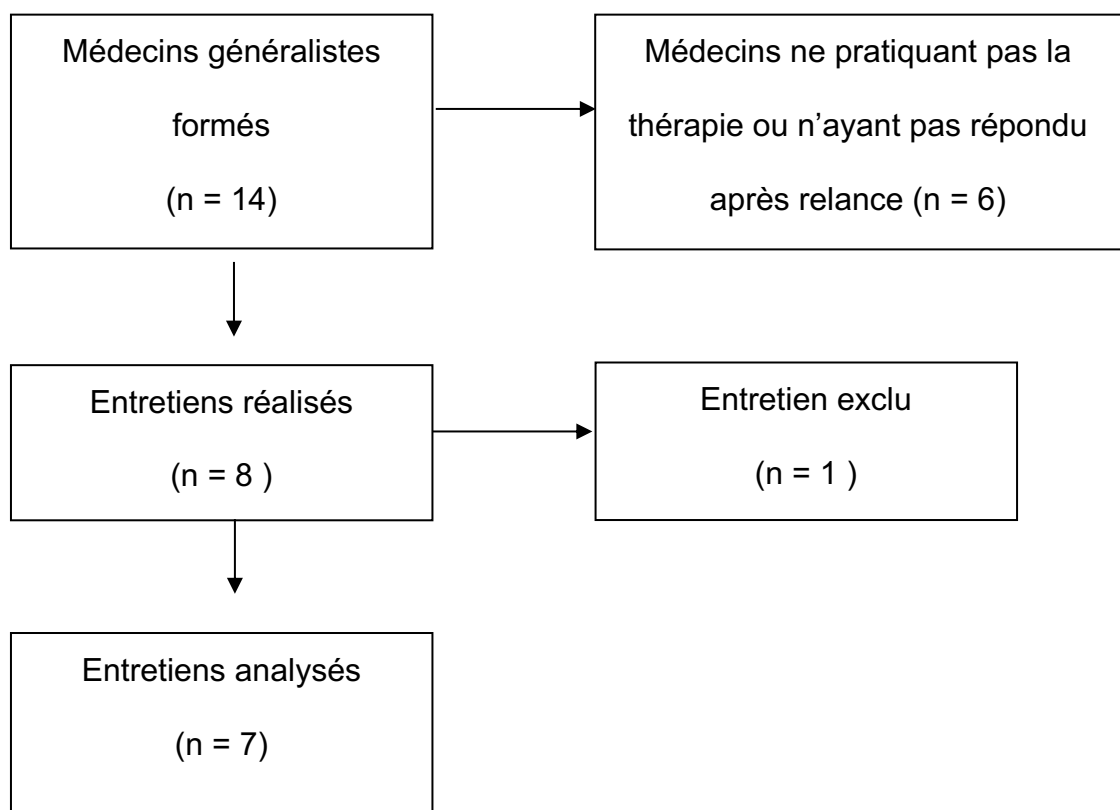


Figure 1 : Diagramme de flux

Parmi les 14 médecins formés à la thérapie, 4 ont répondu qu'ils ne pratiquaient pas la thérapie IMA Express®, 2 n'ont pas répondu aux sollicitations malgré relance, 8 médecins ont accepté de réaliser l'entretien, puis 1 médecin a été exclu a posteriori car il ne pratiquait pas l'EMDR.

Les caractéristiques des médecins dont les entretiens ont été retenus pour l'analyse sont résumées dans le **Tableau 1**.

L'âge des participants était compris entre 39 et 73 ans avec une moyenne de 51,5 ans. L'échantillon comportait 5 femmes et 2 hommes. La taille de la ville d'exercice a été définie par la classification suivante :

- Urbain : commune de 50 000 à 100 000 habitants
- Semi-urbain : commune de 10 000 à 50 000 habitants
- Semi-rural : commune de 5 000 à 10 000 habitants
- Rural : commune de moins de 5 000 habitants

Tableau 1 : Caractéristiques des 7 médecins généralistes interrogés et organisation de la thérapie

Médecin	Lieu d'exercice	Année de formation	Nombre de séances par mois	Répartition des séances dans l'agenda
M1	Semi-rural	2019	10 à 15	Plusieurs séances réparties parmi les consultations, 2 jours par semaine
M2	Rural	2020	10	Une séance par jour passé au cabinet, à heure fixe
M3	Rural	2020	12 à 16	Une demi-journée dédiée par semaine
M4	Rural	2019	50	3 à 4 séances par jour au cabinet, en début et fin de demi-journées
M5	Semi-rural	2021	4 à 6	Séances ponctuelles ajoutées en fin de journée
M6	Urbain	2018	20 à 25	Journées entières consacrées, 3 à 4 fois par mois
M7	Semi-urbain	2019	10 à 15	Une demi-journée dédiée par semaine

B. Analyse des verbatims

Partie 1 : La formation et les motivations du médecin généraliste **thérapeute**

1. Découverte de la formation et motivation à se former

a) *Un besoin de renouveau dans sa pratique professionnelle*

Certains thérapeutes décrivent une lassitude dans leur pratique de la médecine générale et une volonté de changer de l'approche médicale classique. La formation apparaît alors comme une opportunité de réorienter leur pratique vers une prise en charge perçue comme plus satisfaisante.

M 1 : « J'avais envie de renouveler un peu ma pratique »

M 5 : « Le fait d'avoir une autre approche, c'est important »

b) *Un cheminement progressif vers la formation influencé par des facteurs extrinsèques*

La décision de se former résulte d'un enchevêtrement de facteurs contextuels : recommandation de collègues, rencontre avec un formateur perçu comme de qualité, prise en charge financière par un organisme, ou progression par étapes (formation à

l'hypnose avant l'EMDR). Ce cheminement progressif dans le temps est marqué par un intérêt qui s'approfondit au fil des formations et de l'expérimentation, et ce malgré l'absence de financement.

M 3 : « Parce que ma copine du même cabinet l'avait fait, que c'était très bien, qu'elle était ravie »

M 6 : « Après, j'ai fait des formations payantes, parce que comme j'avais goûté à l'hypnose, après les formations en EMDR, [...] là, c'était des formations payantes, je payais, mais c'était extrêmement intéressant. »

Par ailleurs, plusieurs trajectoires de formation sont fortuites.

M 1 : « J'y suis allé un peu par hasard, vraiment par hasard »

D'autres ont été provoquées par un événement de vie personnelle qui a catalysé le désir de formation dans une démarche personnelle mais aussi existentielle.

M 4 : « Ce qui m'a amené à me former, c'est un peu personnel. J'ai eu un parcours difficile avec [un proche] et je cherchais des moyens pour l'aider et aussi m'aider. Et puis voilà, j'ai rencontré un praticien qui faisait de l'hypnose. Et puis voilà, j'ai été me former, j'ai été voir et puis c'est comme ça que je suis tombé dans la marmite. Ça m'a mis debout et puis voilà, je me dis, je peux aussi aider les autres. »

c) *Attrait et sensibilité pour la psychologie*

Certains MG décrivent que l'engagement découle d'un attrait ancien pour le relationnel et la psychologie. Cette sensibilité émotionnelle et l'habitude d'avoir une attitude d'écoute envers les patients nourrissent l'idée qu'une formation en psychothérapie peut donner un cadre et des outils pour la pratique quotidienne.

M 3 : « J'ai toujours été attiré par la psychologie [...] Sans forcément savoir comment j'allais faire ça, et du coup, avec les études, c'était parti, je pense qu'il y a quelque chose qui n'était pas présent... Et puis instinctivement, je fais partie de ces gens qui passent pas mal de temps à discuter dans les consultations, à aborder plein de choses, je me rends compte que je fais beaucoup pleurer les gens [...] donc c'est un truc qui, du coup, je pense, est en lien avec le côté : je veux me former sur des thérapies. »

d) *Curiosité envers une pratique peu répandue*

La curiosité pour une pratique non conventionnelle et le goût de l'innovation thérapeutique jouent également un rôle dans le cheminement vers la formation. L'EMDR est perçu comme un champ encore peu investi en médecine générale et dans le paysage médical français, ce qui suscite un intérêt pour la formation.

M 7 : « Et puis ça m'intéressait, c'était un peu, pas ésotérique, mais c'était un peu mystérieux, l'hypnose, l'EMDR, tous ces trucs-là, c'est un peu spécial, personne connaissait à l'époque, vraiment personne, et

donc ça me plaisait bien, c'était un peu à côté, ça sortait un peu des sentiers battus, et voilà, c'est comme ça que j'y suis venu. »

2. Motivation profonde et recherche de sens dans la pratique de la thérapie

a) *Prise de conscience de la profondeur et de la fréquence du mal-être des patients et de l'impact de leurs mémoires traumatiques*

Les médecins rapportent une prise de conscience aiguë de l'ampleur de la souffrance psychique de leurs patients au cabinet. Les troubles anxio-dépressifs sont fréquents et les traumatismes enfouis sont nombreux. Leur fréquence et leur gravité choquent, et la précision des souvenirs traumatiques étonne. L'EMDR apparaît dans ce contexte comme une réponse possible face à cette réalité clinique difficile.

M 7 : « En médecine générale, il y a 70% des patients qui ne vont pas bien, dans leur tête, dans leur vie, et avec le Covid, avec la crise, avec tout ce que tu veux, c'est encore pire. »[...] Et puis en fait, elle me sort un trauma sorti de nulle part, enfin sorti de nulle part, dont elle ne m'avait jamais parlé, que son petit ami a essayé de l'étrangler, qu'elle est quasiment tombée dans les pommes. Et puis je suis toujours un peu éberlué quand je vois les gens qui disent : j'aurais jamais cru que ; c'est tellement vieux ; j'aurais jamais cru que ça continue d'être présent, que je continue à être touché par ce genre de trucs et tout ça. »

M 6 : « Ils arrivent à décrire, vraiment... A chaque fois, c'est pareil. C'est comme si c'était arrivé le matin même, la veille. C'est incroyable comment ils arrivent à bien expliquer ! »

b) Recherche d'efficacité et d'accomplissement en tant que médecin

La quête est aussi éthique et identitaire : le moteur central de la thérapie consiste à aider vraiment les patients. La thérapie est perçue comme profonde et réaffirme le sentiment d'utilité professionnelle mis à mal par la pratique courante.

M 7 : « Moi aussi j'ai envie de guérir mes patients, bordel ! Je n'ai pas fait médecine pour rien, j'ai pas fait médecine pour les voir végéter, et qu'ils aillent plus mal, ou au mieux qu'ils ne soient pas pires, t'as envie vraiment de leur faire du bien. »

Pour certains, l'efficacité observée sur une seule personne suffit à justifier l'investissement dans la pratique.

M6 : « Si déjà, les formations que j'ai faites et ce travail là ne servent qu'à une seule personne, c'est déjà énorme »

c) Une première expérience marquante et décisive qui motive l'implication en thérapie

Certains médecins relatent une première séance marquante, ou encore la métamorphose du premier patient traité qui fait office de déclic. Ces succès initiaux corroborent la décision de poursuivre et d'approfondir la pratique.

M 1 : « Et ça je suis resté, mais vraiment, complètement scotché par le fait que quelqu'un puisse avoir un souvenir pareil. [...] Ca m'est vraiment resté dans la tête parce que c'est ça qui a finalement décidé tout le reste. Je me suis dit : bon, elle peut pas l'avoir inventé. Elle pouvait pas l'avoir inventé parce qu'elle bougeait vraiment sur son siège, je sentais son inconfort et ça, ça m'a vraiment marqué, et c'est ça, en premier, qui m'a vraiment décidé. C'est la première patiente que j'ai commencé à suivre. »

d) Besoin d'outil thérapeutique

La pratique de l'EMDR répond à un manque d'outil en médecine générale, particulièrement pour la santé mentale et encore plus chez les enfants. Elle est décrite comme salvatrice pour le médecin en offrant une alternative ou une complémentarité aux traitements médicamenteux, ainsi qu'une voie d'action là où la consultation classique se révélait insuffisante.

