



Comprendre les phobies

Ce que les neurosciences révèlent
et comment s'en libérer

*Un éclairage scientifique sur les mécanismes de la peur
et les solutions thérapeutiques*

Florent Santamaria

Psychopraticien | Méthode MOSAIC
Spécialiste en psychotraumatisme

50+ avis Google | 5,0/5

www.florent-santamaria.fr

Avez-vous déjà renoncé à quelque chose — un voyage, une sortie, une opportunité — à cause d'une peur que vous ne compreniez pas vraiment vous-même ?

La phobie n'est pas un caprice, une faiblesse ou un manque de courage. C'est une réaction automatique du cerveau, aussi rapide qu'involontaire, qui s'est installée à un moment de la vie — et qui s'est maintenue, souvent malgré soi, grâce à des mécanismes que la neurophysiologie commence aujourd'hui à bien documenter.

Ce guide propose un éclairage scientifique vulgarisé sur ce qui se passe dans le cerveau lors d'une phobie, pourquoi les stratégies habituelles (fuir, éviter, contrôler) entretiennent le problème, et ce que les approches fondées sur les neurosciences peuvent apporter — dont la méthode MOSAIC.

Ce document est une ressource d'information générale. Il ne remplace pas une évaluation clinique individualisée.

Qu'est-ce qu'une phobie ?

La peur est une réponse normale et adaptative du cerveau face à un danger réel. Elle devient une phobie lorsqu'elle remplit plusieurs critères :^{1,2}

- Elle est persistante, intense, et hors de proportion avec le danger réel.
- Elle est déclenchée de façon quasi-systématique par un objet ou une situation spécifique.
- La personne reconnaît souvent son caractère excessif ou irrationnel.
- Elle génère un évitement actif ou une détresse intense lors de l'exposition.
- Elle perturbe de manière significative la vie quotidienne ou professionnelle.

Les phobies sont parmi les troubles anxieux les plus répandus : 7,4 % de la population mondiale en souffre au cours de sa vie³, et jusqu'à 9,1 % des adultes américains sont touchés chaque année⁴. Elles concernent plus souvent les femmes (9,8 % vs 4,9 % chez les hommes)³. En France, la prévalence est estimée entre 5 et 15 % selon les études.⁵

Note de lecture — Ce guide évoque des mécanismes liés à la peur et à l'anxiété. Si en le lisant vous ressentez une tension inhabituelle, il est tout à fait normal de faire une pause, de respirer lentement, et d'y revenir plus tard. Il n'y a aucune urgence.

01

Ce qui se passe dans votre cerveau

Face à un élément perçu comme menaçant, le cerveau déclenche une réponse de survie avant même que vous ayez le temps d'y réfléchir. Cette réaction mobilise deux voies distinctes décrites par le neuroscientifique Joseph LeDoux.⁶

La voie directe (thalamus → amygdale) transmet le signal de danger en quelques millisecondes — bien avant que le cortex ait analysé la situation. Cette voie est rapide, peu précise, et génère une réponse émotionnelle immédiate. La voie indirecte (thalamus → cortex → amygdale), plus lente, apporte davantage de contexte et de nuance. Dans la phobie, la voie directe s'emballe : elle sonne l'alarme avant même que la voie lente puisse « vérifier » s'il y a vraiment danger.

Des études en neuroimagerie confirment qu'en présence de l'élément phobogène, on observe une forte activation des structures émotionnelles (amygdale, insula).^{7,8} L'amygdale traite la charge émotionnelle, l'hippocampe contextualise, et l'insula traduit ces signaux en sensations corporelles intenses.

Ces sensations déclenchent automatiquement l'une des 3 réponses de survie — les « 3F » :

- Fight (attaque) — réponse agressive ou de fuite vers l'avant.
- Flight (fuite) — éloignement rapide de la source de peur.
- Freeze (gel/sidération) — blocage, paralysie momentanée.

