



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Entretien

## Psychologues et psychothérapies : innovation dans la recherche académique, la formation et la consultation

### *Psychologists and psychotherapies: Innovation in academic research, training and consultation*

Cyril Tarquinio<sup>a,b</sup>, Jean-Pierre Bouchard<sup>c,d,\*</sup>

<sup>a</sup> Centre Pierre-Janet, Université de Lorraine, Île du Saulcy, 57000 Metz, France

<sup>b</sup> Université de Lorraine APEMAC/EPASAM EA4360, Île du Saulcy, 57000 Metz, France

<sup>c</sup> Institut psycho-judiciaire et de psychopathologie, centre hospitalier de Cadillac, 10, avenue Joseph-Caussil, 33410 Cadillac, France

<sup>d</sup> Unité pour malades difficiles (UMD), pôle de psychiatrie médico-légale (PPML), centre hospitalier de Cadillac, 10, avenue Joseph-Caussil, 33410 Cadillac, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Centre Pierre Janet  
EMDR  
Psychothérapeute  
Psychothérapie  
Recherche

Keywords:

EMDR  
Pierre Janet Center  
Psychotherapist  
Psychotherapy  
Research

#### RÉSUMÉ

Dans cet entretien, le Professeur Cyril Tarquinio porte un regard critique sur le développement de la psychothérapie en France. Avec le titre de psychologue (clinicien), les étudiants des universités françaises deviennent de fait des psychothérapeutes. Tout se passe comme si la formation académique était en mesure de donner à ces étudiants les compétences nécessaires à l'exercice de ce métier si complexe. Dans les faits, c'est loin d'être le cas, faute de dispositifs pédagogiques adaptés, de compétences et peut-être surtout de volonté de réforme. On pourrait même dire que la plupart des universitaires ont abandonné ou ne se sont pas investis dans la formation à la psychothérapie, ce qui est problématique et doit changer. Des initiatives locales comme celle du Centre Pierre Janet à Metz constituent des illustrations de ce qu'il est possible de faire. Entre formation professionnalisante Post-Master et prise en charge des patients dans les murs de l'université de Lorraine, voilà une expérience dont il conviendrait de s'inspirer. Cela est d'autant plus vrai que le monde de la psychothérapie se transforme. De nouvelles approches comme l'EMDR ont fait leur apparition et semblent contribuer au renouveau de la discipline. C'est donc à une réflexion globale et sans concession sur la discipline et sur le devenir de la psychothérapie en France que le Professeur Tarquinio se livre.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

#### ABSTRACT

The aim of this interview with Pr. Cyril Tarquinio will be to take a critical look at the development of psychotherapy in France. With the title "clinical psychologist", students from French Universities become de facto psychotherapists. It is as if academic training would be able to teach students the necessary soft and hard skills to practice this complex work. Factually, we are far from that aim, due to a lack of adapted educational tools, soft and hard skills and perhaps above all a desire for reform. It could even be said that academics have given up psychotherapy training, which is still problematic and must change. Local initiatives such as the Centre Pierre Janet in Metz are doubtless examples of what is possible. Here is an inspiring experience, between professional Post-Master training and patients' psychotherapeutic care in University of Lorraine. That is especially true as the world of psychotherapy is changing. New approaches such as EMDR have emerged and seem to contribute to the revival of that field. So, that text proposes a global and uncompromising reflection on that field and on the future of psychotherapy.

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jean\\_pierre\\_bouchard@yahoo.fr](mailto:jean_pierre_bouchard@yahoo.fr) (J.-P. Bouchard).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.12.006>

0003-4487/© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

## 1. Introduction

En France, nous sommes dans un paradoxe saisissant en ce qui concerne l'enseignement de la psychothérapie ainsi que son exercice. D'une part, avec le titre de psychologue (clinicien), les étudiants se retrouvent de fait psychothérapeutes. D'autre part, rien de spécifique n'a été engagé dans ce domaine par la majorité des universités françaises qui, d'une certaine manière, se sont déresponsabilisées de la formation à l'exercice de la psychothérapie. Comme si être psychologue clinicien, après validation de la plupart des formations initiales passées et actuelles, impliquait de fait de disposer des compétences nécessaires pour être psychothérapeute [3,4]. À cet égard, la France est la seule en Europe à être aussi négligente en la matière. Des initiatives locales émergent néanmoins avec pour ambition de changer les choses. C'est le cas à l'université de Lorraine (site de Metz) avec la création du Centre Pierre Janet (CPJ) qui est une structure dévolue à l'enseignement et la recherche dans le domaine de la psychothérapie. Mais surtout, le CPJ est une structure accueillant des patients au sein même de l'université dans un espace dédié. Plus de 1500 consultations ont été réalisées à ce jour. Une petite révolution donc, que son fondateur, le Professeur Cyril Tarquinio, évoque dans cet entretien.

Cyril Tarquinio, psychologue, est professeur de psychologie clinique à l'université de Lorraine (site de Metz). Dans ce contexte, ses responsabilités sont nombreuses. Il est co-responsable du Master de Psychologie clinique de l'université de Lorraine, ainsi que du nouveau Parcours-Type « Psychothérapie et dimensions traumatiques » qu'il a créé de toute pièce et qui est ouvert depuis septembre 2018. Il dirige le laboratoire de psychologie de la santé APEMAC/EPAM EA4360 composé de 14 enseignants-chercheurs et de plus d'une vingtaine de doctorants. Le professeur Cyril Tarquinio est également psychothérapeute (ARS) et il exerce depuis 21 ans dans le cadre d'une activité libérale. Il a développé de nombreux dispositifs de prise en charge de l'urgence psychologique pour des groupes privés comme Cora (au niveau national), ArcelorMittal (au niveau européen) ou encore le groupe Ed (niveau national)... Mais surtout, Cyril Tarquinio est depuis 2016 le fondateur et directeur du Centre Pierre Janet, toujours au sein de l'université, qui est une structure nouvelle dédiée à la psychothérapie et pour laquelle il a recruté 12 personnes (un responsable administratif, deux gestionnaires, trois chefs de pôle, un psychologue, quatre assistants). Enfin, il est l'éditeur en chef et le fondateur avec l'AFTD (Association Francophone du Trauma et de la Dissociation) et l'ESTD (European Society of Trauma and Dissociation) d'une nouvelle revue dans le domaine du psychotraumatisme, *l'European Journal of Trauma and Dissociation*. Éditée par Elsevier, cette revue a déjà plus de deux ans d'existence. Essentiellement en langue anglaise, elle sera sous peu (en 2019) indexée. L'objectif du professeur Cyril Tarquinio et de son comité éditorial international est de venir concurrencer les meilleures revues internationales dans le domaine et d'en faire, dans les années à venir, le support éditorial de référence dans le champ de la psychopathologie du traumatisme.