M 2 : « Je dirais que ça m'apporte beaucoup, que c'est salvateur parce qu'il y a vraiment tellement de moments où tu ne sais pas quoi proposer, où personne t'aide. »

M 6 : « Donc, thérapeutique intéressante. Surtout, c'est ce que je trouve, pour les enfants, on n'a rien. L'adulte peut encore voir un psychologue, un psychiatre, un enfant qui a un problème comme ça, on n'a rien. Et là, en une séance de tapping¹, qui ne dure pas longtemps, ça dure très peu de temps chez les enfants, ça marche très vite. »

e) Constat des limites de la médecine générale conventionnelle

Les participants décrivent un sentiment d'impuissance, le caractère frustrant d'une prise en charge centrée sur les symptômes plutôt que sur l'agent causal, les limites des thérapeutiques médicamenteuses et la sensation de souvent tourner en rond en médecine conventionnelle. L'EMDR est alors pensée comme un outil complémentaire permettant de réinvestir la relation de soin avec plus de sens.

M 5 : « Alors si, on les aide avec un médicament à passer la phase critique, mais on se rend bien compte qu'il y a d'autres choses, qu'il faut leur faire prendre conscience et qu'il faut traiter. Et ça, moi je n'avais pas de moyens avant. »

M 7 : « Arrêt de travail, cachetons, et je préfère me plaindre, tout ça, c'était quand même très frustrant. »

¹ Le tapping en EMDR est une stimulation bilatérale alternée en tapotant de chaque côté du corps (par exemple sur les genoux), ce qui peut remplacer les mouvements alternatifs des yeux.

f) Des succès concrets et des prises de conscience de la puissance de la thérapie comme source de motivation

Les récits de transformations rapides ou profondes (par exemple : résolution de phobies, apaisement des angoisses de séparation, retour au travail, regain de confiance en soi) nourrissent le sentiment d'utilité et la fierté de l'art médical, et consolident ainsi leur engagement.

M 7 : « Des patients qui t'envoient des cartes postales, ça m'a fait beaucoup de bien. Ça, j'avoue que ça fait plaisir [lecture de la carte en question] : « je tenais également à vous remercier pour le travail que vous avez fait avec moi qui m'a permis tout simplement de revivre ». Bon voilà franchement c'est un des trucs qui m'a le plus fait plaisir. »

Partie 2 : Les modalités pratiques et l'organisation de la thérapie

1. Adaptation du protocole

a) Ajustement intuitif et personnalisé du protocole

Les MG décrivent des ajustements progressifs du déroulé standard selon leur propre expérience et leur propre ressenti.

M 3 : « Il faut se l'approprier, et pour me l'approprier, il fallait que ce soit mes mots. »

M 4 : « J'ai mis à ma sauce. C'est sûr, comme tout, je pense, on commence, on le suit, un peu à la lettre au départ, pour avoir ses marques. Et puis après, on se rend compte qu'on a pris des libertés en restant dans le cadre. Mais voilà, je pense qu'il faut s'autoriser des fois à sortir du cadre pour avancer. »

b) Épuration du protocole en fonction de l'expérience et des convictions propres du thérapeute

Avec l'expérience, certains épurent l'arsenal thérapeutique : simplification des exercices inter-séances pour ne pas perdre le patient ou encore abandon de techniques jugées difficiles à justifier en se recentrant sur un noyau de techniques (EMDR, hypnose, entretien motivationnel). Cette rationalisation est présentée comme une manière d'aller à l'essentiel et de mieux articuler le protocole avec le contexte de médecine générale qui se veut plus cartésien.

M 7 : « Il y a des trucs que je ne fais pas, les « point karaté » et tout. Je l'ai fait, mais je sens que je ne suis pas à l'aise là-dedans, parce que je trouve que c'est un peu ésotérique et tout ça. Les gens ne comprennent pas, j'ai du mal à le vendre, j'ai du mal à l'expliquer, parce que je n'y crois pas vraiment, donc le patient... »

c) Intégration d'outils externes au protocole

Les praticiens relatent l'hybridation avec d'autres approches ou dispositifs appris dans d'autres formations (par exemple : hypnose conversationnelle ou protocoles d'EMDR appris dans d'autres centres de formation), mais tout en restant fidèle à l'esprit de la formation initiale.

M 3 : « Comme on a eu plusieurs protocoles de par plusieurs formations, je me suis fait ma propre fiche en fonction des fiches fournies lors de l'apprentissage dans l'IMA Express®. »

d) Respect rigoureux du protocole

À l'inverse, d'autres soulignent l'intérêt du suivi à la lettre du protocole à l'aide de fiches mémo qui cadrent la séance, en limitant ainsi la dispersion et en sécurisant les phases émotionnellement denses. Le respect des séquences est associé à une meilleure efficacité perçue.

M 5 : « Je me suis rendue compte que oui, en effet, il fallait le suivre, parce que si on faisait n'importe quoi ça ne marchait pas. Donc je me suis forcée à être carrée et à suivre, parce que sinon ça marche moins bien, ça c'est sûr. La fois où je ne me suis pas tenue au protocole et où je me suis dit je vais apaiser la personne tout de suite parce qu'elle n'est pas bien, ça a moins bien fonctionné. »

2. Atouts du protocole

a) *Apaisement des craintes sur les difficultés techniques*

Le protocole est perçu comme un dispositif de réassurance technique et émotionnelle grâce à sa facilité d'utilisation. Il est jugé lisible et praticable et permet de réduire la charge cognitive du thérapeute tout en rassurant le patient. La formalisation des étapes (par exemple à l'aide de fiches et d'échelles) diminue le stress de mal faire.

M 5 : « C'est plutôt simple de suivre le protocole, et puis, plus on en fait, et plus c'est simple, parce qu'après voilà ça devient mécanique, on a un plan, on sait ce qu'on fait et on y va et voilà quoi. Donc oui, c'est clair. »

Le fait que le patient ignore la technique est parfois évoqué comme un facteur protecteur contre l'autocensure du thérapeute.

M 6 : « Si on ne fait pas bien, si on ne fait pas exactement bien, ça n'a aucune importance, étant donné que la personne en face, elle ne sait pas ce que c'est que la séance normale. Donc, il n'y a pas de trauma. On ne peut pas mal faire. Au pire, on ne fait pas très bien. Mais voilà. »

b) La plasticité du protocole offerte par la pluralité des techniques comme stratégie d'individualisation et de maintien dans la fenêtre de tolérance

La diversité des outils (mouvements alternatifs variés, stratégies d'ancrage, hypnose, etc.) offre des voies d'adaptation selon la tolérance et les préférences du patient et permet de clore une séance difficile par un apaisement efficace. Dans cette logique, les MG insistent sur un centrage sur le ressenti : ajuster la modalité (visuelle, tactile, auditive), la vitesse, la durée et la progressivité. Le protocole est flexible, accessible et transposable à différents profils (enfants, adolescents, handicaps), ce qui élargit la portée de la thérapie.

M 1 : «Donc, c'est ce panel de toutes ces techniques qui est hyper intéressant en fait. Tu n'es pas juste sur un truc, tu fais de l'EMDR. Tu as plein d'autres techniques qui te permettent vraiment de gérer l'avant, l'après, le pendant et entre les séances. En fait, ce qui est sympa dans cette thérapie-là, c'est qu'elle est vraiment adaptable aussi à toutes sortes de patients. Donc ça, c'est chouette. »

c) Sécurité vis-à-vis des effets secondaires

Les praticiens mettent en avant la négligeabilité des effets secondaires et ce notamment grâce aux outils d'apaisement. La sécurité perçue renforce la confiance du thérapeute et facilite l'adhésion du patient, y compris lors d'évocations traumatiques intenses.

M 4 : « Et on sait qu'avec la formation qu'on a eue, les gens sont en sécurité. C'est non médicamenteux. »

3. Les indications

a) Un usage très transversal mais consensuel de l'EMDR

Chez la plupart des praticiens, la thérapie IMA Express® est mobilisée tant chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Ils décrivent tous une application large et générale dans des situations très diverses (mal-être, souffrance au travail, deuil, troubles somatiques inexpliqués, cas complexes ou désespérés), dès qu'il existe une souffrance avec un mandat précis.

M 1 : « Pour mes patients, quand je vois qu'ils sont tristes en fait, qu'ils sont malheureux, la phrase qui déclenche souvent ma décision c'est : « j'ai tout pour être heureux mais je ne suis pas heureux ». Souvent ça, c'est qu'il y a quelque chose derrière. Ils vont pas spontanément te raconter qu'ils ont eu des traumatismes dans leur vie et qu'ils n'arrivent pas à passer outre. [...]. J'ai un collègue qui m'envoie beaucoup d'ados[...]. Chez les enfants, j'ai vu quelques enfants, les troubles du sommeil et les troubles relationnels. Souvent chez l'enfant et chez l'ado quand il y a des conflits familiaux, je le propose et ça, ça marche bien aussi. »

b) Un élargissement du panel des indications à un grand nombre de troubles de santé mentale

Les indications, initialement cantonnées aux psycho traumatismes avec TSPT, s'étendent largement au-delà. Les praticiens prennent en charge des patients avec des addictions, des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), des troubles anxieux (y compris phobies ou peurs spécifiques), des troubles de l'humeur, des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), les troubles de l'attachement, des troubles relationnels, des troubles de la personnalité et dissociatifs, ainsi que des troubles du sommeil, avec une efficacité plus ou moins probante selon les patients et leurs pathologies. Cette extension vise à répondre à l'impuissance ressentie en médecine générale face à la souffrance psychique.

M 2 : « Tant que les gens sont mal et ont un objectif. Donc phobies, addictions, dépression, même bipolarité... Même un peu les borderlines, même si bon, c'est un peu palliatif, à mon sens certaines choses que j'ai faites quoi. C'est tout ce que je vois... Ou insomnies, ou... Pour moi, tout est une indication, tout trouble de santé mentale. »

4. Les contre-indications

a) Consensus sur la rareté des contre-indications

En dehors de rares situations spécifiques, les thérapeutes n'évoquent pas ou peu de contre-indications à pratiquer la thérapie, à condition d'adapter le dispositif.

M 2 : « Mais pour moi, il n'y a pas beaucoup de contre-indications »

b) Contre-indication unanime lors de situations complexes et instables

Un consensus se dégage pour différer ou contre-indiquer la thérapie en cas de crise suicidaire, de déséquilibre psychiatrique ou de situation instable, avec une responsabilité éthique d'orienter vers des soins adaptés.

M 4 : « Quasiment toutes, voilà, toutes les indications. [...] En prenant le soin de vérifier que la personne ne nécessite pas une hospitalisation ou d'autres accompagnements. Je pense que c'est une chance qu'on soit médecins généralistes parce que ça nous permet de mettre des garde-fous et d'accompagner la personne au mieux. [...] Voilà, toujours de la vigilance. »

c) Pas de consensus pour la pratique de l'EMDR pendant la grossesse ou en post-partum

Certains préconisent la prudence en cas d'accouchement imminent ou en post-partum quand d'autres notent une absence de contre-indication formelle si le protocole est adapté au contexte.

