



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Étude quantitative sur les modalités favorisant l'adhésion et la prescription de
l'EMDR par les médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le 20/03/2026 à 14h00
au Pôle Formation de la faculté de médecine de Lille.

par Gabrielle GOARANT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Caroline HOCRY

AVERTISSEMENT

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

Liste des abréviations :

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DPO : Data Protection Officer (= Délégué à la Protection des Données)

DU : Diplôme Universitaire

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing (= désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Question à Choix Multiple

SBA : Stimulations Bilatérales Alternées

TAI : Traitement Adaptatif de l'Information

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

SOMMAIRE

I. Résumé	6
II. Introduction	8
1. Épidémiologie des troubles psychiatriques	8
2. Définition et principe de l'EMDR	8
3. Indications actuelles de l'EMDR	10
4. Formation des praticiens EMDR	11
5. Objectifs	11
III. Matériels et méthodes	13
1. Type d'étude	13
2. Population étudiée	13
3. Élaboration du questionnaire	13
4. Recrutement et recueil des données	14
5. Éthique	15
6. Analyse des données	15
IV. Résultats	17
1. Diagramme de flux	17
2. Description de la population étudiée	17
3. Connaissances des médecins généralistes sur l'EMDR	18
4. Perceptions de l'EMDR par les médecins généralistes	20

5. Analyses comparatives	26
V. Discussion	27
1. Notoriété élevée mais connaissances superficielles	27
2. Adhésion pour le TSPT et élargissement des indications	27
3. Conception élargie du traumatisme psychique	29
4. Freins organisationnels et économiques	30
VI. Forces, limites et biais	31
1. Forces de l'étude	31
2. Limites de l'étude	32
3. Biais potentiels	33
VII. Conclusion	34
Bibliographie	37
Annexes	40

I. Résumé

Contexte :

L'EMDR est une thérapie qui a fait preuve d'efficacité dans la prise en charge des troubles de stress post-traumatique.

Selon l'INSERM, l'EMDR présente également un intérêt thérapeutique dans la dépression, les troubles anxieux liés ou non à un TSPT, les symptômes psychosomatiques, conduites addictives, douleurs chroniques.

Il s'agit d'une thérapie brève qui nécessite un nombre moyen de séances plus faible que les TCC.

Devant la difficulté d'accès aux psychothérapies par manque de praticiens, et coût élevé des séances, l'EMDR apparaît donc comme un outil prometteur.

Méthode :

Il s'agit d'une étude quantitative transversale fondée sur un questionnaire standardisé. La population ciblée est celle des médecins généralistes, en activité au moment de l'enquête, en France métropolitaine et en outre-mer.

Le questionnaire était composé de QCM et accessible sur internet via la plateforme LimeSurvey. Un lien d'accès était diffusé par mail aux différentes CPTS de France.

Résultats :

Parmi les 528 réponses recueillies, 392 questionnaires complets ont été analysés. La quasi-totalité des médecins (94,9 %) avait déjà entendu parler de l'EMDR, mais l'autoévaluation des connaissances restait modérée (moyenne : 2,53/5). Plus d'un

quart des médecins n'avait jamais recommandé l'EMDR, bien que 90,3 % déclarent qu'ils la recommanderaient en cas de trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'EMDR était majoritairement perçue comme une méthode scientifiquement validée (70,7 %) et recommandée par la HAS dans le cadre du TSPT (72,2 %). Les principales indications retenues concernaient les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress, mais également les troubles anxieux et les deuils pathologiques. Les freins principaux identifiés étaient le manque d'information, la difficulté d'accès à des praticiens formés, le coût et l'absence de remboursement. À l'inverse, une meilleure information, une liste de praticiens certifiés et une meilleure prise en charge financière apparaissaient comme des leviers majeurs favorisant le recours à l'EMDR.

Conclusion :

Cette étude met en évidence une notoriété élevée mais des connaissances encore limitées de l'EMDR chez les médecins généralistes. Bien que largement perçue comme une thérapie efficace et pertinente, notamment dans la prise en charge du TSPT, son utilisation reste freinée par un manque d'information, des difficultés d'accès aux praticiens formés et une prise en charge financière insuffisante. Le renforcement de la formation des médecins généralistes, l'identification des praticiens certifiés et une meilleure prise en charge financière de l'EMDR pourraient favoriser son intégration dans le parcours de soins en médecine générale et améliorer l'accès des patients à cette thérapeutique.

II. Introduction

1. Épidémiologie des troubles psychiatriques dans la population générale

En France, la prévalence annuelle des troubles anxieux est estimée à environ 15 %, incluant le trouble anxieux généralisé, les phobies spécifiques, le trouble panique ou le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) (1). La dépression affecte 15 % à 20 % des Français (2). Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) affecte environ 2 à 3 % des Français (3).

Les troubles psychiques, quel que soit leur niveau de gravité, sont fréquemment rencontrés en médecine générale, souvent à travers des motifs de consultation non spécifiques : fatigue, troubles du sommeil, douleurs somatiques inexplicables (4).

Les médecins généralistes constituent donc un point d'entrée stratégique dans le parcours de soins en santé mentale.

Mais face à ces pathologies psychiatriques, les médecins généralistes ont peu de solutions non médicamenteuses à proposer (5–7).

Les obstacles à la prise en charge spécialisée (délais, manque de spécialistes, coût de la thérapie, réticence des patients à voir un psychologue) rendent nécessaire la diffusion de méthodes efficaces, intégrables dans la pratique quotidienne, telles que l'EMDR.

2. Définition et principe de l'EMDR

La thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) a été développée à la fin des années 1980 par Francine Shapiro. Elle repose sur le

traitement des souvenirs traumatiques ou perturbants, fondée sur le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI) (8,9).

L'hypothèse centrale de ce modèle est qu'un souvenir traumatique non traité correctement au moment de l'événement reste stocké de manière dysfonctionnelle, avec ses images, émotions, sensations et cognitions négatives. Cela génère des symptômes psychiques récurrents : reviviscences, cauchemars, anxiété, schémas négatifs sur soi, etc.

La thérapie EMDR est une approche intégrative faisant intervenir de nombreux éléments issus de diverses approches psychothérapeutiques comme les TCC, l'hypnose Ericksonnienne, les approches psychocorporelles. Il s'agit d'une combinaison de ces éléments associées aux stimulations bilatérales alternées.

L'EMDR vise à réactiver les souvenirs traumatiques dans un cadre sécurisé, tout en sollicitant des stimulations bilatérales alternées (SBA), le plus souvent des mouvements oculaires horizontaux, mais aussi des stimulations tactiles ou auditives, afin de faciliter leur retraitement par le cerveau. Ces stimulations permettraient un retraitement de l'information perturbante, aboutissant à une désensibilisation émotionnelle et à une restructuration cognitive.

Ce processus repose sur la communication entre l'amygdale (qui active le signal d'alarme en cas de stress), l'hippocampe (qui intervient dans l'apprentissage, notamment la mémorisation des notions de sécurité et de danger) et le cortex préfrontal (qui analyse et contrôle les comportements et les émotions).

L'EMDR est considérée comme une thérapie brève, qui vise à obtenir des changements significatifs en un nombre limité de séances. Elle se concentre sur un

objectif précis, en mettant l'accent sur le présent et sur les ressources de la personne plutôt que sur l'analyse approfondie du passé.

3. Indications actuelles de l'EMDR

L'indication initiale et la plus documentée de l'EMDR est le trouble de stress post-traumatique (TSPT). De nombreuses études cliniques randomisées ont démontré son efficacité(10–12).

La Haute Autorité de Santé (HAS), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'INSERM la recommandent comme traitement de première ligne pour le TSPT.

Au-delà du TSPT, les indications de l'EMDR s'élargissent progressivement. L'INSERM, dans un rapport de juin 2015 (13) cite les indications suivantes :

- Les troubles anxieux (phobies, anxiété généralisée, trouble panique) (14)
- La dépression, notamment lorsqu'elle est liée à des événements de vie perturbants ou traumatisants (15–17)
- Les deuils pathologiques ou compliqués
- Les troubles de l'attachement et du développement (notamment chez l'enfant)
- Certains troubles du comportement alimentaire
- Certains troubles de dépendance ou addictions (dans le cadre de protocoles spécifiques)
- Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) (18)

- Les troubles somatoformes et psychosomatiques : Migraines, douleur chronique, douleur de membre fantôme, eczéma chronique, troubles digestifs, syndrome de fatigue chronique, crise psychogénique non épileptique...