## 2. Interview

**2.1. Jean-Pierre Bouchard :** *Selon vous, pourquoi est-il nécessaire d'innover dans la recherche académique, la formation et la consultation psychothérapeutique ?*

**Cyril Tarquinio :** Chaque année, lorsque nous délivrons nos diplômes de Master avec l'intitulé « Clinique », nous délivrons alors par la même occasion le titre de « psychologue clinicien » que chaque étudiant s'applique à aller faire reconnaître dans l'Agence

Régionale de Santé (ARS) la plus proche. Mais dans le même temps, et en vertu de la loi (décret du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute modifié par le décret du 7 mai 2012), ces mêmes étudiants se voient attribuer par la même occasion le titre de psychothérapeute. Cela n'a pas l'air de gêner beaucoup de collègues universitaires ! En tout cas pas ceux pour qui la psychothérapie est un concept théorique éloigné sur lequel ils ont un avis, certes, dont ils parlent aisément, mais qu'ils n'ont jamais pratiqué ! À cet égard, rappelons la quadrature du cercle à laquelle les enseignants-chercheurs de notre discipline sont confrontés. D'abord ces derniers sont prioritairement recrutés sur la base de leurs compétences scientifiques (la plupart du temps ils ne sont d'ailleurs pas psychologues, même si cela est de moins en moins plus un problème, car les Masters Recherche heureusement existent de moins en moins et de ce fait pour entrer en thèse les étudiants passent donc quasi obligatoirement par un Master professionnalisant et vont donc en stage sur le terrain...). Il faut avoir publié le plus possible, si possible dans d'importantes revues et peu importe si les contenus ont du sens ou non ; c'est la logique comptable qui le plus souvent prévaut. D'autre part, on leur demande de contribuer à la professionnalisation de leurs étudiants de Master alors qu'eux-mêmes sont la plupart du temps de purs produits de l'Université dont ils ne sont que très rarement sortis. C'est même pour certains un gage d'excellence que d'avoir pu bénéficier d'une allocation de recherche, puis d'une année d'ATER et enfin avoir été recruté comme Maître de Conférences. Tout cela sans savoir vraiment ce qui se passe à l'extérieur et sans connaître vraiment les métiers de la psychologie et de la psychothérapie, si ce n'est de manière livresque ou par le biais des stages que leurs étudiants réalisent dans le cadre de leur cursus de formation... Pour ma part, en tout cas, je suis très inquiet de cette situation ! Il est dans notre pays d'une facilité déconcertante de devenir psychothérapeute. C'est scandaleux ! Dans la plupart des pays en Europe, soit une différence est faite entre la formation des psychologues cliniciens et celle des psychothérapeutes, soit il est exigé de compléter sa formation académique post-Master par une formation complémentaire de plusieurs années (300 à 400 heures). C'est là un scandale sanitaire, car nous savons bien que dans nos formations, nous avons à peine le temps de former nos étudiants à la psychologie clinique (avec la dilution des enseignements en L1 et L2, les étudiants font souvent durant les deux premières années autant de psychologie que de matières optionnelles censées être des ouvertures en cas de réorientation), la pré-spécialisation ne débutant actuellement qu'en troisième année de licence. Ainsi, en France, nous prenons nos aises avec les patients et nous leur mettons entre les « pattes » soit des étudiants non ou mal formés, soit des professionnels (les anciens psychothérapeutes ou professionnels qui se sont empressés de contourner la loi en se rebaptisant « Psychopraticiens » ou « Psychothérapeutes hors cadre réglementé ») qui sortent d'on ne sait où et qui, la plupart du temps, ne sont pas passés par l'Université et sur lesquels nous n'avons aucun recul quant à leurs pratiques (paradoxalement la formation de ces professionnels est parfois bien plus solide et riche dans le domaine de la psychothérapie que celle de nos propres étudiants). À tort, nous avons trop souvent voulu les stigmatiser parce qu'ils n'étaient pas passés par l'Université et que, d'une certaine manière nous n'avions (nous les « sachants ») pas de contrôle sur leurs formations. Ayant eu la chance de participer aux commissions de l'ARS de Lorraine qui permettaient d'attribuer le titre de psychothérapeute à ces professionnels déjà en exercice, il faut avouer que parfois, leurs formations étaient variées et bien plus solides que celles de nos propres étudiants, voire des nôtres. (Sans doute aurions-nous aussi à apprendre d'eux !) Mais ce n'est pas tout : nous formons actuellement bien trop de psychologues dans ce pays, alors que les emplois se font rares et/ou sont mal payés. Avec un Master (Bac + 5), nos étudiants peinent à gagner

2000 euros par mois. D'ailleurs ici encore, les universités s'en moquent bien, car personne ne régle la profession. De ce fait, il est normal que nos jeunes diplômés s'empressent d'aller visser leur plaque et d'ouvrir leur cabinet dès l'obtention de leur numéro ADEL. Il faut bien manger ! Le constat est selon moi « dramatique ». J'étais favorable au texte original de la loi sur la régulation du titre de psychologue qui prévoyait 400 heures de formation complémentaire. Mais cela aurait dû s'imposer à tous les psychologues, mais aussi à tous les psychiatres et, qui plus est, à tous ceux engagés dans le champ de la psychothérapie comme les psychanalystes. À tous, il aurait fallu « imposer » une formation complémentaire dans le domaine des psychopathologies et des psychothérapies. À tous, il aurait fallu « imposer » une formation continue et une mise à jour de leurs compétences tout au long de la vie. Tous devraient faire un clinat dans des environnements dédiés (services hospitaliers, cabinet de maîtres formateurs avec des orientations variées...). À tous enfin, il faudrait « imposer » un travail de supervision de leur pratique. C'est vers une sorte de doctorat d'exercice et avec toutes ces composantes que nous devrions aller et c'est aux universités qu'il faut confier cela ! Nous sommes loin du compte et je crois que je partirai à la retraite dans 20 ans sans voir un tel projet aboutir. Nous avons nivelé la profession par le bas. C'est plus que regrettable !

Aussi, il faut que quelque chose se passe car nous ne pouvons plus accepter cette situation. Dans les faits, cela semblent servir les intérêts de ceux qui ne veulent pas que la situation leur échappe et qui ont souvent considéré que la psychothérapie n'avait qu'un substrat théorique : celui de la psychanalyse ou des TCC. Or, le champ s'est ouvert dans le domaine de la psychothérapie et les publications foisonnent. Des approches nouvelles ont fait leur apparition ces dernières années. Hypnose<sup>1</sup>, ICV, EMDR, Mindfulness, EFT, pour ne citer que les approches les plus en vogue, méritent qu'on s'y intéresse. En outre, il existe une littérature des plus convaincantes qui atteste de leur pertinence, pour ne pas dire de leur efficacité/efficience. Encore faut-il être ouvert d'esprit, ce qui dans ce domaine est loin d'être une évidence. La plupart du temps, les postures théoriques se sont transformées en idéologies. C'est le rejet *a priori* et la guerre de position qui est la règle [8,9,12,14]. Je crois que nous sommes dans un cadre idéologique lorsque nous sommes incapables de penser le monde (ici la vie psychique et sa prise en charge) en dehors des modèles qui sont les nôtres. Or, il est possible de faire de la psychopathologie sans faire référence à Sigmund Freud, Joseph Wolpe ou Aaron Beck ! Il est possible de pratiquer la psychothérapie sans avoir comme référent théorique ni la métapsychologie freudienne ni les théories de l'apprentissage. On peut penser la psychopathologie sans nécessairement convoquer les notions de structures névrotiques ou psychotiques... Tout cela est choquant ? C'est regrettable et inquiétant alors ! Rappelons que dans tous les cas, l'ambition des chercheurs et des cliniciens qui sont à l'origine de toutes ces approches théoriques et cliniques s'inscrivait dans une volonté de modéliser la complexité de ce qui s'opère chez les patients. Ces modèles doivent être envisagés comme des hypothèses en dialogue permanent avec le terrain, qui sans cesse, doivent transformer notre compréhension des conduites de nos patients, ainsi que de notre capacité à les prendre en charge. Si ces modèles et ces théories sont *in fine* si nombreux, c'est sans aucun doute parce que aucun d'entre eux n'est totalement satisfaisant en soi ou qu'il y a une part de vérité en chacun d'eux. Le plus étonnant est qu'ils sont parfois à des années lumières les uns des autres. Quoi de commun finalement entre le regard du psychanalyste, du