M 2 : « Alors les femmes enceintes je sais qu'il y a un moment on disait que c'était une contre-indication, pour moi non, parce que c'est vraiment

le post-partum le pire, mais je ferais pas si c'est délicat et qu'on risque d'accoucher tout de suite. »

5. Proposition et acceptation de la thérapie par le patient

a) Une sélection personnalisée dans le recrutement des patients

Les médecins ciblent prioritairement des patients demandeurs et capables d'énoncer un objectif. Lorsque les attentes sont irréalistes ou l'implication incertaine, les praticiens n'insistent pas, voire déclinent la demande de prise en charge lorsqu'elle émane du patient. Certains testent l'engagement en retardant volontairement la première séance quand d'autres régulent les nouvelles demandes via le secrétariat. La thérapie exige que le patient soit prêt et motivé. Si ces conditions ne sont pas remplies, le thérapeute s'expose à un haut risque d'échec et par conséquent d'épuisement lié à l'impuissance thérapeutique.

M 2 : « Vous réfléchissez et éventuellement vous revenez vers moi [En parlant au patient] . Je veux que ce soit eux qui reviennent... Souvent parce que s'ils sont pas motivés on va galérer. »

La proposition est parfois modulée selon l'historique de soins (alternatives déjà tentées) ou les capacités financières et logistiques du patient. Ainsi, la thérapie est plutôt proposée en seconde intention.

M 2 : « Soit ils veulent plus aller voir de psychologues parce qu'ils n'ont pas l'argent, soit parce qu'ils y croient plus, soit c'est trop loin... [...] Donc je me retrouve avec les gros cas, où ça n'a pas trop marché autrement quoi. »

Enfin, la liberté de choix est posée d'emblée. Le patient peut opter pour une autre modalité, poursuivre ou interrompre selon son ressenti.

M 4 : « En fait, je leur propose dans un package en leur citant, qu'il y a ça, qu'il y a ça, qu'il y a ça. Ça dépend évidemment de ce qu'ils présentent, mais souvent je dis « voilà, vous pouvez voir un psychiatre, vous pouvez voir un psychologue, et puis moi, j'ai une formation, je peux vous prendre en thérapie psycho-comportementale ici, dans mon cabinet de généraliste. Après, s'ils posent plus de questions, je détaille. Mais souvent, je propose avec d'autres façons, d'autres thérapies. »

b) Une disparité dans le mode de recrutement des patients

Selon les praticiens, les patients traités proviennent de la patientèle propre, du bouche-à-oreille ou encore, de l'adressage par des psychologues, des psychiatres ou des MG du secteur. Les stratégies de visibilité sont hétérogènes : affichage en salle d'attente pour certains, discrétion pour d'autres. Certains médecins préfèrent prendre en charge des patients externes à leur patientèle car cela sous-tend une motivation plus présente.

M 7 : « Ouais, j'attends un peu plus maintenant, pour qu'on en parle. J'attends un peu plus qu'on vienne me chercher, ouais. Parce que maintenant ils savent un petit peu. J'ai un peu d'adressages de psychologues, un peu de bouche à oreille, et voilà. Des adressages des autres médecins, quelques-uns, mais assez peu, après je communique pas particulièrement là-dessus. »

c) Une réaction souvent positive de la part du patient lors de la proposition de thérapie

Certains adhèrent immédiatement à la proposition car le mal-être est ancien ou profond, ils se sentent alors soulagés et écoutés, d'autres demandent un temps de réflexion. Les refus restent rares et cela pourrait s'expliquer par une sélection intuitive effectuée en amont. L'acceptation tarifaire est globalement bonne.

M 3 : « Très souvent ils sont contents, parce qu'en fait [...] les mots qu'on entend : « c'est la première fois qu'on m'écoute » [...] Moi j'ai rarement des refus, peut-être parce que les potentiels refus je ne leur propose pas, je ne les ai pas, peut-être que je ne cible pas les personnes qui ne viendraient pas. Mais ils accueillent bien, ils sont partants, je n'ai pas trop de difficultés. »

6. Pédagogie autour de la thérapie et mode de présentation

a) Accompagner la prise de conscience du trauma et intégrer l'EMDR dans le parcours de soins afin d'obtenir l'adhésion du patient

Le travail consiste à relier une plainte somatique ou psychique à un récit traumatique acceptable et à introduire progressivement l'idée de la thérapie en rendant ce traumatisme traitable.

M 3 : « En fait, je les amène à prendre conscience qu'il y a quelque chose, et que ce quelque chose ne doit pas être accepté et toléré, mais qu'il peut être soignable. »

b) Clarifier les techniques et lever les appréhensions

Les praticiens explorent les représentations des patients, ils expliquent les techniques et la physiopathologie des traumatismes et proposent des supports (vidéos, sites internet). La normalisation de l'outil est parfois nécessaire, avec notamment un besoin fréquent de prendre un temps imparti à la dédramatisation de l'hypnose.

M 6 : « J'ai été obligé de dédramatiser l'hypnose en disant que ce n'était pas des marionnettes, qu'évidemment ils gardaient leur libre arbitre et leur contrôle complet sur le déroulement de la séance. Et la seule fois où je n'en ai pas parlé, quelqu'un qui me semblait cortiqué et un peu au

courant de tout, c'est lui qui m'en a parlé du fameux Messmer, à chaque fois je perds, entre guillemets, dix minutes, un quart d'heure, mais ce n'est pas tout à fait du temps perdu. »

Partie 3 : Les obstacles à la pratique

1. Obstacles émotionnels et psychologiques

a) Anxiété et doutes fréquents chez le médecin-thérapeute

En début de pratique, les MG décrivent une appréhension à la mise en place des séances d'IMA Express® principalement sous-tendue par la peur de faire du mal aux patients (l'activation émotionnelle du patient en séance pouvant être impressionnante, cela suppose une assurance suffisante pour l'apaiser), mais aussi par une transition formation-terrain qui peut être vécue comme abrupte et qui fait sortir le praticien de sa zone de confort.

M 7 : « Après, c'est quand même coûtant en énergie de se former et de se lancer au début ».

Cette anxiété peut persister malgré l'expérience, lorsqu'il s'agit de situations complexes, et peut amener à l'autocensure.

M 5 : « Il y a des choses que je ne m'autorise pas. Quand il y a vraiment des choses très complexes, j'ai un peu peur. Quand il y a des problèmes d'inceste... Là, j'avoue que pour l'instant, je ne me suis pas autorisée à prendre en charge. Parce que je ne sais pas si je vais y arriver. »

Parfois, des doutes surviennent quant à l'efficacité du praticien, liés à un manque de retour de certains patients.

M 7 : « Et puis d'avoir des fois pas de retour, ou patients perdus de vue, ça c'est un truc aussi compliqué. »

b) Charge émotionnelle significative pour le thérapeute

La confrontation à des récits traumatiques lourds impose une disponibilité mentale ainsi que la mise en place de stratégies de protection : méditation, soutien entre collègues, distance émotionnelle.

M 1 : « Je me protège beaucoup pendant la séance, parce que souvent ils disent des trucs douloureux, ils racontent des trucs qui peuvent être hyper heurtant, mais j'arrive vraiment à prendre du recul. [...] J'arrive à me protéger. »

Les médecins font cependant le lien avec l'exercice de la médecine générale qui requiert déjà une force émotionnelle et une prise de distance.

M 6 : « Émotionnellement, c'est assez dur quand même, même si je suis toujours positif. [...] Mais en tant que généraliste, on a quand même un peu l'habitude, quand le patient sort, on enchaîne avec le suivant sans penser à celui d'avant. J'ai pas de soucis pour ça. »

2. Obstacles liés au manque de légitimité et de reconnaissance

a) Une absence d'encadrement de la pratique pourvoyeur d'inquiétude

Les MG suggèrent la mise en place d'un cadre réglementaire et mettent en garde contre les pratiques amateurs au nom de la sécurité des patients et de la crédibilité de l'outil.

M 5 : « Il faut que les personnes qui se forment aient une base médicale quand même. Parce que, quand on arrive sur quelque chose de compliqué, il faut savoir quoi en faire. [...] Enfin, moi je trouve que c'est quand même important, si on peut prescrire à côté quelque chose qui va aider le patient aussi, on peut être dans des situations très difficiles.

[...]

Mais il ne faut pas que tout ça soit galvaudé non plus. Alors, c'est vrai qu'on voit de plus en plus d'hypnothérapeutes qui posent leurs plaques. Il y a des patients qui me disent : « qu'est-ce que vous en pensez ? Je suis allé voir pour arrêter la cigarette. » Je leur dis : « Faites attention

quand même à qui vous voyez, parce que tout le monde n'est pas... Il a une formation. Oui, mais quelle formation ? ». Je pense que si c'est amené à se développer, je pense qu'il va quand même falloir que ce soit encadré pour ne pas que les gens fassent n'importe quoi.».

b) *Embarras provoqué par des jugements négatifs envers la pratique*

La méfiance de certains patients et le manque d'ouverture perçue de la part de certains confrères alimentent une certaine frustration et parfois même un découragement. Un praticien rapporte notamment subir parfois des remarques acerbes par des patients qui ne sont pas suivis en thérapie, ce qui est vécu douloureusement.

*M 7 : « Sinon, de temps en temps, des petites remarques de patients :
« Oh docteur, c'est dur pour vous voir. » « Bah ouais, mon planning. »
« Mais bon, si vous ne faisiez pas vos conneries de marabout, on aurait peut-être de la place pour soigner des vrais malades. » « Comment ça ? » « Bah ouais, ouais. Moi je tousse là. Pourquoi vous faites vos...
[gestes] C'est quoi vos conneries là ? » ».*

c) *Le manque de reconnaissance officielle source de frustration pour le thérapeute*

L'absence de reconnaissance institutionnelle, qu'il s'agisse d'une filière de certification pour les médecins généralistes ou du remboursement par l'assurance maladie et les organismes complémentaires, ainsi que la faible inscription de cette pratique dans les

représentations collectives, entretiennent un sentiment de légitimité entravée. Celui-ci se traduit par des difficultés de recrutement des patients et par une moindre valorisation de l'activité du praticien.

M 6 : « On n'a pas tant de recrutement que ça. Parce que les gens ne savent pas ce que ça peut faire. C'est pas reconnu, très peu de mutuelles peuvent les rembourser. Une ou deux, je crois, mais ça ne rembourse pas toutes les séances. Mais comme l'ostéopathie, comme l'acupuncture, les médecines douces. Alors que c'est incroyablement efficace. »

M 2 : « Ce qui est frustrant, c'est le côté : les gens se demandent vraiment d'où ça sort. C'est vraiment dommage, je comprends vraiment pas comment on peut encore en être là. Parce qu'on a l'impression de proposer un truc complètement barré alors que ça marche très bien, alors qu'il y a des études. »

3. Obstacles organisationnels et financiers

a) Tension entre éthique de l'accessibilité et soutenabilité économique

La non-rentabilité relative, le prix pour les patients et la dissonance avec la tarification de la consultation standard sont rapportés comme des freins à la diffusion. L'efficacité perçue sert toutefois de moteur malgré ces contraintes.

M 6 : « C'est vraiment extraordinaire à faire, mais c'est pas viable, financièrement, c'est pas viable. »

b) Un manque de cadre en ce qui concerne l'organisation de la comptabilité et la prise en charge possible par l'Assurance maladie

Il existe une hétérogénéité en ce qui concerne les modes de rémunération, ainsi qu'une incertitude sur le bon cadre administratif. Certains médecins opèrent une séparation comptable stricte quand d'autres intègrent la séance à une consultation remboursée par l'Assurance maladie et prévoient un complément hors nomenclature. Les praticiens qui sont regroupés dans le même cabinet se coordonnent sur la méthode et le montant de la tarification.

