



Non-Pharmacological  
Intervention Society

Le Référentiel des Interventions Non Médicamenteuses

## Protocol : Thérapie Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMDR



Psychosociales

Code de la fiche  
**NPIS-000000032**

### Désignation

Thérapie Eye Movement Desensitization and Reprocessing

### Abréviation

EMDR

### Catégorie

Psychosociale

### Objectif principal de santé

Traitement des symptômes du Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

6B40

<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr#2070699808>

## Explication

Réduction significative des symptômes de TSPT par rapport à l'absence de traitement ou au traitement habituel (Chen 2018; Lewis 2020; Ito 2025).

Efficacité comparable, voire supérieure, aux thérapies cognitivo-comportementales focalisées sur le trauma (Watts 2013; Cusack 2016).

Amélioration rapide de la détresse post-traumatique dès 3 à 6 séances (van den Berg 2015).

Effets maintenus dans la durée.

## Test de routine

Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)

PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

## Seuil

PCL-5  $\geq$  33 : seuil de probabilité de TSPT (Lee 2024).

CAPS-5 : diagnostic clinique si critères DSM-5 remplis.

## Seuil individuel de changement clinique

Diminution d'au moins 10 points au PCL-5 considérée comme amélioration cliniquement significative.

Diminution de 15 à 20 points au CAPS-5 considérée comme rémission partielle.

## Bénéfice secondaires

Réduction de l'anxiété et des symptômes dépressifs associés (Carlson 1998; Hase 2018).

Amélioration de la qualité du sommeil (Raboni 2014).

Réduction de la dissociation traumatique (Bae 2018).

Amélioration du fonctionnement social et relationnel. Élargissement des indications aux

troubles anxieux et dépressifs, aux addictions et aux personnalités limites (TSPT complexes).

## Risques directs

Intensité émotionnelle temporaire pendant la séance (Shapiro 2018).

Réactivation de souvenirs traumatiques parfois difficiles.

Fatigue psychique post-séance. Des études sont encore nécessaires sur le sujet (van Schie 2025).

## Mécanismes biologiques et psychosociologiques

Activation contrôlée du réseau mnésique traumatique, permettant une désensibilisation émotionnelle et une reconsolidation de la mémoire.

Double attention (souvenir + stimulation bilatérale alternée) facilitant la réintégration adaptative de l'expérience traumatique (Shapiro 2018). Effet de la saturation de la mémoire de travail.

Stimulation bilatérale favorisant une diminution de l'activité amygdalienne et une meilleure intégration hippocampique (Pagani 2012; Baek, 2019).

## Public répondeur

Adultes et enfants présentant un TSPT avéré.

Personnes ayant vécu un traumatisme unique ou multiple (violence, accident, guerre, catastrophe).

## Public non répondeur

Troubles psychotiques non stabilisés.

Addiction active non prise en charge.

Déficits cognitifs sévères empêchant la coopération.

## Participants

### Individuel et groupe

Maximum : 10

## Durée

6 séances pour un TSPT simple (parfois une seule suffit).  
12 séances pour un TSPT complexe (parfois 30 sont nécessaires).

## Nombre de séances par semaine

1 à 2 séances

## Procédure

Proposer des séances de 60 à 90 minutes. Phase préparatoire : alliance thérapeutique, psychoéducation, techniques de stabilisation.

Identification de la cible traumatique et activation du réseau des traces traumatiques (perceptions, cognitions, émotions, sensations).

Désensibilisation par mouvements oculaires ou autres stimulations bilatérales (tactiles, auditives).

Vérification de la neutralisation émotionnelle.

Installation d'une cognition positive et intégration adaptative.

Vérification de l'apaisement des sensations corporelles.

Clôture et recentrage.

Réévaluation et aide à l'intégration de la modification adaptative des représentations dans le contexte de vie.

Le nombre de séance doit être ajusté à la complexité du traumatisme et la sécurité du système de l'attachement.

## Composants

Evaluation clinique initiale.

Protocole EMDR standard en 8 phases (Shapiro 2001) et 3 branches (traumas du passé,

déclencheurs présents, scénarii du futur).