neurobiologiste ou celui du cognitiviste ? Sans doute pas grande chose, sauf le patient qu'ils ont devant les yeux dans le cadre de leur prise en charge et chez qui chacun est en mesure de décoder (sans difficultés) les caractéristiques cognitives, affectives et comportementales en cohérence avec les modèles dont ils sont les porteurs ! D'une même réalité clinique, chacun perçoit autre chose. Ces construits théoriques correspondent à une certaine vision du monde que les chercheurs tentent d'appréhender et de valider avec plus ou moins de succès. Voilà donc une évidence qui n'échappera à personne. Enfin, espérons-le ! Sauf que le défaut de nombreux chercheurs et cliniciens réside dans une posture de naturalisation/réification de leur modèle qui devient le prisme à travers lequel ils vont non seulement percevoir le monde et le comprendre, mais aussi agir. La naturalisation consiste à considérer que ce que l'on voit correspond à ce qui existe naturellement. Nous sommes donc « saint Thomas » en puissance qui ne croient que ce qu'ils voient. Mais nous avons oublié que ce même saint Thomas ne pouvait voir que ce qu'il était enclin à regarder et à regarder que ce sur quoi il voulait bien porter son attention ! Ainsi, le mode de compréhension qui au départ était un construit simplifié (parce que le monde tel qu'il est bien trop difficile à saisir), une découpe pour rendre la réalité psychique opérationnelle et intelligible est devenue d'un seul coup réalité... Nous faisons fausse route. Personnellement, je me souviens d'une soirée à Amsterdam dans le cadre d'un congrès organisé par EMDR-Europe où, préoccupé par ce questionnement, je me livrais à une petite expérience. Je demandais à plusieurs confrères attablés qui avaient dans leur patientèle des cas de patients dissociés (au regard de la théorie structurelle ?). Plus de la moitié leva la main afin de confirmer le nombre grandissant de ce type de patients. Quelle ne fut pas ma surprise lorsque je demandais ensuite qui, parmi les personnes présentes, avait suivi une formation sur la dissociation structurelle. Les mêmes que précédemment levèrent la main... Que faisons-nous ? Que voyons-nous ? Ne sommes-nous pas enclins à tordre notre clinique afin de la faire entrer dans les convictions théorico-cliniques qui nous habitent à un moment et moins à un autre de notre parcours ? D'obédience psychanalytique ou cognitivo-comportementale, nous serions conduits à voir chez les mêmes patients non pas ce qu'ils sont mais une mise en mouvement des théories et des modèles qui nous portent et qui nous ont façonnés. Une évidence certes, mais quelle responsabilité avons-nous alors ! Cela détermine nos choix thérapeutiques mais aussi la manière dont le patient lui-même se perçoit. Car ne l'oublions pas, pour poursuivre avec nous sur le chemin de la prise en charge psychothérapeutique, les patients doivent plus ou moins explicitement intérioriser non seulement les théories psychopathologiques qui sont celles de leurs thérapeutes, mais également les théories qui guident ces derniers pour mobiliser, justifier et mettre en œuvre telle ou telle prise en charge (EMDR, TCC, ICV, thérapie de soutien, hypnose...). Certains peuvent traiter des victimes sans jamais y voir de traces d'une quelconque dissociation ou, à l'inverse, de conflits psychiques.

Ne constatons-nous pas qu'avec le temps, certaines pathologies disparaissent et que d'autres apparaissent ? Peut-être que le temps n'y est pour rien et qu'à l'inverse, ce sont nos théories et nos modèles qui génèrent les points aveugles à géométrie variable qui influencent notre clinique. Où sont passés les hystériques du XIX<sup>e</sup> et du XX<sup>e</sup> siècle qui saturaient la littérature ? Envolés ? Sans doute que non. Nous ne les voyons plus, ou plutôt, nous voyons autre chose. Les modèles ne sont-ils pas détournés de leur but initial (être des hypothèses) pour devenir des représentations simplifiées et grossières, figées, préconçues, déformées et imprécises d'une réalité clinique que, sans nous en rendre compte, nous reconfigurons et réorganisons pour la mettre en adéquation avec lesdits modèles ? Engagés dans nos recherches, certains parfois de disposer du modèle idéal, prenons garde de ne pas tomber dans des

<sup>1</sup> L'histoire est facétieuse, quand j'étais étudiant mes maîtres de l'époque avaient pris soin de nous rappeler argument à l'appui que l'hypnose n'avait pas de raison d'être. Rejetée par Freud, il a fallu attendre ces 20 dernières années pour que cette approche s'impose à nouveau et montre tout son intérêt.

travers plus idéologiques que scientifiques. Prenons garde de rester humbles et de maintenir un doute épistémologique qui s'impose en psychologie clinique plus qu'ailleurs encore. Prenons garde de rester modestes quant aux théories et aux modèles auxquels nous adhérons. Ils ne sont que des visions du monde et de la clinique, des montages théoriques, des prismes qui organisent notre vision et notre conception de ce que sont les patients. À cet égard, n'avez-vous pas remarqué que les tenants de la plupart des obédiences théoriques, qui parfois s'ignorent l'une l'autre, sont en mesure d'agir efficacement dans leur prise en charge psychothérapeutique ? Curieux, non ? Alors, que valent nos théories si certains, tout en en faisant l'économie, sont en mesure d'obtenir des résultats cliniques et psychothérapeutiques satisfaisants à partir de conceptions différentes voire sans la moindre conception ? Le débat doit s'ouvrir et c'est dans cette perspective que nous devrions former les futures générations de psychothérapeutes. La dispute théorique, le doute, le questionnement sont les meilleurs remèdes contre le dogme et les instruments d'une véritable posture scientifique. Popper (1981) [15] parle régulièrement de conjectures ou d'hypothèses pour qualifier les théories scientifiques. Lors d'une conférence, il alla jusqu'à soutenir que « l'on avait supposé, à tort, que la connaissance scientifique était une forme de connaissance », alors qu'elle est seulement hypothétique. Cela fit rire l'auditoire. Il fait allusion à l'évolution constante du savoir scientifique. Ne prenons pas le risque d'avoir envie de rire de Popper ! Or c'est bien à cela que nous sommes confrontés dans notre domaine, avec des modèles qui depuis plus d'un siècle n'ont pour ainsi dire pas bougé d'un centimètre et qui sont appris et enseignés avec la même dévotion. Étonnant, non ?

Il est aussi très important de développer la recherche dans le domaine de la psychothérapie. En France, nous avons un retard certain ! Mais il ne faut pour autant pas tomber dans le piège d'un « scientisme » exacerbé. Il ne convient pas seulement de développer une recherche fondamentale et de considérer que la validation de telle ou telle approche psychothérapeutique doit passer par le seul prisme des Études Contrôlées Randomisées (ECR). De telles méthodologies ont leur intérêt (j'ai plusieurs dispositifs en cours au sein de mon laboratoire), mais elles restent néanmoins réductrices et limitées quant à leur portée heuristique. Le drame des sciences humaines est de vouloir faire science, comme les autres disciplines. À vouloir gagner en cohérence interne, nous avons fait le deuil du sens. Nos objets sont d'une complexité toute particulière. En effet, *toutes choses étant égales par ailleurs*, on montre que telle méthode permet la réduction des scores de dépression ou de troubles anxieux ou encore l'amélioration d'un score de qualité de vie. Fort bien ! Mais dans la vraie vie, dans les vrais cabinets de consultation, lorsque l'on prend en charge de vrais patients (non sélectionnés en fonction des critères d'inclusion), rien n'est jamais égal par ailleurs. Il est donc impossible de transposer les résultats obtenus avec ces études dites scientifiques à la pratique de la psychothérapie telle qu'elle se déroule au quotidien. Les ECR ne savent ni prendre en compte ni évaluer la complexité. D'où leur démarche réductionniste. Or, la psychothérapie est un dispositif complexe et multi-déterminé que l'on ne peut réduire à deux ou trois variables indépendantes. Il convient donc de développer de nouvelles méthodologies d'évaluation susceptibles de saisir cette complexité et non la réduire ou l'escamoter [21]. C'est là un défi pour la recherche et les chercheurs du domaine. Il faut cesser de publier des évidences qui montrent que telle approche est meilleure que telle autre ou qu'un groupe témoin, sans comprendre ce qui est en jeu et sans donner de véritables explications. À quoi sont dues ces différences ? Quels sont les principes actifs mobilisés ? Quels sont les leviers communs à toutes les psychothérapies, voire aux approches moins académiques qui existent dans l'environnement social, mais qui ne sont

pas qualifiées de psychothérapie et qui pourtant ont des effets positifs sur les patients (magnétisme, spiritualité, microkinésithérapie... voire certaines pratiques ésotériques) ?