Ces indications reposent parfois sur des études de niveau de preuve modéré, expliquant que l'OMS et la HAS n'aient pas encore élargi leurs indications.

Des contre-indications relatives existent : état dissociatif non stabilisé, trouble psychotique aigu, crise suicidaire. Les patients présentant ces contre-indications nécessitent la plupart du temps d'un avis spécialisé en psychiatrie.

4. Formation des praticiens EMDR

Selon l'Institut français d'EMDR, pour être reconnu en tant que praticien EMDR en France, il faut avoir suivi une formation reconnue soit par l'association EMDR Europe, l'association EMDR France, l'association EMDRIA ou l'EMDR Institute. Ces formations s'adressent uniquement aux psychiatres titulaires du CES, internes en psychiatrie à partir du début de la 3ème année d'internat, psychologues, et psychothérapeutes dont le titre a été reconnu par une Agence Régionale de Santé.

5. Objectifs

L'objectif primaire de cette thèse était d'identifier les modalités qui favoriseraient l'utilisation de l'EMDR en médecine générale. Les objectifs secondaires comprenaient l'évaluation du niveau de connaissance des médecins généralistes sur l'EMDR, l'identification des situations relevant de l'EMDR

selon les médecins généralistes, et l'identification des freins à la prescription de l'EMDR en médecine générale.

Quelles sont les modalités pour faire connaître, adhérer et proposer l'EMDR par les

Médecins généralistes aux patients relevant de pathologies multifactorielles ?

III. Matériels et méthodes

1. Type d'étude

L'étude est une étude quantitative descriptive, transversale et observationnelle.

2. Population étudiée

La population cible de cette étude est celle des médecins généralistes en France.

Le critère d'inclusion est : être médecin généraliste installé, remplaçant, salarié ou interne en France métropolitaine et d'outre-mer, au moment de l'étude, soit de septembre 2025 à novembre 2025.

Les critères d'exclusions étaient : les personnes n'ayant pas répondu entièrement au questionnaire.

3. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré avec le logiciel Lime Survey via la plateforme d'enquête de l'université de Lille.

Il se compose de 3 parties :

1. Une première partie évaluant les connaissances des médecins généralistes sur l'EMDR : principes, mécanismes, indications, efficacité dans le TSPT.
2. La deuxième partie sur les perceptions de l'EMDR par les médecins généralistes et les facteurs favorisant leur adhésion à cette thérapie, et les freins rencontrés.

3. La troisième partie recueillant les données sociodémographiques des participants.

Au total le questionnaire comportait 21 questions. (*Annexe 1*).

Le questionnaire a fait l'objet d'une relecture et d'un test préalable auprès de 4 médecins généralistes afin d'en améliorer la clarté. Les tests préalables n'ont pas été inclus dans les résultats.

4. Recrutement et recueil de données

Les médecins généralistes participants ont été recrutés de différentes manières :

- Diffusion par le biais des ordres des médecins départementaux, via la messagerie sécurisée de l'ordre des médecins. La majorité des ordres départementaux ont refusé la diffusion du questionnaire devant le nombre de demandes trop important. 12 départements ont répondu favorablement et ont diffusé le questionnaire aux médecins généralistes, soit par mail, soit sur leur site internet.
- Diffusion par le biais des coordinateurs des CPTS sur le territoire français, en envoyant un mail à chacune des 835 CPTS répertoriées sur le site de la fédération nationale des CPTS. La majorité des CPTS ont refusé la diffusion du questionnaire devant le nombre de demandes trop important ou n'ont pas répondu. 44 CPTS ont répondu favorablement et ont diffusé le questionnaire aux médecins généralistes adhérents à leur CPTS, soit par mail, soit sur leur site internet ou via leur newsletter.

- Diffusion via des groupes de partage sur les réseaux sociaux (Facebook, Messenger).

La diffusion du questionnaire a débuté le 17 septembre 2025 et s'est terminée le 30 novembre 2025.

Le calcul du nombre de sujets nécessaires était de 385 selon la formule de Cochran. La diffusion a permis d'obtenir 528 réponses, dont 392 réponses complètes, soit un nombre suffisant pour obtenir un intervalle de confiance à 95 %.

5. Ethique

Cette étude a été déclarée auprès du délégué à la protection des données de l'Université de Lille, et a été exonérée de déclaration relative au règlement de la protection des données. (*Annexe 2*)

Le questionnaire était anonyme et aucune question ne permettait d'identifier les participants.

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

6. Analyse des données

Les données recueillies via la plateforme LimeSurvey ont été exportées dans un tableur au format Excel. Un premier travail de nettoyage des données a été réalisé, consistant à exclure les questionnaires incomplets.

L'analyse statistique a ensuite été effectuée avec le logiciel de traitement statistique Jamovi, avec l'aide du Dr Calafiore, président du Département de Médecine Générale de Lille.

L'analyse était descriptive, compte tenu du caractère observationnel de l'étude.

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs mesures de tendance centrale (moyenne, médiane) et de dispersion (écart-type).

Des analyses comparatives ont été réalisées afin d'explorer les associations entre certaines variables à l'aide de tests statistiques adaptés (test de Fisher). Le seuil de significativité statistique était fixé à $p < 0,05$.

Certains résultats ont été présentés sous forme de graphiques afin de faciliter leur lisibilité et leur interprétation.

IV. Résultats :

1. Diagramme de flux

528 réponses ont été collectées, 392 étaient complètes et 136 étaient incomplètes.

Les réponses incomplètes ont été exclues de l'analyse.

Au total 392 réponses ont donc été analysées.

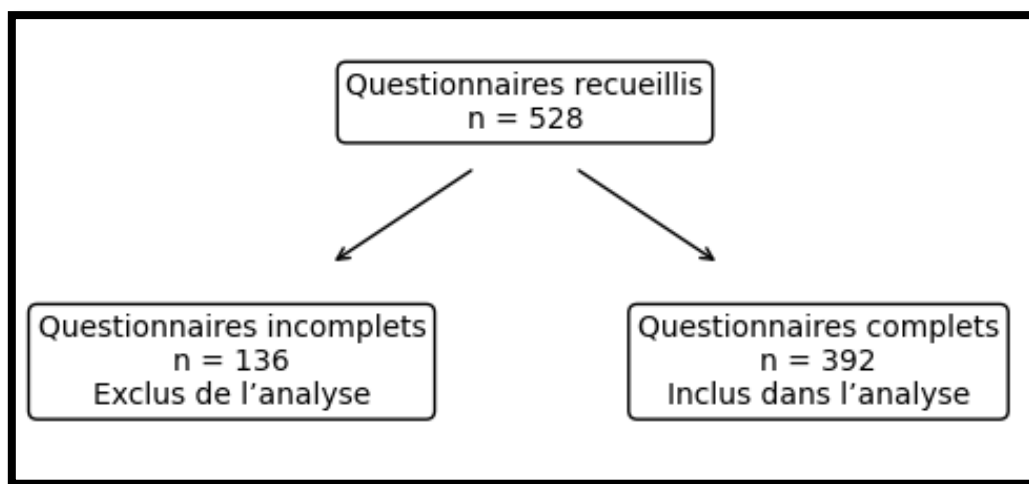


Figure 1

2. Description de la population étudiée

La majorité des répondants était des médecins généralistes installés (71,9 %, n=282). Les internes en médecine générale représentaient 18,1 % de l'échantillon (n=71). Les médecins généralistes salariés représentaient 6,9 % (n=27) et les remplaçants 5,6 % (n=22).

La répartition selon le lieu d'exercice était globalement équilibrée, avec une légère prédominance du milieu mixte (35,5 %, n=139), suivi du milieu rural (32,4 %, n=127) et du milieu urbain (28,6 %, n=112).

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 30 à 40 ans, avec 38,0 % (n=149). Les médecins âgés de moins de 30 ans représentaient 20,2%. Ceux âgés de 40 à 50 ans représentaient 18,6 % (n=73). Ceux âgés de 50 à 60 ans représentaient 12,8 % (n=50). Enfin, 10,5 % (n=41) des répondants avaient plus de 60 ans.

