

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année : 2022

N° : 124

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

Diplôme d'État
Mention Psychiatrie

PAR
Maud Marie Morgane CONRAUD
Née le 20 juillet 1994 à Nancy

REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES : LES PSYCHOTHÉRAPIES RACONTÉES
PAR LES PSYCHIATRES FORMÉS À STRASBOURG

Président de thèse : Pierre VIDAILHET, Professeur
Directeur de thèse : Yoann BAZARD, Praticien hospitalier

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition FEVRIER 2022
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Remy P0008	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital HautePierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de HautePierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HautePierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de HautePierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de HautePierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EAT295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de HautePierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSP : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 P0 : Pôle RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
 (3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

MO142			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale : pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o *pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)*
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SALVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Remerciements

À mon Directeur de thèse Monsieur le Docteur Yoann Bazard, ton accompagnement, tes remarques et discussions éclairantes ont permis à ce travail de se construire et de se développer progressivement. Je te remercie pour ta patience et ton intérêt renouvelés.

À mon Président de jury Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet, je vous remercie pour votre implication dans la formation des internes de psychiatrie de Strasbourg qui contribue à sa grande qualité. Elle garantit pour nous de pouvoir accéder à la polyphonie qui fait sa singularité. Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse.

À Monsieur le Professeur Fabrice Berna, votre intérêt pour ce travail alors qu'il n'en était qu'à ses débuts a permis d'ouvrir de nouvelles perspectives d'exploration et a contribué à l'enrichir. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'élaboration de cette thèse, et de siéger à sa soutenance.

À Monsieur le Docteur Max Faidherbe, merci pour tes considérations à la fois pertinentes et nouvelles sur la clinique psychiatrique et le soin psychique. Ta présence au sein de ce jury fait sens pour moi et je t'en remercie.

À toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder du temps et de s'exprimer sur des sujets à la limite du professionnel et du personnel pour que ce travail puisse voir le jour, je vous remercie immensément.

À mes parents Joël et Valérie, que je remercie pour leurs relectures patientes, leur écoute, et leur amour.

À mon frère Bastien, et à mon beau-père Bruno, je vous remercie d'écouter patiemment mes histoires depuis tant d'années, et d'embellir mes retours à Nancy.

À mes grands-parents Gilbert, Josiane, Michel et Jeanne, je vous remercie pour votre bienveillance aimante et tout ce que vous m'avez transmis.

À Julie et Lucile, merci pour notre longue amitié qui me permet après des années de continuer à profiter de votre curiosité, de votre enthousiasme, de nos discussions toujours enrichissantes (et souvent drôles). Votre regard inconditionnellement encourageant a été primordial.

À Julie, Clémence, Bernard, Hind, Meliha, Marie-Fleur, Edwige, Catherine, Alicia, Thomas, Erwan et Maxime, rencontrés à Brabois, je vous adresse toute ma reconnaissance. Les innombrables pauses autour d'un café, trajets pour rentrer de la fac ou heures passées à la bibliothèque, les randonnées, les discussions à bâtons rompus sur les sujets les plus éclectiques, sont les souvenirs que je garde le plus précieusement de mes années d'études nancéiennes. Merci à chacun de vous pour ce que vous m'avez apporté d'unique. À Clémence et Bernard, merci d'autant plus d'être notre trait d'union amical entre Lorraine et Alsace.

À Julie, Léa, William, Louison, Camille, Christophe, Marion, Sammy, Antonella, travailler et apprendre avec vous pendant l'internat a été une grande chance. Merci pour les trajets en train, les cafés, les échanges nourrissants. Je suis heureuse de continuer dans cette voie à vos côtés.

J'espère que chaque Julie se reconnaîtra.

À ma cousine Margot, qui au-delà des liens familiaux, a, par sa présence et son attention, porté et soutenu mes avancées et remises en question successives au long de mes études.

À Léna, Zoé et Mathilde, merci de m'avoir permis de développer des centres d'intérêt extérieurs à la médecine dans la meilleure des compagnies.

À Élise, Jean-Louis, Brigitte, Sophie et toute l'équipe de psychiatrie de Mamoudzou, merci de m'avoir accueillie dans le bouleversement culturel et clinique que l'île de Mayotte a constitué pour moi. J'ai découvert précocement l'approche de Palo Alto grâce à vous et cela a été un tournant. Merci à Claire, Amandine, Soizic, et Bruno pour notre cohabitation vivante et joyeuse pendant ces prémisses d'internat.

À Aurore, Mélusine, Arielle, Amélie, Delphine et tous les autres membres de mon groupe de formation à Uthyl, merci pour toute la richesse de nos trois années de formation partagées. Aurore j'ai hâte que nous soyons presque voisines.

Parmi tous les collègues rencontrés au cours de cet internat, je voudrais dédier des remerciements particuliers à toute l'équipe soignante de l'unité A à Colmar pour votre franchise, votre douceur, votre dynamisme, votre façon de m'avoir intégrée. Merci à Maud (l'autre !) et à Margaux, ainsi qu'à Yohann, Olivier, Shadi et Mathieu pour le temps passé auprès des patients souffrant de douleur chronique. Merci à toute l'équipe de la policlinique psychiatrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg de m'avoir accueillie à deux reprises.

À Arnaud, mon compagnon de vie, merci pour l'équipe que nous formons, et pour tout le reste, passé et à venir.

Table des matières

I. Introduction	21
II. Méthodologie	23
1. Une étude qualitative	23
2. Définition de la question de recherche	24
3. Revue de la littérature	25
a) Procédé	25
b) Résultats	26
4. Population de l'étude	28
5. Recueil du matériau	30
a) Tenue des entretiens	31
b) Aspects réglementaires et éthiques de l'étude	33
c) Les risques épistémologiques de la recherche qualitative et les moyens mis en œuvre pour les éviter	34
d) La dynamique de la recherche.....	37
6. Traitement du matériau.....	39
a) Le codage multithématique	39
b) L'attention flottante.....	40
7. Rédaction	41
III. Développement.....	42
1. La découverte des psychothérapies	42
a) Parcours de découverte de la psychiatrie	42

b) Découverte du paysage psychothérapique	45
2. Psychothérapies connues et préférées par les psychiatres formés à Strasbourg	
48	
a) Des répondants aux intérêts multiples	49
b) D'autres à l'approche monothématique	51
3. Méta-théorie de la psychothérapie.....	52
a) Essais de définitions	53
b) La relation psychothérapique	59
c) Articulations des psychothérapies	63
4. Caractéristiques des différentes écoles psychothérapeutiques	78
a) Les thérapies cognitivo-comportementales	79
b) Les thérapies d'inspiration psychanalytique	86
c) Les thérapies systémiques	93
d) Les thérapies brèves et l'hypnose	97
5. Positionnements des répondants face à la variété des psychothérapies.....	102
a) Conciliation des différents points de vue existants	102
b) Les attentes vis-à-vis des psychothérapies.....	105
c) Les limites à la pratique des psychothérapies	114
6. La formation aux psychothérapies.....	116
a) À l'échelle locale.....	117
b) À l'échelle nationale	124
c) La mise en pratique	125

IV. Discussion	129
1. Discussion des moyens mis en place pour l'étude	129
a) Retours sur les entretiens.....	129
b) Biais et limites de l'étude	132
2. Discussion des résultats obtenus.....	135
a) Les spécificités de l'activité de psychothérapeute.....	135
b) L'expression des présupposés	136
c) Pistes exploratoires ouvertes	137
V. Conclusion	140
Bibliographie	143
Annexes	148
Annexe 1 : Réponses des universités françaises.....	148
Annexe 2 : Définitions personnelles de la psychothérapie.....	149

Glossaire

AFFEP : Association Française Fédérative des étudiants en Psychiatrie

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence-Based Medicine

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

I. Introduction

Les soins psychiatriques sont souvent séparés en deux grands groupes : d'une part les soins médicamenteux ou pharmacologiques, que l'on se représente communément par l'administration de molécules aux effets psychotropes, et d'autre part les soins psychothérapeutiques, où un thérapeute et un patient échangent et tentent d'avancer, ensemble, face aux difficultés causées par le trouble psychique présenté par le patient.

Sous une apparente simplicité, cette dichotomie soulève néanmoins de nombreuses questions sur la nature exacte de la psychothérapie. On verra qu'elle peut prendre de multiples formes, avec parfois des écarts épistémologiques, philosophiques et même pratiques si grands que leur trouver des fondements communs devient délicat. Entre respect strict d'une approche d'école, pouvant parfois confiner à une forme de dogmatisme, et éclectisme des références jusqu'à devenir indéfinissable, le champ fragmenté des pratiques peut décontenancer les débutants.(1)

Historiquement, on observe un éclatement du paysage psychothérapeutique en France, après une période d'hégémonie de la psychanalyse qui aura été majoritaire au long du XXème siècle(2). Cet éclatement mène à une plus grande richesse des types de psychothérapie existants, avec des propositions de soin plus nombreuses et variées, mais aussi à une perte de repères. Dès lors, les visions qui s'offrent aux personnes qui découvrent la psychiatrie sont parfois irréconciliables(3,4). En effet, chaque approche psychothérapeutique repose sur une vision de la personne, du psychisme et du soin, qui diffèrent substantiellement de l'une à l'autre(1).

Les premiers temps de découverte de la psychiatrie sont des moments charnières pour les futurs psychiatres. Ceux-ci se trouvent confrontés à des raisonnements et à des soins très différents de la logique biomédicale partagée plus communément par les autres spécialités, et apprise pendant leurs premières années d'études. Face à ces questions nouvelles et à la

multiplicité des réponses qui leur sont apportées, d'où il est difficile de faire émerger un consensus, chaque personne s'attache à se construire un nouveau savoir et une nouvelle pratique pour se guider.

Ainsi, la question de l'orientation théorique et de la formation des futurs psychiatres aux psychothérapies trouve sa pertinence en santé publique car le positionnement des thérapeutes à venir conditionne ce qui sera l'offre de soins, dans un contexte où les patients s'informent de plus en plus et sont donc amenés à pouvoir demander des approches précises suite à leurs recherches.

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier comment les futurs psychiatres se représentent le soin psychothérapeutique au début de leur carrière, comment ils s'orientent dans la nébuleuse des orientations thérapeutiques, et comment se manifeste leur intérêt en termes de formation. Nous avons donc en particulier exploré comment les nouveaux psychiatres conçoivent la psychothérapie, mais aussi la relation psychothérapeutique, la part de sciences qu'ils s'attendent à y trouver, et enfin les changements qu'ils ont pu percevoir en eux suite à la découverte théorique et pratique des psychothérapies.

Pour ce faire, nous avons mené des entretiens selon une méthode qualitative avec des internes formés en psychiatrie à l'Université de Strasbourg, afin d'approcher au plus près leurs expériences singulières et de recueillir leurs témoignages, réflexions et aspirations. Leurs propos ont été retranscrits et traités pour pouvoir les articuler avec les textes théoriques, et formuler des réponses aux questions soulevées par ce sujet, mais aussi permettre l'ouverture vers des thèmes qui n'avaient pas été anticipés et qui ont émergé au fil des entretiens.

Nous explorerons tout d'abord les moyens méthodologiques mis en œuvre pour élaborer ce travail, puis nous présenterons les réponses obtenues au cours des entretiens, sous l'éclairage des notions théoriques. Enfin, nous discuterons des apports et des limites de cette étude.

II. Méthodologie

1. Une étude qualitative

Nous avons décidé de réaliser pour ce travail une étude selon une méthode qualitative, pour recueillir le vécu et le ressenti des internes quant aux psychothérapies, et ainsi laisser une place à leurs explications concernant leurs avis et leurs choix. Il s'agit d'une démarche dite compréhensive, qui vise à l'explicitation plus qu'à la démonstration, à répondre au « comment ? » plutôt qu'au « pourquoi ? ». Elle devrait ainsi permettre d'examiner avec nuance les parcours, et les cheminements effectués par les internes jusqu'à s'approprier une ou plusieurs approches.(5)

Afin d'appuyer et de construire la réflexion de la méthodologie de cette recherche qualitative, nous nous sommes appuyés principalement sur deux ouvrages méthodologiques, *L'entretien de recherche qualitatif*, par Gérald Boutin(6) et *Méthodologie de la recherche qualitative*, par Hervé Dumez(7), tous deux visant à rendre ce type de travail accessible et réalisable.

L'un des enjeux de la recherche qualitative est d'être suffisamment rigoureux dans sa méthodologie pour atteindre un certain niveau de qualité permettant à la recherche d'obtenir une forme de scientificité. Il est donc important d'explicitier les méthodes et le choix du cadre de l'étude, ainsi que le processus de « traduction » passant des discours personnels (et accumulés) des sujets de l'étude à un corpus compréhensible.

Nous avons mené ici une série d'entretiens dits semi-directifs, de sorte à adopter une démarche inductive. On peut la différencier de la démarche déductive plus souvent adoptée dans le champ médical, car on s'y laisse guider par ce que l'on observe. Les entretiens semi-directifs sont axés sur la collecte de données, non pas dans le but de guérir, d'aider ou de

généraliser des résultats, mais plutôt de comprendre et interpréter la façon dont les personnes, dans un environnement social particulier, construisent le monde qui les entoure. Le degré de liberté laissé au répondant est assez important, l'intervieweur laissant celui-ci articuler sa pensée autour de thèmes préétablis, mais aussi des autres sujets qui pourraient venir à être explorés.(6)

2. Définition de la question de recherche

Le modèle biomédical dominant dans le monde occidental s'appuie principalement sur des théories basées sur les preuves, sur des recommandations de bonnes pratiques communément acceptées, ainsi que sur la réalisation d'examens cliniques et complémentaires qui permettent souvent d'identifier, sur la base d'arguments concrets, les processus pathologiques en cours. Il s'agit d'une théorie biologique unique, basée sur des méthodes hypothético-déductives qui visent à établir la preuve de leur véracité(8,9).

A contrario, le champ de la psychiatrie se définit souvent par l'absence de connaissance de l'origine physiopathologique du trouble, ce qui a mené à la définition de « troubles » psychiatriques et non de « maladies », ainsi qu'à l'idée d'une science encore tâtonnante(10).

Au début de l'internat, l'interne de psychiatrie, qui découvre cette discipline, se trouve donc confronté à une multitude d'approches du psychisme, aussi bien en termes d'explications que de thérapies, expérimentant le doute comme central dans sa pratique(11,12).

La question de recherche menée au cours de ce travail était initialement de savoir comment les futurs psychiatres, au début de leur formation, se trouvaient attirés plus spécifiquement par certaines thérapies, très variées, alors même qu'ils sont issus d'un cursus médical plutôt homogénéisant et univoque. Les entretiens ont ouvert la possibilité d'explorer les représentations des psychothérapies des répondants, en mettant en lumière les étapes de

découverte des différentes psychothérapies, les préférences qui avaient pu se constituer pour certains modèles, les étapes qui avaient été suivies, ainsi que les réflexions qui sous-tendaient ce processus, et ce, pour chacun des répondants.

Nous pouvons donc décliner notre question de recherche ainsi :

- Quel intérêt est porté aux psychothérapies par les futurs psychiatres formés à Strasbourg ?
- Par quel parcours cet intérêt se manifeste-t-il ?
- Comment le psychisme et la relation de soi sont-ils pensés et réfléchis ?