Le cycle de la phobie

Une fois la première réponse de peur vécue, un cycle auto-entretenu peut s'installer :

Élément phobogène → Angoisse → Manifestations physiques intenses (palpitations, sueur, tremblements, sensation d'étouffement) → Fuite ou évitement → Anticipation anxieuse → Restriction des activités → Dépendance à l'évitement → Perte de confiance en soi → Renforcement de la croyance que « c'est dangereux » → Retour à l'élément phobogène

Ce cycle explique pourquoi la phobie ne disparaît pas « d'elle-même » avec le temps : chaque évitement confirme au cerveau que l'élément est dangereux, et renforce le circuit de peur.

02

Les différents visages de la phobie

Toutes les phobies ne se ressemblent pas. Le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) distingue plusieurs formes, qui diffèrent par leur objet et leur prévalence.⁵

La phobie spécifique

Elle concerne un objet ou une situation précis : animaux (araignées, chiens, insectes), hauteurs, avion, prise de sang, vomissements, orages... La prévalence vie-entière est estimée entre 7,7 % et 12,5 % selon les études,⁵ avec une incidence particulièrement élevée entre 20 et 50 ans (26,9 %).⁵ Les phobies les plus fréquentes portent sur les animaux (3,8 %), l'environnement naturel (3,0 %) et les hauteurs (2,8 %).³

La phobie sociale (Trouble d'Anxiété Sociale — TAS)

Elle se manifeste par une peur intense d'être observé, jugé ou humilié en situation sociale ou de performance (prise de parole, repas en public, interactions avec des inconnus). Sa prévalence est estimée entre 3 et 13 % selon les populations.⁵ Elle peut significativement isoler la personne et impacter sa vie professionnelle.

L'agoraphobie

Elle recouvre la peur des situations dans lesquelles fuir serait difficile ou embarrassant en cas d'attaque de panique : espaces ouverts, transports en commun, files d'attente, foules. Sa prévalence est d'environ 1,5 %.⁵ Elle est souvent associée à un trouble panique et peut conduire à des restrictions de déplacement très sévères.

Ces trois formes partagent un mécanisme commun : une activation excessive du circuit de la peur, entretenue par l'évitement.

03

Pourquoi les stratégies habituelles ne suffisent pas

Face à la peur phobique, le cerveau développe spontanément trois grandes stratégies — qui ont toutes du sens à court terme, mais deviennent problématiques si elles s'installent durablement.

1. L'évitement

Éviter l'élément phobogène supprime immédiatement l'angoisse. Mais chaque évitement renforce la conviction que l'élément est dangereux et réduit la tolérance à son contact. À long terme, la zone de vie se rétrécit, les activités se limitent, et la personne devient progressivement dépendante de ses stratégies d'évitement.

2. Le contrôle

Vérifier, anticiper, planifier, prévoir toutes les issues possibles : le contrôle donne l'illusion de maîtrise. Mais il maintient le cerveau en état d'alerte permanente, amplifie l'anticipation anxieuse et épuise. Il est lui aussi une forme d'évitement — cognitif plutôt que comportemental.

3. La confirmation de croyance

Le cerveau anxieux filtre sélectivement les informations qui confirment le danger et ignore celles qui le relativisent. Cette distorsion cognitive entretient et renforce les croyances phobiques, même en l'absence de danger réel.

Le lien fréquent avec un vécu traumatique

Les phobies ne surgissent pas toujours de nulle part. Elles sont souvent ancrées dans un vécu traumatique passé — une expérience d'enfance, une situation de danger ou d'humiliation vécue intensément — dont la trace sensorielle et émotionnelle reste active dans les circuits cérébraux. Traiter la phobie demande parfois de traiter d'abord ce substrat traumatique.

Ces trois stratégies dysfonctionnelles — évitement, contrôle, confirmation de croyance — soulagent momentanément tout en entretenant le problème. C'est précisément ce cercle vicieux que les approches thérapeutiques fondées sur les neurosciences cherchent à interrompre.