Il faut aussi revoir notre manière d'enseigner la psychothérapie. Je ne pense pas que cela puisse s'opérer dans le cadre de Cours Magistraux ou de Travaux Dirigés. C'est une aberration ! J'ai toujours été complètement insatisfait de la situation antérieure que j'ai moi-même connue en tant qu'étudiant et que j'ai appliquée ces dernières années au sein de mon université. Cela consistait à proposer des enseignements de licence, master et doctorat dans le champ des psychothérapies sans disposer de moyens suffisants pour montrer le métier et le transmettre. Je dirais presque pour le transmettre « de la main à la main », expliquer ce que l'on fait avec un patient et pourquoi. Justifier nos choix thérapeutiques et nos attitudes. Expliquer autant que faire se peut nos échecs ! En France, nous avons confié l'enseignement et la transmission de la psychothérapie à d'autres (les stages, l'engagement personnel dans une psychothérapie, les associations professionnelles diverses et variées qui défendent telle ou telle école de pensée, etc.). Nous, universitaires, avons tacitement accepté le principe qu'il était normal que la psychothérapie n'ait plus sa place à l'Université, en tout cas, plus une place centrale. Certes, les compétences de base sont développées chez les étudiants (le soutien, l'écoute, le travail sur le lien thérapeutique, etc.). Je pense qu'il faut inverser le mouvement et qu'il est impératif de nous réapproprier l'enseignement de la psychothérapie (voire des psychothérapies) et de contribuer à sa diffusion et à son évolution. L'Université doit redevenir un lieu central dans ce domaine. Il nous faut ouvrir la porte des cabinets pour y amener nos étudiants et leur montrer comment se passe une psychothérapie. Il faut leur montrer que les théories et les guides méthodologiques sont souvent insuffisants et que la plupart du temps il faut faire preuve d'inventivité et de créativité. Il faut leur faire comprendre et admettre qu'il ne faut pas tordre les patients pour les mettre en conformité avec nos théories mais qu'à l'inverse, il faut « faire la peau » de nos théories pour les mettre en phase avec la complexité de la clinique. Il faut donc que l'Université devienne un lieu de soin qui accueille des patients, et que l'on puisse convaincre des professionnels de haut niveau de nous accompagner dans ce challenge. Il faut aussi que les universitaires se confrontent eux-mêmes à la clinique et à la pratique de la psychothérapie. Encore une fois, la recherche et la pédagogie hors sol doivent faire place à l'expertise et à l'expérience. Un équilibre doit urgemment être trouvé qui ne doit pas seulement être compensé par les contributions de chargés de cours extérieurs qui sont des professionnels avérés, mais, dans le domaine de la psychologie clinique et de la psychothérapie, par une expérience de terrain plus solide des enseignants-chercheurs. Ici encore, nous n'y sommes pas !

2.2. J.-P. B. : *Comment le Centre Pierre Janet (CPJ) porte-t-il cette volonté d'innovation ?*

**CT.** : Au regard de ce que j'ai dit précédemment, il s'agissait en premier lieu pour moi de rétablir à sa juste place l'un des plus éminents cerveaux de la psychologie mondiale injustement traité : Pierre Janet. Rappelons que ce dernier a commencé sa carrière scientifique de philosophe, psychologue et psychothérapeute avant celle de Sigmund Freud et l'a exercée plus longtemps que ce dernier. Paradoxalement, tous ses travaux sur la psychopathologie et la psychothérapie des névroses ont de plus en plus été éclipsés par la psychanalyse qui connut un succès bien plus grand. Élisabeth Roudinesco (1994) [18] écrit, dans son *Histoire de la psychanalyse* : « Son œuvre sert de fourre-tout et sa place n'est nulle part. » Le temps de la reconnaissance semble enfin venu. En fait, Pierre Janet est très connu à l'étranger. Et il existe des spécialistes de ses travaux en France comme Isabelle Saillot ou encore Louis Crocq. D'éminents

chercheurs étrangers comme Onno van der Hart [22] aux Pays-Bas se sont appuyés sur ses contributions pour développer l'une des théories psychopathologiques les plus en vogue et sans doute la plus riche du moment dans le domaine du psychotraumatisme : la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. Les idées théoriques et les observations cliniques de Pierre Janet font l'objet, sur le plan international, d'une approche nouvelle qui n'est plus seulement historique mais qui vise à enrichir la pratique clinique [6]. Le travail de Pierre Janet est d'abord celui d'un scientifique. En ce sens, il est bien moins spéculatif que celui de Freud. On peut le considérer comme un précurseur en France de la psychologie médicale et clinique. Janet disposait d'une grande expérience clinique. Il était à la fois un théoricien, un chercheur et un clinicien hors pair préoccupé par le soin et le traitement de ses patients. C'est au fil des quelque 5000 observations minutieuses prises de sa main que Janet a en effet élaboré ce qu'il appelait sa « méthode du stylographe ». Cette méthode consistait à être à l'écoute du malade, à prendre des notes détaillées, à étudier ses conduites, dresser une biographie minutieuse et combler les blancs de façon inlassable. Ce sera l'origine de la « méthode de l'analyse psychologique » que l'on doit donc à Pierre Janet, méthode qui permet de procéder à une véritable analyse psychologique de chaque cas et de donner tout son sens au symptôme. Janet était tellement méticuleux dans sa prise de note qu'on l'appelait le « Docteur Crayon » !

Le Centre éponyme que nous avons mis sur pied à Metz (<http://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr>) s'inscrit dans une totale filiation à Pierre Janet. Une approche scientifique, un questionnement épistémologique, la pratique de la clinique en vrai, sa transmission et la volonté de faire avancer la qualité du soin psychologique. Comme Janet, à côté de la recherche de lois générales, nous avons un but et une finalité idiographique se rapportant au cas particulier. La nouveauté est que nous nous sommes donné les moyens au sein d'une université française pour porter ces deux objectifs de manière articulée, ce qui n'était pas possible jusque-là !

Nous nous rapprochons de Janet dans notre conception même de la psychopathologie. Nous considérons comme lui que la plupart des patients ont été handicapés dans leur développement. Qu'ils sont prisonniers d'un obstacle, qui peut être l'expression d'un conflit psychique qu'ils ne parviennent pas à surmonter. Un événement traumatique, ou plusieurs événements, les met dans une situation à laquelle ils sont obligés de réagir, c'est-à-dire à laquelle ils doivent s'adapter soit par un changement dans leur environnement, soit en eux-mêmes ; selon Janet : « Or, ce qui caractérise ces malades "accrochés", c'est qu'ils n'ont pas liquidé la situation difficile. » C'est là l'enjeu de toute prise en charge psychothérapeutique et la conception de base à partir de laquelle nous pensons le rapport au sujet. Au début est le traumatisme, et celui-ci ne relève en rien du fantasme.