3. Revue de la littérature

a) Procédé

Afin de connaître les données publiées concernant notre sujet, et de préciser le champ d'investigation, nous avons mené des recherches entre le mois de janvier 2021 et le mois de décembre 2021, par le biais de mots-clés incluant les termes « formation », « psychothérapie », « choix » en français, et « learning », « psychotherapy » et « choice » en anglais, sur différents moteurs de recherche, à savoir PubMed, Cairn et GoogleScholar. Ce travail s'est fait sans viser une forme d'exhaustivité mais plutôt dans le but d'adopter un regard large sur les recherches, par ailleurs peu nombreuses, qui se rapportaient à cette étude. Par la suite, nos lectures se sont organisées en partant des bibliographies et des citations des articles trouvés.

Nous avons ainsi pu décliner les lectures entre grandes références du domaine de la psychothérapie, qu'il s'agisse de psychothérapeutes ou de théoriciens des psychothérapies, et articles plus confidentiels qui amenaient des points de vue singuliers.

La revue de littérature s'est aussi enrichie de la lecture d'ouvrages qui s'attachaient à décrire l'histoire de la psychiatrie, de la psychologie et des psychothérapies, ainsi que de livres

de théorie issus de diverses écoles de pensée, de sorte à mieux définir les différentes approches dans leurs singularités ainsi que dans leurs points communs. Nous en citerons ici quelques-uns, à savoir :

- *Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours* de Claude Quételet(10), qui a permis de resituer les premiers essais de psychothérapie dans l'histoire des soins psychiques ;
- *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative* de Nicolas Duruz(12), qui apporte une analyse de fond sur ce que serait la psychothérapie, son objet, ses applications, ses limites ;
- *Quel système pour quelle psychiatrie ?* de Jean-Louis Feys(13), qui propose une synthèse théorique et philosophique des modes de construction de la connaissance qui ont mené aux différentes visions du soin en psychiatrie.

b) Résultats

Il nous a semblé, à la lumière de ces différentes lectures, que si chaque approche avait théorisé ses points forts et son efficacité, ses valeurs, ses méthodes, il n'y avait pas beaucoup de travaux sur les raisons qui font qu'en fin de compte, deux personnes amenées à découvrir ces mêmes caractéristiques vont finalement opter pour des approches distinctes, et ce, pour des motifs qui leur seront propres.

Nicolas Duruz, professeur et psychologue suisse, avance à ce sujet l'hypothèse de prémisses, qui fonctionneraient comme des *a priori* épistémologiques implicites, présents chez chaque thérapeute, qui interviendraient inévitablement dans son appréhension et sa construction de la réalité. Ces prémisses auraient pour caractéristique de se valider par eux-mêmes en engendrant un effet de croyance, voire d'évidence. Ceci expliquerait donc que certains énoncés concernant la psychothérapie soient de l'ordre de la conviction plus que de la démonstration (1). Il propose d'explorer trois domaines auprès des psychothérapeutes, ce qui permettrait

d'expliciter leurs prémisses, donc de mieux comprendre dans quel système de référence ils se situent, et ainsi d'expliquer les sensibilités différentielles de chacun aux diverses écoles de pensée.

Ces trois domaines sont les suivants :

- L'image de l'Homme à laquelle le thérapeute se réfère (adaptative, optimiste, tragique...);
 - Le projet de société dans lequel il inscrit son travail de psychothérapeute (plus ou moins à l'écart du social, ou alors en prenant en compte des dimensions politiques, institutionnelles, économiques etc.);
 - La valeur scientifique qu'il accorde à son travail en tant que psychothérapeute (il peut y avoir une importance plus ou moins grande donnée à l'expérience singulière et concrète d'un individu, une place plus ou moins vaste accordée aux études empiriques et aux recherches d'efficacité, celle-ci pouvant avoir d'ailleurs plusieurs définitions...)
- (1).

Une autre hypothèse avancée dans la littérature concernant le choix d'orientation psychothérapeutique est celle du désir, ainsi que l'exprime Jean-Jacques Kress : « *L'orientation prise par un psychiatre en formation est en rapport avec ce qui, de son désir inconscient, cherche à se lire dans le texte de la théorie.* » (8). Cette hypothèse postule une motivation difficile à définir dans l'attrait que peuvent prendre pour nous certaines approches, les motifs du désir restant souvent inaccessibles à la conscience. Néanmoins, elle vient mettre en lumière la part affective qui entrerait en jeu dans ce choix.

Nous avons donc souhaité aborder cette question auprès de la population de l'étude, et pour cela explorer les représentations que chacun avait de la définition de la psychothérapie, de ce qu'il en attendait, de sa façon de la concevoir en pratique, des moments de découverte qui

avaient pu avoir lieu, de sa façon de concevoir le psychisme notamment inconscient, du statut scientifique que la psychothérapie avait pu atteindre selon lui, des approches qui lui convenaient le mieux jusque-là, et de la façon dont sa formation avait pris place.

En effet, les textes en rapport avec notre sujet s'appliquaient à montrer les nuances entre chaque psychothérapie dans la pratique, ou encore cherchaient à établir des facteurs de succès communs aux différentes approches, à définir les caractéristiques d'un thérapeute efficace. En revanche, très peu avaient étudié les conceptions de la psychothérapie des tout jeunes psychiatres, alors même que nombre d'entre eux ont déjà commencé à se construire une opinion et ont activement cherché à s'orienter dans une voie spécifique. De même, leurs ressentis avaient été peu questionnés et explicités, à l'exception notable de l'étude qualitative menée par Aude Van Effenterre et al. en 2012(2), ainsi que d'autres de ses travaux par la suite, sur lesquels nous nous sommes appuyés pour enrichir notre propos.(14,15)

4. Population de l'étude

Ce travail de recherche a été effectué parmi des sujets volontaires, contactés par le bouche-à-oreille, pour répondre à un entretien d'une durée moyenne d'une heure. Ces volontaires devaient être formés à la psychiatrie à l'Université de Strasbourg, et être ou bien encore en formation, ou bien en poste depuis peu, avec une thèse soutenue moins de cinq ans auparavant.

Le choix de se limiter à la seule Faculté de Médecine de Strasbourg tenait à la volonté d'assurer une certaine homogénéité d'accès aux pratiques de terrain aussi bien qu'aux cours universitaires et formations privées, ce qui permettait par la suite de voir se diversifier les intérêts et les pratiques de chacun en fonction de critères plus personnels. En effet, on retrouve une grande disparité de prédominance de certaines écoles selon les régions, ainsi que le montrait

une étude commandée par l'AFFEP en 2011 (16). Cette étude date désormais de plus de dix ans et nous pouvons supposer que les données récoltées différeraient à présent.

Nous pensons pouvoir ainsi montrer des variations interindividuelles plus significatives, en lien avec les personnes et non avec les cours ou les terrains de stage qui leur avaient été proposés. Ajoutons à ceci que la formation en psychiatrie en Alsace est réputée avoir une longue histoire liée aux psychothérapies, au départ du fait de la présence de psychanalystes écrivains prolifiques, comme Lucien Israël ou, plus récemment, Jean-Richard Freymann, et à présent par la diversité des approches défendues par les praticiens et formateurs.

Par ailleurs, nous avons concentré nos entretiens sur des personnes débutant dans le champ de la psychiatrie, de sorte à recueillir des témoignages récents, encore empreints des découvertes du début de cursus, au plus près des questionnements qui surgissent lors de cette période charnière. Nous avons aussi privilégié d'interroger des personnes qui avaient déjà validé plusieurs semestres en psychiatrie, afin que leur parcours ait pu, déjà, présenter des tournants, et leur pensée s'être formée progressivement. Cette méthode, appelée *purpose sampling*, permet de sélectionner des situations exemplaires et d'obtenir des récits riches et diversifiés.(17)

Nous avons d'abord réalisé trois entretiens préliminaires pour tester la succession des questions et avoir des retours sur la tenue de l'entretien en lui-même, puis nous avons interrogé 16 personnes une fois la trame de l'entretien validée. Nous avons décidé d'inclure deux des entretiens préliminaires dans les résultats de l'étude, leurs réponses ayant pu être contributives et pertinentes et apporter du matériel pour l'ensemble du corpus réuni. Le troisième n'avait pas été formé à Strasbourg au cours de son internat, ce qui l'excluait de fait de l'étude. Il y a donc eu 18 répondants au total.

Age moyen	29 ans (min : 26 ans, max : 39 ans)
Poste en fonction	15 internes, entre le 6 ^{ème} et le 8 ^{ème} semestre de leur internat Un psychiatre remplaçant Deux assistants-chef de clinique

Contrairement à la tenue d'une recherche quantitative, nous n'avons pas visé ici à réunir un nombre de sujets permettant d'obtenir un résultat statistiquement significatif, mais plutôt cherché à obtenir des résultats exhaustifs, ce qui est considéré comme atteint lorsque les données sont saturées, c'est-à-dire lorsque les nouveaux entretiens n'amènent plus de nouvelles idées. Pour cela, nous avons essayé de constituer un échantillon le plus varié possible, et donc contacté des personnes dont la diversité des points de vue était connue a priori. La saturation des données a été établie selon la méthode de la « suffisance théorique », c'est-à-dire que la recherche s'arrête lorsque les chercheurs estiment avoir atteint un cadre explicatif suffisant.(18)

Par ailleurs, des questions assez générales concernant les formations proposées aux internes des autres subdivisions ont été envoyées à l'ensemble des représentants des internes de psychiatrie de France, pour permettre d'obtenir un aperçu des autres régions.

5. Recueil du matériau

Dans le cadre d'une recherche compréhensive, les matériaux récoltés peuvent être hétérogènes, et recouvrir des éléments de nature différente.(7)

Ici, nous avons donc principalement utilisé les retranscriptions des entretiens semi-directifs menés auprès des personnes formées à Strasbourg, ainsi que les réponses écrites des représentants des internes des autres régions qui avaient répondu à nos questions.

a) Tenue des entretiens

Les entretiens ont pris la forme d'entretiens semi-dirigés. Nous avons réalisé une trame de sujets à aborder, sans formulation précise de question, et sans que leur ordre ne soit pris en compte. Les répondants pouvaient aborder spontanément certains thèmes.

i. Principes de la tenue d'entretiens semi-directifs

Pour mener ce type d'entretien, des recommandations ont été élaborées par Powney et Watts en 1987(19), que nous avons essayé de suivre :

- Utiliser des questions ouvertes ;
- Permettre que le format de l'entretien soit dicté par les préoccupations soulevées par les sujets, devançant les points prévus au départ, s'il le faut, pour clarifier la question, donner des exemples, approfondir une idée ;
- Employer le vocabulaire du sujet ainsi que des techniques de paraphrase et de réflexion ;
- Exprimer de l'intérêt, de l'empathie et une acceptation positive verbalement, en évitant les interruptions, les rappels à l'ordre. Être patient et s'autoriser à utiliser l'humour.

ii. Élaboration du guide d'entretien

Un guide d'entretien avait été élaboré pour permettre à la structure de la discussion d'être relativement reproductible d'une personne à l'autre, tout en gardant une souplesse qui permettait les ajouts personnels. Au contraire, si le discours du répondant venait à se tarir, il permettait de relancer l'échange en abordant de nouveaux sujets.

Nous avons débuté les entretiens par une rapide présentation de l'étude, des objectifs recherchés, des thèmes qui allaient être abordés. Nous précisions que l'anonymat des répondants serait préservé.

Les premières questions concernaient les psychothérapies connues par les répondants, comment ils les avaient découvertes, lesquelles les intéressaient principalement, comment ces réflexions avaient pu évoluer au fil du temps. Nous abordions ensuite la question de la formation aux psychothérapies au cours de l'internat et dans les années qui suivaient. Puis nous explorions leurs discours se rapportant à de grands thèmes concernant la psychothérapie, comme leurs visions de la relation psychothérapique, leur définition de la psychothérapie, ce qu'ils en attendaient, ou encore s'ils s'appuyaient sur le concept d'inconscient dans leur travail avec les patients. Nous abordions aussi la façon dont les psychothérapies s'inscrivaient dans le paysage des soins, le statut scientifique auquel elles pouvaient prétendre, et l'impact que les psychothérapies avaient pu avoir sur leur parcours professionnel aussi bien que sur leurs ressentis personnels.

L'entretien se continuait par des questions plus liées aux modalités de l'entretien elles-mêmes, afin de recueillir les remarques et les ressentis des répondants. Ils avaient alors la possibilité d'ajouter des questions qui leur semblaient manquer, ou de souligner le caractère excessif de certaines (ce qui n'a pas été signalé).

Enfin, ils répondaient à des questions plus fermées, pour préciser leur âge, leur cursus et leur poste au moment de l'entretien. Ces aspects étaient abordés en dernier pour permettre tout d'abord à la discussion de s'ouvrir et se personnaliser, et ne pas l'axer d'emblée sur des éléments trop factuels qui auraient pu donner une tout autre teneur à la suite de l'échange.

iii. Déroulé effectif des entretiens

Les entretiens ont duré entre 35 minutes et une heure et demie. Ils ont eu lieu à domicile, dans des lieux publics, ou encore par téléphone en fonction des possibilités et des préférences des répondants.

Ils ont été réalisés entre le 1^{er} mai et le 30 octobre 2021.

b) Aspects réglementaires et éthiques de l'étude

Le protocole de recherche a été soumis à Mme Frédérique Pothier, Déléguée à la Protection des Données au CHRU de Strasbourg, et a été validé.

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, ce projet ne relève pas de la loi Jardé, ni du Comité de Protection des Personnes, ni du Comité d'Éthique.

Les sujets de l'étude n'étant pas des patients mais des professionnels soignants, la réglementation est allégée. Une information orale et la possibilité de leur transmettre une lettre d'information rappelant le protocole de recherche et le cadre réglementaire dans lequel s'inscrivait l'étude suffisaient. Il n'a pas été nécessaire de faire signer de consentement écrit pour chaque entretien.

Les données étaient d'emblée anonymisées, l'identité des répondants ne figurant dans aucun document. De plus, leurs réponses n'ont pas été retranscrites dans leur ensemble dans la production écrite résultante, mais seulement par extraits, ce qui empêchait la reconstitution de leur parcours qui aurait permis de les identifier.

Les questions étaient formulées de sorte à ce que chaque personne puisse y répondre de façon plus ou moins approfondie en fonction de sa sensibilité et de ce qu'elle souhaitait communiquer.

Des thèmes comme la religion ou l'orientation politique, qui peuvent pourtant avoir des conséquences sur les choix psychothérapeutiques, n'ont pas été abordés afin de ne pas générer de malaise, car considérés comme des sujets sensibles. De plus, leur abord aurait pu être considéré comme illégal, ces données étant protégées par la loi en France.

c) Les risques épistémologiques de la recherche qualitative et les moyens mis en œuvre pour les éviter

i. Les risques intrinsèques à la recherche qualitative

La recherche qualitative, souvent considérée comme moins rigoureuse, moins solide que la recherche quantitative, présente des risques de biais bien définis, qui peuvent en réalité être limités par des choix méthodologiques.

Les principaux risques de biais sont les suivants :

- Le risque lié aux êtres de raison, ou risque d'explication par les acteurs abstraits : ce type de recherche n'a de sens que si elle montre et analyse les intentions, les discours et les actions et interactions des acteurs, de leur point de vue ainsi que de celui du chercheur. (20).
- Le risque de circularité : celui de ne trouver dans le matériau récolté que ce qui vient confirmer une théorie préconçue, présente dès le début de la recherche.
- Le risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité. L'équifinalité est ainsi définie par Bertalanffy : « *Le même état final peut être atteint à partir d'états initiaux différents, par des itinéraires différents.* » (21). En méconnaissant ce phénomène, on risque d'oublier des explications alternatives à la première envisagée, alors même que d'autres auraient pu être plausibles, en passant par des cheminements différents. Une seule interprétation serait alors privilégiée, perdant de ce fait en richesse d'exploration.

ii. Moyens mis en œuvre pour les éviter

Définition de l'unité d'analyse

Pour limiter le risque des acteurs abstraits, le point crucial est la détermination de l'unité d'analyse, qui est à différencier du niveau d'analyse.