04

Ce qui aide réellement : l'approche par les neurosciences

Plusieurs approches validées existent pour traiter les phobies. Les thérapies d'exposition progressives (thérapies comportementales) montrent une efficacité documentée. Mais elles peuvent être difficiles à accepter pour de nombreuses personnes, en raison précisément de la peur de l'exposition.

Lorsque la phobie s'enracine dans un vécu traumatique, les approches ciblant la composante traumatique montrent une efficacité particulière. L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), reconnue par l'OMS et la HAS pour le traitement du TSPT, est également utilisée avec succès dans le traitement des phobies à composante traumatique. L'IFEMDR souligne que les stimulations bilatérales alternées (SBA) permettent de retraiter les souvenirs à l'origine de la réponse phobique.¹² Par ailleurs, une méta-analyse de Cuijpers et al. (2020) confirme que les interventions psychothérapeutiques fondées sur l'exposition et le retraitement — incluant la TCC et l'EMDR — présentent des tailles d'effet significatives dans le traitement des phobies spécifiques.¹³

Les approches fondées sur les neurosciences — dont MOSAIC — proposent un angle différent : travailler sur les sensations internes et les voies de traitement de l'information, plutôt que d'imposer une confrontation directe à l'élément phobogène.

Focus — La méthode MOSAIC pour les phobies

MOSAIC (Mouvements Oculaires et Stimulations Alternées pour l'Intégration Cérébrale) a été développée par le Dr Stéphanie Khalfa (neurosciences, Aix-Marseille). Elle s'appuie sur le Modèle Neuronal de Synchronisation Stochastique — la capacité du cerveau, via des stimulations bilatérales alternées, à synchroniser et enrichir des réseaux neuronaux.^{9,10}

Dans le traitement des phobies, MOSAIC travaille à plusieurs niveaux :

- **Entrée sensorielle (thalamus) :** en modifiant la manière dont le signal est traité dès l'entrée, on peut réduire l'activation de l'amygdale, de l'insula et du cortex préfrontal.
- **Modifications des sensations internes (insula) :** l'insula est reliée à l'amygdale, à l'hypothalamus et à la substance grise péri-aqueducale — elle régule le système nerveux autonome. Travailler sur les sensations internes permet d'agir directement sur l'intensité des réponses physiologiques de la peur.
- **Modification de la perception sensorielle :** une technique clé consiste à modifier progressivement la perception sensorielle associée à l'élément phobogène, en transformant ses caractéristiques internes. Ce recadrage sensoriel, associé aux stimulations bilatérales, aide le cerveau à créer une nouvelle association à l'objet phobique.
- **Peur d'aborder :** si l'exposition directe est trop difficile, MOSAIC permet de travailler d'abord sur « la peur de la peur » — c'est-à-dire la résistance à l'idée même de l'aborder.

Positionnement et données disponibles

Dans ma pratique, j'utilise la thérapie MOSAIC, une approche intégrative qui s'appuie sur les SBA et une orientation solutionniste. Pour les phobies spécifiquement, MOSAIC n'a pas encore fait l'objet d'études cliniques indépendantes publiées. Les données disponibles portent principalement sur le TSPT (Flatot-Blin et al., 2023).¹¹ Son utilisation repose sur les principes des SBA — dont l'efficacité est documentée dans le cadre de l'EMDR pour les troubles anxieux^{12,13} — et sur les résultats de ma pratique clinique. Un essai clinique multicentrique est actuellement en cours en France.

Différence avec l'exposition classique

L'exposition classique demande de confronter progressivement l'élément phobogène jusqu'à extinction de la réponse de peur. Elle est efficace, mais suppose une tolérance suffisante à l'inconfort.

Les approches neuroscientifiques comme MOSAIC proposent une voie complémentaire : modifier d'abord le traitement interne de l'information, ce qui peut rendre l'exposition ensuite plus accessible et moins anxiogène. Il ne s'agit pas de supprimer toute peur — mais de retrouver une relation plus ajustée à l'élément phobogène.