La majorité des répondants étaient des femmes (71,7 %, n=281). Les hommes représentaient 26,8 % de l'échantillon (n=105). Enfin, 1,5 % des répondants se déclaraient non genrés (n=6).

3. Connaissances des médecins généralistes sur l'EMDR

La grande majorité des médecins généralistes avait déjà entendu parler de l'EMDR (94,9 %, n=372).

L'autoévaluation des connaissances était modérée, avec une moyenne de 2,53/5 (médiane = 2 ; écart-type = 1,08).

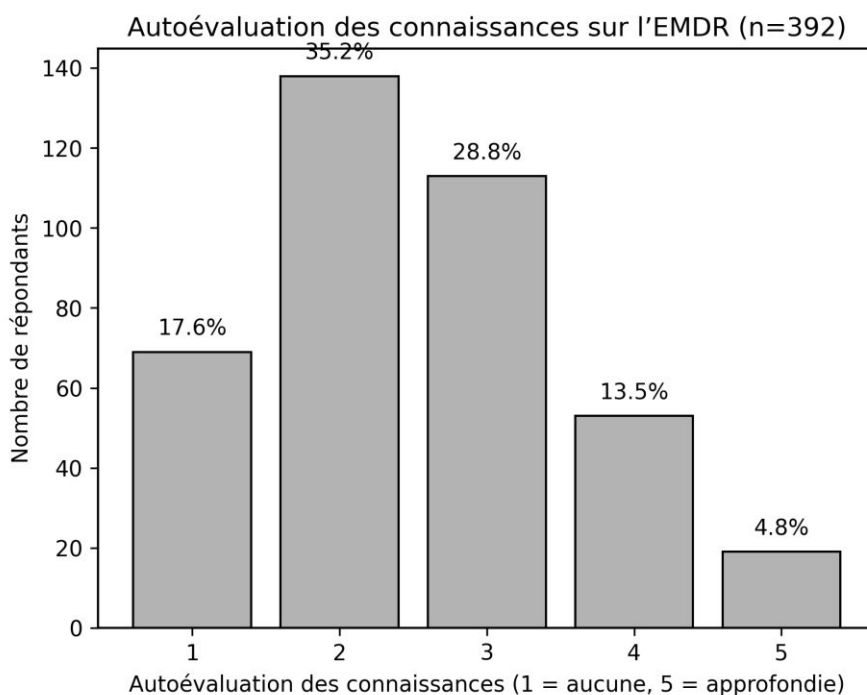


Figure 2

Plus d'un quart des médecins n'avait jamais recommandé l'EMDR (27,8 %, n=109). L'EMDR avait été recommandée à un adulte par 70,9 % des médecins (n=278) et à un enfant par 19,6 % (n=77).

La majorité identifiait l'EMDR comme une thérapie fondée sur des stimulations bilatérales (91,1 %, n=357). Une minorité l'identifiait comme une technique d'hypnose (4,8 %, n=19) ou comme une TCC (4,1 %, n=16). Aucun médecin ne pensait qu'il s'agissait d'une thérapie médicamenteuse. Enfin, 6,1 % des répondants déclaraient ne pas savoir ce qu'est l'EMDR (n=24).

Concernant la durée de la thérapie, 40,6 % des médecins estimaient qu'elle nécessitait 0 à 5 séances (n=159) et 44,6 % entre 5 et 10 séances (n=175). Une minorité estimait une durée supérieure à 10 séances (14,8 % au total).

Les psychologues étaient majoritairement identifiés comme habilités à pratiquer l'EMDR (88,0 %, n=345), suivis des psychiatres (78,3 %, n=307) et des médecins généralistes formés (58,9 %, n=231). 10% des médecins ne savaient pas quels professionnels étaient habilités (n=40).

Près des trois quarts des médecins pensaient que l'EMDR était recommandée par la HAS dans le cadre du TSPT (72,2 %, n=283).

Les principales indications perçues concernaient les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress (89,8 %, n=352), ainsi que les troubles anxieux (72,2 %, n=283). Des indications plus larges étaient également citées, notamment les TOC (55,9 %, n=219), les deuils pathologiques (50,3 %, n=197), les troubles des conduites alimentaires (34,9 %, n=137) la dépression (31,4 %, n=123), les troubles somatiques

fonctionnels (25,3 %, n=99), les troubles liés à l'usage de substances et troubles addictifs (25%, n=98).

Les troubles du neurodéveloppement (8,4%, n=33), les troubles bipolaires (5,1 %, n = 20) et les troubles de la personnalité (4,6 %, n=18) étaient rarement cités.

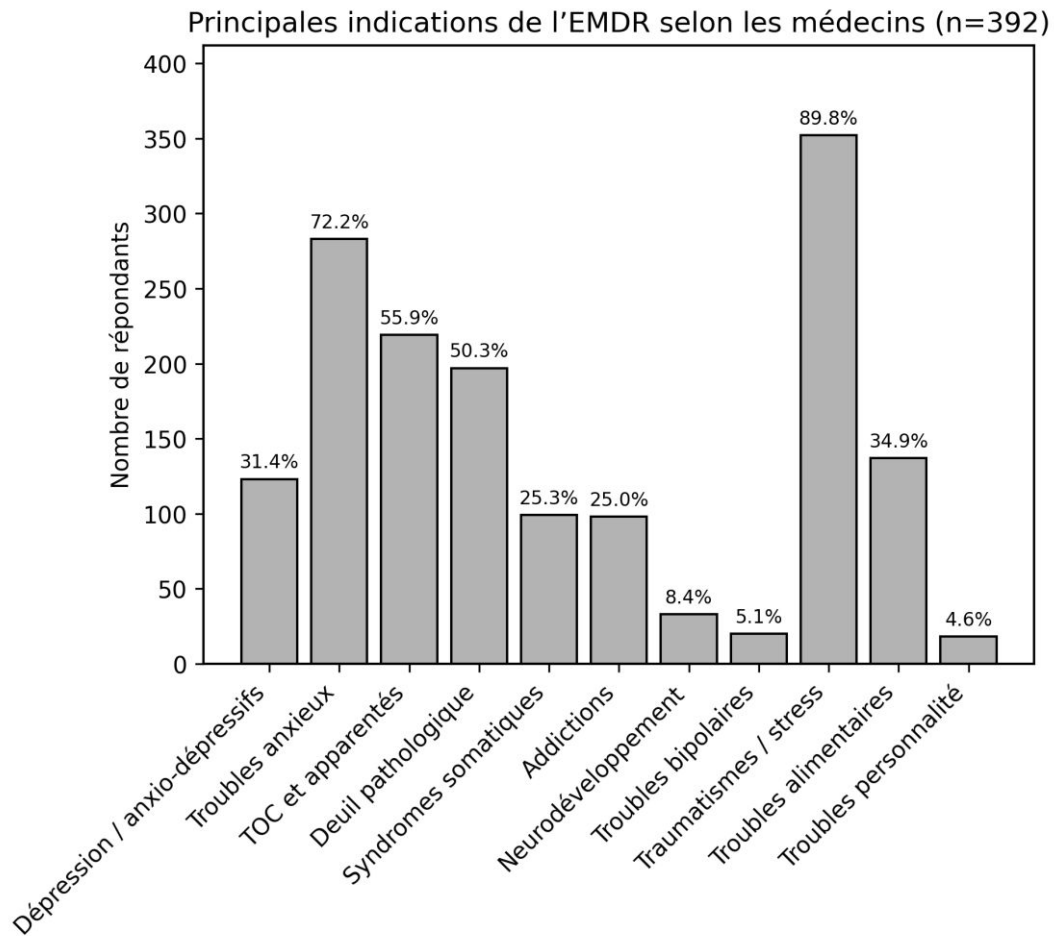


Figure 3

4. Perceptions de l'EMDR par les médecins généralistes

L'EMDR était considérée comme scientifiquement validée par 70,7 % des médecins (n=277).

La majorité recommanderait l'EMDR à un patient présentant un TSPT avéré (90,3 %, n=354).

L'EMDR était principalement envisagée après un événement traumatique majeur, tel qu'un accident grave (85,5 %, n=335), le fait d'être témoin d'une agression (85,2 %, n=334) ou d'avoir subi une violence physique ou sexuelle (81,6 %, n=320). Elle était également citée après un deuil (70,9 %, n=278), des violences verbales ou émotionnelles (70,7 %, n=277), ou des événements de vie stressants. Seuls 7,7 % des médecins ne savaient pas dans quels contextes l'EMDR pouvait être utilisée (n=30).