Ici, le niveau d'analyse est principalement individuel, car l'essentiel de ce travail s'est constitué d'entretiens semi-dirigés avec un répondant.

L'unité d'analyse, en revanche, est un concept plus difficile à définir, à l'articulation entre théorie et terrain, qui a à voir avec deux questions fondamentales (20) :

- De quoi mon cas est-il un cas ?
- À quoi vais-je m'intéresser ?

Le cas abordé ici pourrait être défini ainsi : un retour sur soi pour faire émerger les différentes étapes, plus ou moins conscientisées jusque-là, qui mènent à prendre des directions professionnelles variées à l'issue d'un même parcours. Il s'agit d'une étude sur les différenciations individuelles au sein d'un groupe au fur et à mesure de son évolution.

Nous nous sommes intéressés en particulier aux ressentis au contact des nouvelles théories découvertes au début de l'internat, sur les raisons avancées des choix qui en découleront, ainsi que sur les effets tangibles de ces choix en termes de formation, de lectures, de choix de terrains de stage. L'exploration des définitions personnelles de concepts comme la définition de la psychothérapie ou l'élaboration de la relation psychothérapique a aussi permis d'explorer les buts poursuivis, les valeurs mises en jeu dans la construction du rôle de thérapeute de chacun. Cela a mené à une ébauche des conceptions du psychisme, de son fonctionnement, des moyens d'intervention qui sont réfléchis par chacun des répondants.

Niveau de contrainte de la théorie initiale

Pour éviter le risque de circularité, la théorie initiale, présente dès la mise en œuvre de la recherche, doit être peu contraignante, souple, et simplement orienter la revue de littérature ainsi que les entretiens, de sorte à permettre la récolte d'informations divergentes, et donc l'émergence de nouvelles idées.

Ici, nous avons au départ une idée de recherche assez vaste, telle que définie dans la question de recherche.

La théorie sous-tendant ces questions était encore imprécise. Elle supposait néanmoins que les différentes approches psychothérapeutiques entraîneraient probablement des différences de ressentis chez des personnes aux opinions et présupposés divergents, ce qui pourrait par la suite expliquer la variabilité de leurs choix.

Nous avons donc mené en parallèle des recherches sur les principes sous-tendant chaque psychothérapie et des entretiens explorant les valeurs et buts poursuivis par chaque sujet de l'étude lorsqu'il mène (ou projette de mener) une psychothérapie avec un patient.

On voit ainsi que la théorie initiale a surtout permis de soulever des questions permettant d'orienter la recherche, sans y apporter immédiatement de réponses.

Confrontation des histoires hypothétiques et des histoires réelles

À travers sa narration, l'étude compréhensive permet de distinguer les différentes suites possibles à la théorie initiale de ce qui est finalement observé dans la population d'étude. C'est une autre façon de limiter le risque de circularité.

Ici, les questions sur les définitions de la psychothérapie notamment, ainsi que sur les intérêts trouvés à la psychothérapie choisie préférentiellement, permettaient de mesurer si la personne répondait de façon congruente aux définitions communément admises de chaque

approche et d'élargir finalement ces définitions aux pratiques de terrain et aux visions des acteurs singuliers qui s'en réclamaient.

Par exemple, certains répondants expliquaient avoir un intérêt marqué pour une approche, mais ne jamais avoir eu l'occasion de la mettre en pratique, pour des raisons de temps ou de logistique par exemple. Chez eux, on pouvait supposer que la question des limites de leur approche psychothérapique serait moins incarnée, moins ancrée dans le réel de leurs expériences avec les patients, que chez d'autres répondants déjà plus aguerris et ayant expérimenté concrètement ces limites.

Recours aux hypothèses rivales plausibles

Recourir aux autres hypothèses plausibles que la première envisagée permet de limiter le risque d'ignorance du phénomène d'équifinalité. Au cours des entretiens menés ici, des questions ont été posées concernant l'impact de l'intérêt porté à certaines approches sur les choix de carrière comme de cursus, de sorte à explorer dans quelle mesure les choses auraient pu se passer différemment pour chaque répondant, s'il avait été confronté à d'autres pratiques, s'était rendu à d'autres formations, ou avait orienté ses lectures différemment.

Usage du raisonnement contrefactuel

Les questions du type « que ce serait-il passé si », qui sont l'exemple-type du raisonnement contrefactuel, ont pu être posées au cours de certains entretiens en fonction de ce qui était amené par les répondants.

d) La dynamique de la recherche

Au cours de ce travail, la question de recherche, l'unité d'analyse, le domaine d'investigation empirique comme les propositions théoriques ont été réfléchies de concert, et ont évolué les uns en fonction des autres au fil de l'avancée de ce travail. Afin de poursuivre une réflexion continue qui permette de se repérer, nous avons tenu actualisés deux documents,

l'un au sujet des théories découvertes par le biais de la revue de la littérature, avec des extraits des documents lus, et l'autre au sujet des impressions, intuitions, réflexions qui émergeaient des entretiens réalisés auprès des internes, de sorte à garder aussi trace des avancées pratiques. Se référer à ces documents a permis de suivre l'évolution du travail et de voir les réflexions se construire.

De cette façon, un dialogue a pu s'instaurer entre la littérature et les réponses des personnes interviewées, ce qui a motivé de nouvelles recherches de textes et l'ajout secondaire de questions.

Par ailleurs, les répondants pouvaient eux aussi suggérer d'ajouter des questions. Celles-ci ont ensuite été proposées aux sujets suivants, à deux exceptions près : lorsqu'elles étaient abordées spontanément par la majorité des répondants, et lorsqu'elles n'entraient pas stricto sensu dans le cadre de notre recherche. Parmi les suggestions proposées, on trouvait :

- Peut-on proposer de la psychothérapie à tout le monde ? (Abordée spontanément dans la partie sur les limites des psychothérapies)
- Existe-t-il systématiquement un courant psychothérapique qui nous corresponde vraiment ? (Considérée comme sortant du cadre de la recherche)
- Quelle est la place de la psychothérapie parmi les autres soins ? (Ajoutée à l'ensemble des entretiens par la suite)
- Y a-t-il un lien entre le choix de faire psychiatrie et le choix de s'orienter vers la psychothérapie décrite ? (Abordée spontanément dans la partie sur le cursus)
- Y a-t-il eu un intérêt pour une pathologie ou un profil de patients qui aurait prédestiné le choix de la psychothérapie ? Est-elle venue répondre à un besoin vis-à-vis d'une population de patients ? (Abordée spontanément dans la partie sur le choix d'une psychothérapie)

- A-t-on eu des mauvaises expériences avec certaines thérapies ? Ou a-t-on déjà repéré des effets indésirables liés à une prise en charge psychothérapique ? (Proposée dans les derniers entretiens, aurait été ajoutée si était apparue plus tôt)
- Quels sont les dégâts psychiques pour les internes de psychiatrie face au malheur auquel ils sont confrontés ? (Considérée comme sortant du cadre de recherche)

Nous avons ainsi essayé de travailler selon les « boucles abductives », décrites par Hervé Dumez dans son livre qui mêle méthodologie et épistémologie de la recherche qualitative. Il s'agit, en reprenant ses mots, d'accepter « *la contingence des commencements et de tenter de raffiner les cadres théoriques initiaux à partir d'une confrontation avec le matériel empirique* ». (7)

Une fois les entretiens menés en essayant de respecter au mieux ces contraintes, il a fallu organiser et sélectionner les données recueillies pour en extraire un corpus pertinent, à articuler avec les données théoriques rassemblées.

6. Traitement du matériau

a) Le codage multithématique

Notre premier mouvement pour traiter les retranscriptions des entretiens a été d'utiliser le codage multithématique, qui est proposé comme méthode par la chercheuse Magali Ayache. (22) Il s'agit de :

- Prendre des thèmes en nombre suffisant pour quadriller le matériau et ne pas structurer prématurément l'analyse ;
- Chercher l'hétérogénéité des thèmes ;
- Rechercher le recoupement possible des thèmes entre eux.

Le matériau, ici essentiellement constitué de la retranscription des entretiens semi-directifs menés, est découpé et regroupé par thèmes. C'est dans le cadre de ces thèmes que l'analyse des ressemblances et des différences entre chaque réponse est ensuite menée.

En appliquant ces principes, 5 thèmes ont été définis pour cette recherche :

- Les premières découvertes,
- Les aspects saillants de chaque approche,
- Les représentations et attentes vis-à-vis de la psychothérapie
- L'apprentissage,
- Les affects mis en jeu.

b) L'attention flottante

L'attention flottante consiste en une lecture globale des retranscriptions des entretiens. Le lecteur adopte alors une posture neutre pour permettre d'accorder une attention similaire à tous les éléments des discours, qu'ils soient prévus ou surprenants. Cette approche peut, elle aussi, être une réponse au risque de circularité. On peut d'ailleurs la comparer à l'attention flottante des psychanalystes : *« C'est, en effet, ce qui arrive quand on fixe à dessein son attention ; l'analyste grave en sa mémoire tel point qui le frappe, en élimine tel autre et ce choix est dicté par des expectatives ou des tendances. C'est justement ce qu'il faut éviter ; en conformant son choix à son expectative, l'on court le risque de ne retrouver que ce qu'on savait d'avance. »*(23)

Pour ce faire, il est recommandé de tout lire, en s'interdisant de fixer son attention sur certaines parties du texte (par exemple en prenant des notes, en soulignant) au détriment d'autres. Ceci permet l'émergence de thèmes qui peuvent être surprenants et peut donc remettre en cause les cadres théoriques attendus.

Nous avons essayé d'appliquer ce principe dans un deuxième temps, en plus du codage multithématique décrit précédemment, afin de voir si d'autres lames de fond se dégagèrent par cette approche. Cela a consisté en une relecture de l'intégralité du matériau une fois les premières étapes du traitement passées et la rédaction débutée, de sorte à voir si d'autres idées devenaient saillantes à la lumière du travail déjà réalisé.

7. Rédaction

La rédaction de ce travail a consisté en des allers-retours entre les notes théoriques et les retranscriptions des entretiens qui avaient été réalisés, pour regrouper en thèmes les diverses informations collectées. La partie suivant ce paragraphe en présente les résultats.

III. Développement

1. La découverte des psychothérapies

a) Parcours de découverte de la psychiatrie

La psychiatrie est souvent vue comme une spécialité « à part » des autres domaines de la médecine. Ce sentiment communément partagé tient à plusieurs de ses particularités. Tout d'abord, les pathologies psychiatriques sont souvent définies par leur absence d'étiopathogénie connue, et sont donc qualifiées de troubles et non de maladies. L'évolution clinique est tout aussi importante à suivre pour préciser le diagnostic que le tableau présenté par le patient à un moment. Une évaluation diachronique est souvent indispensable, un seul entretien ne permettant que rarement d'avoir des certitudes quant au diagnostic ou au pronostic. Ensuite, nous ne pouvons que très rarement nous appuyer sur la réalisation d'exams complémentaires dans la pratique courante, ce qui laisse toute sa place à la clinique pour permettre l'évaluation. Mais la façon de mener l'entretien, les a priori théoriques, la façon de concevoir la psychopathologie du psychiatre conditionnent largement l'évaluation, le diagnostic et les propositions de prise en charge.(13) Face à un même patient, les avis des médecins pourront ainsi diverger. Enfin, notre spécialité a fait de la parole le centre de la relation soignante. L'échange entre le patient et le médecin est ainsi absolument central, et très rarement médié par des gestes techniques ou des exams complémentaires, contrairement à d'autres pans de la médecine.

En devenant interne de psychiatrie, le jeune étudiant en médecine se trouve donc à devoir dans le même temps acquérir beaucoup de connaissances concernant une discipline considérée comme distincte du cursus médical habituel, mais aussi commencer à mener des entretiens qui le mettent en face à face direct avec autrui. Il s'agit d'un Autre en souffrance, et cette souffrance demande une réponse, à laquelle il semble pour nombre d'entre nous

impossible de répondre exclusivement par des médicaments.(24) C'est d'ailleurs ce qui était montré dès avril 2011 lors de l'étude publiée par l'AFFEP, qui concernait tous les internes de psychiatrie en formation en France.(16)

Face à cette situation et aux nombreuses questions qu'elle amène, il est extrêmement important que l'interne de psychiatrie soit accompagné et puisse progressivement construire sa réflexion, trouver ses repères.(25)

En expliquant non seulement un tableau clinique mais aussi une évolution, une dynamique, les théories psychopathologiques fondent la possibilité de l'action thérapeutique, et donc les premières ébauches de psychothérapie.(8) Très vite, la question des psychothérapies se pose donc, car elles apportent à la fois des explications, des modes de compréhension, et des propositions de réponses, d'attitudes, de soins. Le fait que les psychothérapies soient si différentes les unes des autres est une richesse, mais rend aussi plus difficile l'accès à un vocabulaire et à un mode de compréhension partagés. Ceux-ci sont pourtant nécessaires aux échanges avec les collègues, qui sont le moyen privilégié d'apprentissage par compagnonnage.(26)

Ainsi, pour Jean-Jacques Kress, qui a étudié dans les années 1980 les mécanismes à l'œuvre dans la découverte de la psychiatrie, l'interne débutant en psychiatrie va suivre un parcours, au cours duquel il va tout d'abord tenter d'appliquer le modèle de la pensée médicale, espérant trouver un corps de connaissances cliniques et théoriques homogène, sans discontinuité. Les contradictions dans les théories vont finalement s'opposer à l'espoir qu'une pensée, une théorie ou un discours unificateur existe. L'abandon de cet espoir mène soit à la prise en compte de l'éclectisme des théories et des pratiques existantes, en essayant de borner chaque théorie au domaine dans lequel elle a pris naissance, soit à une appartenance idéologique exclusive : *« Sans doute faut-il, maintenant, se résoudre à admettre qu'il existe une tension dialectique entre visée globalisante, totalisante, idéologique, ayant rapport avec la part*

transgressive du désir de savoir, que chacun se complait à lire dans la théorie qu'il adopte, et d'autre part une visée plus apaisée, plus modeste, résignée à des champs d'intelligibilité limités, sans que pour autant ne soit jamais absente l'attente d'une unification. »(8)

Cette pluralité des points de vue explique pour partie que la psychiatrie soit en perpétuelle réflexion sur ses théories et les rapports qu'elles entretiennent les unes avec les autres. La médecine au sens large s'appuie elle aussi sur des théories, mais entretient un questionnement moindre sur le plan épistémologique, car elle tend à se fonder sur un savoir unitaire : « *La médecine est supposée devenue scientifique et dès qu'il s'agit de science, les théories doivent disparaître au profit d'un savoir positif et de ce que l'on tient pour vérité intangible* ». (26) C'est une autre des distinctions de la psychiatrie du reste du champ médical, qui explique que cette spécialité soit vue comme moins rigoureuse, plus imprécise que les autres, et comme manquant de références scientifiques, car en remise en question constante de ses propres fondements. (8) C'est en même temps l'un de ses aspects les plus intéressants, menant à une métaréflexion qui permet à chacun de préciser non seulement son propre point de vue, mais aussi ce qui a mené à son adoption, et donc à poser sur les choix d'autrui un regard peut-être plus analytique, curieux et compréhensif.