M 1 : « Alors je n'ai pas bien compris comment fait le comptable, mais il m'a expliqué que tu avais le droit d'une activité annexe dans une certaine limite. [...] Je leur dis bien que c'est pas de la médecine, que je sépare bien les choses. Dans ma compta, c'est deux choses différentes. »

M 5 : « Oui, on s'est mis sur le même tarif, c'était plus logique. Donc c'est 75 euros et il n'y a pas de prise en charge. »

M 2 : « Et donc du coup concrètement, pour des personnes qui peuvent pas payer je côte un G, et pour les autres je facture environ 70 € avec dedans un G à 30 € et le reste en dépassement hors nomenclature. »

c) Une contrainte de temps parfois pesante

L'EMDR est décrite comme chronophage en raison de séances longues, une charge temporelle dans un agenda déjà saturé avec des coûts indirects (interventions, formations). La vie personnelle peut être impactée.

M 5 : « Ca nous coûte en investissement personnel parce qu'il faut se former, ça nous coûte des week-ends »

M 3 : « Pratiquer, ça ne change rien dans ma vie perso, si ce n'est le chronophage, et des fois, je ne rentre pas à l'heure... Voilà, parce que des fois, je ne sais pas dire non, donc des fois, j'en rajoute un, et puis... Donc ça, c'est le seul point, mais maintenant, j'arrive un peu plus à dire non. »

d) Difficultés d'intégration dans l'agenda du MG

Les séances d'IMA Express® sont plus longues qu'une consultation classique de médecine générale (en moyenne 45 à 60 minutes), ce qui sous-tend une charge organisationnelle importante pour le médecin généraliste. Les praticiens adaptent donc leur planning, la fréquence des séances et leur format. L'intégration dans la pratique de médecine générale peut être facilitée par la réduction d'activité ou la retraite.

M 6 : « Quel que soit notre mode d'exercice en général, c'est très compliqué à inclure dans une consultation de médecine générale.

Au début, quand j'étais encore médecin généraliste, je ne travaillais plus le samedi matin, donc je faisais venir les gens le samedi matin. Parce que dans une consultation, quand ça s'enchaîne, on ne peut pas. Je fais des séances d'une heure, et c'est le minimum syndical. Ça s'appelle express, mais ce n'est pas plus rapide. Une heure, on en a besoin. »

M 7 : « À un moment je faisais mardi et vendredi mais en fait ça se bousculait trop en médecine générale, surtout le vendredi c'était trop la merde. J'avais des séances d'IMA, j'avais des urgences, je devais aller passer voir des vieux qui allaient pas bien, des CRP à 300 entre deux séances d'IMA. C'était compliqué à un point que j'ai arrêté [les vendredis]. Puis les patients qui viennent, entre deux... »

Partie 4 : Les résultats et les limites de la thérapie

1. De bons résultats observés par les thérapeutes

a) Efficacité largement perçue

Les MG rapportent une efficacité globale en décrivant un travail en profondeur, une réelle digestion des traumatismes et de vraies guérisons.

M 1 : « Et c'est vachement efficace ! »

M 2 : « Parce que ça montre qu'on est au-delà de juste comprendre quel est le problème, on le traite dans le cerveau profond, on est vraiment dans le ressenti jusqu'au bout et du coup ça montre qu'on guérit vraiment. C'est pas juste qu'on passe dessus, c'est qu'on guérit »

b) Apparition rapide des résultats

Des effets rapides sont fréquemment décrits, y compris pour des traumatismes anciens.

M 6 : « Rapidité, efficacité instantanée sur la séance et résoudre des problèmes que les gens traînent parfois pendant des dizaines d'années. J'ai vu un jour une dame de 72 ans qui est venue parce qu'elle avait subi un attouchement par son papa à ses 12 ans. En une séance, ça a été réglé. C'est fou. »

2. Amélioration de l'état de santé global et de la qualité de vie du patient

a) Amélioration de la santé et reprise de l'activité physique

Les MG observent une diminution des douleurs, une amélioration du moral, une réduction de la prise de médicaments et du nombre de consultations, ou encore une reprise de l'activité physique.

M 1 : « Et sur le nombre de consultations, il y a des patients que tu vois beaucoup avant la thérapie, qui viennent toujours parce qu'ils ont mal, parce que machin, parce que truc, et puis en fait tu les vois plus. »

M 3 : « Le changement de leur douleur aussi. On a quand même des gens, pour ceux que je vois en médecine générale, qui ne consomment plus de benzo, qui ne consomment plus de somnifères, qui ont repris le sport... »

b) Amélioration des interactions et stabilisation émotionnelle

Les patients présentent une meilleure locution, une meilleure régulation des émotions, une transformation du contact avec autrui et ainsi un dialogue facilité.

M 1 : « Ça va être plus facile de parler avec eux »

M 3 : « Moins d'énervement »

c) Amélioration visible dans la vie sociale, professionnelle et familiale

Des changements durables concernent les relations familiales, la vie professionnelle et le retour au travail.

M 5 : « On a vraiment l'impression de pouvoir aider de façon durable les gens, et de vraiment leur apporter quelque chose qui va transformer leur vie. Et leur relation à l'autre, leur vie de couple, leur vie familiale, ouais. »

d) Apport d'un grand changement dans la vie du patient

Les patients redeviennent acteurs de leur existence, ils prennent des décisions de vie difficiles, ils ressentent une renaissance et reprennent en main leur quotidien.

M 3 : « Ils prennent des initiatives. On voit que les barrières sautent. [...] Quand on demande comment a changé leur vie, comment ils vont, ils ont mis en place de grosses modifications. Que ce soit dans leur apparence physique, ils se sont négligés pour certains, donc ils se sont repris en main, ou ils se sont mariés, ou ils ont divorcé. »

e) Transformation physique du patient

Le changement de posture, la détente visible sur le visage, le soin de soi, la perte de poids ou encore des changements d'apparence sont des indices mis en avant comme marqueurs visibles d'amélioration.

M 5 : « On les voit arriver, se présenter d'une autre façon alors qu'ils étaient très renfermés. »

3. Méthode d'évaluation et de mesure des résultats

a) Des résultats qui s'observent dans le temps

Les MG décrivent des changements progressifs de séances en séances ou au fil des mois voire des années pour les cas lourds avec une durabilité perçue supérieure à d'autres approches (notamment hypnose seule ou médicaments seuls).

M 5 : « Et on le voit de séance en séance »

b) Observation directe et feedback du patient

L'évaluation s'appuie sur l'observation clinique (atteinte des objectifs ou fin de thérapie demandée par le patient par exemple) et sur le feedback direct du patient, ou bien indirect de certains professionnels qui continuent d'adresser leurs patients en thérapie.

M 6 : « et une fois que je constate qu'ils sont mieux, c'est qu'ils me disent qu'ils ont digéré l'événement, et que ça les a libérés, je pense que ce n'est pas nécessaire de revenir. [...] Et [une psychiatre] m'envoie du monde aussi, maintenant. C'est qu'apparemment... ça fait au moins 4 ans qu'elle m'envoie du monde, forcément, c'est que ça marche. Sinon, je pense qu'elle m'enverrait plus personne. »

c) Efficacité remarquée par l'entourage des patients

L'entourage observe et confirme les transformations, consolidant l'évaluation clinique.

M 5 : « Ils le disent aussi, ils arrivent en nous disant que dans leur quotidien, les gens, ils se rendent compte que c'est différent. Leur entourage, leur fait remarquer. »

d) La place centrale des échelles cliniques

Les échelles numériques du protocole, des échelles cliniques (échelle d'évaluation de la dépression, météo intérieure) et des outils de traçabilité (frise des mémoires) structurent une évaluation mixte (subjective/clinique).

M 4 : « Justement avec IMA Express®, on a une échelle d'évaluation. [...] Et puis au fur et à mesure, les gens évaluent. Et puis à chaque début de séance, j'évalue les gens pour voir où ils en sont. En négatif et en positif. »

4. Attitude et stratégie du thérapeute face à l'échec

a) Attitude positive, optimiste et persévérante

Face à l'échec, les MG adoptent une attitude persévérante en changeant de technique et en se laissant du temps. Ils adoptent une posture optimiste en évitant la démotivation malgré des résultats tardifs et en faisant une lecture nuancée de la situation en soulignant les petites améliorations.

M 5 : « Dans les formations qu'on nous a fait, on nous a dit que de toute façon, il fallait persévérer ou alors changer d'angle d'attaque, peut-être qu'on n'avait pas la bonne cognition négative. »

b) Des échecs que le thérapeute s'impute à lui-même

Certains s'auto-attribuent l'échec en le mettant en corrélation avec une relation difficile avec le patient, le non-respect du protocole ou encore la redondance des séances, ce qui leur permet d'ajuster leur posture.

M 4 : « Je me remets en question, déjà. Est-ce que les gens étaient prêts pour démarrer cette thérapie ? Euh... Et comment on gère les échecs ? Il y a toujours quelque chose qui est pris. Mais oui, on se rend compte que ça n'avance pas. Que ça n'avance pas et qu'on revient toujours sur les mêmes choses. »

c) Collaboration en réseau de professionnels

La collaboration en binôme ou les échanges entre pairs ainsi que l'orientation vers d'autres thérapeutes ou encore d'autres approches sont mobilisés comme stratégies de rattrapage ou de relais dans les situations d'impasses.

M 4 : « Bon, après, je suis avec une collègue qui fait la même chose que moi, donc, on discute. C'est prendre conseil auprès de quelqu'un. »

5. Facteurs influençant les résultats

a) Importance de l'alliance thérapeutique

La force de l'alliance thérapeutique conditionne les résultats, ce qui est d'autant plus important avec des patients qui ont déjà vécu l'échec d'une psychothérapie par le passé.

M 5 : « Parce qu'il avait été braqué par quelqu'un. Et voilà, donc j'ai proposé ça. De reprendre en charge. C'est compliqué. C'est vrai que les gens qui ont une mauvaise expérience, c'est le plus compliqué derrière. »

b) Intérêt d'une prise en charge précoce

La prise en charge précoce des psycho-traumatismes, notamment chez l'enfant est associée à de meilleures trajectoires.

M 6 : « Et les enfants, plus ils sont jeunes, à la limite plus ça marche. Et plus rapidement ça fonctionne. »

c) Le manque de motivation du patient, facteur majeur d'échec et de frustration

Le manque d'engagement de la part du patient est largement décrit comme une cause majeure d'échec de la thérapie et est parfois même qualifiée de contre-indication car il est vecteur de frustration pour le thérapeute.

M 4 : « Les barrières à cette thérapie c'est l'implication des gens »

M 7 : « Il faut savoir que l'hypnose et l'EMDR, ce n'est pas un Xanax, ça n'agit pas tout de suite. Tout ça, c'est pour moi ce qui est le plus compliqué, c'est l'histoire de posture, d'engagement. En gros, c'est de l'entretien motivationnel. [...] Malheureusement c'est assez frustrant ça, parce que t'as des outils, tu te dis : putain mais je les ai les solutions là, moi je sais ce qu'il faut faire pour vous. Mais le patient n'est pas prêt, le patient n'est pas convaincu, t'es plus motivé que lui, ça c'est un piège, tu vas t'épuiser, tu vas te frustrer. Moi ça m'est arrivé plusieurs fois. »

d) L'engagement du patient est fonction du mode de recrutement

Les patients qui sont adressés et qui ne font pas partie de la patientèle semblent plus investis et produisent des résultats jugés meilleurs. Le paiement est parfois perçu comme renforçant la motivation.