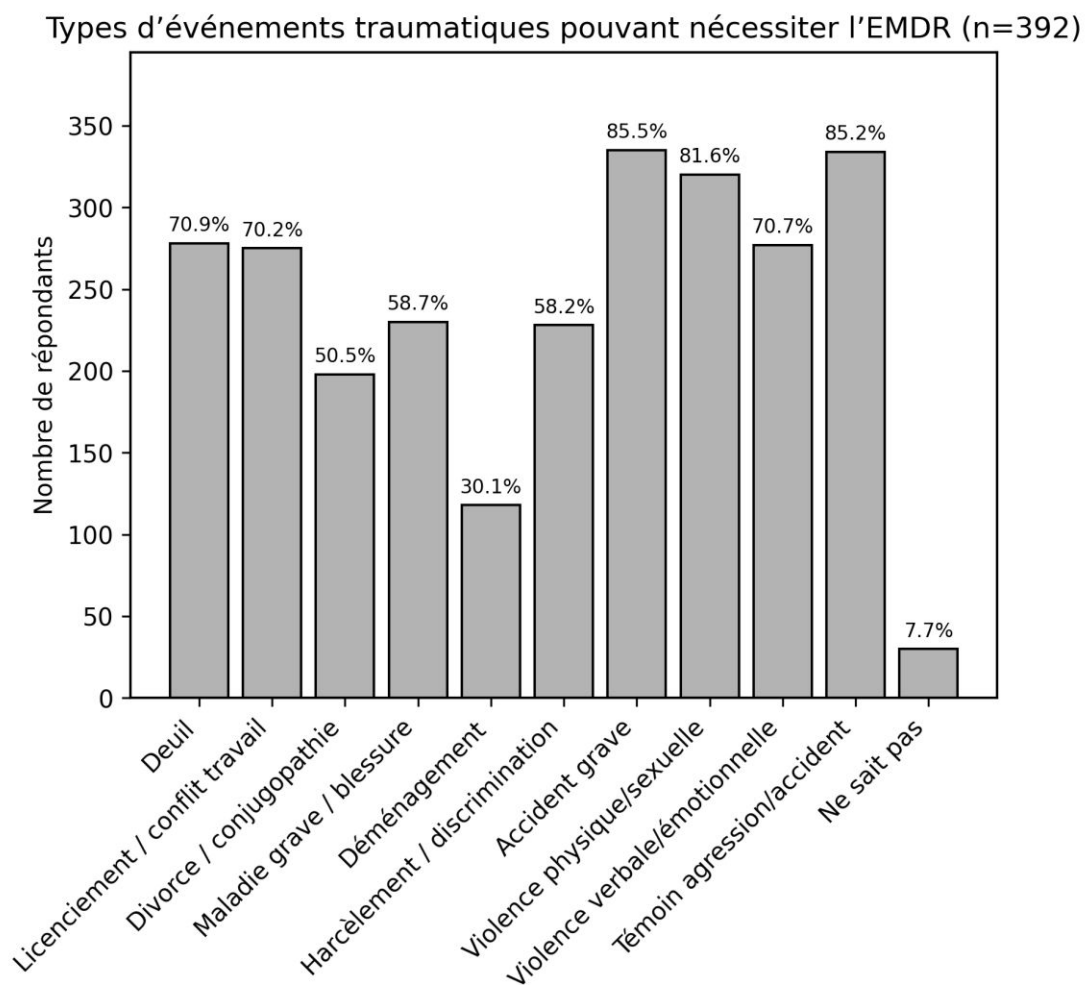


Figure 4

Concernant les types de symptômes ou de diagnostics pour lesquels les médecins généralistes pouvaient envisager de recommander une psychothérapie par EMDR, l'anxiété était l'indication la plus fréquemment citée, avec 295 répondants (75,3 %). La dépression était également largement mentionnée, avec 187 répondants (47,7 %).

Plusieurs troubles somatiques ou fonctionnels étaient également évoqués. Ainsi, 214 médecins (54,6 %) déclaraient pouvoir recommander l'EMDR devant des troubles du sommeil. La fibromyalgie était citée par 136 répondants (34,7 %), les migraines et céphalées de tension chroniques par 138 (35,2 %), et la colopathie fonctionnelle par 103 médecins (26,3 %). La fatigue chronique était mentionnée par 110 répondants (28,1 %).

Par ailleurs, 144 médecins (36,7 %) déclaraient pouvoir orienter leurs patients vers une psychothérapie par EMDR en cas d'addiction, et 116 (29,6 %) en présence de troubles de la mémoire et de la concentration. L'obésité était plus rarement citée, avec 66 répondants (16,8 %).

Enfin, 76 médecins (19,4 %) déclaraient ne pas savoir dans quels cas recommander l'EMDR.

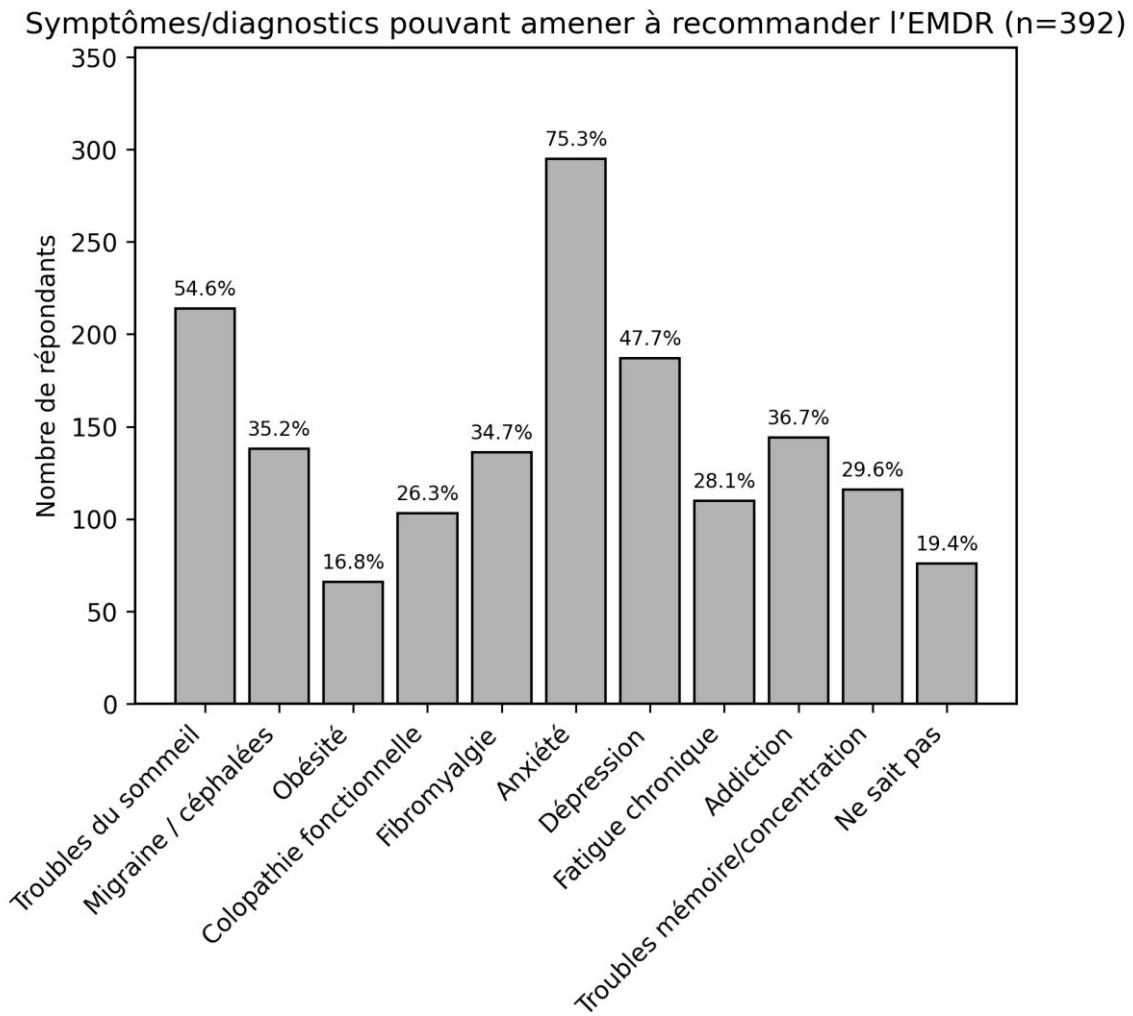


Figure 5

La majorité des médecins jugeait difficile l'accès à des praticiens EMDR formés dans leur région (73,0 %, n = 286).