On comprend bien qu'il existe une attente d'unification au regard de l'ambiguïté et de la complexité des situations auxquelles le psychiatre est confronté : face à celles-ci, il peut en effet se sentir dépassé ou démuni, voire impuissant, et donc tenter de chercher une direction, voire une certitude. Il peut alors être amené à se limiter aux seuls aspects techniques ou théoriques, d'apparence plus maîtrisables. (27) Ce réflexe peut aussi être présent dans la pratique même des psychothérapies, certains thérapeutes étant plus à l'aise dans la répétition de schémas éprouvés, ce qui permet de réduire leur anxiété et de viser une efficacité à court terme. (28)

Les personnes découvrant le domaine de la psychiatrie en tant que jeunes médecins se trouvent donc devoir construire leur réflexion en articulation avec leur pratique en stage, en

prenant en compte la pluralité des points de vue possible, tout en se constituant une somme de connaissances et de savoirs leur permettant de se guider et d'apprendre à soigner.

b) Découverte du paysage psychothérapeutique

Après avoir développé précédemment les différentes étapes de découverte de la psychiatrie, cette partie va permettre d'aborder le récit que les sujets de notre étude faisaient de leurs propres ressentis au cours de ce moment de leur cursus, avec un accent mis sur la découverte des différentes approches psychothérapeutiques.

Les personnes interrogées ont ainsi déclaré avoir découvert les psychothérapies à divers moments de leur parcours :

- Pour certains, la découverte d'un premier courant a eu lieu avant même le début des études de médecine, que ce soit en côtoyant un proche qui avait entamé un suivi, ou par le biais de lectures, notamment de Sigmund Freud, qui était au programme de certains cours de philosophie au lycée. Deux répondants ont d'ailleurs découvert les écrits de Freud encore plus tôt dans leur parcours, dès le collège, et ont donc débuté leur exploration de textes psychanalytiques de façon très précoce. On note, dans cette population de personnes ayant découvert les psychothérapies très tôt, une proportion non négligeable de personnes qui ont choisi de s'orienter vers des études de médecine spécifiquement pour devenir psychiatre ensuite.
- Pour d'autres, notamment pour ceux qui ont choisi la psychiatrie comme spécialité dans un deuxième temps, la découverte des psychothérapies s'est faite plus tardivement, pendant leurs stages d'externe en psychiatrie voire pendant l'internat.

Fait intéressant, l'immense majorité des répondants a déclaré ne pas avoir pu assister à des psychothérapies menées d'un bout à l'autre au cours de leur internat, que ce soit en assistant des psychiatres ou des psychologues. D'autres données de la littérature sont d'ailleurs

concordantes.(28) Ce constat mène à de multiples interrogations : les psychothérapies sont-elles toujours visibles et reconnaissables pour les personnes qui y assistent ? Peut-on toujours identifier les entretiens dits « psychothérapeutiques » parmi les autres entretiens psychiatriques ? Le corollaire de cette question est de savoir si tout entretien en psychiatrie comporte une part de psychothérapie. En parallèle, on peut se demander si les patients identifieraient, quant à eux, les moments psychothérapeutiques de façon concordante à ce que les praticiens ont le sentiment de proposer. Une autre piste de réflexion serait d'étudier si ce constat tient au fait que les psychothérapies seraient en perte de vitesse, et deviendraient une denrée rare dans les hôpitaux spécialisés. En effet, certaines séances de psychothérapie prennent un temps conséquent pour pouvoir être mises en place, par exemple les séances d'EMDR, raison pour laquelle il est parfois difficile de les proposer au sein d'unités subissant des contraintes de temps importantes.

Concernant leur ressenti au moment de la découverte des psychothérapies, les répondants de notre étude partageaient pour point commun d'utiliser des termes dénotant des connotations affectives chargées positivement au sujet de leur approche préférentielle. On a relevé des expressions telles que :

- « *C'est un paradigme optimiste* », « *C'est pas un événement ponctuel, ni quelque chose de très clair [...], l'orientation s'est faite un peu naturellement* » au sujet de la TCC.
- « *Ça a un côté folklorique, je peux pas le dire autrement ! Parce que cette idée d'aider les gens, rapidement, avec les gestes, les stimulations bilatérales, je trouve ça extraordinaire ! [...]* Ça me fait rêver, beaucoup. » au sujet de l'EMDR. Ou chez quelqu'un d'autre, mentionnant ses impressions après avoir assisté à ses premières séances : « *Oui et puis elle était hyper enthousiaste, tu vois, ça m'a parlé tout de suite !* ».
- Un des répondants a déclaré s'être intéressé à l'hypnose et aux thérapies brèves après en avoir discuté avec une cointernes, qui semblait « *tellement heureuse* ». Et depuis : « *À*

chaque fois que je discute de ça avec quelqu'un, ça me donne envie de relire encore plus, et de pratiquer encore plus ». Il y associait des termes comme l'envie, la fascination, et même l'excitation.

- *« J'y suis allé un petit peu à l'affect »* à propos de la psychanalyse. On retrouve d'ailleurs cet attrait chez les personnes qui, après s'y être intéressées, ont approfondi leurs connaissances et essayé de le mettre en pratique auprès de patients : *« Un côté littéraire, poétique, esthétique voire philosophique, une forme d'artisanat »*, *« Ça me fait ressentir une passion, quelque chose d'assez puissant. »* ou encore : *« Il y a une ouverture à l'artistique, à la rêverie, qui est d'une grande richesse »*, *« Ça a été une révélation »*.
- Au sujet des thérapies d'acceptation et d'engagement, les répondants se sont exprimés en ces termes : *« Même si c'est probablement moins riche que la systémique, que la psychanalyse, ça je n'en doute pas, je trouve que c'est les entretiens que je préfère mener »*. *« Moi je me sens bien, avec ça »*. *« C'est quelque chose qui m'a vraiment parlé »*. On retrouve des notions de joie, de spontanéité.
- Les thérapies systémiques ont été qualifiées d' *« intéressantes et rafraîchissantes »* ;
- A la question du motif de l'intérêt qu'elle portait pour les thérapies existentielles, une personne a répondu : *« J'ai un peu l'impression de flotter, je ne me pose pas forcément la question, et spontanément je me dirige vers quelque chose qui va m'intéresser, et après je me dis que je suis bien tombée »*.
- Pour la personne intéressée par la mindfulness, c'est le lien avec la neurophénoménologie qui a fait sens : *« Maintenant, c'est une évidence, c'est vraiment cette psychothérapie-là. »*

Les internes et jeunes psychiatres interrogés ont donc mis en avant comme facteurs de choix les rencontres avec des personnes qui leur avaient communiqué de l'enthousiasme, des

lectures qui les avaient marquées, mais aussi, à certaines occasions, des réflexions épistémologiques ancrées dans la théorie.

2. Psychothérapies connues et préférées par les psychiatres formés à Strasbourg

Au cours des entretiens réalisés auprès de personnes formées à Strasbourg, de nombreuses psychothérapies ont été évoquées : la psychanalyse, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies familiales ou systémiques, l'hypnose, les thérapies brèves, les thérapies existentielles, les thérapies interpersonnelles, la thérapie d'acceptation et d'engagement, la Gestalt, les thérapies basées sur la compassion, les thérapies métacognitives, les thérapies d'exposition, la psychothérapie de soutien, la thérapie dialectique et comportementale, les thérapies basées sur la méditation de pleine conscience, la thérapie d'affirmation de soi ou encore les entretiens motivationnels... Ces réponses brossent ainsi un tableau assez large de ce que les jeunes psychiatres actuels connaissent et recherchent dans l'ensemble des psychothérapies. Toutes n'avaient pas été étudiées ou approfondies, mais leurs principes de base étaient connus par les personnes qui les évoquaient.

Plusieurs réponses comportaient principalement les psychothérapies proposées en séminaires optionnels de DES à la faculté de Strasbourg, à savoir la psychanalyse, les TCC, la thérapie familiale et, ensemble, l'hypnose et les thérapies brèves. Il est intéressant de souligner que cela aurait certainement été différent dans d'autres régions de France, étant donné que chaque université propose un échantillon différent pour les internes de sa subdivision (voir annexe 1). Ainsi, les cours proposés à Strasbourg semblent avoir eu un impact fort sur les représentations du champ des psychothérapies par les internes de la subdivision, ce qui s'explique par la nécessité d'une approche catégorielle par grandes familles en début de

carrière, ce champ étant en pleine expansion : en 1980, Jerink comptait au moins 250 formes de psychothérapies. Dès 1986, Karasy en comptait pour sa part plus de 400.(29,30)

a) Des répondants aux intérêts multiples

Étonnamment, lorsqu'on interrogeait les répondants sur les thérapies qui les avaient le plus intéressés jusque-là, nombre d'entre eux répondaient en évoquant des thérapies aux fondements épistémologiques très différents en les associant. Par exemple, plusieurs personnes ont signalé un intérêt croisé pour la TCC et la psychanalyse. Ainsi, la psychanalyse, lorsqu'elle est associée à une autre thérapie, est conceptualisée préférentiellement comme un moyen de compréhension, plus que comme un moyen thérapeutique. Les sujets de l'étude concernés expliquaient ainsi trouver dans les modes de lecture psychanalytique une subtilité inédite, mais peu de leviers d'action, raison pour laquelle ils s'orientaient aussi vers des thérapies considérées comme plus « interventionnelles » pour pouvoir proposer des outils, des conseils, des explications pratiques aux patients.

Pourtant, les visions du psychisme défendues par chacune des psychothérapies sont distinctes, voire opposées. Nicolas Duruz (12) montre ainsi que le courant psychanalytique, qu'il associe au courant psychodynamique, s'intéresse principalement à la dimension « interne » de la personnalité, à sa dynamique intrapsychique, qui sera qualifiée en fonction des auteurs d'appareil psychique, de désir, de montage fantasmatique, constituant in fine « *des processus psychiques animés par des forces et des conflits œuvrant à la construction du moi ou du soi* ». A l'inverse, pour les thérapies cognitivo-comportementales, l'accent est mis sur le contenu et non le processus : au-delà des facultés mentales, des comportements sociaux, des expériences précoces, la personnalité prend son origine dans le vécu du sujet, dans ses croyances, dans la thématique régulière de ses pensées, dans sa logique propre.(31) On note déjà entre ces deux écoles des champs sémantiques et des conceptions du psychisme qui ne se

recouvrent pratiquement pas. On peut y ajouter l'approche systémique, mise en avant comme intéressante à approfondir par de nombreux répondants, qui, elle, postule que le psychisme est une unité réunissant dans une causalité circulaire individu et environnement. Le mental n'est alors plus une entité distincte, qui pourrait évoluer pour son compte indépendamment des interactions de l'individu avec son entourage, mais au contraire en constante équilibration avec les interactions en cours. L'accent mis sur la communication dans cette approche vient à nouveau apporter un nouveau point de vue, les mécanismes intrapsychiques passant au deuxième plan à la fois en termes de compréhension et en termes de soins.(32)

Chez ces répondants aux intérêts multiples, nous avons retrouvé une volonté affirmée de ne pas s'attacher qu'à un seul type de psychothérapie, en mettant en avant que le flou, le manque de certitudes, rendaient difficile de ne s'en tenir qu'à une seule approche. Ces personnes disaient essayer de concilier des points de vue différents, avoir une approche « multi-facettes » des patients, et donc pouvoir aussi s'adapter à une plus grande diversité de situations et de demandes. Une « vérité », ou du moins une « connaissance », qui permettrait d'approcher une forme de certitude, ne semble pas être recherchée, mais au contraire peut faire craindre de s'isoler de certains confrères et de certains patients. Ainsi, une répondante a précisé :

« On sent qu'il y a beaucoup de choses qui sont très liées entre elles, qui ne s'ignorent pas, qui se touchent, et peut-être qui se superposent plus que ce qu'on peut penser à première vue, et plus on connaît un sujet, plus on sait qu'il n'y a absolument pas de certitudes, et qu'il n'y a que des suppositions. Je dirais que le progrès que j'ai fait dans mon internat, c'est de douter de plus en plus. »

La plupart d'entre eux ont d'ailleurs mis en avant comme principal facteur limitant pour se former à plusieurs approches le temps que cela nécessiterait, et non une contradiction trop franche entre les pratiques pour pouvoir les concilier.

b) D'autres à l'approche monothématique

A l'inverse, d'autres répondants ont décrit s'en tenir à une seule approche. Ces approches électives se répartissaient principalement entre la thérapie cognitivo-comportementale d'une part, et la psychanalyse d'autre part. On peut noter comme point commun à ces deux grandes familles de thérapie qu'elles contiennent explicitement, au-delà d'une proposition de soin, une explication du fonctionnement psychique construite de façon à pouvoir, du moins théoriquement, en expliquer une majorité des aspects. Dans sa forme extrême, ce type de raisonnement encourt par ailleurs le risque de confiner à des logiques tautologiques. Pour certains des répondants qui s'affiliaient à une seule école, il était explicitement énoncé comme important d'avoir cette possibilité d'expliquer les situations auxquelles ils étaient confrontés, en ayant l'appui de textes théoriques.

Les liens avec d'autres domaines que la psychiatrie étaient aussi mis en avant pour expliquer le choix de se centrer sur une seule approche :

- Ainsi de ce répondant qui s'intéressait à la mindfulness, qui a tout d'abord découvert la neurophénoménologie (il en dira « *je me suis dit : c'est comme ça que je pense* »). Puis, quelques mois après, il a réalisé que pour lui, la mindfulness en était le pendant thérapeutique, et qu'il y avait de multiples croisements entre les deux. « *C'est vraiment cette psychothérapie-là, maintenant c'est une évidence.* »
- Ainsi de même d'un autre répondant, intéressé par la psychanalyse depuis de nombreuses années, qui en avait surtout entendu parler au départ par des œuvres culturelles, des références cinématographiques ou littéraires. Il continue, après

plusieurs années de lectures et de pratiques, à trouver cette ouverture vers les arts et la création très riche en comparaison aux approches qui se cantonneraient à l'aspect médical des choses.

Dans tous ces cas, les répondants nuançaient leur appartenance à leur école de pensée en laissant une grande place à des découvertes futures, voire à des retours en arrière, pour pouvoir adapter des propos qui seraient devenus obsolètes. Mais leurs abords des autres thérapies les avaient globalement laissés insatisfaits, principalement pour des raisons de rigueur scientifique ou de rapport à la subjectivité de chaque patient. Ainsi, les tenants d'une seule approche se trouvaient plus souvent confrontés à l'impossibilité de saisir une approche qu'ils considéraient comme diamétralement opposée à leur opinion.

3. Méta-théorie de la psychothérapie

La question de la multiplicité des psychothérapies est sous-tendue par celle de leur efficacité respective. En effet, leur grand nombre s'explique notamment par le fait qu'aucune n'a réussi à montrer son efficacité spécifique de façon suffisamment convaincante pour que l'ensemble des thérapeutes se tourne vers elle. L'évaluation de l'efficacité des psychothérapies est particulièrement délicate. La mise en place d'études systématiques, contrôlées et randomisées, s'avère très difficile, du fait notamment de l'importance majeure des facteurs interpersonnels dans l'évolution de chaque patient.

L'étude de l'efficacité des psychothérapies existe ainsi depuis 1920, avec les recherches de Fenichel et Abraham. Elle s'est d'abord développée, selon Grawe, dans l'idée d'essayer de montrer que la psychothérapie était efficace (ce qu'il appelle la phase de légitimation), puis en cherchant quelle forme de psychothérapie pouvait être la plus efficace (la phase de compétition), puis quelle forme de psychothérapie pouvait être la plus efficace pour quel patient (la phase de prescription), et enfin dans la recherche de l'identification des éléments permettant

à la psychothérapie d'être efficace (la phase de compréhension).(3,33) Nous verrons plus loin quels sont les positionnements des sujets de l'étude autour de cette question de l'efficacité. Finalement, on voit que les publications actuelles continuent de traiter l'ensemble de ces questions, et qu'il n'existe pour le moment pas de réponse tranchée, à de rares exceptions près. Ainsi, l'EMDR a souvent été cité par les répondants de notre étude comme ayant le meilleur niveau de preuve dans la prise en charge du psychotraumatisme.