Le Centre Pierre Janet est devenu un service autonome de l'université de Lorraine. Son statut va encore évoluer. Il est important de comprendre que le Centre Pierre Janet est un dispositif qui fonctionne sur fonds propres ! C'est parfois difficile à comprendre lorsque l'on est universitaire et fonctionnaire (et parfois à accepter... surtout ne pas se compromettre avec le privé... ne surtout pas asservir la recherche aux attentes sociales ou à celles d'éventuels financeurs... J'ai tout entendu. Mais j'ai surtout attendu plusieurs années durant, en tant que directeur de laboratoire et de Master, que des fonds suffisants puissent « tomber du ciel » pour financer un renouveau de l'Université dans le domaine de la psychothérapie. Dieu a fait la sourde oreille et j'ai décidé de prendre mon destin de professeur en main !). Je suis allé cinq années durant à la recherche de fonds nécessaires, qu'ils soient publics ou privés, pour initier le démarrage du Centre Pierre Janet. Ce ne fut pas une mince affaire, car il a fallu convaincre tous nos partenaires de la pertinence du projet. Le budget initial de CPJ-1 est de plus de 5 millions d'euros. C'est-à-dire que jusqu'en 2020 les recrutements (12 personnes) et les projets de

recherche sont financés. Ensuite, c'est CPJ-2 qui débutera à partir de 2021. Il s'agira alors de générer suffisamment d'activités (psychothérapie, formation, recherche, ce qui a déjà commencé) pour parvenir à l'équilibre financier. Ce sont les consultations, les formations et l'activité de la plateforme de soutien méthodologique à la recherche qui devront financer le fonctionnement du Centre Pierre Janet. Pour CPJ-1, je suis allé partout en France rencontrer des mutuelles, des assurances et des banques, mais aussi des entreprises. Il s'agissait également de rencontrer tous les acteurs publics de notre région. Les membres fondateurs du centre Pierre Janet sont les groupes nationaux comme la MGEN, le groupe de supermarchés Cora, la banque BPALC, l'Association Thionvilloise d'Aide aux Victimes, la Fondation Vincent de Paul... Ils ont été convaincus. Mais il s'agit aussi d'organisme comme la Ligue Nationale contre le Cancer qui est un partenaire privilégié, fidèle et soutenant (nous avons commencé un travail avec la ligue départementale de la Moselle qui a été moteur pour ce projet !). Les pouvoirs publics comme la région Grand-Est, le Conseil départemental de la Moselle, Metz-Métropole, sont parmi les membres financeurs du Centre Pierre Janet, sans oublier l'université de Lorraine et son président Pierre Mutzenhart qui fut convaincu dès le début par le projet et qui, au quotidien avec tous les services de l'université de Lorraine, nous aide et nous soutient ! Il convient aussi de ne pas oublier la considérable contribution de l'Europe et des fonds FEDER. L'université de Lorraine a mis à notre disposition des locaux qui d'ici 2020 représenteront près de 1000 m<sup>2</sup> pour les différentes activités du Centre Pierre Janet. On le voit, l'engagement institutionnel est fort. Pour la petite histoire, le parrain du Centre Pierre Janet est Boris Cyrulnik qui, alors qu'il ne me connaissait pas, m'a accueilli chez lui à Toulon toute une journée afin que je lui explique le projet du CPJ. Il fut emballé et accepta de suite de nous faire l'honneur de son parrainage.

Le Centre Pierre Janet s'inscrit dans une reconnaissance de toutes les orientations psychothérapeutiques ou démarches dont l'objet est le mieux être psychologique des patients. Les approches proposées restent néanmoins ancrées dans le contexte de la recherche académique. La prise en charge psychothérapeutique proposée dans le cadre du CPJ ne se limite pas aux méthodes, aux techniques et aux théories classiquement identifiées dans le domaine de la psychothérapie. Le positionnement du CPJ est fondamentalement intégratif et ouvert sur toutes les disciplines (donc également en dehors de la discipline qu'est la psychologie : les effets de la nutrition, de la pollution, de l'activité physique sont des illustrations de ce qu'il convient aujourd'hui de prendre en compte dans une prise en charge globale des patients. La phytothérapie, l'homéopathie ou la mobilisation de la sophrologie et autres approches sont autant de contributions qu'il convient d'intégrer dans une vision moderne de la psychothérapie) susceptibles d'apporter des éléments novateurs qui permettraient de faire avancer les connaissances dans le domaine de la psychothérapie et d'améliorer la prise en charge des patients. Une telle position est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique des techniques et des approches théoriques. Le psychologue et/ou psychothérapeute qui intervient au Centre Pierre Janet se doit donc d'être ouvert, curieux et bienveillant sur l'évolution du métier. Sa posture épistémologique consiste à donner la priorité à la clinique et à la qualité du soin qu'il propose. Il est conscient que les théories et les modèles ne sont pas des dogmes mais bien des hypothèses qu'il convient de ne pas réifier. C'est la condition même de l'ouverture à une pensée complexe qui se doit d'articuler les modèles et les théories en les mettant en dialectique, pour mieux en cerner les limites, voire les abandonner si elles s'avèrent non pertinentes.

Nous accueillons à ce jour environ une trentaine de psychothérapeutes sur le site du Saulcy à Metz. Chacun consacre une demi-journée ou deux par semaine à la prise en charge au Centre Pierre Janet. Tous sont psychothérapeutes ARS et ont plusieurs spécialités à leur actif (TCC, ICV, EMDR, approche systémique...).

S'ils collaborent avec le Centre Pierre Janet, c'est surtout parce que le projet leur parle et qu'ils ont envie d'évoluer grâce à la recherche et aux activités théorico-cliniques du CPJ. Mais avant tout, ils donnent de leur temps pour relever le défi d'une transformation du métier et du renouveau de la formation des étudiants. Depuis l'ouverture du CPJ, nous avons réalisé plus de 1 300 consultations (en 12 mois). Les patients règlent leur consultation comme ils le feraient chez un psychologue en ville. Et c'est sur cette base (charges du CPJ déduites-33 %) que les psychologues sont rémunérés. Donc quand ils travaillent au Centre Pierre Janet, ils gagnent moins que s'ils restaient dans leur cabinet. Nous avons également créé un réseau départemental de psychologues qui, sur tout le territoire de la Moselle, permet à tous les patients d'être accueillis à proximité de leur domicile avec les mêmes principes et les mêmes exigences que sur le site de l'université. Les psychologues qui interviennent au CPJ ou au sein de notre réseau signent tous une charte qui les engage notamment à :

- participer aux programmes de recherche du CPJ et à inclure des patients dans différents programmes scientifiques ;
- suivre les cycles de supervision que nous proposons qui sont assurés par des spécialistes au niveau national ou international, dans le domaine de la prise en charge des adultes, des enfants, des adolescents, des familles, des couples. Mais aussi dans le cadre d'approches plus spécialisées comme la thérapie familiale ou la thérapie EMDR ;
- participer à des séminaires cliniques dans le domaine de la prise en charge des malades chroniques, des victimes d'attentats, des troubles sexuels ;
- accueillir les stagiaires de M1, M2 ou doctorats dans le cadre de leur consultation psychothérapeutique afin de les encadrer et leur montrer comment ils travaillent avec leurs patients (avec l'accord de ces derniers). Un système de vitre sans tain sera sous peu disponible ;
- de tester avec nous les innovations techniques, méthodologiques et techniques dans le domaine de la psychothérapie.