Techniques de stabilisation (respiration, ancrage, etc.).

Stimulation bilatérale alternée (oculaire, tactile ou sonore).

Travail sur les cognitions négatives et positives associées, avec en cas de besoin des interventions de tissages (cognitifs, corporels, d'attachement).

## Matériel

Salle calme et sécurisée.

Stimulateur bilatéral (visuel/auditif/tactile) ou simple mouvement des doigts du thérapeute.

Cahier de suivi clinique.

## Lieu de pratique

Cabinet de psychologue ou de psychiatre.

Institution de santé mentale.

Centre de psychotrauma.

Sur le terrain de situation de catastrophe le cas échéant.

## Bonnes pratiques de mise en œuvre

Assurer une alliance thérapeutique solide.

Respecter la fenêtre de tolérance émotionnelle.

Pratiquer des techniques de stabilisation avant la désensibilisation.

Veiller à ce que le patient ait des ressources permettant le traitement adaptatif de l'information.

Informer le patient des réactions possibles après une séance.

Traiter les déclencheurs présents et les scénarii du futur après avoir traité les traumas du passé.

## Bonnes pratiques de pérennisation

Traiter les déclencheurs présents et les scénarii du futur après avoir traité les traumas du passé.

Encourager l'appropriation et l'autonomisation par le patient des techniques d'auto-apaisement (pleine conscience, relaxation) et de renforcement des ressources.

Proposer des groupes thérapeutiques complémentaires dans des situations de TSPT

complexes où l'apprentissage de nouvelles compétences relationnelles doit être soutenu. Assurer une supervision et formation continue régulière du thérapeute EMDR (ré-accréditation tous les 5 ans dans l'association EMDR-France).

## Précautions

Ne pas pratiquer sans formation certifiante.

Ne pas initier en phase aiguë d'un état suicidaire ou dissociatif sévère, où la phase de stabilisation doit être prolongée.

Évaluer régulièrement la sécurité psychique du patient.

Être prudent en cas de trouble psychotique actif.

Être prudent en cas d'état suicidaire aigu ou d'instabilité sévère (Solomon 2009).

## Caractéristiques réglementaires

INM réservée aux psychologues et aux médecins formés et certifiés EMDR.

INM intégrée aux recommandations internationales pour le TSPT (OMS 2023; ISTSS 2025).

## Initiateur principal

Francine Shapiro, psychologue américaine.

## Qualification requise

Psychologue, psychiatre ou médecin ayant suivi une formation psychothérapique, formé(e) et certifié(e) EMDR Europe.

## Auteur(s) de la fiche

OSTERMANN Gérard

Date de création : **10/10/2025**

Date de révision : **12/03/2026**

Version : **V01**

**Thérapie Eye Movement Desensitization and Reprocessing**, Référentiel NPIS des INM,  
Fiche code NPIS-000000032, Version V01, 2025.

**Lien vers la fiche online** : [cliquez-ici](#).

**Suggérez une amélioration** : Rendez-vous sur sa fiche numérique de la plateforme du Référentiel NPIS des INM [en cliquant-ici](#).

### Contacter la NPIS

5, rue des Reculettes, 75013 Paris - France

Tél. : +33 (0)1 56 79 17 91

Non Pharmacological Intervention Society - Société savante d'intérêt général à but non lucratif

## Nos soutiens



## Nos partenaires



### Information réglementaire et précaution :

Toute exploitation ou reproduction nécessite une autorisation préalable de la NPIS. Toute référence et toute citation doit faire mention du Référentiel NPIS des INM.

Le lecteur reconnaît utiliser ces informations sous sa responsabilité exclusive.

La NPIS n'a pas vocation à répondre à des questions sur un cas personnel ou celui d'un proche. Celles-ci doivent être posées à un professionnel de santé. Rien ne remplace la consultation d'un médecin.

La fiche INM contient des liens bibliographiques vers d'autres sources dont la NPIS décline toute responsabilité quant à leur contenu.

**Tous droits réservés © 2026 NPIS**