Les principaux freins identifiés étaient le manque d'information des médecins (59,4 %, n = 233), l'absence de remboursement par la sécurité sociale (57,7 %, n = 226), le coût des séances (51,0 %, n = 200) et le manque de connaissance de l'EMDR par la population générale (40,1 %, n = 157).

Le manque de recommandations officielles était cité par 24,2 % des médecins (n = 95).

Le doute sur l'efficacité concernait 11,2 % des répondants (n = 44). Enfin, 9,7 % déclaraient ne rencontrer aucun frein (n = 38).

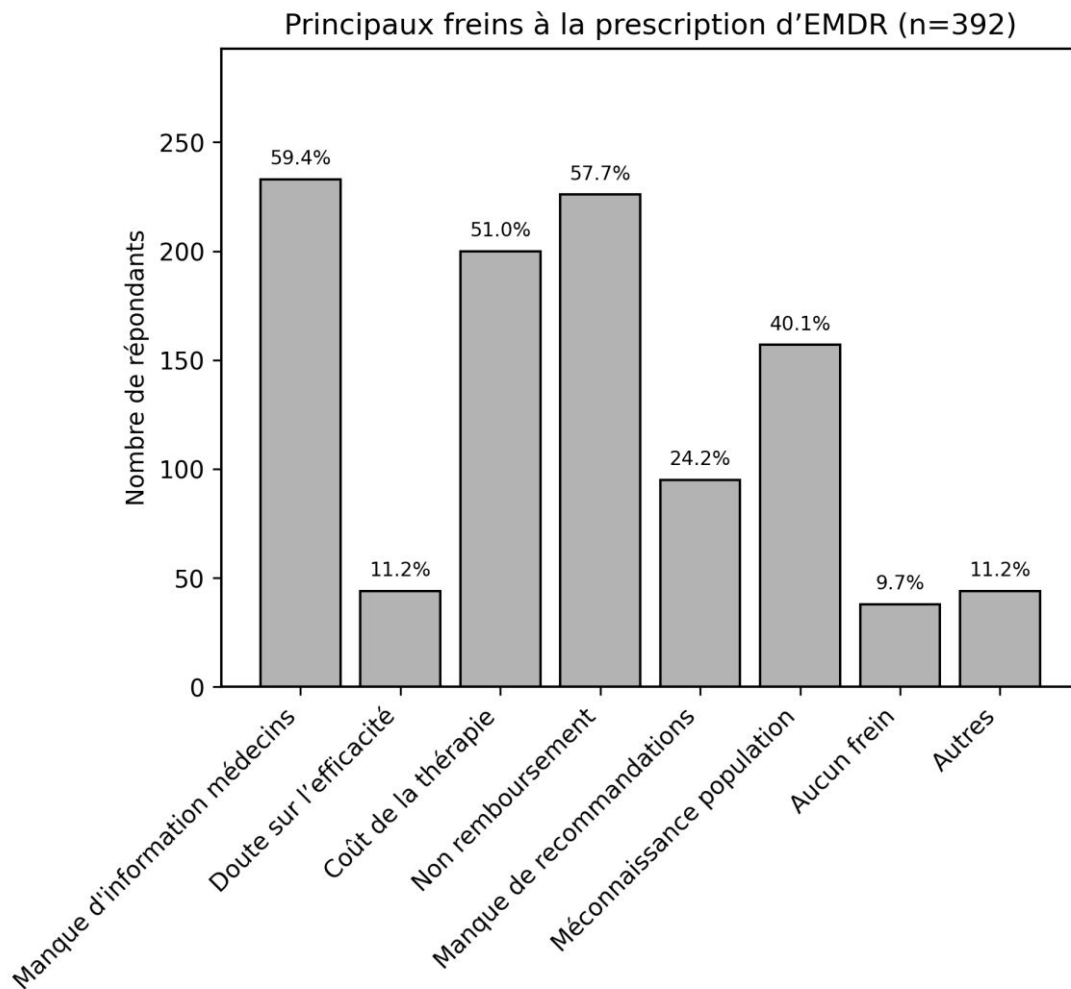


Figure 6

La mise à disposition d'une liste de praticiens certifiés inciterait 77,8 % des médecins à recommander l'EMDR (n = 305).

Une meilleure prise en charge financière inciterait 68,1 % des médecins (n = 267).

Une meilleure information des médecins serait un levier pour 64,5 % (n = 253).

Des recommandations officielles par la HAS seraient incitatives pour 47,7 % (n = 187).

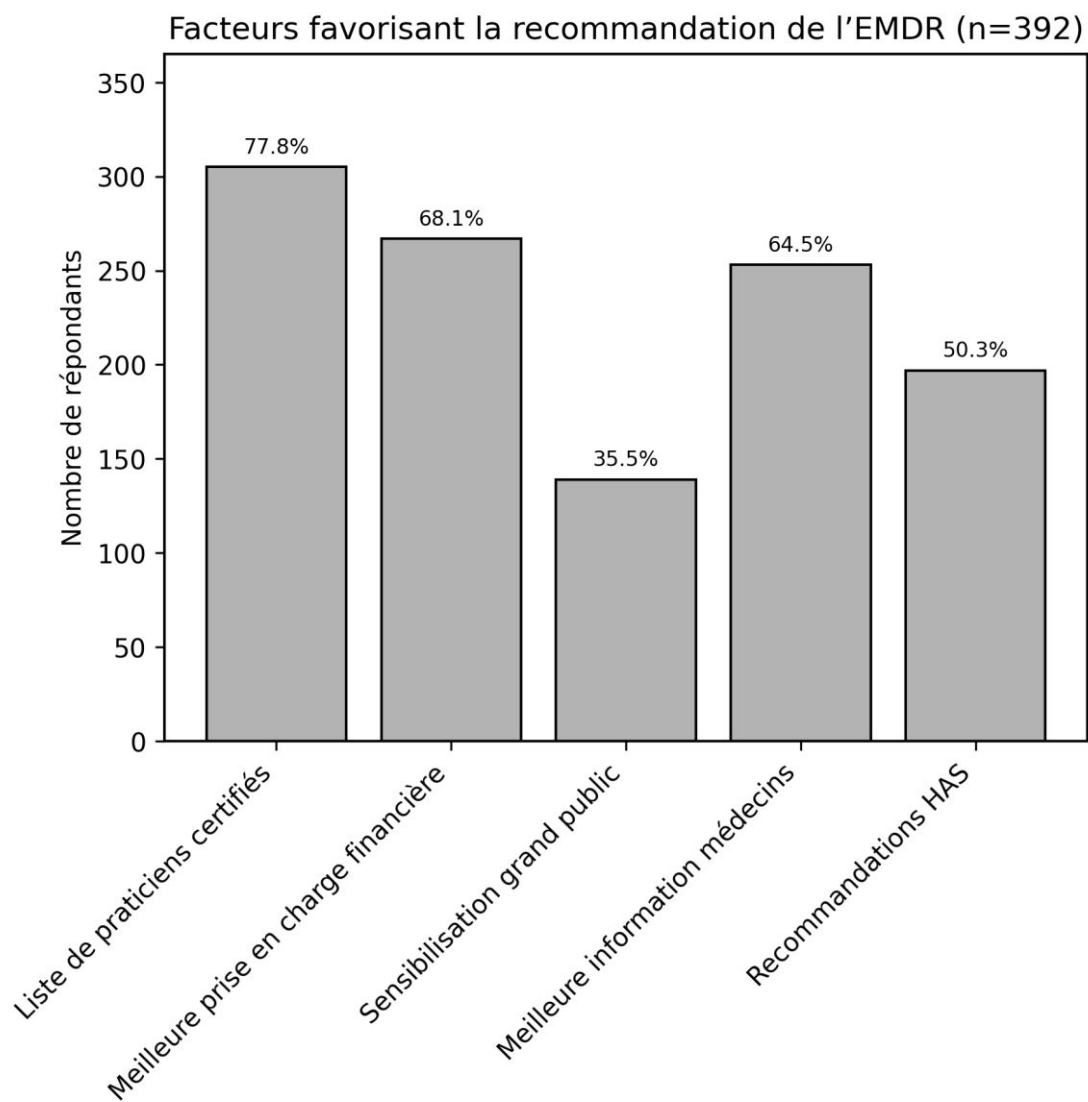


Figure 7

Enfin, 85,5 % des médecins estimaient que l'EMDR pouvait faciliter la prise en charge de patients présentant des situations cliniques complexes (n = 335).