M 6 : « Les gens sont hyper motivés quand ils viennent [...] chez moi, ils payent. [...] Les gens sont motivés, ils en attendent, ils payent. [...] Et même dans les deux dernières années, quand je les sollicitais, je sentais qu'il y avait des choses, j'avais l'impression que c'est moi qui provoquais la consultation. Donc les résultats n'ont pas été aussi spectaculaires. »

e) Bénéfices secondaires et résistance du patient

Les bénéfices secondaires et la non-disposition à changer limitent l'efficacité. Les MG s'adaptent en différant la prise en charge ou en recourant à des tests en hypnose pour évaluer si le patient est psychologiquement prêt au changement.

M 3 : « Ça m'est arrivé, [une patiente] avec une thérapie de benzodiazépines fort importante qu'on ne pouvait pas enlever, étiquetée borderline, pour laquelle j'ai la sensation qu'elle a des bénéfices secondaires, et que finalement elle se complaît dans ce mal-être, et que quoi que je trouve comme solution, il y a toujours d'autres problèmes qui se surajoutent, [...] mais en fait il y a eu des vrais problèmes qu'on a identifiés, qu'on a résolus, mais après c'est une forme d'échec, parce que

*je ne faisais plus de la thérapie, et ça continuait comme ça tout le temps,
ça aurait pu être sans fin. »*

**f) Des indications posées à mauvais escient et les facteurs contextuels
du patient**

Des contraintes personnelles, des capacités cognitives limitées, des médicaments interférants, un mauvais timing, un adressage inadéquat ou encore des attentes irréalistes sont cités comme obstacles à l'efficacité.

*M 3 : « C'est des petits cas comme ça, où en fait je pense qu'il faut qu'on
sache, revoir, est-ce que les gens viennent bien faire les bonnes
choses ? Est-ce que ça fait partie de la thérapie que je sais faire, ou est-
ce que c'est autre chose ? Voilà. »*

Partie 5 : Vécu du médecin en tant que praticien de la thérapie

1. De nombreux bénéfices ressentis sur le plan personnel et professionnel

a) Des bénéfices forts sur le plan personnel

Les MG décrivent de nombreux apports de la formation et de la pratique dans leur vie personnelle : apaisement, bien-être, réflexivité accrue, développement de l'intelligence émotionnelle, ainsi que des transferts positifs dans la sphère familiale (médiation, outils relationnels).

M 3 : « C'est un réel changement, je ne sais pas à combien de degrés, mais c'est un réel changement d'état d'esprit qui impacte toute ma vie personnelle. »

M 4 : « Et puis, on grandit. Moi, souvent, je dis aux patients, je leur dis merci. Je leur dis merci parce qu'en fait, à chaque séance, à chaque rencontre, j'apprends et j'avance dans ma vie perso et je grandis et ça me permet d'apporter des choses dans mon entourage. Oui, en fait, on grandit avec les patients. »

b) Accomplissement et plaisir

La thérapie est vécue comme valorisante, plaisante, source d'expertise reconnue et de satisfaction professionnelle.

M 7 : « Qu'est-ce que ça m'apporte ? Ça me fait du bien, ça me détend, ça me fait plaisir. Ça me déstresse quand je vois des rendez-vous d'IMA avec des patients qui sont bien. Je sais que je vais prendre du plaisir, en fait. »

M 3 : « J'ai vraiment la sensation que c'était là où je voulais aller. [...] Je me sens à ma place professionnellement parlant. Et je me sens à ma place parce que, de par ces techniques d'apprentissage de la gestion des émotions, de la compréhension d'un trauma, de la compréhension de l'attachement, forcément, dans ma parentalité, ça a un impact. [...] Donc, en fait, je pense que mon chemin de vie était de faire ça.

c) Renouvellement du sentiment d'utilité

La pratique ravive le sens du métier, réduit le risque d'épuisement et renforce le sentiment d'utilité.

M 2 : « Je pense que, pour le coup dans mon cas, ça éloigne l'épuisement professionnel et ça permet de donner du sens et c'est pour ça que ça éloigne l'épuisement professionnel. »

M 4 : « Quelle chance de pouvoir offrir cette thérapie. »

d) Un changement d'approche et une relation privilégiée avec les patients

Les MG observent une différence dans leur approche médicale et leur relation au patient. Ils décrivent une écoute accrue, une relation de confiance, une vision renouvelée du patient avec révision de jugements initiaux permettant l'émergence de récits jusque-là tus.

M 5 : « Et puis, c'est ce qu'on se dit, ça nous a changé, je pense que la formation nous a changé aussi dans notre façon d'appréhender le patient, dans notre façon de discuter. [...] Et maintenant, je suis plus alertée, quand ça ne va pas, je gratte vite, plus vite. Même si après, ils ne viennent pas en thérapie, mais au moins, on sait plus de choses. »

e) Avantages d'être médecin généraliste pour pratiquer la thérapie

La double casquette médecin généraliste-thérapeute est un grand atout par exemple par la connaissance longitudinale des patients, la capacité de prescription médicamenteuse complémentaire à la psychothérapie, ou encore la distance émotionnelle nécessaire acquise en MG. Cette relation de soin globalisée renforce ainsi la confiance des patients et permet également d'avoir le plaisir de suivre le patient après la fin de la thérapie.

M 2 : « Et que c'est génial d'être médecin généraliste et de faire ça, car on a déjà une belle relation avec les patients et du coup ça fait gagner

beaucoup de temps, on connaît leur famille, on connaît plein de choses, c'est très confortable je pense pour eux comme pour nous. »

M 1 : « Et je me dis c'est bien parce que si j'avais pas mon job de médecin généraliste, je sais pas si je les reverrais, je me dirais mais en fait j'ai été nulle. Mais non en fait c'est juste que ça leur a suffi. »

f) Des bénéfices plus forts que les difficultés

Malgré l'anxiété présente en début de pratique et le poids des récits, l'amélioration des patients fait contrepoids et soutient la motivation.

M 1 : « En fin de séance, je prends souvent quelques minutes pour débriefer sur la séance, et ces moments-là, c'est vraiment des moments de partage hyper agréables où finalement j'ai l'impression que je prends beaucoup du positif, mais qu'en tout cas j'arrive à prendre de la distance par rapport au négatif. »

2.Évolution avec l'expérience

a) Trajectoire de professionnalisation : de l'appréhension à la maîtrise

Le parcours du MG démarre d'une anxiété initiale en allant vers une assurance croissante grâce aux retours des patients, à l'acquisition d'expérience et aux

formations complémentaires. Ils décrivent, au fur et à mesure, l'imprégnation du protocole et l'estompage du sentiment d'illégitimité.

M 3 : « Et donc du coup au tout départ, j'avais assez peur, c'était chronophage et anxiogène pour moi, de me lancer. J'avais peur de ne pas réussir et de plonger dans un état un peu plus mal que dans lequel ils étaient rentrés. Et puis avec le temps, j'ai pris confiance. Avec le fait de faire de multiples masterclass, j'ai pris confiance en moi, et surtout de voir que j'ai des bons retours des patients, ça m'a aidé à prendre confiance en moi. »

b) Ajustements techniques, émotionnels et organisationnels

Avec l'expérience, les MG posent des limites, acceptent mieux les manifestations émotionnelles, mettent en place des règles de protection et ajustent les aspects techniques. Des réajustements tarifaires peuvent accompagner cette montée en compétence.

M 5 : « Ma collègue m'a aidée aussi à accepter ça, que notre travail avait une certaine valeur. »

M 7 : « C'est un truc qui m'a fait vraiment beaucoup de mal, et j'ai compris ça tout seul, au bout de beaucoup de temps. Donc j'allais me foutre dans des trucs où il ne faut surtout pas aller, il faut vraiment apporter des warnings, les patients passifs, les touristes qui viennent voir, on les a adressés parce qu'untel a dit que pour voir, ça c'est nul, ça ce n'est pas

de la médecine, [...] il faut accepter, c'est dur parce que t'as envie de pratiquer, t'as envie d'y aller, mais tu vas te faire plus de mal que bien. »

3. Ouverture et perspective d'évolution

a) Un développement souhaité des interventions et échanges

Les MG souhaitent développer et structurer des espaces d'intervision pour partager leurs expériences de terrain, échanger sur la pratique, se conseiller mutuellement et porter collectivement la charge des récits.

M 4 : « Et puis le fait de partager aussi, que ce soit avec [le formateur] ou avec ma collègue et les autres collègues, c'est aussi une façon de s'alléger, quoi »

b) Désir d'une formation élargie et de la diffusion de l'outil thérapeutique

Les médecins appellent à élargir l'accès à la formation, à diffuser l'outil au sein du corps médical et à ouvrir les esprits, ne serait-ce que pour connaître la méthode, savoir repérer les traumatismes et pouvoir orienter les patients.

M 4 : « Mais bon, si tous les médecins généralistes pouvaient avoir une formation de ce type. Même s'ils ne font pas de pratique comme ça mais au moins être sensibilisés, pour pouvoir orienter. »

c) Importance de la posture adéquate en tant que thérapeute

Une vigilance éthique de posture est revendiquée : éviter le syndrome du sauveur, rester centré sur un soin réaliste, en étant conscient des limites.

M 7 : « Il faut soigner ton syndrome du sauveur, parce que sinon, tu vas t'épuiser. »

M 2 : « Donc ouverture d'esprit, on avance tous ensemble pour les patients, et je finirais par cette phrase qui est de moi : on est là pour soigner les gens, pas notre ego. »

C. Synthèse de l'entretien annexe

Un entretien a été exclu a posteriori. Celui-ci concerne un médecin ayant suivi la formation IMA Express® sans avoir intégré la pratique de l'EMDR dans son activité clinique. Bien que cet entretien ne fasse pas partie du corpus analysé, il apporte des éléments d'intérêt qui peuvent éclairer ou nuancer les propos recueillis auprès des praticiens réguliers et tout particulièrement en ce qui concerne les freins à l'implémentation de la méthode.

Le principal obstacle évoqué est organisationnel. En effet, un emploi du temps saturé, marqué par de nombreuses visites à domicile, ne lui permet pas d'y intégrer de longues séances en thérapie.

À cela s'ajoute un manque de confiance en soi et de fluidité technique, cette approche sortant de son champ habituel de compétence. Il identifie l'EMDR comme une pratique nécessitant une appropriation progressive qu'il n'a pas pu développer.

S'il ne pratique pas l'EMDR, il a toutefois mené ponctuellement des séances d'hypnose seule, avec des retours positifs et une surprise personnelle quant à la réceptivité des patients à l'induction hypnotique. Il retient ces techniques comme des alternatives intéressantes non-médicamenteuses favorisant l'autonomisation des patients.

Le médecin insiste sur le caractère opérateur-dépendant de ces techniques et adopte une posture prudente, alertant sur les risques éthiques liés à un usage mal encadré.

Par ailleurs, il souligne que les contraintes économiques, particulièrement dans des quartiers populaires, limitent l'accès à ces thérapies.

Enfin, il envisage une reprise éventuelle de la formation puis de la pratique dans un contexte de travail allégé, par exemple après une réduction d'activité ou à la retraite.

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux

L'analyse qualitative menée auprès des médecins généralistes pratiquant la thérapie IMA Express® met en évidence une expérience globalement très positive, tant sur le plan personnel que thérapeutique, tout en soulignant des limites concrètes à sa mise en œuvre. Ainsi, plusieurs grands axes se dégagent de cette exploration.