Vous organisez votre vie autour de cet évitement ?

Vous savez que votre peur est excessive, mais vous ne pouvez pas l'arrêter ?

Vous avez déjà renoncé à des choses importantes à cause d'elle ?

Vous vous reconnaissez dans ce qui précède ?

Cela ne veut pas dire que vous devez souffrir indéfiniment. Une première consultation permet simplement d'explorer ce qui se passe pour vous, sans engagement, à votre rythme — et sans avoir à vous exposer à quoi que ce soit sans y être prêt.

À propos de l'auteur

Florent Santamaria

Psychopraticien spécialisé en psychotraumatisme. Formé à la méthode MOSAIC (Dr Stéphanie Khalfa), à la photothérapie et en psychopathologie (EFPP, 2 ans). Supervisé.

Cabinet à Montivilliers (Le Havre). Consultations en présentiel et en visio.

Ancien enfant placé à l'ASE, Florent Santamaria a lui-même traversé quatre ans de thérapie personnelle avant de choisir d'accompagner les autres. Ce parcours nourrit un positionnement bienveillant, sans jugement, attentif à ce que les mots ne disent pas.

50+ avis Google — 5,0 / 5

"Plus de résultats en quelques séances qu'en 10 mois de thérapie avec un psychologue."

— Louise Q., avis Google vérifié

Votre peur n'est pas un défaut de caractère. C'est une réponse automatique de votre cerveau, qui peut s'apprendre à moduler.

Si vous souhaitez faire ce premier pas, je vous accueille en cabinet ou en visio.

Prendre rendez-vous : www.florent-santamaria.fr

Tapez sur Google : Florent Santamaria psychopraticien Montivilliers

Mentions importantes

Ce guide est une ressource d'information générale. Il ne remplace pas un avis médical, psychiatrique ou psychologique individualisé.

En cas d'urgence, de danger immédiat, d'idées suicidaires ou de risque de passage à l'acte, contactez immédiatement les services d'urgence (15 en France). Pour la prévention du suicide : 3114 (joignable 24h/24).

Références

1. American Psychiatric Association — DSM-5 : Phobie spécifique. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.
2. StatPearls (2024) — Specific Phobia. ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499923/
3. Wardenaar et al. (2017) — Cross-national epidemiology of specific phobia. Psychological Medicine. PMC5674525
4. NIMH — Specific Phobia statistics. nimh.nih.gov/health/statistics/specific-phobia
5. Cours MOSAIC — Dr Stéphanie Khalfa. Phobies spécifiques, phobie sociale, agoraphobie. Institut MOSAIC, Aix-Marseille.

6. LeDoux, J.E. — The Emotional Brain (1996). Voie directe thalamo-amygdalienne (12 ms) et réponse de peur conditionnée.
7. Etkin & Wager (2007) — Functional neuroimaging of anxiety. American Journal of Psychiatry. PMC3318959
8. Del Casale et al. (2012) & Linares et al. (2012) — Neuroimaging in specific phobia — hyperactivation des structures émotionnelles. Cité dans cours MOSAIC.
9. Ward et al. (2010) — Résonance stochastique et stimulations bilatérales alternées. Fondement des SBA en MOSAIC.
10. Khalfa & Poupard (2021) — MOSAIC: A New Pain-Free Psychotherapy for Psychological Trauma.
11. Flatot-Blin et al. (2023) — Clinical Efficiency and Acceptability of EMDR and MOSAIC Therapy for PTSD. Healthcare / MDPI. [mdpi.com/2227-9032/11/3/441](https://doi.org/10.3390/healthcare11030441)
12. IFEMDR — L'EMDR et les troubles anxieux : phobies et composante traumatique. Les stimulations bilatérales alternées (SBA) permettent le retraitement des souvenirs à l'origine de la réponse phobique. www.ifemdr.fr
13. Cuijpers, P. et al. (2020) — A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult anxiety disorders. Psychological Medicine, 50(4), 573-584. doi.org/10.1017/S0033291719003866