5. Analyses comparatives

Il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif entre le lieu d'exercice des médecins généralistes (urbain, rural ou mixte) et les freins à la prescription de l'EMDR en médecine générale ($p =$ non significatif).

En revanche, une association statistiquement significative a été retrouvée entre l'âge des répondants et l'identification de l'EMDR comme méthode scientifiquement validée. Les médecins les plus jeunes identifiaient plus fréquemment l'EMDR comme une thérapie scientifiquement validée que les médecins plus âgés ($p < 0,001$, test de Fisher).

V. Discussion

1. Une notoriété élevée de l'EMDR mais des connaissances encore superficielles

La majorité des médecins généralistes interrogée a déjà entendu parler de l'EMDR (94,9 %). Toutefois, l'autoévaluation de leur niveau de connaissance reste faible à modérée (moyenne de 2,53/5, médiane à 2).

Ce constat peut s'expliquer en partie par l'introduction relativement récente de l'EMDR dans les enseignements universitaires de médecine. De ce fait, de nombreux médecins généralistes déjà installés n'ont pas bénéficié d'une formation initiale structurée sur cette méthode et ses indications.

Cette lacune d'information pourrait contribuer à la prudence observée dans la recommandation de l'EMDR, malgré une représentation globalement positive de la technique. Elle souligne l'intérêt d'intégrer davantage l'EMDR dans les dispositifs de formation médicale continue, ainsi que d'approfondir son enseignement au cours de la formation initiale, afin de permettre aux médecins généralistes de mieux en connaître les indications, les contre-indications et la place dans le parcours de soins.

2. Une adhésion solide à l'EMDR pour le TSPT et une tendance à l'élargissement de ses indications

Une majorité de médecins généralistes interrogés considèrent l'EMDR comme une thérapeutique scientifiquement validée (70,7 %) et recommandée par la HAS dans la

prise en charge du TSPT (72,2 %). Cette représentation se traduit par une intention de recours élevée, puisque 90,3 % des médecins déclarent qu'ils recommanderaient l'EMDR en cas de TSPT avéré. Ces résultats témoignent d'une adéquation globalement satisfaisante avec les recommandations officielles, bien qu'environ un quart des médecins généralistes restent incertains quant à la validation scientifique et aux recommandations officielles.

Cependant, les résultats mettent également en évidence une extension des indications perçues de l'EMDR au-delà du TSPT. De nombreuses situations cliniques ont été citées : les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs, les deuils pathologiques, la dépression, les douleurs chroniques ou encore les addictions, alors même que ces indications sont peu ou pas validées scientifiquement à ce jour. Par ailleurs, 85,5 % des médecins estiment que l'EMDR pourrait faciliter la prise en charge de patients complexes.

Plusieurs éléments peuvent contribuer à cette perception élargie des indications. Elle peut d'une part refléter l'expérience clinique personnelle des médecins généralistes, certains ayant observé une amélioration symptomatique chez des patients orientés vers l'EMDR en dehors du cadre strict du TSPT. L'expérience personnelle des médecins peut influencer positivement leurs représentations, en particulier dans des situations d'échec thérapeutique ou de chronicité.

Cette extension des indications perçues semble également s'inscrire dans la réalité de la médecine générale, caractérisée par la prise en charge de patients polypathologiques, présentant des troubles psychiques intriqués et des tableaux cliniques complexes. Elle traduit probablement un besoin de solutions non

médicamenteuses complémentaires face à des troubles chroniques ou multifactoriels, fréquemment rencontrés en soins primaires.

Néanmoins, il convient de rappeler qu'à l'heure actuelle, la seule indication bénéficiant d'un niveau de preuve scientifique élevé et de recommandations officielles demeure le TSPT. L'écart observé entre les indications validées et les indications perçues par les médecins généralistes souligne la nécessité de développer des études d'évaluation rigoureuses. Celles-ci permettraient d'explorer l'efficacité de l'EMDR dans des indications émergentes, pour lesquelles les données actuelles restent hétérogènes ou insuffisamment étayées, et de mieux encadrer son usage en pratique clinique.

3. Une conception élargie et subjective du traumatisme psychique par les médecins généralistes

Les médecins généralistes interrogés semblent adopter une conception large et subjective du traumatisme psychique. Si les traumatismes classiquement reconnus, tels que les accidents graves, les violences ou les attentats, sont largement identifiés, des événements de vie plus ordinaires, comme le deuil, le licenciement ou le divorce, sont également fréquemment considérés comme potentiellement traumatiques.

Cette représentation apparaît cohérente avec l'évolution récente des définitions officielles du traumatisme, qui tendent à intégrer davantage le vécu subjectif et l'impact psychique de l'événement, au-delà de la seule exposition à des événements extrêmes. Le traumatisme est ainsi de plus en plus envisagé comme le résultat d'une expérience vécue comme débordante pour le patient, indépendamment de la nature objective de l'événement.

Dans ce contexte, l'EMDR peut apparaître comme une approche thérapeutique potentiellement adaptée à ces tableaux cliniques complexes, en particulier lorsque les plaintes persistent malgré des prises en charge conventionnelles. Le cas des douleurs chroniques illustre cette dynamique, le traumatisme psychique pouvant être envisagé comme facteur causal, aggravant ou conséquence de la chronicité douloureuse, dans une relation bidirectionnelle entre symptômes psychiques et somatiques.

4. Des freins majoritairement organisationnels et économiques, plutôt que scientifiques

Les résultats de cette étude montrent que les principaux obstacles à la prescription de l'EMDR en médecine générale ne relèvent pas d'une remise en question de son efficacité scientifique, mais essentiellement de contraintes organisationnelles et économiques.

En revanche, le manque d'information, tant auprès des médecins que de la population générale, la difficulté d'accès à des praticiens spécifiquement formés, ainsi que le coût des séances et l'absence de prise en charge financière constituent les obstacles les plus fréquemment rapportés. Ces éléments traduisent un décalage significatif entre l'adhésion théorique à l'EMDR et les possibilités concrètes de sa mise en œuvre dans la pratique de soins primaires.

Par ailleurs, l'absence de recommandations officielles, bien que citée par une proportion moindre de répondants (24,2 %), apparaît comme un frein secondaire susceptible de renforcer les réticences des médecins dans un contexte où les pratiques professionnelles sont largement guidées par des cadres institutionnels et des référentiels validés.

Les médecins généralistes se trouvent limités dans la capacité à la proposer l'EMDR ou à orienter les patients efficacement, faute de ressources accessibles et de solutions financièrement acceptables.

Ces résultats interrogent plus largement l'organisation du parcours de soins en santé mentale et la place accordée aux thérapies non médicamenteuses dans le système de remboursement actuel. Ils soulignent la nécessité d'agir sur plusieurs leviers pour améliorer l'accès à l'EMDR : une meilleure prise en charge financière afin de réduire les inégalités d'accès aux soins, ainsi qu'une amélioration de l'accès aux praticiens formés. À ce titre, la mise à disposition d'un répertoire clair et actualisé de praticiens certifiés en EMDR pourrait constituer un outil concret pour faciliter l'orientation des patients par les médecins généralistes.

VI. Forces, limites et Biais

1. Forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs points forts notables. Tout d'abord, la taille de l'échantillon est conséquente, avec 392 questionnaires complets analysés, permettant d'atteindre l'effectif théorique nécessaire au calcul d'un intervalle de confiance à 95 %. Cette puissance descriptive confère une robustesse satisfaisante aux résultats observés.

Par ailleurs, le caractère national de l'étude constitue une force majeure. La population interrogée comprend des médecins généralistes exerçant sur l'ensemble du territoire français, en France métropolitaine comme en outre-mer, ce qui permet d'intégrer des contextes d'exercice variés, tant sur le plan géographique qu'organisationnel. Cette

couverture nationale renforce la portée des résultats et leur pertinence pour appréhender les perceptions de l'EMDR à l'échelle du système de soins primaires français.