Sur le plan clinique, les praticiens rapportent des effets thérapeutiques jugés rapides, profonds et durables, tant sur le vécu psychique que somatique des patients. Ces résultats incluent une amélioration de l'état de santé global, de la qualité de vie, de la régulation émotionnelle et des relations sociales. L'efficacité perçue dépasse souvent les attentes initiales et ravive, chez les médecins, un sentiment d'utilité professionnelle fort et un plaisir d'exercer, qui contrebalancent la charge émotionnelle et organisationnelle que représente cette activité.

En effet, les praticiens identifient plusieurs obstacles à la mise en œuvre régulière de la thérapie. Sur le plan personnel, la confrontation à des récits traumatiques lourds et le passage parfois brutal de la formation théorique à la mise en pratique peuvent générer de l'anxiété, en particulier au début de la pratique. Sur le plan organisationnel,

les contraintes de rentabilité, mais surtout d'intégration dans un quotidien déjà chargé en médecine générale constituent le principal frein au développement de la pratique.

De surcroît, la thérapie s'inscrit dans un cadre administratif flou, peu reconnu par la médecine conventionnelle et encore marginal dans les représentations collectives. Les praticiens rapportent qu'un manque de reconnaissance par une certification officielle, l'absence de prise en charge financière par l'assurance maladie et une gestion comptable non cadrée alimentent un sentiment d'illégitimité et de vulnérabilité professionnelle.

Ces obstacles sont mis en exergue par le médecin interrogé qui a suivi la formation sans mettre en œuvre la thérapie. Il souligne notamment que l'intégration de la pratique suppose un contexte favorable, c'est-à-dire la possibilité d'aménager sa charge de travail et un certain niveau de confiance en soi, qui favorise le sentiment de compétence et la fluidité technique. Ce témoignage invite à considérer l'opérateur dépendance de la méthode et à ne pas en surestimer l'universalité.

Par ailleurs, chez les médecins interrogés, l'expérience thérapeutique révèle une transformation identitaire profonde, où la posture de thérapeute enrichit celle de médecin généraliste sans s'y substituer. Ils évoquent ainsi un regain de motivation, un renouvellement de leur rapport au patient, un changement d'approche médicale et un sentiment d'accomplissement professionnel. Cette évolution s'étend à la sphère personnelle, par le développement de l'intelligence émotionnelle et par une intégration des outils au service de leur propre bien-être.

Les motivations à se former à l'IMA Express® s'ancrent dans un sentiment d'impuissance face à la souffrance psychique des patients dans un contexte de saturation des ressources en santé mentale. Les praticiens évoquent une recherche d'outils concrets et accessibles pour répondre à ces besoins. Certains y voient même une continuité naturelle de leur intérêt pour la psychologie et les thérapies brèves.

Les participants soulignent en outre les atouts spécifiques liés à leur propre posture de médecin généraliste. Ils évoquent notamment la connaissance transversale des patients et l'aptitude à réguler les situations critiques. Cette position pivot facilite l'intégration de la thérapie dans un parcours global de soin et renforce la confiance des patients, tout en permettant un suivi dans le temps, y compris après la fin de la thérapie.

Les médecins généralistes décrivent une appropriation progressive et intuitive du protocole. Certains adaptent librement les outils, intègrent d'autres techniques apprises en formation, quand d'autres prônent un respect méticuleux du protocole enseigné. La diversité des techniques disponibles est perçue comme un atout pour ajuster la thérapie au contexte clinique et au profil du patient, mais peut aussi être perçue comme une surcharge. C'est pourquoi, avec l'expérience, certains praticiens rapportent une épuration volontaire des méthodes avec lesquelles ils ne se sentent pas alignés, recentrant leur pratique autour d'un noyau de techniques maîtrisées et justifiables dans le cadre de la médecine générale.

Bien que le champ thérapeutique initial de l'EMDR soit orienté vers les TSPT, les médecins tendent à généraliser son usage à une large palette de troubles psychiques comme les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil, les

addictions, etc. Cette extension des indications se fait de manière consensuelle et est encouragée par la logique intégrative de la formation IMA Express® elle-même. Les thérapeutes mettent également en avant la relative innocuité de l'outil en soulignant le faible nombre de contre-indications et d'effets indésirables.

La proposition de la thérapie au patient se fait de manière personnalisée, avec une attention portée à la motivation du patient et à sa capacité à formuler un objectif. L'acceptation est globalement bonne. Certains thérapeutes préfèrent soigner uniquement leurs patients quand d'autres jugent que l'adhésion est meilleure chez des patients venant de leur propre initiative et uniquement pour la thérapie.

Face aux situations d'échec ou de moindre efficacité, les praticiens adoptent une posture réflexive et persévérante. Ils misent sur la collaboration entre collègues et souhaitent ainsi développer des temps d'intervisions ou de supervisions réguliers. Le niveau de motivation du patient est présenté comme un facteur majeur de perte d'efficacité de la thérapie. Ces situations sont génératrices de frustration chez le thérapeute, notamment quand ce dernier se sent plus engagé que le patient. Ceci renforce la nécessité d'une posture éthique et lucide sur les limites de l'outil, ainsi qu'un travail d'auto-protection contre l'épuisement émotionnel.

Pour finir, les praticiens expriment un désir d'ouverture et de diffusion de l'outil thérapeutique en faisant la promotion de la formation aux médecins généralistes. La généralisation de l'outil est perçue comme une réponse partielle mais prometteuse à la souffrance psychique des patients en soins primaires, à condition qu'elle soit encadrée et adossée à une posture professionnelle solide.

B. Comparaison à la littérature

Les résultats de cette étude rejoignent plusieurs éléments déjà documentés dans la littérature, notamment concernant l'efficacité perçue de l'EMDR. L'ensemble des médecins interrogés décrit des effets cliniques rapides et marqués, en particulier dans les troubles post-traumatiques, mais également dans des situations cliniques plus larges. Ces observations sont cohérentes avec les données internationales : l'EMDR est reconnue comme une thérapie validée pour le traitement du TSPT, tant par l'OMS que par les méta-analyses disponibles (26,27). Plusieurs revues récentes suggèrent également son efficacité dans d'autres troubles psychiques, tels que les troubles anxieux (28), la dépression (29,30) ou encore dans les douleurs chroniques (8,31,32), ce qui vient corroborer les extensions d'indications décrites dans cette étude.

Les motivations exprimées par les médecins généralistes pour se former et intégrer cet outil s'inscrivent également dans une dynamique déjà explorée dans d'autres travaux portant sur l'introduction de psychothérapies brèves en soins primaires. En effets, plusieurs thèses ont documenté les motivations des médecins formés à l'hypnose (32,34), en soulignant un besoin de sens, un attrait pour la relation thérapeutique, et un sentiment de manque d'outils face à la souffrance psychique des patients. Ces éléments font écho aux propos relatés dans notre étude, qui évoquent un glissement progressif vers une posture plus relationnelle et une volonté de proposer des prises en charges plus profondes, face à des demandes parfois complexes. Ce virage psychothérapeutique semble répondre à une tension latente dans l'exercice de la médecine générale, entre technicité biomédicale et besoins émotionnels et existentiels des patients.

Par ailleurs, les retentissements personnels positifs évoqués par les médecins généralistes rejoignent les observations faites dans les thèses précitées. Les praticiens y décrivent une redécouverte de leur métier, une réduction de l'épuisement professionnel, et une revalorisation de la relation soignant-soigné (33,34). Les résultats de notre étude s'inscrivent dans cette dynamique, en montrant que la pratique de l'EMDR constitue non seulement un outil thérapeutique, mais aussi un levier de transformation identitaire, de réengagement professionnel et de réconciliation avec les valeurs fondatrices du soin.

En ce qui concerne les obstacles à la mise en place ou au maintien de cette thérapie en pratique quotidienne, S. Coste (35) retrouve, au même titre que notre étude, plusieurs freins, parmi lesquels figure l'absence de reconnaissance par les institutions régissant la pratique de la médecine générale. Le travail de thèse d'E. Gallet (36) mentionne quant à lui le manque de rentabilité financière, et surtout, la contrainte organisationnelle liée au temps de consultation comme obstacle majeur.

Au-delà des caractéristiques propres à l'outil EMDR ou aux compétences du praticien, les propos des médecins interrogés rappellent l'importance centrale de l'engagement du patient dans le processus thérapeutique. Dans l'ensemble des entretiens, les praticiens évoquent que les situations d'échec sont souvent liées à une posture de retrait du patient ou à une faible motivation initiale. Ces observations trouvent un écho dans la littérature, avec notamment une méta-analyse de Lewis *et al.* (37) portant sur le décrochage des patients en thérapie pour un TSPT. Cette étude suggère que l'adhésion au traitement varie fortement selon le contexte relationnel et la perception initiale du cadre thérapeutique. D'autres travaux ont mis en évidence que la première impression du thérapeute sur la motivation du patient, tout comme la qualité de

l'alliance perçue dès les premières séances, constituent des prédicteurs fiables du maintien en thérapie ou, au contraire, du risque de décrochage (38). Par ailleurs, un essai contrôlé randomisé mené par Alfonson *et al.* (39) souligne que la crédibilité perçue du traitement et la motivation du patient influencent non seulement l'adhésion au programme, mais également les résultats cliniques à moyen terme. Ces données viennent corroborer les expériences relatées par les médecins de cette étude : les effets positifs observés semblent favorisés par la qualité du lien instauré et la capacité du patient à s'investir dans le processus. A l'inverse, un manque d'engagement ou une posture trop passive peuvent entraver la réussite de la thérapie.

C. Forces et limites

Tout d'abord, cette étude s'inscrit dans un champ peu exploré. A ce jour, aucune recherche ne s'est spécifiquement consacrée à la pratique de l'EMDR par les médecins généralistes, ce qui confère à ce travail un caractère original. Plus largement, les pratiques de psychothérapies brèves en soins primaires demeurent peu étudiées, ce qui constitue à la fois un marqueur d'innovation et une limite en terme de comparabilité avec la littérature existante.

Le profil varié des participants et la richesse des entretiens menés ont permis d'explorer de manière approfondie les différentes dimensions de la pratique de l'IMA Express ® : tant sur le plan clinique, avec les effets perçus chez les patients, que sur le plan organisationnel, avec les modalités d'intégration de la méthode dans la pratique quotidienne. Au-delà de ces deux axes, l'étude met également en lumière les

répercussions professionnelles et personnelles vécues par les médecins, offrant ainsi une vision nuancée et globale de cette modalité thérapeutique.

Par ailleurs, la démarche scientifique s'est appuyée sur une méthodologie qualitative rigoureuse, construite avec l'accompagnement d'une équipe spécialisée en recherche qualitative, sans lien d'intérêt avec la méthode étudiée. Cette supervision a permis de structurer la méthodologie, de garantir la crédibilité de l'analyse, et d'atténuer les biais liés à la proximité de l'investigateur principal avec le terrain étudié.

Concernant les limites, cette recherche n'explore pas le point de vue des patients ayant bénéficié de cette thérapie. Ce choix méthodologique s'explique par l'orientation volontairement centrée sur l'expérience des praticiens. Néanmoins, cette perspective ouvre une voie de recherche complémentaire, qui permettrait d'enrichir la compréhension de l'impact perçu de l'EMDR en soins primaires.

Sur le plan méthodologique, les participants interrogés représentent l'ensemble de la population concernée, c'est-à-dire l'ensemble des médecins généralistes qui ont intégré la thérapie IMA Express® dans leur pratique quotidienne au moment de l'enquête. Il ne peut donc pas exister de biais d'échantillonnage au sens strict.

Toutefois, un biais de confirmation peut être retenu, dans la mesure où les praticiens interrogés sont tous engagés dans l'usage de la méthode et ont pu être influencés de la même façon par leur formation commune. Cette adhésion à l'outil peut limiter l'expression de discours critiques, et doit être prise en compte dans l'interprétation des résultats. Ce point est néanmoins partiellement contrebalancé par la présence d'un

entretien complémentaire recueillant le point de vue d'un médecin formé ne pratiquant pas la thérapie.