L'état des lieux que l'on peut faire en matière d'offre de soins psychothérapeutiques est qu'elle reste pour le moins limitée. Il existe un vide entre un secteur public surchargé et un secteur libéral non remboursé et souvent trop coûteux pour un public ayant des ressources financières limitées. Il était essentiel que le Centre Pierre Janet puisse s'inscrire dans une démarche citoyenne pour permettre aux plus démunis de bénéficier de l'expertise des professionnels du CPJ et ainsi bénéficier de soins de haut niveau, le tout sans discrimination financière. Pour ce faire, je suis allé à la rencontre de mécènes en leur disant : « Vous financez le football et le handball, c'est très bien, mais je vous propose de financer aussi la santé des plus pauvres. Certaines personnes ont besoin de soins psychiques et n'ont pas les moyens d'aller dans les cabinets libéraux. Eh bien, achetez de la consultation *a priori* et nous, nous la distribuerons aux plus démunis. » J'ai donc créé le concept de « consultation suspendue<sup>©</sup> » (inspiré du café suspendu né dans les années 1950 à Naples en Italie). Une consultation est dite suspendue parce qu'elle est prépayée par les mécènes. Elle se trouve mise en « suspens » en attendant d'être proposée à un patient qui consultera au Centre Pierre Janet au sein du réseau du CPJ. Ceci peut se faire soit à son initiative, soit à l'initiative des associations partenaires du Centre Pierre Janet (associations caritatives, associations d'aides aux victimes, etc.). Comme la Fondation de l'université de Lorraine permet aux entreprises d'obtenir des abattements fiscaux (-66 %), tout le monde s'y retrouve. Par ailleurs je suis allé voir la Ligue contre le Cancer en Moselle, qui achète chaque année pour près de 50 000 euros de « consultations suspendues ». Et dans le contexte très spécifique du cancer, tous les malades ont depuis 2018 la possibilité de bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique gratuite tout au long de la

maladie au sein du Centre Pierre Janet et de soin du réseau, sans avoir rien à déboursier de leur poche. C'est une première. Ainsi, tous les malades du cancer en Moselle (57) peuvent depuis l'année dernière bénéficier d'une prise en charge psychologique gratuite au sein du dispositif Centre Pierre Janet. Ainsi, l'université est non seulement là pour promouvoir le développement des savoirs, ainsi que leur diffusion, mais aussi pour permettre que le plus grand nombre y ait accès sans discrimination sociale. Je suis très fier de cette mesure ! C'est un engagement citoyen fort pour nous, par lequel nous souhaitons inscrire le CPJ dans la vie de la société, en mettant à la disposition des citoyens les plus modestes ou les plus en difficultés les avancées les plus récentes de la science, dans le domaine des psychothérapies et des prises en charge nonmédicamenteuses.

Trois pôles structurent le CPJ. En plus du pôle Consultation dont nous venons de parler, le Pôle Recherche et le pôle Formation sont essentiels. La collaboration permanente et soutenue des équipes des trois pôles permet une réflexion, une synergie, une dynamique forte des activités du CPJ.

Le Pôle Formation : il a pour ambition de développer des diplômes (actuellement 10 diplômes sont ouverts et leur nombre sera porté à 12 en 2019 – Sexologie, EMDR, psychologie positive, psychotraumatisme, ETP. . .) en adéquation avec les évolutions de la recherche académique dans le domaine de la prise en charge psychologique. Le pôle fonctionne également en adéquation avec les services de l'UFR SHS et en appui avec les enseignements des Masters de psychologie. Le Pôle Formation du CPJ a pour mission la transformation des savoirs de la recherche en diplômes d'université (formation de un à trois ans) ou formations plus courtes (quelques jours). Il s'agit de développer une véritable ingénierie de la formation en prise directe avec la recherche et en phase avec les demandes des professionnels de terrain. Cela donne lieu d'ailleurs à la création de nombreux dispositifs de formation sur-mesure.

Le Pôle Recherche : il est envisagé comme une infrastructure de recherche mise à la disposition des chercheurs pour y réaliser leurs projets dans le domaine de l'évaluation des prises en charge psychothérapeutiques. Le Pôle Recherche n'est pas un laboratoire, mais une plateforme méthodologique d'aide aux structures de recherche en SHS. Le Pôle Recherche, par ses compétences méthodologiques et épidémiologiques, a pour ambition d'intervenir et de promouvoir différents types de recherche. Il s'agit notamment de :

- Développer une ingénierie de la recherche compatible avec les objets relatifs au domaine de la prise en charge des personnes confrontées à la maladie chronique et aux situations pathogènes. Il s'agira de soutenir les projets de recherche de la conception à la publication des résultats en passant par la mise en œuvre grâce au recrutement d'épidémiologistes/méthodologistes qui sont à même d'accompagner les chercheurs.
- Mettre à la disposition de tous les laboratoires en Sciences Humaines et de tous les chercheurs de l'université de Lorraine intéressés par la problématique du CPJ, une plate-forme méthodologique offrant la possibilité de monter en commun des projets de recherche conformes aux canons scientifiques et réglementaires (loi Jardé) nécessaires pour la recherche et l'obtention de financements extérieurs.

2.3. J.-P. B. : *Comment expliquez-vous l'important développement de l'exercice de la psychothérapie par « Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires » (Eye Movement Desensitization and Reprocessing/EMDR) ?*

C.T. : C'est à Francine Shapiro que l'on doit la découverte et le développement de la psychothérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ou, en français, « désensibilisation

et retraitement par les mouvements oculaires »). Cette découverte se fit un peu par hasard en 1987 [19] : alors qu'elle se promenait dans un parc, elle s'aperçut, en suivant des yeux un vol d'oiseaux et en opérant des mouvements oculaires latéraux, que les pensées négatives qu'elle avait à l'esprit quelques minutes auparavant s'étaient transformées et que leur charge émotionnelle était devenue moins intense. Si les souvenirs ou les pensées ne disparurent pas de sa conscience, c'est bien leur charge émotionnelle négative qui peu à peu sembla s'atténuer, jusqu'à disparaître totalement. Shapiro poursuivit cette expérience par des mouvements oculaires rapides en pensant simultanément à des souvenirs pénibles. Puis elle appliqua la même expérience à des amis et collègues volontaires. Elle leur demanda de se concentrer sur un aspect de leur vie passée (brimades ou humiliations qui pouvaient encore les perturber) et, simultanément, de porter leur attention visuelle sur le mouvement de va-et-vient latéral qu'elle opérait avec ses doigts : il s'agissait de « répliquer » la situation qu'elle avait elle-même vécue dans ce parc quelque temps auparavant. Au fil du temps, le protocole EMDR a évolué pour devenir de plus en plus sophistiqué. Il repose sur une conception encore en élaboration, baptisée « modèle de Traitement Adaptatif de l'Information » (ou modèle TAI). Ce modèle repose sur l'idée d'un système de traitement de l'information chargé de l'assimilation et de l'intégration des divers aspects d'une expérience (somatiques, sensoriels, cognitifs, comportementaux et émotionnels). Dans des conditions hautement stressantes telles que des événements traumatiques, ce système se déséquilibrerait, entravant ainsi l'intégration de l'expérience dans la mémoire autobiographique. Les perceptions initiales seraient alors stockées sous leur forme initiale avec les distorsions provoquées par le niveau élevé de stress.