De plus, la diversité des profils des participants constitue un atout important. L'inclusion de médecins généralistes installés, remplaçants, salariés ainsi que d'internes en médecine générale permet de recueillir des perceptions variées, reflétant différentes étapes du parcours professionnel et différents modes d'exercice.

L'utilisation d'un questionnaire standardisé et anonyme, diffusé à l'échelle nationale, a par ailleurs favorisé une liberté de réponse et probablement une expression plus sincère des opinions.

2. Limites de l'étude

Plusieurs limites doivent néanmoins être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Tout d'abord, la population étudiée présente une surreprésentation des femmes et des jeunes médecins, notamment des internes et des praticiens de moins de 40 ans. Cette distribution démographique peut influencer les résultats, ces profils étant potentiellement plus sensibilisés aux enjeux de santé mentale ou plus ouverts aux approches thérapeutiques innovantes, ce qui limite la généralisation des conclusions à l'ensemble des médecins généralistes français.

Par ailleurs, le mode de recrutement repose en grande partie sur une diffusion volontaire via les ordres départementaux, les CPTS et les réseaux sociaux. Le refus de diffusion par un grand nombre de structures et l'absence de réponse de certaines

d'entre elles ont restreint la portée du recrutement et peuvent avoir contribué à un échantillon non totalement représentatif. Les médecins ayant répondu au questionnaire sont susceptibles de présenter un intérêt particulier pour la santé mentale ou pour les thérapies non médicamenteuses, introduisant un biais de sélection.

En outre, cette étude repose exclusivement sur des données déclaratives. Il existe ainsi un risque de surestimation des attitudes favorables ou des intentions de recours.

3. Biais potentiels

Plusieurs biais méthodologiques doivent être considérés.

Un biais de sélection est probable, lié aux modalités de diffusion du questionnaire et à la participation volontaire. Les médecins les plus intéressés par les questions de santé mentale ou déjà sensibilisés à l'EMDR sont probablement surreprésentés, ce qui peut conduire à une surestimation de la notoriété et de l'adhésion à cette thérapie.

Un biais de mémorisation peut également intervenir, notamment dans les réponses portant sur les recommandations antérieures de l'EMDR ou sur les situations cliniques pour lesquelles elle aurait été envisagée.

Enfin, un biais de désirabilité sociale ne peut être totalement exclu. Les répondants peuvent avoir tendance à formuler des réponses perçues comme conformes aux attentes professionnelles ou aux recommandations actuelles, en particulier concernant la reconnaissance scientifique de l'EMDR ou son intérêt dans la prise en charge du TSPT.

VII. Conclusion

Cette thèse avait pour objectif de mettre en évidence les modalités qui favoriseraient la prescription de l'EMDR en médecine générale, en explorant les connaissances, les perceptions et les freins à la prescription de l'EMDR par les médecins généralistes, à travers une étude quantitative menée auprès de médecins généralistes exerçant en France.

Les résultats montrent que l'EMDR bénéficie d'une notoriété très élevée auprès des médecins généralistes, avec une large reconnaissance de son efficacité, en particulier dans le cadre du trouble de stress post-traumatique, conformément aux recommandations officielles. Toutefois, cette notoriété contraste avec un niveau de connaissances globalement modéré, traduisant un manque de formation spécifique et d'informations structurées sur cette thérapeutique.

L'EMDR est perçue de manière largement positive par les médecins généralistes, qui y voient un outil pertinent pour la prise en charge de situations cliniques complexes, fréquentes en soins primaires. Les résultats mettent également en évidence une extension des indications perçues, parfois au-delà des données scientifiques actuellement validées, reflétant à la fois les besoins non couverts en santé mentale et la réalité d'une souffrance psychique souvent multifactorielle rencontrée en médecine générale.

Les freins identifiés à la prescription de l'EMDR apparaissent principalement organisationnels et économiques. Le manque d'accès à des praticiens formés, l'absence de remboursement des séances, ainsi que le déficit d'information des

médecins et du grand public constituent les principaux obstacles à son intégration dans le parcours de soins.

Ainsi, l'EMDR semble occuper une place potentiellement importante dans le champ de la médecine générale, à l'interface entre soins somatiques et santé mentale. Une information adaptée sur les modalités de prescription, une meilleure structuration de l'offre de soins et la poursuite de travaux de recherche évaluant ses indications émergentes apparaissent nécessaires pour permettre une intégration de cette thérapeutique dans la pratique des soins primaires.

Ces résultats ouvrent une perspective majeure en matière d'organisation des soins. Si l'EMDR était davantage prescrite en médecine générale, pourrait-elle contribuer à une réduction des coûts en soins primaires, notamment par la diminution des arrêts de travail, des consultations répétées, des examens complémentaires, des prescriptions médicamenteuses et des parcours de soins prolongés liés aux troubles psychiques ?

DECLARATION DE CONFLIT D'INTERETS

L'autrice et la directrice de thèse déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cette thèse.

Les liens d'intérêts sont consultables en ligne sur le site transparence.sante.gouv.fr

Bibliographie

1. Léon C, Pelissolo A, Beck F. PRÉVALENCE DES ÉTATS ANXIEUX CHEZ LES 18-85 ANS : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE (2017-2021).
2. SPF. Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/episodes-depressifs-prevalence-et-recours-aux-soins.-barometre-de-sante-publique-france-resultats-de-l-edition-2024>
3. Haute Autorité de santé. *Affections psychiatriques de longue durée : troubles anxieux graves. Guide médecin* [Internet]. Paris: HAS; 2007 . Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
4. Oneib B, Sabir M, Otheman Y, Ouanass A. Troubles dépressifs en soins primaires : caractéristiques cliniques et sociodémographiques. Rev Épidémiologie Santé Publique. 1 juill 2018;66(4):255-62. doi:10.1016/j.respe.2018.03.366
5. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. L'Encéphale. 1 juin 2010;Dépression36:D73-82. doi:10.1016/j.encep.2009.04.002
6. Iglesias-González M, Gil-Girbau M, Peñarrubia-María MT, Blanco-García E, Fernández-Vergel R, Serrano-Blanco A, et al. Barriers and opportunities for the

- treatment of mild-to-moderate depression with a watchful waiting approach. *Patient Educ Couns.* 1 mars 2021;104(3):611-9. doi:10.1016/j.pec.2020.07.013
7. Elkrog S, Ernst M, Rasmussen L, Wesselhoeft R. Non-pharmacological treatment of psychiatric disorders in a nationwide population. *Eur Psychiatry.* juin 2022;65(S1):S333-S333. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.848
 8. Udo I, Javinsky TR, Awani T. Eye movement desensitisation and reprocessing: part 1 – theory, procedure and use in PTSD. *BJPsych Adv.* juill 2024;30(4):210-9. doi:10.1192/bja.2022.32
 9. Shapiro F, Maxfield L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *J Clin Psychol.* 2002;58(8):933-46. doi:10.1002/jclp.10068
 10. Wilson G, Farrell D, Barron I, Hutchins J, Whybrow D, Kiernan MD. The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder—A Systematic Narrative Review. *Front Psychol.* 6 juin 2018;9. doi:10.3389/fpsyg.2018.00923
 11. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* févr 2007;190(2):97-104. doi:10.1192/bjp.bp.106.021402
 12. 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.* 7 août 2014;9(8):e103676. doi:10.1371/journal.pone.0103676

13. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose.
14. 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.* avr 2020;123:102-13. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.01.005 PubMed PMID: 32058073.
15. Yan S, Shan Y, Zhong S, Miao H, Luo Y, Ran H, et al. The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Toward Adults With Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Psychiatry.* 6 août 2021;12. doi:10.3389/fpsy.2021.700458
16. Dominguez SK, Matthijssen SJMA, Lee CW. Trauma-focused treatments for depression. A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE.* 22 juill 2021;16(7):e0254778. doi:10.1371/journal.pone.0254778
17. Carletto S, Ostacoli L, Colombi N, calorio luca, fernandez francesco, Hofmann A. EMDR for depression: A systematic review of controlled studies. *Clin Neuropsychiatry.* 1 oct 2017;14:306-12.
18. Marsden Z, Lovell K, Blore D, Ali S, Delgadillo J. A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive–compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother.* janv 2018;25(1). doi:10.1002/cpp.2120

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Étude quantitative sur les modalités favorisant l'adhésion et l'utilisation de l'EMDR par les médecins généralistes

Introduction

Bonjour, je suis Gabrielle GOARANT, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur l'EMDR. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les modalités favorisant l'adhésion et l'utilisation de l'EMDR par les médecins généralistes.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et dure environ 5 à 10 minutes.