D. Perspectives

Les perspectives de ce travail visent à diffuser plus largement l'outil. Il serait souhaitable de proposer un socle de formation aux bases de l'EMDR accessible à l'ensemble des médecins généralistes, afin de leur permettre de repérer les patients concernés, de les informer de façon adéquate, et de les orienter vers une prise en charge adaptée. L'élargissement de l'accès à une formation complète constituerait également un levier important pour renforcer le nombre de praticiens thérapeutes, permettant ainsi d'augmenter l'offre de soins disponible, tout en favorisant les effets positifs décrits par les médecins eux-mêmes, tant sur le plan professionnel que personnel.

Dans le même temps, cette dynamique de diffusion pourrait s'accompagner de la mise en place d'un cadre administratif et réglementaire clarifié. Une reconnaissance officielle de la pratique de l'EMDR en soins primaires constituerait un premier pas en ce sens, en assurant une meilleure protection des patients et des thérapeutes. Elle ouvrirait également la voie à une éventuelle inscription dans la nomenclature, condition préalable à une prise en charge financière par les mutuelles, voire à terme par l'Assurance Maladie.

V. CONCLUSION

Cette étude qualitative, menée auprès de médecins généralistes formés au modèle IMA Express® et l'intégrant dans leur pratique, avait pour objectif de décrire leur expérience en explorant leurs motivations, leurs modalités d'exercice, les obstacles rencontrés et leur perception des résultats chez les patients suivis. Sept entretiens individuels semi-dirigés ont été conduits puis analysés par approche thématique inductive, permettant de dégager plusieurs enseignements.

Tout d'abord, la décision de se former et de pratiquer répond à l'exposition quotidienne à la souffrance psychique en soins primaires, mais aussi à une quête de sens professionnelle nourrie par le besoin d'outils concrets au-delà des prises en charges médicamenteuses. Les premiers succès cliniques, souvent marquants, jouent un rôle de catalyseur d'engagement.

Ensuite, les praticiens soulignent la plasticité et l'adaptabilité du protocole avec un sentiment de sécurité lié à la facilité d'appropriation du déroulé et au faible risque d'effets indésirables. Les indications apparaissent transversales (traumatismes, troubles anxieux, trouble de l'humeur, troubles du sommeil etc.) à condition que la motivation du patient et la qualité de l'alliance thérapeutique soient présentes.

Les obstacles identifiés sont principalement organisationnels du fait de la durée des séances qui rendent parfois difficile l'intégration dans des agendas saturés. Sur le plan

institutionnel, l'absence d'encadrement et de reconnaissance officielle alimente un sentiment d'illégitimité chez le médecin généraliste thérapeute.

Malgré ces contraintes, les praticiens décrivent des améliorations nettes, rapides et durables chez leurs patients, avec notamment un retentissement positif sur la qualité de vie et la reprise d'autonomie, une diminution des symptômes psychiques somatiques, une réduction de la consommation médicamenteuse, ainsi qu'une stabilisation émotionnelle et relationnelle.

Enfin, les médecins généralistes expriment le souhait d'une diffusion plus large de cet outil au sein de la communauté médicale. Face à des besoins importants en santé mentale, cette pratique est perçue comme efficace, gratifiante et contribue à restaurer le sentiment d'utilité du médecin généraliste dans sa mission de soin global.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures. In Guilford Press; 1989.
2. Shapiro F. EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism. 2002 Jan 1;
3. Nardone G, Watzlawick P. Stratégies de thérapie brève. Paris: Points; 2015. 352 p. (Points Essais).
4. Lewis CE, Roberts N, Andrew M, Starling E, Bisson J. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatology*. 2020;11.
5. Mavranetzouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, Dias S, Welton N, Stockton S, et al. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med*. 2020;50:542–55.
6. Faretta E. EMDR and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Panic Disorder: A Comparison. *J EMDR Pract Res*. 2013;7(3):121–33.
7. Gauhar Y. The Efficacy of EMDR in the Treatment of Depression. *J EMDR Pract Res*. 2016 May 1;10:59–69.
8. de Roos C, Veenstra AC, de Jongh A, den Hollander-Gijsman M, van der Wee NJA, Zitman FG, et al. Treatment of chronic phantom limb pain using a trauma-focused psychological approach. *Pain Res Manag*. 2010;15(2):65–71.
9. Auxéméry Y. Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2018 May;47(5).

10. Lerouge F. Formation IMA Express Intégration par les Mouvements Alternatifs Express [Internet]. Qui Consulte ? [cited 2025 Mar 5]. Available from: <https://quiconsulte.fr/formation-ima-express-integration-par-les-mouvements-alternatifs-express/>
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.
12. Organisation Mondiale de la Santé. OMS. [cited 2025 Jun 9]. Troubles mentaux. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
13. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 2008 Dec 1;34(6):577–83.
14. Synthèse du bilan de la feuille de route — Santé mentale et psychiatrie. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023;
15. Beck F, Guignard R, Haxaire C, Le Moigne P. Les consommations de médicaments psychotropes en France. *Santé En Action*. 2019;(427):47–9.
16. Parsaik A, Mascarenhas SS, Khosh-Chashm D, Hashmi A, John V, Okusaga O, et al. Mortality associated with anxiolytic and hypnotic drugs—A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50:520–33.
17. Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, Rosa A, Fortea L, Raduà J, et al. Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;273:397–410.
18. [plaquette2.result.virage.2020_violences.vie.entiere.fr.pdf](https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette2.result.virage.2020_violences.vie.entiere.fr.pdf) [Internet]. [cited 2023 Jul 31]. Available from: https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette2.result.virage.2020_violences.vie.entiere.fr.pdf

19. Adams R, Ohlsen S, Wood E. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: a systematic review. *Eur J Psychotraumatology*. 2020;11.
20. Bont PD de, Minnen A van, Jongh A de. Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behav Ther*. 2013;44 4:717–30.
21. Jongh A de, Roos C de, El-Leithy S. State of the science: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *J Trauma Stress*. 2024;
22. Busch I, Moretti F, Mazzi M, Wu A, Rimondini M. What We Have Learned from Two Decades of Epidemics and Pandemics: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Psychological Burden of Frontline Healthcare Workers. *Psychother Psychosom*. 2021;1–13.
23. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006 Jan 1;3(2):77–101.
24. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349–57.
25. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med*. 2014 Sep;89(9):1245–51.
26. Moreno-Alcázar A, Treen D, Valiente-Gómez A, Sio-Eroles A, Pérez V, Amann BL, et al. Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Psychol*. 2017 Oct 10;8.
27. Chen YR, Hung KW, Tsai JC, Chu H, Chung MH, Chen SR, et al. Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress

- Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLOS ONE. 2014 Aug 7;9(8):e103676.
28. Yunitri N, Kao CC, Chu H, Voss J, Chiu HL, Liu D, et al. The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychiatr Res. 2020 Apr;123:102–13.
29. Seok JW, Kim JI. The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Treatment for Depression: A Meta-Analysis and Meta-Regression of Randomized Controlled Trials. J Clin Med. 2024 Jan;13(18):5633.
30. Sepehry AA, Lam K, Sheppard M, Guirguis-Younger M, Maglio AS. EMDR for Depression: A Meta-Analysis and Systematic Review. J EMDR Pract Res. 2021 Feb;15(1):2–17.
31. Tesarz J, Leisner S, Gerhardt A, Janke S, Seidler GH, Eich W, et al. Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review. Pain Med Malden Mass. 2014 Feb;15(2):247–63.
32. Valiente-Gómez A, Moreno-Alcázar A, Treen D, Cedrón C, Colom F, Pérez V, et al. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. Front Psychol. 2017;8:1668.
33. Lanchec J. Quelle influence la pratique de l'hypnose a-t-elle sur le médecin généraliste qui l'exerce? [Rouen]; 2021.
34. Balunda É. Les motivations des médecins généralistes formés à la pratique de l'hypnose: l'expérience vécue de la pratique en médecine générale. Étude qualitative auprès des médecins généralistes formés en Occitanie. Montpellier; 2022.
35. Coste S. Le vécu des médecins généralistes de l'apport de l'hypnose dans la prise en charge de leurs patients anxieux chroniques. Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes. STRASBOURG; 2025.

36. Gallet E. Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale Enquête de pratique chez des médecins généralistes formés à l'hypnose médicale [Thèse médecine]. Tours; 2011.
37. Lewis C, Roberts NP, Gibson S, Bisson JI. Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatology*. 2020 Mar 9;11(1):1709709.
38. Jankowsky K, Zimmermann J, Jaeger U, Mestel R. First impressions count: Therapists' impression on patients' motivation and helping alliance predicts psychotherapy dropout. *ResearchGate*.
39. Alfnsson S, Olsson E, Hursti T. Motivation and Treatment Credibility Predicts Dropout, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes in an Internet-Based Cognitive Behavioral Relaxation Program: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2016 Mar 8;18(3):e52.
40. Pagani M, Di Lorenzo G, Monaco L, Daverio A, Giannoudas I, La Porta P, et al. Neurobiological response to EMDR therapy in clients with different psychological traumas. *Front Psychol*. 2015 Oct 27;6.
41. Iqbal J, Huang GD, Xue YX, Yang M, Jia XJ. The neural circuits and molecular mechanisms underlying fear dysregulation in posttraumatic stress disorder. *Front Neurosci*. 2023 Dec 5;17.
42. Zotev V, Phillips R, Young KD, Drevets WC, Bodurka J. Prefrontal control of the amygdala during real-time fMRI neurofeedback training of emotion regulation. *PLoS ONE*. 2013 Nov 6;8(11):e79184.
43. Pagani M, Lorenzo GD, Verardo AR, Nicolais G, Monaco L, Lauretti G, et al. Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *PLOS ONE*. 2012 Sep 26;7(9):e45753.

44. Rousseau PF, El Khoury-Malhame M, Reynaud E, Boukezzi S, Cancel A, Zendjidjian X, et al. Fear extinction learning improvement in PTSD after EMDR therapy: an fMRI study. *Eur J Psychotraumatology*. 10(1):1568132.
45. Harford P. The Integrative Use of EMDR and Clinical Hypnosis in the Treatment of Adults Abused as Children | Request PDF. ResearchGate. 2010;
46. Payne P, Levine PA, Crane-Godreau MA. Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Front Psychol*. 2015 Feb 4;6.
47. D'Antoni F, Matiz A, Fabbro F, Crescentini C. Psychotherapeutic Techniques for Distressing Memories: A Comparative Study between EMDR, Brainspotting, and Body Scan Meditation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 20;19(3):1142.
48. Church D, Stapleton P, Vasudevan A, O'Keefe T. Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions: A systematic review. *Front Psychol*. 2022;13:951451.
49. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emot Wash DC*. 2010 Feb;10(1):83–91.
50. McCraty R, Zayas MA. Cardiac coherence, self-regulation, autonomic stability, and psychosocial well-being. *Front Psychol*. 2014 Sep 29;5:1090.

VII.ANNEXES

Annexe 1 : Neurobiologie et EMDR

1.Physiopathologie du psycho traumatisme

Les réseaux cérébraux impliqués dans la mémoire émotionnelle et la régulation des émotions (l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal) jouent un rôle central dans le TSPT.