Colette Chiland, une psychiatre française, dira ainsi à ce sujet : « *la multiplicité des psychothérapies pose le problème d'une méta-théorie de la psychothérapie pour rendre compte de ce que, en dépit de théories différentes, chaque méthode de psychothérapie connaît des succès et des échecs* ». (34) C'est à cette question d'une méta-théorie de la psychothérapie, c'est-à-dire une « théorie sur les théories psychothérapeutiques », que nous allons désormais essayer de répondre, en abordant d'une part ce que comprend ce terme, et d'autre part comment on peut essayer de classifier et regrouper les différentes psychothérapies.

a) Essais de définitions

i. Par des théoriciens

On trouve dans la littérature plusieurs définitions de la psychothérapie. Cette multiplicité peut interroger, et trouve certainement sa cause dans le fait que la psychothérapie comporte une dimension profane plus que savante : en effet, elle repose sur notre partage de la condition humaine, et elle est donc éminemment plus expérientielle que scientifique.(30) Chaque thérapeute en fait sa propre expérience et toute définition se trouve rapidement ou bien simplifiée, ou bien empreinte de la personnalité de son auteur.

La première définition qu'il nous semblait importante de partager est celle du Trésor de la Langue Française, qui est la suivante : « *Thérapeutique des maladies psychiques, des troubles de la personnalité ou du comportement par des procédés psychiques, en particulier par le*

moyen de la parole. ». On trouve ici le moyen de la psychothérapie, à savoir la parole, ainsi que l'objet de son usage, la maladie psychique. Elle est précisée, tout en restant simple, par Didier Anzieu dans le *Dictionnaire de psychologie* (PUF) : « *Méthode de traitement des souffrances psychiques par des moyens essentiellement psychologiques. Selon la démarche utilisée, la psychothérapie cherche soit à faire disparaître une inhibition ou un symptôme gênant pour le patient, soit à remanier l'ensemble de son équilibre psychique.* »(35)

Néanmoins, ces définitions manquent de description concrète pour permettre de réellement se représenter ce soin. D'autres existent, énoncées par différents auteurs, eux-mêmes thérapeutes ou théoriciens. Chacune d'entre elles met en lumière des aspects différents :

Colette Chiland (1928 – 2016), psychiatre, psychanalyste et professeure des universités en psychologie clinique, va ainsi appuyer la dimension relationnelle et créative de la psychothérapie : « *Traitement qui s'adresse au psychisme et repose sur une relation intersubjective. La psychothérapie utilise des médiations diverses, faisant une place variable au corps, à la conscience, à l'émotion et à la cognition pour atteindre ses buts d'alléger la souffrance et de permettre une meilleure gestion de la vie. Elle suppose qu'on croit à la réalité du psychologique comme distinct du neuronal et agissant sur lui, d'où une complémentarité des traitements biologiques et des traitements psychologiques. Elle comporte toujours une part d'imprévu, qui ne peut pas être consignée dans un manuel, qui demande une liberté créatrice au thérapeute et une ouverture à la culture du patient* »(34). Cette définition met par ailleurs en avant le différentiel entre la part psychique et la part neurologique du fonctionnement de l'esprit humain.

Jean Garrabé (1931 – 2020), psychiatre et spécialiste de l'histoire de la psychiatrie, met quant à lui l'accent sur le contexte dans lequel une psychothérapie est développée, et la façon

dont elle s'imprègne du milieu socio-culturel et des idées de son époque : « *Méthodes ou procédés basés sur une théorie du psychisme qui, utilisés en médecine à des époques de son histoire caractérisées par un contexte scientifique et culturel propre à chacune d'entre elles pour traiter diverses maladies décrites par la clinique et la nosologie du temps, se révèlent bénéfiques chez certains et inefficaces chez d'autres, posant ainsi la question des indications respectives des différents procédés préconisés et de leur association à d'autres moyens thérapeutiques.* »(36). On note dans cette définition que la psychothérapie comporterait en elle-même une part de variabilité quant à son efficacité d'une personne à une autre.

Face à la mouvance de ce concept, certains auteurs ont pris le parti d'en faire le noyau de sa définition : « *La psychothérapie est une technique indéfinie, appliquée à des cas non spécifiques avec des résultats imprédictibles et pour laquelle un training rigoureux est toutefois requis.* », définition de 1949 énoncée par Victor C. Raimy, puis reprise par Perry London.(37)

D'autres, à l'inverse, mettent l'accent sur le statut scientifique de cette pratique, ici garantie par la formation de son praticien : « *La psychothérapie est une activité de nature scientifique qui consiste à traiter des troubles psychiques par une méthode psychologique à laquelle s'est formé professionnellement le psychothérapeute. Elle se définit donc par un objet (le psychisme), des moyens (les techniques) et des buts (le(s) changement(s)).* »(12)

En essayant de minimiser les apports spécifiques de chaque orientation, Jerome D. Frank explique que les psychothérapies partagent pour point commun d'être des méthodes directes ou indirectes de combat contre la démoralisation, consistant en une relation de confiance, émotionnellement chargée, établie avec une personne aidante. Elles poursuivent une fonction de guérison en renforçant l'espoir du patient et en lui assurant un cadre de sécurité, tout en se référant à un schème rationnel et conceptuel, sorte de « mythe », qui fournit une

explication plausible aux symptômes du patient. Elles opèrent par un rituel qui requiert la participation active du thérapeute et du patient.(12,38)

Enfin, l'une des définitions les plus complètes que nous ayons trouvée est la suivante, énoncée par Gérard Salem (1946 – 2018), essayiste et psychiatre suisse : « *La thérapie est une pratique relationnelle de soin efficace, elle est conduite par un thérapeute et a pour effet de soulager la souffrance de la personne qui y recourt. Sa légitimité sociale et culturelle repose sur celle, naturelle comme le précise Jackson (1999, p. 392) de la fonction soignante elle-même : une relation d'influence (Roustang, 1990, Nathan, 1998) déterminée par l'intention de soulager la souffrance de l'être humain qui y recourt. Sa légitimité scientifique repose sur son efficacité. Cette pratique de soin a un effet significatif puisqu'elle permet d'obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques que si l'on n'y recourt pas. Elle peut être nuisible et iatrogène, si elle est employée à mauvais escient. Sa spécificité thérapeutique repose sur le fait qu'elle tire son efficacité exclusivement de la relation humaine (qui est par définition profane, complexe, imprévisible et irréductible).* »(30)

Pour Gérard Salem, la difficulté à définir la psychothérapie tient principalement à deux de ses aspects(30) :

- D'une part, la notion de psyché reste elle-même imprécise, car on ne peut ni observer ni étudier l'esprit, les mécanismes psychiques ou encore l'entité psychologique, en bref, tout terme que l'on essaierait d'individualiser. Ainsi, les essais proposés par la psychologie expérimentale permettent d'aboutir à des démonstrations partielles de certaines fonctions psychiques, sans pour autant permettre d'atteindre à une explication globale du fonctionnement de l'esprit.(39)
- D'autre part, la notion de psychothérapie peut s'attacher à décrire aussi bien un soin de l'esprit qu'un soin par l'esprit. La notion de soin de l'esprit peut sembler trop limitante,

car les psychothérapies peuvent aussi bénéficier aux personnes atteintes de troubles somatiques. A l'inverse, la notion de soin par l'esprit ne permet pas d'amener à une connaissance établie, puisque nous avons vu que la définition de l'esprit lui-même restait imprécise. Lui donner par la suite l'aptitude de soigner avec certitude semble donc impossible.

En conclusion de cette partie, nous pouvons donc souligner combien les notions théoriques de ce que sont les psychothérapies évoquent finalement en elles-mêmes leur pluralité et leur flexibilité. C'est en somme un concept aux contours flous, mobilisables différemment en fonction des théoriciens, qui est difficile à définir et donc à concevoir à distance des interstices relationnels dans lesquels il se noue.

Il nous semblait donc intéressant d'explorer les représentations que les acteurs de terrain s'en faisaient, en les questionnant tout d'abord sur la définition de la psychothérapie qu'ils avaient construite pour eux-mêmes.

ii. Par les répondants de l'étude

Cette question d'une définition de la psychothérapie a été posée aux sujets de notre étude, et a désarçonné plusieurs d'entre eux. En effet, il s'agit là d'un sujet largement discuté en psychiatrie, mais semble-t-il plus sous l'angle de comparaisons ou de réflexions techniques précises, que pour essayer d'en dégager les traits essentiels qui le constituent. Il a donc pu être difficile de synthétiser les différentes approches pour définir ce qui les regroupe en un seul type de soin. Les réponses successives des répondants ont été regroupées en un tableau (Annexe 2), en les classifiant par intérêt porté à une ou plusieurs psychothérapies précises.

Pressentant que les réponses des uns et des autres seraient variées, l'un des répondants mentionna combien cette multiplicité pouvait être vue comme une richesse :

« Dans ce terme de psychothérapie, tu mets un peu ce que tu veux, et je trouve ça génial. Je trouve que justement, ça laisse à tous, que ce soit psychiatre, psychologue ou psychothérapeute, ça laisse la possibilité d'introduire quelque chose de subjectif. Chez soi, et chez l'autre aussi. »

Parmi les réponses, certains éléments sont revenus à plusieurs occurrences :

- L'importance de la parole, la première réponse, spontanée et immédiate, à cette question a souvent été « *un soin par la parole* ». La notion de relation est elle aussi centrale, on retrouve même d'ailleurs une occurrence de « *soin par la parole et la relation* ». La psychothérapie serait une rencontre, un accompagnement, un espace de parole.
- La psychothérapie semble revêtir pour plusieurs des répondants l'aspect d'un chemin vers l'autre. Elle permettrait ainsi d'aller rejoindre la personne en se débarrassant de ses propres attentes et objectifs, et, ainsi, de « *rencontrer la demande* ». Par là, on peut supposer que la psychothérapie laisse la part belle au récit du patient, à sa façon de se narrer, et suppose une curiosité respectueuse de la part du thérapeute pour ce qui fait l'existence de son interlocuteur.
- Elle nécessite par ailleurs plusieurs éléments qui font du psychothérapeute une tout autre personne qu'un ami, un proche, ou même un inconnu qui prêterait l'oreille aux souffrances d'autrui, et tenterait d'y répondre personnellement : les réponses mentionnent ainsi la nécessité d'une « *expertise* », d'une « *connaissance* », d'une « *compréhension* », qui mènent à une attitude travaillée. Il faudrait aussi mener une réflexion sur les effets de l'entretien, être toujours en lien avec un questionnement éthique. On voit là ô combien la psychothérapie ne semble pas n'être qu'un ensemble de méthodes à reconfigurer pour chaque patient, mais au contraire une relation en constante transformation, qui comporte sa part de métaréflexion.

- Dès cette question de la définition de la psychothérapie, plusieurs personnes ont mentionné ce qu'ils en attendaient comme étant une part constitutive du soin en lui-même. On retrouve ainsi les notions « *d'apaisement* », « *d'harmonie* », « *d'une meilleure qualité de vie* ». Par le biais de la psychothérapie, le patient accéderait idéalement à un autre point de vue, une autre façon d'observer, il « *referait lien avec lui-même et s'inscrirait dans un récit* ».

On pourra noter un point d'achoppement à négocier perpétuellement, entre le respect de l'expertise du patient de sa propre expérience et la plus-value que le thérapeute cherche à lui apporter par le biais de leur relation, sans jamais en retirer une position de supériorité. La métaphore du cheminement peut ainsi être mise en exergue comme un moyen de réponse à cette contradiction apparente, la psychothérapie consistant peut-être en l'accompagnement du patient qui reste fondamentalement lui-même, le menant néanmoins dans des directions vers lesquelles il ne se serait pas dirigé seul. Ce constat nous a menés à questionner les visions de la relation psychothérapique qu'avaient les répondants de notre étude.

b) La relation psychothérapique

À travers tout suivi psychothérapique se noue une relation particulière entre le thérapeute et le patient. Cette relation comporte des singularités propres, car elle se situe dans un cadre professionnel, qui conditionne sa survenue, tout en impliquant très fortement les personnalités, les histoires, les façons de s'exprimer de chacun des protagonistes.

Chaque approche psychothérapique en a modélisé les conditions, qui sont plus ou moins strictement définies. Elles concernent le cadre thérapeutique, qui est déterminé par le nombre de séances, leur fréquence, leur durée, mais aussi par le dispositif de l'entretien lui-même.

Par exemple, la psychanalyse freudienne voulant privilégier la mise en mots de la globalité de l'expérience subjective du patient, il est proposé à celui-ci de s'allonger (de sorte à

« *suspendre la décharge motrice* ») et de ne pas regarder le thérapeute (pour diminuer les perceptions sensorielles externes). Sigmund Freud proposait pour sa part des séances de durée fixe, de 45 à 50 minutes, en débutant par 6 séances hebdomadaires. La cure analytique dans son assertion actuelle semble admettre une fréquence de 3 à 4 séances par semaine.(40)

Dans les thérapies cognitivo-comportementales, le dispositif est plus variable en fonction des cas. Classiquement, le suivi devrait débiter par une à deux séances par semaine, avant de pouvoir les espacer. Il s'étend sur 15 à 20 séances au total. La durée de celles-ci est variable en fonction de l'exercice abordé.(40)

À l'intérieur de ce type de cadres fixés au préalable, se joue une relation qui s'instaure toujours de façon nouvelle, entre deux individus qui vont mettre en jeu leurs visions sur le trouble présenté et sur les recours à adopter pour le soigner. Il est de plus en plus mis en avant que le patient doit en effet être vu comme l'expert de sa propre existence, et que ses compétences doivent être reconnues et mises en avant dans l'établissement de la relation de soin.(41)

Nous avons donc souhaité interroger les répondants de notre étude sur ce qu'ils considéraient être la relation thérapeutique, avec ses spécificités, ses conditions de réalisation. La question de l'autonomie du patient est revenue comme centrale : les répondants de l'étude ont utilisé des termes comme « *accompagnement* », « *compagnon de soin* », « *catalyseur* », « *co-construction* », « *collaboration* », et ont mis l'accent sur les changements et prises de conscience qui émanent du patient lui-même. Beaucoup ont dit essayer de rester prudents face à leur tendance à vouloir répondre avec leurs idées de solution à eux, ou à proposer trop d'explications.

« Le patient vient souvent avec un problème, et je suis le médecin, et le patient attend souvent que je résolve entièrement son problème. Or, ma vision est

plus de lui dire, il y a un savoir, que je vais partager avec vous, et ensuite on va réfléchir avec ce savoir-là, qu'on aura partagé ensemble, à comment vous aider le mieux, et à quelles sont les solutions les plus adaptées pour vous. Mais il faut aussi pour ça que vous puissiez me dire quel est votre mode de vie, comment vous fonctionnez, et ensuite on essaie de voir ensemble qu'est-ce qui est le plus adapté, pour que la... La ou les solutions les plus adaptées viennent de vous, et qu'elles puissent durer dans le temps, et que ce soit pas quelque chose que je vous impose, qui, on le sait, dure quelques mois et puis après on en a marre, et on arrête. »

« Mais moi j'ai vraiment pas envie de faire le boulot à leur place, d'autant que généralement, quand on donne des pistes comme ça, ils s'en saisissent pas, ou quand ils s'en saisissent ils le font pas, enfin c'est... Ça va pas leur parler donc ça va pas marcher, donc en fait moi j'essaie juste de rebondir des fois sur des choses qu'ils vont amener, pour les aider, après, enfin, les amener à réfléchir, et du coup à eux d'amener du changement. »

Il s'agit là d'un équilibre difficile à trouver. Les répondants ont aussi souligné l'importance d'apporter quelque chose de significatif au patient, sur un mode plus pédagogique, rejoignant par là aussi les approches issues de l'éducation thérapeutique. Les personnes intéressées par les thérapies cognitivo-comportementales ont d'ailleurs exprimé l'importance que ce type de transmission revêtait pour eux.