Merci pour votre participation.

Partie 1 : Connaissance de l'EMDR

1. Avez-vous déjà entendu parler de la thérapie par EMDR ?

Oui

Non

2. Sur une échelle de 1 à 5, évaluez votre niveau de connaissance sur l'EMDR

(1 = aucune connaissance, 5 = connaissance approfondie)

1

2

3

4

5

3. Avez-vous déjà recommandé une thérapie par EMDR à un patient ?

- Oui, enfant
- Oui, adulte
- Non

4. Quelle est, selon vous, la définition la plus proche de l'EMDR ?

- Thérapie par hypnose
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Thérapie fondée sur des stimulations bilatérales
- Thérapie médicamenteuse
- Ne sait pas

5. Selon vous, combien de séances d'EMDR sont nécessaires pour une bonne efficacité ?

- 0 à 5
- 5 à 10
- 10 à 15
- 15 à 20
- > 20

Commentaire : _____

6. Quels professionnels sont habilités à pratiquer l'EMDR ?

- Médecin généraliste
- Psychiatre

Psychologue

Ne sait pas

7. La psychothérapie par EMDR est-elle recommandée par la HAS dans le cadre du trouble de stress post-traumatique ?

Oui

Non

Ne sait pas

Commentaire : _____

8. Parmi ces situations, lesquelles vous semblent indiquées pour une psychothérapie par EMDR ?

Dépression ou troubles anxio-dépressifs

Troubles anxieux

TOC et apparentés

Deuil pathologique

Syndromes somatiques fonctionnels

Addictions

Troubles du neurodéveloppement

Troubles bipolaires

Troubles liés au traumatisme (TSPT...)

Troubles des conduites alimentaires

Troubles de la personnalité

Autres : _____

Partie 2 : Perceptions de l'EMDR et facteurs d'adhésion

9. Pensez-vous que l'EMDR est une méthode scientifiquement validée ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Commentaire : _____

10. Recommanderiez-vous une psychothérapie EMDR à un patient présentant un TSPT avéré ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi : _____

11. Après quels types d'évènements l'EMDR peut-elle être utile ?

- Deuil
- Licenciement, conflit au travail
- Divorce
- Maladie grave, blessure invalidante
- Déménagement
- Harcèlement ou discrimination
- Accident grave
- Violence physique ou sexuelle
- Violence verbale ou émotionnelle

Témoin d'agression ou d'accident

Ne sait pas

12. Devant quels types de symptômes ou diagnostics recommanderiez-vous l'EMDR ?

Troubles du sommeil

Migraine ou céphalées chroniques

Obésité

Colopathie fonctionnelle

Fibromyalgie

Anxiété

Dépression

Fatigue chronique

Addiction

Troubles cognitifs

Ne sait pas

13. Est-il facile d'identifier un praticien EMDR formé dans votre région ?

Oui

Non

Commentaire : _____

14. Quels sont vos freins à l'utilisation de l'EMDR ?

Manque d'information des médecins

Doute sur l'efficacité

- Coût de la thérapie
- Non-remboursement
- Manque de recommandations officielles
- Méconnaissance du public
- Aucun frein
- Autres : _____

15. Quels facteurs vous amèneraient à recommander l'EMDR ?

- Liste de praticiens certifiés
- Meilleure prise en charge financière
- Sensibilisation du public
- Meilleure information des médecins
- Recommandations HAS

16. Pensez-vous que l'EMDR puisse faciliter la prise en charge de patients complexes ?

- Oui
- Non

Commentaire : _____

Partie 3 : Données sociodémographiques

17. Vous êtes :

- Médecin généraliste installé
- Médecin généraliste remplaçant

- Médecin généraliste salarié
- Interne en médecine générale
- Autre : _____

18. Zone d'exercice :

- Rurale
- Urbaine
- Mixte

19. Âge :

- < 30 ans
- 30–40 ans
- 40–50 ans
- 50–60 ans
- > 60 ans

20. Sexe :

- Féminin
- Masculin

Annexe 2 : Attestation de déclaration au DPO



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé Etude quantitative sur les modalités favorisant l'adhésion et l'utilisation de l'EMDR ("désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires") par les médecins généralistes

Responsable chargée de la mise en œuvre : Mme Caroline HOCRY

Interlocuteur (s) : Mme Gabrielle GOARANT

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous vous engagez à supprimer les adresses mails /numéros de téléphone des personnes contactées.
- Vous vous engagez à ne publier votre étude que sur des groupes privés sur les réseaux sociaux.
- Vous vous engagez à informer que si une personne clique sur le lien du questionnaire via un réseau social, certaines données seront transmises à ce dernier.
- Vous garantissez que seul (e) vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 11 juillet 2025

Délégué à la Protection des Données

AUTEURE : GOARANT Gabrielle

Date de soutenance : 20/03/2026

Titre de la thèse : Étude quantitative sur les modalités favorisant l'adhésion et la prescription de l'EMDR par les médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : médecine générale

DES + FST/option : médecine générale

Mots-clés : Eye movement desensitization reprocessing / Désensibilisation et reprogrammation par mouvements oculaires

General practice/ Médecine générale

Primary care/ soins primaires

Stress disorders post-traumatic/ troubles de stress post-traumatique

Résumé :

Contexte :

L'EMDR est une thérapie qui a fait preuve d'efficacité dans la prise en charge des troubles de stress post-traumatique.

Selon l'INSERM, l'EMDR présente également un intérêt thérapeutique dans la dépression, les troubles anxieux liés ou non à un TSPT, les symptômes psychosomatiques, conduites addictives, douleurs chroniques.

Il s'agit d'une thérapie brève qui nécessite un nombre moyen de séances plus faible que les TCC.

Devant la difficulté d'accès aux psychothérapies par manque de praticiens, et coût élevé des séances, l'EMDR apparaît donc comme un outil prometteur.

Méthode :

Il s'agit d'une étude quantitative transversale fondée sur un questionnaire standardisé. La population ciblée est celle des médecins généralistes, en activité au moment de l'enquête, en France métropolitaine et en outre-mer.

Le questionnaire était composé de QCM et accessible sur internet via la plateforme LimeSurvey. Un lien d'accès était diffusé par mail aux différentes CPTS de France.

Résultats :

Parmi les 528 réponses recueillies, 392 questionnaires complets ont été analysés. La quasi-totalité des médecins (94,9 %) avait déjà entendu parler de l'EMDR, mais l'autoévaluation des connaissances restait modérée (moyenne : 2,53/5). Plus d'un quart des médecins n'avait jamais recommandé l'EMDR, bien que 90,3 % déclarent qu'ils la recommanderaient en cas de trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'EMDR était majoritairement perçue comme une méthode scientifiquement validée (70,7 %) et recommandée par la HAS dans le cadre du TSPT (72,2 %). Les principales indications retenues concernaient les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress, mais également les troubles anxieux et les deuils pathologiques. Les freins principaux identifiés étaient le manque d'information, la difficulté d'accès à des praticiens

formés, le coût et l'absence de remboursement. À l'inverse, une meilleure information, une liste de praticiens certifiés et une meilleure prise en charge financière apparaissaient comme des leviers majeurs favorisant le recours à l'EMDR.

Conclusion :

Cette étude met en évidence une notoriété élevée mais des connaissances encore limitées de l'EMDR chez les médecins généralistes. Bien que largement perçue comme une thérapie efficace et pertinente, notamment dans la prise en charge du TSPT, son utilisation reste freinée par un manque d'information, des difficultés d'accès aux praticiens formés et une prise en charge financière insuffisante. Le renforcement de la formation des médecins généralistes, l'identification des praticiens certifiés et une meilleure prise en charge financière de l'EMDR pourraient favoriser son intégration dans le parcours de soins en médecine générale et améliorer l'accès des patients à cette thérapeutique.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre THOMAS

Assesseur : Dr Maurice PONCHANT

Directeur de thèse : Dr Caroline HOCRY