Depuis la fin du xx<sup>e</sup> siècle, la psychothérapie EMDR est reconnue par de nombreux services nationaux de santé mentale, organisations professionnelles et instances internationales (en France, la Haute Autorité de Santé, l'INSERM (2004)... ; aux États-Unis, le puissant *Department of Veterans Affairs* (2004) [7], l'*American Psychiatric Association* (2004) [1]... ; l'OMS (2013)... ) comme un traitement efficace dans la prise en charge du psychotraumatisme (en fait, Trouble de Stress Post-Traumatique, ou État de Stress Post-Traumatique dans les anciennes classifications). Les nombreuses recommandations et plusieurs méta-analyses (Bisson & Andrew, 2007) [2] indiquent que les effets thérapeutiques obtenus par la psychothérapie EMDR dans la prise en charge et le traitement de l'état de Stress Post-Traumatique (ESPT) sont équivalents à ceux des thérapies cognitives et comportementales (TCC) les plus étudiées, et sont aussi durables. Par exemple, la méta-analyse de Bradley et al. [5], qui concernait vingt-six études portant sur la prise en charge de l'ESPT, a montré que la thérapie par l'exposition, la thérapie cognitivo-comportementale sans exposition, la thérapie cognitivo-comportementale avec exposition et la psychothérapie EMDR étaient équivalentes en termes d'efficacité lorsque l'on compare l'état des participants avant et après traitement. Ces modalités de traitement ont aussi une efficacité équivalente lorsqu'elles sont comparées à un groupe contrôle ou à un groupe de comparaison qui reçoit un traitement de soutien. Même si son intérêt est indéniable, nous sommes bien loin d'une psychothérapie EMDR qui damerait le pion aux autres psychothérapies dans tous les domaines. Cependant, il faut bien dire que les résultats obtenus sont impressionnants et que les patients ne s'y trompent pas. Ils sont de plus en plus informés. Ils viennent d'ailleurs souvent en consultation avec une idée précise de ce qu'ils souhaitent faire (ils n'ont pas toujours raison). Charge à nous de leur expliquer que les choses ne sont pas toujours aussi simples. Dire que l'EMDR (ou une autre thérapie) est efficace n'a d'ailleurs pas beaucoup de sens. C'est comme dire que l'aspirine est efficace. C'est un non-sens si on en reste là. L'aspirine est efficace

dans la prise en charge des maux de tête par exemple ou lorsque l'on souhaite fluidifier le sang d'un patient à risque cardiovasculaire. Pour la prise en charge du diabète ou du cancer, c'est une molécule totalement inefficace (*a priori*). Il en va de même pour la psychothérapie ! De plus en plus, nous avons des indications d'usage qu'il convient de préciser et de circonscrire. C'est le cas de l'EMDR qui est redoutable dans la prise en charge des troubles réactionnels et très utile dans une prise en charge intégrative de certains patients. Pour le reste, il ne semble pas que cette approche soit efficace pour tous les maux... cela se saurait.

Ainsi, si la question de l'efficacité de l'EMDR dans le domaine de la prise en charge du Trouble de Stress Post-Traumatique s'est éclaircie grâce au développement d'études contrôlées randomisées, on ne peut que constater une augmentation de l'utilisation de l'EMDR dans de nombreux autres domaines (potentialisation des ressources et des forces, phobies, trouble panique, estime de soi, deuil, dysfonction sexuelle, douleur chronique, maladies chroniques, etc.). Paradoxalement, s'il existe un véritable engouement à découvrir de nouveaux domaines d'application de cette approche, on ne peut que regretter le manque de travaux qui, comme pour le TSPT, apporteraient des preuves scientifiques tangibles susceptibles de faire de l'EMDR une indication psychothérapeutique. Les nombreuses publications laissent entrevoir que les pistes de développement de l'EMDR peuvent être plus larges et plus riches que celles du seul TSPT [20].

Bien que l'EMDR soit une approche psychothérapeutique récente, elle porte beaucoup d'espoirs. Mais de nombreuses questions restent en suspens quant à son mode de fonctionnement. À vrai dire, ces questionnements vont bien au-delà de la psychothérapie EMDR et concernent en fait toutes les psychothérapies [20]. C'est là l'intérêt de cette approche pour laquelle tout reste à découvrir quant à ces mécanismes d'action. Certains voudraient nous faire croire qu'elle peut tout pour tout et que tout est expliqué, ce qui est totalement faux [16], alors qu'en même temps, elle apporte une véritable plus-value psychothérapeutique. Pour ma part, son utilisation a changé ma manière de pratiquer la psychothérapie et je suis certain qu'elle va dans les années à venir devenir un socle *a minima* pour tous les psychothérapeutes.

2.4. J.-P. B. : *Quel nouveau panorama des psychothérapies se dessine-t-il en France ?*

C. T. : Il est difficile pour moi de répondre à une telle question. Cependant, force est de constater que les attentes des patients changent. Nous sommes dans une société et dans une époque qui manquent de psychologie (pas de psychologues, il y en a trop). La souffrance psychique est presque inhérente à notre époque. D'un côté de l'échiquier social, certains souffrent de trop travailler, alors que de l'autre, on souffre de ne pas avoir de travail ! Nous n'avons jamais été autant connectés et en même temps beaucoup se plaignent d'être seuls dans la vie face aux épreuves. Ce qui a changé, c'est que l'on franchit plus facilement qu'avant la porte des cabinets de consultation. Ce n'est plus une activité réservée à une élite, même si les tarifs sont malheureusement encore prohibitifs parfois et que le remboursement dépend du plus ou moins grand engagement des mutuelles (on entend parler ici ou là d'expérimentations qui conduiraient au remboursement par la Sécurité sociale, mais cela reste encore à préciser, notamment en ce qui concerne le montant du remboursement). Quoi qu'il en soit, les patients veulent des résultats et ne sont plus prêts à attendre des « lustres » pour que la prise en charge transforme quelque chose chez eux (cela n'est pas évident car on sait bien qu'il y a des problématiques qui nécessiteront beaucoup de temps, voire qui ne pourront que difficilement aboutir). Mais plus que tout, les patients ne souhaitent plus être confrontés à un thérapeute passif qui ne s'engage pas totalement dans le processus psychothé-

peutique et qui laisserait en outre entrevoir que l'échec versus réussite de la psychothérapie ne dépendrait que de l'engagement ou des défenses du patients. On somme les psychothérapeutes d'être proactifs, d'expliquer ce qu'ils font et de ne plus s'enfermer et se cacher derrière un jargon mystérieux et incompréhensible. Enfin, les demandes de psychothérapie ont changé. On vient de plus en plus consulter pour des maux qui auraient pu être considérés comme triviaux il y a de cela quelques années. Le deuil par exemple est un motif de consultation de plus en plus important. Des souffrances qui par le passé étaient prises en charge socialement et familialement ne le sont plus. C'est une évolution récente qui montre combien aujourd'hui les personnes se sentent seules parmi les autres. La consultation de « souffrance au travail » est aussi un motif de plus en plus fréquent de consultation. Les individus ont le sentiment de perdre de plus en plus leur vie en allant la gagner et ils en souffrent. Il convient alors de répondre non seulement sur le plan individuel, mais il faut aussi comprendre dans quel contexte organisationnel et de travail se trouvent ces patients. Les demandes de psychothérapie positive se font aussi de plus en plus nombreuses. Les patients ne consultent plus seulement parce qu'ils vont mal, mais parce qu'ils vont bien et qu'ils voudraient que cela dure, voire pour aller mieux. À cet égard, les apports de la psychologie positive dans ce domaine peuvent enrichir le spectre d'action et d'intervention du psychothérapeute. On voit aussi arriver de plus en plus de demande de consultation au domicile. C'était une activité jusque-là sporadique mais qui se développe de plus en plus et qui demande d'ajuster le cadre de nos interventions. La question sexologique aussi vient bousculer des pratiques psychothérapeutiques qui pendant longtemps avaient mis ces dimensions de côté. Ces nouvelles demandes obligent les psychothérapeutes à mieux se former dans les domaines relatifs à la psychologie du sujet normal ou pathologique. Mais il est de plus en plus impératif de disposer de méthodes d'intervention et de prise en charge qui ne se limitent pas à la seule parole. La Mindfulness, l'hypnose, les TCC, l'EMDR ou d'autres encore s'avèrent nécessaires et utiles. D'autant que des mouvements théoriques nouveaux font leur apparition. C'est le cas, comme nous l'avons déjà évoqué, de la dissociation traumatique qui redonne une centralité au traumatisme dans la psychopathologie. C'est une approche qui sur le plan international fédère de plus en plus de chercheurs et de praticiens. Je dirige d'ailleurs une revue pour Elsevier que j'ai contribué à mettre sur pied. *L'European Journal of Trauma and Dissociation* est la revue officielle de l'Association Francophone du Trauma et de la Dissociation et de la Société Européenne du Trauma et de la Dissociation. La revue lancée en janvier 2017 et publiée sous format électronique est dédiée à la publication de littérature scientifique et clinique sur la dissociation, les troubles dissociatifs, l'État de Stress Post-Traumatique, le Syndrome de Stress Post-Traumatique complexe, le trauma psychologique, les troubles de l'attachement... afin de promouvoir les échanges entre chercheurs, cliniciens et autres professionnels. J'ai créé une offre Master en lien avec cette approche qui met notamment au cœur de la psychopathologie les traumatismes du parcours de vie et plus précisément encore le psychotraumatisme simple et complexe, la dissociation et les troubles de l'attachement. C'est une problématique qui a le vent en poupe et qui enrichit notre vision de la psychopathologie et de la prise en charge psychothérapeutique.