« Je pense que c'est vraiment ça, le fait, oui, de mettre en images, vraiment, pouvoir expliquer, pouvoir expliquer les choses, simplement... Finalement on donne des clés en main ! [...] Elle [la personne] peut s'en saisir, elle peut appliquer certaines choses chez elle, dans la vie de tous les jours. »

« Quand c'est structuré, le patient sait que t'es là pour lui apporter des trucs, et donc il va vraiment être à l'écoute. C'est vraiment un temps où il va vraiment assimiler toutes les connaissances que tu lui apportes. »

Au-delà de la question du contenu de l'entretien, de la place accordée à la parole et aux connaissances de chacun, se joue aussi la question de l'authenticité : comment rester soi, de façon sincère et franche, tout en appliquant une technique qui va conditionner, au moins pour partie, nos paroles, notre posture, notre façon de comprendre et d'interpréter les situations ? Cette authenticité est reconnue comme l'un des facteurs communs aux différentes psychothérapies, qui augmentent les chances de réussite du suivi quelle que soit l'école de pensée du thérapeute.(42) Mise en avant par plusieurs répondants comme une caractéristique à préserver autant que possible, il nous a semblé important de souligner deux points à propos de l'authenticité :

- Tout d'abord, l'importance de trouver l'approche qui nous corresponde le mieux, en termes de réflexion mais aussi de valeurs, de sorte à pouvoir l'incorporer à nos pratiques sans que cela ne suscite de contradictions intérieures. Cela permet évidemment d'adopter un discours plus authentique, avec lequel on est d'emblée en accord ;
- Ensuite, l'action du temps, qui permet, en accumulant les connaissances mais aussi l'expérience, de s'autoriser progressivement à teinter la théorie de nos singularités propres. Cela permet à la personnalité de chacun de s'exprimer différemment à travers des référentiels communs. Cet effet de l'expérience qui permet de trouver un ton juste était souligné par l'un des répondants :

« Ça a pu être des soucis au niveau de l'internat, de positionnement, tout ça, au moment de la formation... Mais maintenant, ça va. J'ai l'impression que

la relation est plutôt équilibrée avec le patient, et c'est comme ça que je suis content. »

Pour les sujets de l'étude, l'authenticité se manifeste par la possibilité de faire des traits d'humour, d'adopter un style chaleureux lorsque l'on se sent à l'aise, mais aussi de verbaliser au patient ses ressentis, notamment les émotions suscitées par l'entretien. Elle permet alors de communiquer sur des sensations ou des sentiments qui peuvent être partagés à la fois par le patient ou le thérapeute, et d'aborder explicitement des aspects de la relation en temps réel. L'authenticité autorise ainsi l'expression d'une empathie qui sonnera juste car sincère.

Dans la littérature, il est décrit qu'au fil de l'expérience qui se développe, les thérapeutes intègrent progressivement leur « soi personnel » et leur « soi professionnel » l'un à l'autre, ce qui se manifeste par une cohérence grandissante entre leurs affinités théoriques conceptuelles d'une part et leur personnalité d'autre part. Par ailleurs, ils se construisent aussi un rôle qui leur permet de choisir et appliquer librement les méthodes et techniques qui leur correspondent naturellement.(28)

c) Articulations des psychothérapies

La façon dont les psychothérapies s'articulent les unes avec les autres est extrêmement riche, mêlant à la fois inspirations fécondes et différences affirmées. Pour comprendre comment elles s'étaient ainsi établies les unes par rapport aux autres, nous avons souhaité suivre un cheminement diachronique, nous permettant tout à la fois d'étudier la façon dont les psychothérapies se sont construites en tant qu'école de pensée, et aussi comment elles ont pu correspondre avec l'époque qui les a vues naître chacune.

i. Histoire du concept

Ainsi, nous avons vu dans notre première partie que pour certains auteurs, la psychothérapie se situait du côté de l'expérience, du profane, plus que de la théorisation. Nous

allons donc essayer d'en circonscrire les pratiques, qui existent depuis bien longtemps : la question des pathologies mentales, perçues initialement sous le prisme des troubles du comportement(10), a traversé toutes les périodes de l'Histoire. Au travers de l'enchaînement des modèles conceptuels du psychisme se joue aussi, en filigrane, celle de l'évolution des approches psychothérapeutiques.(12)

Ainsi, pour Jean Vion-Dury, neurologue qui a travaillé sur les paradigmes successifs qui ont permis d'aborder le fonctionnement psychique, les psychothérapies ont supposé des modes d'action différents d'une période à une autre, en parallèle de l'idée que l'on s'y faisait de l'esprit.(43)

Le terme psychothérapie date de 1899 pour sa première occurrence en langue française, d'après le *Dictionnaire historique de la langue française*, mais d'autres dates sont évoquées dans la littérature, notamment l'année 1891, au moment de la publication du livre *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* de Hippolyte Bernheim (1840 – 1919).(30)

Si l'on se cantonne à une définition simple et pragmatique des psychothérapies, en tant qu'échanges entre individus sans recours à la pharmacopée, dans le but de diminuer une souffrance morale, on réalise alors qu'elles existaient bien auparavant. Au cours de leur histoire, elles auront pris des formes très diverses.

Les approches de la folie pendant l'Antiquité

Les plus anciennes marques de réflexion de l'humanité nous transmettent les traces des difficultés que l'Homme a pu rencontrer sur le plan psychique, les explications qu'il a pu en donner, et les tentatives de réponse qui ont été apportées, via des moyens philosophiques, relationnels, voire religieux. Les liens entre religion, punition divine et maladie mentale ont ainsi conduit à faire participer les « fous » aux cérémonies thaumaturgiques, notamment par exemple au temple de Memphis. À Babylone, on appelait les médecins aussi bien que les

chamans : la maladie était abordée par la pharmacopée et par les incantations. De même, dans la Perse Ancienne, les maladies étaient vues comme commandées par les démons, et on y discernait trois sortes de médecine : « *du scalpel, des plantes et de la parole, cette dernière étant bien entendu la parole sainte, celle qui apporte un bienfait à l'âme* ». (10)

Dès l'Antiquité, on retrouve des traces d'explication de la folie, ainsi que des tentatives de la soulager. Pour les Grecs, une explication religieuse de l'ordre du châtement était avancée, jusqu'en 450 – 400 avant JC : à travers des réflexions autour de « qu'est-ce que l'Homme », ils élaborent alors la notion de maladie de l'âme, reposant sur une prise de conscience à la fois philosophique, puisqu'il s'agit de l'âme, et médicale, puisqu'ils étudient une maladie. La longue tradition médico-philosophique de l'étude de l'esprit débute alors.(10) Les Stoïciens, parmi d'autres écoles philosophiques, étudieront les possibilités de travailler sur son esprit pour atteindre l'ataraxie, en faisant la part de ce qui est mobilisable par soi-même et de ce sur quoi nous n'avons pas de prise, principes repris actuellement par certaines des psychothérapies les plus récentes, appartenant au mouvement cognitivo-comportementaliste.(44)

Caelius Aurelianus, un médecin romain qui vécut au Vème siècle après JC, dans la suite d'Hippocrate et de sa théorie des humeurs, établit des méthodes relationnelles, impliquant aussi des mesures environnementales, pour éviter d'exciter le malade. Cela peut passer par des tentatives de le distraire de ses idées fixes, et dans certains cas en des propositions de voyages, de musique, de théâtre. Il tente de raisonner les malades « *sans les contrarier ni être trop complaisant* ». Son approche comporte deux versants, une part éducative, mêlant autorité et coercition, et une part plus douce, se manifestant par des conversations et des propositions de distraction. Il essaie notamment de parler de choses gaies aux mélancoliques (*contraria contrariis curantur*). (10)

L'Antiquité non occidentale : la psychologie indienne et bouddhiste

Nous pouvons aussi citer les approches non occidentales, et principalement celles émanant d'Asie, qui ont développé des visions de l'Homme et de son étude complètement différentes des visions européennes, ainsi qu'expliqué par Alberto Moravia (1907 – 1990) : « *L'Inde est une conception de la vie [...] : celle qui veut que tout qui semble réel ne le soit pas, et que tout ce qui ne semble pas réel le soit. Il en résulte une dévalorisation totale de la vie perçue comme une chose absurde et douloureuse, et la conviction que l'homme ne doit pas agir pour améliorer le monde, mais s'en dégager afin de s'unir à une réalité suprasensible, c'est-à-dire spirituelle.* », tandis que l'Europe serait « *ce continent où l'homme est convaincu qu'il existe réellement ; où le passé s'appelle l'Histoire ; où l'on préfère l'action à la contemplation ; où il est admis communément que la vie vaut la peine d'être vécue ; où sujet et objet cohabitent en parfaite harmonie et deux illusions comme la science et la politique sont prises au sérieux. En Europe, on croit que la réalité ne cache rien, ce qui ne prouve pas qu'il n'y ait rien de caché.* »(45)

Dans la continuité de cette vision, pour Olivier Houdé, la psychologie s'est développée différemment dans la pensée bouddhiste. L'abord même de la vie mentale se distingue aussi de sa version occidentale : « *D'un côté [non occidental], on éprouve la psychologie par la pratique du corps, de la respiration (la méditation par exemple) ; de l'autre [occidental], on tente de la concevoir d'un point de vue intellectualiste et scientifique selon la tradition inaugurée par Platon, suivi d'Aristote.* »(9).

Le caractère illusoire du monde est ainsi mis en exergue aussi bien par la pensée bouddhiste que par la pensée hindouiste, et les démarches de dissolution des « formations mentales » sont mises en avant pour atteindre un état de calme mental, de clarté de l'esprit et de compassion.(9) On devine à travers ce point de vue les thérapies actuelles basées sur la pleine

conscience ou encore sur l'acceptation et l'engagement, une fois qu'il est adopté et adapté par la vision occidentale de la santé mentale.

Le Moyen-Âge

Il s'agit d'une période riche en développement et en diffusion des connaissances, où la méthode expérimentale émerge, où naissent le constructivisme cognitif et la notion d'individu. L'esprit est vu en permanence comme supérieur au corps.(9)

Saint Augustin et Saint Thomas d'Aquin, chacun à leur manière, abordent le psychisme et mènent à l'individualisation de celui-ci, à la possibilité de l'étudier en chacun et de le découvrir par un travail patient. Saint Thomas d'Aquin, de plus, propose comme remède à la tristesse « *toute espèce de joie ou d'occupation du présent, amis, sommeil, larmes, bains* » – le choix du mot remède attestant que c'est bien de pathologie qu'il parle.(10)

En termes de traitements de la folie, en plus de l'usage de la pharmacopée qui contient des purgatifs, des calmants, des toniques, des antispasmodiques, on retrouve des méthodes qui ne passent pas par l'usage de plantes ni de préparations officinales, mais par des méthodes « fortes », comme celle décrite par Gilbert l'Anglais (1^{ère} moitié du XIII^{ème} siècle) qui conseille de réveiller les léthargiques en hurlant leur nom, en jouant de la trompette ou encore en tenant des truies au pied de leur lit. Arnaud de Villeneuve (XIII^{ème} siècle) fait quant à lui pleurer les maniaques en leur faisant peur ou en les battant.(10)

De façon plus modérée, on retrouve tous les conseils de prise en charge de l'Antiquité, à savoir l'hygiène, les régimes, l'exercice corporel modéré, la musicothérapie, mais aussi des tentatives de persuasion, de rappel à la raison par le médecin à l'encontre des idées délirantes ou obsessionnelles du malade.(10)

Les pèlerinages thérapeutiques restent très courants, dont le plus connu, le pèlerinage de Geel en Belgique, en l'honneur de Sainte Dymphne, martyre décapitée, qui deviendra le symbole de ceux qui ont « perdu la tête ».

Dans l'esprit populaire, se superposent sans se substituer l'une à l'autre deux visions de la maladie psychique : les fous sont ou bien « possédés » par le diable, ainsi que décrit dans les Psaumes de l'Ancien Testament, et en attente d'un miracle pour guérir, ou bien fous-malades, objets de la médecine, reconnus irresponsables de leurs actes très tôt par la législation. Ils sont vus parfois comme hérétiques et ont pu faire l'objet de chasses aux sorcières.(10) Cette vision explique les tentatives de rationalisation amenées par les discussions.

Durant la Renaissance

Progressivement, la charge des hôpitaux généraux passe de la main de l'Église à celle de l'État. À cette époque, la folie passe pour incurable et la société propose principalement des lieux d'hébergement voire de rétention plus que des lieux de soins. On y recommande « *une ambiance de silence, de prière, de discipline et de travail* ». Par ailleurs, ce sont des juges et non des médecins qui peuvent décider de la sortie des personnes concernées.(10) Le courant réformiste mené par Jean Calvin et Martin Luther à travers l'Europe remet le perfectionnement de soi et des rapports sociaux au centre des préoccupations de chaque individu, à travers l'école, l'éducation, le contrôle moral de tous.(9)

Même si en termes de thérapies, l'époque est peu fertile, la pensée du psychisme se développe. Face à l'obscurantisme des guerres de religion, la voix de Montaigne s'élève pour défendre la tolérance, qui passe selon lui par le fait de jeter sur soi une « *observation lucide* »(46) afin d'analyser les relations et les sentiments humains généraux et, par un effort d'imagination et de changement de point de vue, de pouvoir comprendre les différences interindividuelles. René Descartes provoque un tournant radical dans la pensée de l'humain, en

affirmant la supériorité de la raison sur les émotions, et en établissant le dualisme qui porte son nom entre le corps et l'esprit. Cette vision dichotomique est remise en question par les neurosciences actuelles(47).

Pour Olivier Houdé, on peut donc voir à cette période une triple réforme de la psychologie(9). Ainsi, le regard psychologique devient laïque suite à la tentative de Montaigne de se distancier du fanatisme religieux et d'accorder de l'importance à l'étude de soi. Par ailleurs, Descartes, Pascal, Hume et Locke vont développer la pensée et les méthodes empiriques, en mettant l'usage de la raison au centre de la prise de décisions. L'esprit devient lui-même un objet d'observation, d'analyse. Sur le plan philosophique, Kant vise à établir des cadres explicatifs pour permettre ces études. Enfin, sur le plan politique, on peut voir dans la Révolution française une affirmation du peuple ainsi que de l'individu, incluant certes un regard sur cet « être de raison », mais aussi un retour sur soi qui laisse sa place aux sentiments, annonçant l'époque romantique.