- L'amygdale fait partie du système limbique et est impliquée dans la reconnaissance des situations de danger. Elle fonctionne comme un système d'alerte en déclenchant des réponses comportementales et végétatives réactionnelles.
- L'hippocampe appartient, lui aussi, au système limbique. Il participe à la formation des souvenirs, à leur organisation dans un cadre temporel et spatial, et joue un rôle central dans la mémoire autobiographique.
- Le cortex préfrontal est un centre de contrôle cognitif. Il régule les émotions et inhibe les réactions excessives de l'amygdale. En situation traumatique, son rôle est d'apporter de la rationalité, de la mise en perspective, et de la contextualisation.

En situation traumatique, le stress généré implique une activation intense et durable de l'amygdale, entraînant un encodage émotionnel brut, un stockage du souvenir sous forme fragmentée, essentiellement sensorielle, et une dysfonction de l'hippocampe, qui ne parvient pas à contextualiser le souvenir dans le temps et l'espace. Simultanément, le cortex préfrontal présente une hypoactivité, altérant la régulation émotionnelle et l'inhibition des

réponses de peur (40,41). Le manque de modulation préfrontale sur l'amygdale accroît les réactions émotionnelles disproportionnées, entraînant les symptômes du TSPT. (42)

2. Mécanismes neurobiologiques de l'EMDR

Des données électro-encéphalographiques (EEG), en imagerie fonctionnelle par résonnance magnétique (IRMf) et comportementales éclairent les effets de l'EMDR sur ces circuits cérébraux.

Une étude EEG (43) a notamment observé une modification significative de l'activité corticale chez les patients lors des phases de stimulations bilatérales. Chez les patients traités, une diminution des interactions entre, d'un côté, le cortex pré frontal et le cortex cingulaire, et de l'autre, le gyrus fusiforme et le cortex visuel a été observée pendant l'écoute des récits traumatiques.

Le cortex cingulaire est étroitement lié au cortex préfrontal. Il joue un rôle de médiateur entre émotions et cognitions, il active des stratégies de régulation émotionnelle en réévaluant la situation. Le gyrus fusiforme et le cortex visuel sont des zones de traitement des images. Elles participent au retraitement visuo-émotionnel des souvenirs et ainsi à la création d'images intrusives liées aux reviviscences.

Ces observations sont en corrélation avec les effets cliniques observés et suggèrent que l'EMDR facilite le retraitement des souvenirs traumatiques à un niveau plus cognitif. La diminution des interactions entre ces régions reflète une désensibilisation du traumatisme étant donné que le cerveau n'a plus besoin de mobiliser excessivement le cortex préfrontal

et le cortex cingulaire pour tenter de réguler une émotion débordante et ainsi, les réseaux visuels cessent de recréer des images intrusives.

Une étude en IRMf (44) suggère que l'EMDR améliore l'extinction de la peur en mettant en évidence une réduction de l'hyperactivité de l'amygdale lors de la stimulation bilatérale, ce qui diminue la charge émotionnelle du souvenir. En parallèle, l'hippocampe et le cortex préfrontal médian reprennent leur rôle d'intégration : le souvenir est comme reclassé correctement en tant qu'évènement autobiographique, situé dans le passé, et dénué de menace immédiate.

Ce changement observé dans la connectivité fonctionnelle est ainsi corrélé à l'amélioration clinique.

Annexe 2 : Présentations des autres techniques utilisables en IMA Express®

1. Hypnose clinique

L'hypnose repose sur un état de conscience modifié, caractérisé par une focalisation de l'attention et une diminution du contrôle critique. Elle est utilisée en psycho-traumatologie pour faciliter l'accès à des contenus émotionnels et/ou des souvenirs difficiles, renforcer le sentiment de sécurité et mobiliser les ressources internes (45). Combinée à l'EMDR, l'hypnose prépare le terrain au retraitement, notamment en diminuant l'anxiété et en augmentant la tolérance émotionnelle.

2. Somatic Experiencing

Cette approche vise à restaurer la capacité d'autorégulation du système nerveux autonome. Elle part du postulat que le traumatisme s'inscrit dans le corps sous forme de tensions ou de réponses inachevées de fuite ou de lutte. En focalisant l'attention sur les sensations corporelles subtiles (respiration, posture, tensions), le thérapeute aide progressivement le patient à retrouver une sensation de sécurité interne et rétablir une régulation physiologique du stress. (46)

3. Brainspotting

Le brainspotting utilise des points précis du champ visuel associés à des charges émotionnelles inconscientes (appelés brainspots). En fixant le regard sur ces points, le patient accède directement à des réseaux neuro-émotionnels profonds liés au trauma. Cette

approche moins verbale que l'EMDR peut convenir à des patients qui ont du mal à mettre des mots sur leur vécu. (47)

4. Emotion-Focused Therapy (EFT)

L'EFT est une thérapie centrée sur l'émotion, considérée comme vecteur principal du changement psychologique. Elle aide le patient à identifier, explorer et transformer ses émotions. Dans le trauma, elle vise à réorganiser les schémas affectifs perturbés, et à développer une nouvelle relation à soi et aux autres. (48)

5. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

Le programme MBSR, fondé sur la méditation de pleine conscience, permettrait une amélioration de la régulation émotionnelle, contribuerait à réduire l'anxiété et serait associé à une meilleure gestion des symptômes traumatiques (49). Ainsi, dans le TSPT, la pleine conscience aiderait à observer les pensées intrusives avec un recul susceptible de diminuer l'intensité des flashbacks et de l'hypervigilance.

6. Cohérence cardiaque

La cohérence cardiaque correspond à des exercices de respirations rythmées (en général six respirations par minutes). Elle entraîne une synchronisation entre rythme cardiaque, respiration et système nerveux autonome. Elle augmente le tonus parasympathique, diminue la sécrétion de cortisol et ainsi améliorerait la gestion du stress et la résilience émotionnelle (50). Cet outil simple et parfaitement accessible en autonomie est utilisé comme technique de stabilisation émotionnelle avant, pendant, après ou entre les séances de travail sur le traumatisme.

Annexe 3 : Grille COREQ (24)

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

N°	Item	Guide questions/description	Réponse
1	Enquêteur/animateur	Quel auteur a mené les entretiens individuels ?	Orane Dumortier
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Médecin généraliste en formation
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	2 participants rencontrés en formation
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Statut de doctorant et titre de la thèse
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Intérêt pour le sujet de recherche, 4 participants étaient informés que l'investigateur avait suivi la formation

Domaine 2 : Conception de l'étude

9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse thématique inductive
---	---------------------------------------	--	------------------------------

10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Toute la population concernée a été sélectionnée
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Messagerie instantanée
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	7
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0 refus, 2 candidats non pas répondu malgré relance
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Cabinet médical ou domicile
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf. tableau 1
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide non fourni en amont au participant, développé en groupe de recherche et testé au préalable sur une personne
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio numérique
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui

Domaine 3 : Analyse et résultats

21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	De 30 à 50 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non recherché
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Proposé, non sollicité
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Investigateur principal seul + révision en groupe de travail
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Thèmes émergents déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	QualCoder 3.6
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui

31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 4 : Guide d'entretien

Exemple :

- Pouvez-vous me parler d'une expérience avec un patient qui vous a marqué en thérapie IMA Express® ?
- Pourquoi avez-vous choisi de parler de cette expérience en particulier ?

L'IMA dans la pratique du MG :

1. Formation

- Qu'est-ce qui vous a amené à vous **former** ? Pourquoi de cette manière ?

2. Contexte patient

Dans quel contexte ?

- Quelles sont les **indications** dans lesquelles vous proposez la thérapie IMA Express® ? S'il y a des **contre-indications**, quelles sont-elles ?
- **Comment proposez-vous** la thérapie aux patients ? Et comment **réagissent-ils** ?

3. Résultats et échecs :

- Quels sont les **résultats** que vous pouvez observer ? **Comment** les observez-vous ?
- Comment réagissez-vous dans les cas éventuels où la thérapie **ne donne pas les résultats escomptés** ?

4. Vécu de la pratique :

- **Comment vivez-vous** les séances d'IMA Express® ?
- Comment vous êtes-vous **adaptés au protocole** ?

5. Organisation, apports et limites :

- Comment **s'organise** votre pratique de la thérapie en tant que médecin généraliste ?
Facultatif : comment organisez-vous la rémunération ?
- Qu'est-ce que la pratique vous **apporte** dans votre vie ? Et quelles en sont les **limites** ?

Annexe 5 : lettre d'information aux participants

Je vous rappelle comme convenu que notre entretien individuel aura lieu le [date et lieu]. Cet entretien sera enregistré et durera entre 30 et 45 minutes.

Pour rappel, le sujet de ma thèse concerne l'expérience des médecins généralistes qui pratiquent l'EMDR sur le modèle IMA Express®. Ce projet est réalisé sous la direction du Dr Thierry Duthoit, médecin généraliste, et avec la collaboration de la F2RSMpsy et du Dr Frédéric Lerouge.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Vos réponses seront, bien entendu, anonymisées. Les informations qui pourraient permettre de vous identifier ou d'identifier un patient n'apparaîtront pas dans la retranscription de l'échange afin de garantir la liberté d'expression.

Vous pouvez bien entendu poser des questions au sujet de la recherche à tout moment (avant, pendant et après votre participation).

Je vous remercie une fois de plus pour votre participation.

AUTEUR : Nom : DUMORTIER

Prénom : Orane

Date de soutenance : 2 octobre 2025

Titre de la thèse : EMDR : Expérience des médecins généralistes pratiquant la thérapie sur le modèle IMA Express®

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine générale

Mots-clés : Eye Movement Desensitization and Reprocessing ; Soins primaires ; Médecine générale ; Traumatisme psychologique

Résumé :

Contexte : L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) est une psychothérapie validée pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Le modèle IMA Express®, adaptation intégrative de l'EMDR associant diverses techniques psycho-corporelles, est accessible aux médecins généralistes. Si l'efficacité de l'EMDR est établie, aucune étude n'avait encore exploré son usage en soins primaires. L'objectif de ce travail était de décrire l'expérience des médecins généralistes pratiquant l'IMA Express® : motivations, modalités, obstacles, résultats perçus, retentissements personnels et professionnels.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes formés et pratiquant l'IMA Express®. Sept entretiens ont été analysés selon une approche thématique inductive (modèle Braun et Clarke).

Résultats : Les participants (5 femmes, 2 hommes) d'âges et de milieux d'exercice variés, présentaient des niveaux d'expérience en EMDR hétérogènes. Leurs motivations relevaient de la recherche de sens et d'un besoin d'outils thérapeutiques face à la forte prévalence de la souffrance psychique des patients. La pratique nécessitait des aménagements organisationnels (séances longues, tarification hétérogène) et s'appliquait à tout âge, pour un large spectre de troubles (TSPT, anxiété, dépression, addictions, troubles du sommeil, etc.). L'efficacité était jugée rapide et durable : diminution des symptômes, amélioration de la qualité de vie. Les principaux freins concernaient la charge émotionnelle, le temps, le manque de rentabilité financière et de reconnaissance institutionnelle. Sur le plan professionnel et personnel, les praticiens rapportaient un regain de motivation, une meilleure relation avec les patients et une restauration du sentiment d'utilité.

Conclusion : L'IMA Express® apparaît comme une thérapie efficace, sûre et adaptée à la médecine générale. Elle constitue une réponse face à la souffrance psychique et redonne un sens au rôle du médecin. Toutefois, son développement est freiné par des contraintes organisationnelles et économiques et par l'absence de reconnaissance officielle. Ce travail met en lumière le potentiel de l'EMDR en soins primaires et appelle à une meilleure diffusion de ses principes et de sa pratique auprès de la communauté médicale.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre THOMAS

Assesseur : Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Docteur Thierry DUTHOIT