Enfin, le corps retrouve une place de choix dans le domaine de la psychothérapie. C'est par exemple le cas avec la *Somatic Experiencing* qui est une conception nouvelle de la psychothérapie basée sur les découvertes récentes en neurobiologie. Elle permet de transformer les symptômes complexes résultant des traumatismes et des états dissociatifs. Ces symptômes seraient comme un trop plein accumulé dans le corps qu'il est possible de libérer d'une manière douce mais sûre. L'expérience somatique est une thérapie

brève corporelle qui permettrait le « dé-figement » d'une partie du système nerveux, ce qui libérerait intérieurement la personne. La technique de Peter A. Levine [10] est une approche holistique facilitant l'accès à la mémoire du corps, grand oublié des thérapies du xx<sup>e</sup> siècle. De nombreux ouvrages et travaux en neurosciences attestent du retour du corps dans le domaine [17,23,24]. D'autres auteurs comme Pat Ogden apportent des réponses d'un grand intérêt théorique et clinique avec la psychothérapie sensorimotrice [13]. Il s'agit d'une méthode qui vise à faciliter le traitement des réactions sensorimotrices aux traumatismes qui ne seraient pas assimilées, et à résoudre les effets destructeurs de ces réactions sur le vécu cognitif et émotionnel du sujet. Dans la mesure où les symptômes somatiques sont importants dans la traumatisation [11], l'efficacité du traitement du traumatisme peut être accrue par l'ajout d'interventions qui facilitent son traitement au niveau sensorimoteur. L'hypothèse des auteurs est que les interventions au niveau sensorimoteur aideraient à réguler et à faciliter le traitement aux niveaux émotionnel et cognitif des traumatismes. La psychothérapie sensorimotrice est une méthode globale qui sert du corps comme point d'entrée dans le traitement du traumatisme, mais qui intègre également le traitement cognitif et émotionnel de ce dernier.

Enfin, pour finir il y a un challenge que nous avons à relever dans le domaine de la psychothérapie et qui concerne la place des nouvelles technologies. Comment allons-nous composer avec ces techniques nouvelles ? En quoi l'exercice de la psychothérapie sera impacté par Internet et surtout par les mondes virtuels ? Je ne parle pas de consultations via Internet qui existent déjà, mais bien du cabinet virtuel qui, à n'en pas douter, va devoir s'inventer et se penser. Sans doute demain serons-nous capables d'aller (comme bon nous semble et en dehors des rendez-vous programmés) dans le cabinet virtuel de notre thérapeute pour rencontrer son « avatar » et lui parler ou trouver des pré-enregistrements de protocoles divers mobilisables quand bon nous semble ? Nous sommes, au sein du CPJ, en train de travailler autour de cette question. Par exemple, l'identification des états émotionnels grâce à la caméra de notre ordinateur ou de notre smartphone a fait d'énormes progrès. Grâce aux changements de couleur de notre visage en lien avec nos pulsations cardiaques, nous avons un niveau de fidélité de la mesure des états émotionnels qui était impensable il y a de cela quelques années. Cela nous permet par exemple de faire des mesures de variabilité sinusale d'une rare précision. La technologie évolue et nous nous devons de faire de même en ce qui concerne l'exercice de notre métier afin de le projeter totalement quant à ce nouveau siècle.

## Déclaration des liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington. In: VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines; 2004.
- [2] Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3> [Art. No: CD].
- [3] Bouchard JP. Proposition de réforme de la formation des psychologues en France et dans l'Union européenne/A Proposal for Reforming Psychologists' Training in France and in the European Union/Reformvorschläge zur Ausbildung der Psychologen in Frankreich und der Europäischen Union. *Encephale* 2009;35:18-24.
- [4] Bouchard JP. Proposition de réforme de la formation des psychologues: du morcellement par les masters à l'harmonisation par un doctorat généraliste. *Ann Med Psychol* 2017;175:808-15.
- [5] Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005;162:214-27.



- [6] Craparo G, Ortu F, van der Hart O. Rediscovering Pierre Janet: His Relevance for Psychoanalysis. In: *Psychotraumatology and Psychotherapy*. London: Routledge; 2019.
- [7] Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress. Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs: Department of Defense. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04; 2004.
- [8] INSERM. *Psychotherapy: an evaluation of three approaches*. Paris, France: French National Institute of Health and Medical Research; 2004.
- [9] Jalley E. *Anti-Onfray 1*. Paris: L'Harmattan; 2010.
- [10] Levine PA. *Réveiller le tigre - Guérir le traumatisme*. InterEdition; Paris; 2013.
- [11] McFarlane AC. Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: Van der Kolk B, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford; 1996. p. 155-81.
- [12] Meyer C, Cottraux J, Pleux D, Van Rillaer J, Borch-Jacobsen M. *Le livre noir de la psychanalyse*. Paris: Éditions Les Arènes; 2005.
- [13] Ogden P, Minton K, Pain C. *Le trauma et le corps: Une approche sensorimotrice de la psychothérapie*. Bruxelles: DeBoeck; 2015.
- [14] Onfray M. *Le crépuscule d'une idole - l'affabulation freudienne*. Paris: Grasset; 2010.
- [15] Popper K. *Autobiographie intellectuelle de 1974: la quête inachevée*. Paris: Presses Pocket; 1981.
- [16] Roques J. *Abrégé de psychoneurobiologie: au-delà de l'EMDR*. Paris: BoD; 2018.
- [17] Rothshil B. *Le corps se souvient: mémoire somatique et traitement du trauma*. Bruxelles: DeBoeck; 2008.
- [18] Roudinesco E. *Histoire de la psychanalyse*. Paris: Fayard; 1994.
- [19] Shapiro F, Forrest M. *EMDR: the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Basics Books; 1997.
- [20] Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Dellucci H, et al. *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Paris: Dunod; 2017.
- [21] Tarquinio C, Kivits J, Minary L, Coste J, Alla F. Evaluating complex interventions: Perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychology Health* 2015;30:35-51.
- [22] van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: W.W. Norton & Co; 2006.
- [23] van der Kolk B. *Le Corps n'oublie rien: Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Paris: Albin Michel; 2018.
- [24] WHO 2013. [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma\\_mental\\_health\\_20130806/fr/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/fr/). Consulté le 7 octobre 2017