On retrouve encore les effets de ces avancées dans la compréhension du psychisme dans les psychothérapies actuelles : « *Le plus intéressant pour l'histoire de la psychologie, c'est que, depuis le XVIIIème siècle, la conception de l'homme est restée « biface » : l'une, lumineuse et rationnelle, est l'objet de la psychologie cognitive expérimentale aujourd'hui ; l'autre, plus sombre, romantique, plonge dans les profondeurs de la singularité humaine et est l'objet de la psychologie clinique et de la psychanalyse. Tel un clair-obscur.* »(9)

Toute cette période est qualifiée, en parallèle de la richesse de ses vues médicales et philosophiques sur les troubles psychiques, de « baroque thérapeutique » par Claude Quétel, du fait de l'accumulation de remèdes anciens de l'Antiquité et d'approches plus récentes mais d'autant plus fantaisistes pour certaines : saignées, transfusions, évacuants tels des purgatifs et des émétiques, mais aussi thérapeutiques dites « de choc » comme les bains surprises et les

bains forcés ainsi que les châtiments corporels, les humectants de tous types (rafraîchissements, bains, tisanes), les antispasmodiques, les extractions de pierre de folie dont on pense qu'elles se logent dans le crâne, processions dansantes, pianos à chats et trémousseurs... (10)

Pendant le siècle des Lumières

Le XVIIIème siècle est aussi marqué par la diffusion du traitement moral proposé par Philippe Pinel (1745 - 1826), lui-même inspiré de Samuel Tuke (1615 – 1674), qui prescrit une approche en trois axes : aider le patient à se contrôler (en lui fournissant une vie réglée par le travail, la religion), lui imposer des modes de coercition lorsqu'ils sont indispensables (passant par la contention, l'alimentation de force, le confinement), mais aussi proposer ce qu'il nomme les voies de la consolidation et du réconfort. Le médecin italien Giorgio Baglivi (1668 – 1707) souligne lui aussi, en plus des traitements « mécaniques », l'influence des « *impressions morales* », qui peuvent être gaies, douces ou vives en fonction de chaque cas particulier. Le terme moral peut ici prêter à confusion. Au départ se rapportant uniquement à ce qui tient à l'esprit, il se décline assez vite sous sa forme substantivée de morale, au sens de respectueux de la norme et des bonnes mœurs. Le traitement moral lui-même, et ce dès cette époque, oscillera entre ces deux assertions et consistera parfois à « *faire la morale aux aliénés* ». Joseph Daquin (1732 – 1815), philanthrope et franc-maçon, énonce pour sa part les moyens qui lui semblent nécessaires pour limiter autant que possible les traitements pharmacologiques : « *De la patience, de la douceur et des égards, une prudence éclairée, de bonnes raisons et des propos consolants, à tenir dans les intervalles lucides dont ils jouissent quelquefois [...] Je soutiens que les secours moraux devraient, peut-être, être les seuls qu'on dût employer.* » (10)

Au même siècle, Jacques Tenon (1724 – 1816) énonce les premiers principes architecturaux permettant aux patients de ne pas être « *contrariés* » et de pouvoir vivre leurs troubles dans l'enceinte de ce qui deviendra les asiles. (10)

Au XIXème et au XXème siècle

C'est à la fin du XVIIIème qu'émerge ce qui est souvent considéré comme la première approche proprement psychothérapique de l'Histoire : l'hypnotisme de Mesmer, qualifié alors de magnétisme animal, dont les effets seront ensuite étudiés et pratiqués par de nombreux grands noms de la psychiatrie et de la psychologie clinique. Malgré le discrédit jeté sur la méthode de Mesmer par une enquête qui mène à la conclusion de l'inexistence du fluide animal, ses séances auront marqué les esprits, et, surtout, auront mené à la reconnaissance du pouvoir de l'imagination comme ayant des effets tangibles.

Ces découvertes et essais sont donc repris par la postérité, notamment James Braid (1795 – 1865), un chirurgien écossais, qui les utilise à visée antalgique, ou le Marquis de Puységur (1751 – 1825), qui reconnaît la nature psychologique de la cure magnétique, observe les effets du « sommeil hypnotique » et reconnaît le langage comme prépondérant dans ce soin psychique. L'utilisation des suggestions hypnotiques, revendiquée par Hippolyte Bernheim (1840 – 1919) au sein de l'École de Nancy, peut ainsi être considérée comme l'une des premières tentatives de psychothérapie formalisée en tant que telle.

L'hypnose alimente au XXème siècle de nombreuses approches thérapeutiques, telles que l'analyse psychologique et la thérapie dynamique de Janet, la méthode analytique réductrice, la méthode cathartique, l'imagination dirigée de Desoille et Jung, et à la suite de la seconde guerre mondiale, les approches américaines de la dissociation psychique et du trauma.(30)

Par ailleurs, on accorde de plus en plus d'importance à la parole du patient comme pouvant être soignante. Ainsi, Pierre Briquet (1796 – 1881) écrit en 1859 son *Traité de l'hystérie*, dans lequel il préconise comme traitement l'écoute attentive des patientes atteintes

de cette « *névrose de la portion d'encéphale destinée à recevoir les impressions affectives et les sensations* ». (36)

Un autre exemple d'approche émergente à cette période est celle de la psychothérapie de la persuasion, théorisée en 1911 par Déjerine et Gauckler, qui demande un effort de volonté de la part des patients, pour leur inculquer la conviction qu'ils vont guérir, et requiert donc du médecin un certain don de persuasion. (30)

Bien sûr, la psychanalyse qui se développe à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle est elle-même l'une des thérapies qui aura engendré le plus de suites en France, aussi bien par le grand nombre de thérapeutes qui s'en réclament que par les controverses qu'elle suscitera. Pour Sigmund Freud (1856 – 1939), considéré comme le père de la psychanalyse, la psychothérapie est un traitement psychique au sens « *par le psychique* », et non « *du psychique* ». C'est ce qui permet notamment d'aborder les symptômes somatoformes, qui s'expriment dans le corps. La force de l'approche freudienne est sa puissance explicative. Une place centrale est accordée à la remémoration et à l'histoire du sujet, ainsi qu'à son développement. Freud essaie de trouver une voie intermédiaire aux techniques existant d'ores et déjà, en n'utilisant ni la suggestion, ni la persuasion. En effet, il trouve l'hypnose trop mystique et incertaine, et déplore qu'elle ne s'attache pas directement à vaincre la résistance qui s'oppose à la réintégration du souvenir dans le champ du conscient. Observant que les symptômes de l'hystérie disparaissent au fur et à mesure que sont mises en lumière les circonstances ayant accompagné leurs premières manifestations, il cherche à ramener à la conscience les souvenirs traumatisants pour permettre ce qu'il nomme la catharsis. Pour cela, il établit la méthode associative, qui est un état d'auto-observation, sans critique de ce que l'on trouve, qui permet de remonter des chaînes d'idées liées entre elles explicitement ou implicitement. (48)

On retrouve dans cette approche, de façon extrêmement liées, une théorie du psychisme et une théorie du soin : « *Lorsque l'appareil psychique est soumis à des motions internes inconciliables (qu'il ne peut littéralement tolérer), il met immédiatement en place un mécanisme, que Freud désigne par le refoulement, permettant de les rejeter en dehors de la conscience pour protéger l'intégrité psychique. Le refoulement permet ainsi d'éviter que des motions intolérables parviennent à la conscience sous forme de représentation psychique, en détachant l'affect intolérable de sa représentation originelle. Le travail de refoulement écarte donc la représentation, mais ne parvient pas à faire disparaître l'affect qui lui est attaché. Or, dans la conception freudienne, c'est l'affect qui est traumatique en étant responsable d'une effraction dans l'économie psychique. En détachant l'affect de sa représentation originelle, l'appareil psychique élimine la représentation intolérable de la conscience, mais laisse l'affect qui lui correspond se lier à une autre représentation, le plus souvent anodine et acceptable par la conscience, qui deviendra cependant source d'une souffrance psychique (un symptôme), certes bien moins dévastatrice, mais dont le sujet, par définition, méconnaît l'origine.* »(49)

Bien que très fertile par la suite, la psychanalyse subit un éclatement de ses pratiques et de ses théories, les « *descendants* » de Freud élaborant des approches singulières qui mèneront à de multiples lectures et prises de distance des premiers textes. Ainsi, dès 1912, Alfred Adler (1870 – 1937) se désolidarise de la pensée freudienne en minimisant le rôle du refoulement et de l'origine sexuelle des névroses, et en privilégiant celui du sentiment d'infériorité.(10,48) En 1913, c'est Carl Gustav Jung (1875 – 1961) qui commence à élaborer sa propre doctrine, appelée « *psychologie analytique* » ou « *psychologie des profondeurs* ». Il met en lumière le rôle d'un « *inconscient collectif* », accumulation des expériences millénaires de l'humanité, qui s'exprime par des archétypes dont l'expression se retrouve dans les mythes de toutes les civilisations.(50) L'analyse des rêves et l'impact positif du transfert entre thérapeute et patient deviennent centraux. Melanie Klein (1882 – 1960) contribuera quant à elle grandement à la

psychanalyse de l'enfant, en travaillant sur le développement de l'univers intérieur dès l'âge du nourrisson et durant la période antérieure à l'Œdipe. Elle avance aussi pour la première fois une vision de la féminité qui ne serait pas liée à un manque.(4) Jacques Lacan (1901 – 1981) pose notamment que l'histoire personnelle est constituante du sujet, qui se construit dans l'hétéronomie, c'est-à-dire que « *c'est dans l'autre que le sujet s'identifie et même s'éprouve tout d'abord* »(51). Il voit l'inconscient comme langage, et donne une apparence « *mathématique* » à son travail sur le monde symbolique.(48)

En parallèle, bien qu'au départ très minoritaires, les thérapies qui donnent naissance aux thérapies cognitivo-comportementales commencent elles aussi à se développer au début du XXème siècle. Ainsi, lors du premier Congrès international de psychiatrie et de neurologie, en 1907, au cours duquel Freud présentera d'ailleurs la psychanalyse en faisant face à une forte opposition, on retrouve déjà l'approche de Paul Charles Dubois (1848 – 1918), qui propose de traiter la phobie en s'adressant aux émotions et aux comportements suscités par l'exposition. Il rejette pour sa part l'hypnose car il y préfère l'idée du dialogue socratique et d'une forme « d'éducation psychologique », de sorte à instiller l'espoir d'une amélioration chez les patients, de leur redonner confiance, et directement de déconstruire leurs croyances irrationnelles et leurs philosophies de vie négatives.(44) En 1924, Baudouin et Letchinsky assimilent à la nouvelle école de Nancy des éléments de la psychanalyse, alors débutante, et de philosophie classique. Ils développent le concept de « discipline intérieure », en faisant des références au stoïcisme comme étant le précurseur par excellence des psychothérapies rationnelles, notamment pour la part d'habituation et de répétition qui est nécessaire dans de nombreuses psychothérapies, et que l'on retrouvera dans les thérapies cognitivo-comportementales.(44)

Avoir parcouru ainsi comment les psychothérapies ont émergé consécutivement, ne doit pas nous faire oublier qu'elles coexistent actuellement. L'apparition de chacune n'a pas effacé

l'existence de celles qui lui précédaient. Les différentes écoles de psychothérapie entretiennent des rapports plus ou moins étroits à présent, et il peut être intéressant de les comparer et de les distinguer les unes des autres dans leurs pratiques actuelles. C'est ce à quoi nous nous attacherons dans la partie suivante de notre développement.

ii. Classifications des psychothérapies

Plusieurs réflexions de classification des psychothérapies ont été menées par des théoriciens, afin de pouvoir comprendre comment elles se positionnent les unes par rapport aux autres, en quoi elles diffèrent, sur quels thèmes elles opposent leurs points de vue.

L'Académie de Médecine propose ainsi une classification en six catégories, pour certaines étonnantes : (36,52)

- Magico-religieuses, c'est-à-dire sorcellerie, chamanisme, etc. ;
- Intersubjectives : fondées soit sur la catharsis (comme l'hypnose la sophrologie, l'expression scénique, etc.), soit sur le transfert (comme la psychanalyse, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, le psychodrame, etc.) ;
- Rationnelles : nées de la psychologie expérimentale ou d'autres domaines scientifiques, c'est-à-dire les psychothérapies comportementales, cognitives, systémiques etc. ;
- Morales : relevant d'une morale transcendante (exorcisme) ou sociale (développée par S. Morita, théoricien d'une thérapie utilisée au Japon) ;
- Médiatisées : que ce soit par le corps ou par l'art, comme dans la relaxation ou l'art-thérapie ;
- À visée humaniste, aussi dites du mouvement du potentiel humain, schématiquement réparties selon trois axes : émotionnel (gestalt thérapie, analyse transactionnelle, thérapie primale etc.), corporel (bioénergie, danses) et mystique (méditation

transcendantale, zen). Ces exemples sont eux aussi issus de la définition de l'Académie de Médecine.

On notera ici une contradiction assez forte avec d'autres publications de l'Académie de Médecine dans lesquelles il est dit que la psychothérapie se doit d'être considérée comme un acte médical intervenant dans un cadre scientifique clair, se distinguant sans ambiguïté du développement personnel et du règlement de problèmes particuliers.(53) Il est en effet difficile dans notre société occidentale de faire figurer dans ce cadre des pratiques qualifiées de magico-religieuses ou de mystiques comme précédemment.

Georges Lanteri-Laura, psychiatre qui a contribué à de nombreux écrits sur l'épistémologie de la psychiatrie, préfère quant à lui distinguer les psychothérapies en fonction de leur théorie initiale, provenant directement du champ de la psychiatrie ou au contraire d'un champ de connaissances extérieur. Il classe ainsi les approches en deux grandes familles, les thérapies intrinsèques et extrinsèques.(26) Dans les théories intrinsèques figurent la psychanalyse, les thérapies faisant référence au système nerveux central, l'organodynamisme d'Henri Ey, l'antipsychiatrie anglaise. Dans les théories extrinsèques figurent les références qu'il juge prévalentes à la psychologie (comme la réflexologie, le béhaviorisme, les théories cognitivistes), mais aussi celles prévalentes à la sociologie (dont la microsociologie et la psychologie sociale, qui mèneront à l'école de Palo Alto, et la macrosociologie et l'étude des conditions historiques qui mèneront à l'antipsychiatrie italienne). En revanche, on ne retrouve pas ici de remarques sur les différences pratiques existant entre ces différents pans de la psychothérapie.

On notera que la liste des psychothérapies existantes énoncées dans ces classifications diffère de façon significative avec celles exprimées par les personnes formées à Strasbourg pour notre étude. On peut supposer que cette différence provient du décalage temporel entre ces

énoncés, le champ psychothérapique étant en constante mutation. Les psychothérapies considérées comme centrales actuellement ne sont pas celles que l'on connaissait et pratiquait le plus il y a encore quelques décennies.

Pour sa part et afin de répondre à la problématique qu'elle avait soulevée, Colette Chiland a élaboré une liste de 11 points permettant une réflexion différentielle des psychothérapies. Chaque psychothérapie posséderait ainsi des caractéristiques propres dans chacun de ces thèmes :

- « 1. La relation intersubjective, dans laquelle le thérapeute va s'impliquer de façon variable, et qui sera analysée de façon plus ou moins centrale dans les différentes approches ;*
- 2. Le média utilisé, qui peut être la parole, le mouvement, une activité partagée ;*
- 3. La place du corps qui peut être centrale ou mise hors-circuit ;*
- 4. Le statut de la conscience : variant entre prise de conscience de conflits inconscients et centration sur la conscience de soi et du moment présent, par exemple ;*
- 5. Le gradient entre émotions et cognitions*
- 6. La cognition, ou le contenu des représentations travaillées, qui peut être centré sur le problème, les symptômes, ou se construire par le biais des associations libres, le rôle de l'interprétation de ce contenu différant, lui aussi, en fonction des méthodes. La part de suggestion, voire de persuasion, variant elle aussi ;*
- 7. Les buts de la psychothérapie, qui vont de la disparition des symptômes à un changement radical de la personne et de sa vie entre lesquels se place la prévention de la rechute ;*
- 8. La durée de la psychothérapie, plus ou moins longue, plus ou moins définie au préalable*
- 9. Les modalités d'application, entre relation duelle patient-thérapeute et thérapies de groupe*

10. *La dimension culturelle et la modulation transculturelle qui en résulte*

11. *L'équilibre à définir entre la nécessité scientifique d'un manuel d'enseignement des théories et des pratiques et la nécessité de susciter sans cesse l'émergence de créativité, par définition non traçable a priori. »(34)*

Communément, les psychothérapies sont à présent classées en fonction de leur rapport aux neurosciences, qui est plus étroit pour ce qui est des thérapies cognitivo-comportementales des différentes vagues, ou de leur proximité avec les sciences humaines comme la sociologie ou l'anthropologie, ce qui sera plus le cas de la psychanalyse. De l'extérieur, le prisme des thérapies systémiques semble quant à lui unifié par son approche groupale, bien qu'il soit soutenu par des visions du psychisme et des interactions interpersonnelles finalement très variées. Nous allons nous attacher à décrire les singularités des différentes écoles enseignées au cours du cursus des internes de psychiatrie de Strasbourg, permettant en cela de distinguer leurs présupposés et leurs différences de mise en pratique.

4. Caractéristiques des différentes écoles psychothérapeutiques

Nous reprendrons ici les principes et concepts centraux des quatre écoles psychothérapeutiques proposées en séminaire de DES à l'Université de Strasbourg, à savoir :

- Les thérapies cognitivo-comportementales,
- Les thérapies d'inspiration psychanalytique,
- Les thérapies systémiques,
- Les thérapies brèves et l'hypnose.

Nous verrons aussi quelles représentations les personnes interrogées ont exprimé à leurs sujets.

a) Les thérapies cognitivo-comportementales

i. La première et la deuxième vague des TCC

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont l'une des familles de psychothérapies qui a été le plus évoquée par les répondants de l'étude. Se voulant scientifiquement prouvées à l'aide de protocoles reproductibles et de résultats chiffrés, elles représentent en effet l'application dans le champ du soin psychique des découvertes issues de la psychologie expérimentale et des neurosciences. Elles sont particulièrement valorisées dans le système biomédical actuel qui s'appuie sur les preuves (d'où son appellation EBM, pour Evidence-Based Medicine), c'est-à-dire selon David L. Sackett en 1996 : « *L'utilisation consciente, explicite et judicieuse de la meilleure preuve du moment pour la prise de décision liée à la prise en charge des patients* »(54). On y inclut à la fois l'expertise clinique individuelle et la preuve extérieure de meilleur niveau de fiabilité disponible. En effet, l'utilisation d'échelles, la déclinaison des interventions en protocoles par étapes, l'appui que les TCC prennent sur les connaissances issues des sciences cognitives leur permettent de quantifier leurs résultats et de prétendre à un bon niveau de preuve, et donc d'être valorisées dans les études sur l'efficacité des psychothérapies. Plus en avant, nous étudierons dans une partie spécifique la question du statut scientifique des psychothérapies et de leur niveau de preuve en termes d'efficacité.

L'approche cognitive a développé son modèle du fonctionnement psychique. Aaron Beck le conçoit comme une suite logique de niveaux, allant de schémas de représentations à des stratégies individuelles d'adaptation. Ces schémas représentent une interaction entre les comportements, les émotions, l'attention et la mémoire, et correspondent à des préjugés sur soi, des attitudes, des croyances, qui sont spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques. Par exemple, on retrouve des schémas d'interprétation négative des

événements dans la dépression, des schémas des dangers dans les phobies et les attaques de panique, des schémas de sur-responsabilité dans le trouble obsessionnel compulsif. Ils se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représenteraient donc une prédiction qui se réalise.(55)

Suivant cette logique, les TCC visent à mettre en lumière les schémas et les biais actifs dans les situations que les patients pointent comme problématiques, en les mettant en lien avec leurs émotions et leurs comportements. En proposant des alternatives d'interprétation ou de réaction comportementale, elles supposent que l'on pourra agir sur les ressentis et les conséquences de ces moments plus difficilement vécus et permettre au patient d'accéder à un mieux-être. Pour Nicolas Duruz, la thérapie comportementale cherche ainsi à modifier les comportements observables de l'homme qui échappent à son auto-contrôle. L'individu y apprend des moyens de gestion et de résolution de problème, et peut donc adapter son comportement différemment. Les ressources adaptatives acquises sont donc la visée de la thérapie. Sur le plan cognitif, le travail est axé sur la perception que l'individu se fait des situations de vie auxquelles il se confronte, ainsi qu'aux interprétations qu'il en fait dans son discours interne, et en permet d'une part la prise de conscience et d'autre part la remise en question.(12)

Ainsi, suivant le modèle cognitivo-comportemental, sera considérée comme psychologiquement saine une personne :

- Présentant des comportements adaptés à une demande sociale déterminée ;
- Faisant preuve d'auto-contrôle, c'est-à-dire capable de faire face à diverses situations sans être entièrement contrôlée par les événements extérieurs ;
- Agissant avec un sentiment d'autosatisfaction, parce que ses comportements répondent à ce dont elle a besoin.(12)

Les sujets de notre étude ont exprimé quant à eux des idées et des ressentis très variés concernant les TCC. Elles présenteraient pour avantages d'être compréhensibles, claires, d'utiliser des termes bien définis et qui seraient donc bien partagés d'un interlocuteur à un autre. De plus, les concepts proposés seraient d'emblée mis en lien avec des propositions d'action thérapeutique, et donc directement utilisables dans le soin. Le partage de ces concepts avec les patients serait lui aussi plutôt aisé.

Malgré une apparence de simplicité des concepts, leur assemblage permettrait des constructions complexes, stimulantes intellectuellement, et de proposer des soins réfléchis stratégiquement. L'analyse fonctionnelle, qui consiste à décortiquer les différentes émotions et cognitions liées au comportement, permettrait un chemin d'accès à l'expérience du patient, apportant des informations pertinentes et enrichissantes.

La facilité de mise en place des premiers outils serait valorisante pour le thérapeute, et l'on sait que la confiance du thérapeute en ses outils est primordiale dans le soin(27). Cela permettrait de surcroît d'engager plus fortement la relation avec le patient, celui-ci voyant rapidement les premiers effets des entretiens.

L'un des sujets de l'étude soulignait par ailleurs que bien que le début de la thérapie soit plutôt systématique au moment de l'évaluation, par la suite les propositions se diversifieraient beaucoup et autoriseraient une grande créativité. Enfin, un autre répondant mettait en avant le « paradigme optimiste » qui sous-tend les TCC : elles seraient porteuses de l'espoir d'un changement, d'une amélioration de la santé mentale.

Dans la continuité de ces différentes remarques, on retrouvait chez les personnes qui ont été attirées par les TCC un vocabulaire empruntant aux champs des sciences cognitives et de la médecine basée sur les preuves. Il semblait particulièrement important de pouvoir s'appuyer sur des techniques d'entretien et des outils bien définis, qui avaient montré leur efficacité de

façon considérée comme significative. Certains mettaient en lien cette nécessité qu'ils éprouvaient avec leur cursus médical initial, qui les avait rendus attentifs à cette question.

Les détracteurs des TCC avaient quant à eux des remarques concernant la normativité qu'elle peut contenir intrinsèquement, qui est à questionner. Un des répondants soulignait ainsi sa propre incapacité à voir les symptômes comme des déficits et des anomalies, et donc à adopter le lexique des « *TCCistes* ». Par ailleurs, considérées comme parfois trop cadrées, les TCC ne laisseraient pas assez de place au vécu du patient, et manqueraient de considération pour ce que le patient « *a à dire* ». En étant éducatives, didactiques, voire persuasives dans certaines dimensions, elles donneraient trop d'emprise au thérapeute sur le patient qui est en situation de fragilité, à la fois dans l'instant de sa vie où il recourt à de l'aide, et de par la différence de statut entre médecin et malade. Ainsi, elles entretiendraient aussi, par les tâches qu'elles proposent, le fait que le patient se sente parfois dans l'incapacité de les effectuer, notamment lorsqu'elles ne sont pas transposables à la réalité des situations difficiles vécues.

L'absence d'exploration du passé, de la petite enfance notamment, pourrait être vue comme un vide qui laisse ignorées des pistes explicatives, pourtant porteuses de sens pour le patient.

Enfin, l'aspect protocolisé entraînerait parfois un décalage avec la demande du patient, qui se verrait proposer des outils qui ne répondraient pas précisément à son besoin. On peut aussi noter que les TCC n'ont pas jusqu'à présent proposé de théorie explicative des comportements les plus déviants de la norme sociale, comme notamment certains actes pénalement répréhensibles, contrairement par exemple à la psychanalyse. Il existe encore des zones d'ombre, impensées par ce modèle, ce qui en fait aussi sa modestie dans une certaine mesure.

Le principal reproche fait aux thérapies cognitivo-comportementales était d'être potentiellement ressenties comme déshumanisantes, d'accorder peu d'importance à ce que le patient pouvait vouloir dire de son symptôme tant l'objectif était d'emblée focalisé sur la disparition de celui-ci.

« J'avais fait une option TCC, et j'avais pas du tout accroché sur les cours, de par ce qu'elles nous enseignaient, et je trouvais que le concept était un peu euh... Enfin, c'est ce qu'on applique aux animaux, je trouve. »

« Enfin je ne m'y connais pas encore trop bien, mais [...] j'ai l'impression que c'est tellement cadré que ça laisse pas tant de place vraiment au vécu des patients. Mais après je... Comme dit je connais pas encore très bien... »

On retrouvait ici somme toute le dégradé d'adhésion aux psychothérapies TCC décrit dans l'étude nationale d'Aude Van Effenterre, qui date de 2012 et distinguait 5 niveaux, allant de la forte adhésion à la forte réticence, en passant par la reconnaissance de leur utilité pour certaines pathologies spécifiques, une adhésion en pointillés et une curiosité neutre.(2)

Après la première vague, comportementale, des TCC, puis la deuxième vague, qui elle se centrait sur les cognitions, on voit de plus en plus à présent se développer des approches dites de troisième vague. Celles-ci se caractérisent par une plus grande attention portée au contexte des événements psychologiques, et se centrent sur les émotions en proposant des approches comme l'acceptation et la méditation de pleine conscience. Des thérapies appartenant spécifiquement à cette troisième vague ont été évoquées par des répondants de notre étude, et sont présentées ici.

ii. La thérapie d'acceptation et d'engagement

La thérapie d'acceptation et d'engagement, aussi appelée ACT, est l'une des thérapies appartenant à la troisième vague des TCC, qui intègre différemment les émotions des deux premières. Elle émane aussi de l'essor de la mindfulness par Kabat-Zinn.

Le principe de cette approche est de « *se libérer de l'influence excessive des émotions et du langage sur nos actions, en démontrant que nous avons le droit de ne pas croire tout ce que nous pensons* ». (56) L'idée est d'accueillir les émotions et souvenirs douloureux, pour avancer en direction de ce qui est réellement important pour soi. L'acceptation est présentée comme une alternative à l'évitement, et non à l'action. Mettre en œuvre cette thérapie permettrait à l'individu de ne plus être le jouet de ses émotions, mais de pouvoir en toute conscience prendre acte de celles-ci avant de faire ses choix de façon pleine et volontaire. Il s'agit de développer la flexibilité mentale, pour permettre une adaptation plus souple aux différentes situations. (57)

En thérapie, les patients se voient proposer différents exercices et métaphores pour pouvoir apprendre à repérer comment leurs pensées et émotions les guident, prendre un peu de distance par rapport à elles puis seulement décider de leurs actions et réactions. Ces exercices comportent notamment des exercices d'observation proches de ceux de la méditation de pleine conscience. (56)

Plusieurs des répondants de l'étude ont mis en avant cette thérapie comme étant leur choix de prédilection. Son point fort principal serait son côté universel, dans le sens où la thérapie ACT se fonde sur des émotions et des réflexions partagées par tous, sans volonté de classification ou de délimitation claire d'une frontière entre normal et pathologique. Les entretiens menés selon cette approche se trouvent être fluides, égalitaires entre thérapeute et

patient. Tout un travail est mené sur les valeurs du patient qui se trouve ainsi dans une quête de sens positive, en direction de ce qu'il souhaite intimement.

« Et j'ai vraiment accroché à cette thérapie parce que c'est très imagé, très métaphorique, je pense que c'est assez universel parce que ça peut parler à tout le monde, et le côté basé sur les valeurs, je trouve que c'est super intéressant. Et je trouve que ça se rapproche de la philosophie aussi, des thérapies existentielles un peu, et c'est ça qui me... qui m'a vraiment séduit [...] C'est transnosographique, donc au-delà de n'importe quelle pathologie, je pense que c'est quelque chose où chacun peut s'identifier »

iii. Les thérapies basées sur la méditation de pleine conscience

Les thérapies basées sur la méditation de pleine conscience peuvent, elles aussi, être considérées comme appartenant aux thérapies cognitivo-comportementales de la troisième vague. Elles ont fait la preuve de leur efficacité dans de nombreuses affections psychiatriques comme la dépression et les troubles anxieux(58), mais aussi les troubles du comportement alimentaire(59), ou dans des démarches de réhabilitation de certains troubles psychiatriques comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire(60).

Elles consistent en des exercices qui visent à ramener l'attention sur l'instant présent, avec ce qu'il comporte de pensées et de sensations corporelles, tout en gardant une posture d'observation neutre de ce qui est perçu. Cela se traduit par *« intensifier sa présence à l'instant, à s'immobiliser pour s'en imprégner, au lieu de s'en échapper ou de vouloir le modifier, par l'acte ou par la pensée. La pleine conscience est dans ce mouvement de notre esprit, qui accepte de lâcher un instant ses habitudes de réflexion et passe à un autre registre : s'arrêter, ressentir, accueillir »*.(61)

La méditation de pleine conscience peut ainsi être proposée au cours d'entretiens singuliers, mais aussi d'entretiens en groupes ou par l'intermédiaire de lectures ou de méditations guidées par des enregistrements audios.

L'un des répondants de l'étude en parlait avec enthousiasme pour souligner à quel point cela correspondait à des perspectives phénoménologiques, qui tentent d'approcher les phénomènes vécus, sans y accoler d'interprétation ou d'explication :

« A défaut de l'expliquer [l'esprit], on peut essayer de le saisir [...] Et en fait c'est ça la phénoménologie, c'est se garder d'expliquer avec les sciences, c'est se garder de comprendre, comme dirait la psychanalyse, et c'est juste, ok, il y a des phénomènes, on ne les comprend pas, tu as le droit de ne pas les comprendre, contemple-les. »

En se plaçant en observateur de ses pensées et de ses ressentis, le sujet peut en effet décrire son expérience mais aussi s'en détacher. Par l'entraînement, les patients pourraient ainsi s'approprier des techniques méditatives, et ainsi accéder à une nouvelle manière d'être par rapport à eux-mêmes. Ces compétences pourraient ensuite être utilisées pour de nouvelles problématiques, rendant au patient son autonomie par rapport au thérapeute une fois qu'il a fait siennes les compétences apprises.

b) Les thérapies d'inspiration psychanalytique

C'est Sigmund Freud qui, le premier, a défini la psychanalyse dans un article d'encyclopédie datant de 1922 (il s'agissait de l'encyclopédie intitulée *Lexique de science sexuelle. Encyclopédie de la sexologie humaine en tant que science de la nature et de la culture*, de Max Marcuse). Sa définition en est la suivante :

- *« Une méthode d'investigation de processus mentaux à peu près inaccessibles à toute autre méthode ;*

- *Une technique de traitement des désordres névrotiques, basée sur cette méthode d'investigation ;*
- *Un corps de savoir psychologique dont l'accumulation tend à la formation d'une nouvelle discipline scientifique. »(62)*

On peut se représenter cette méthode d'investigation comme étant principalement constituée par l'association libre. La technique de traitement qui y est associée est alors l'interprétation faite par le thérapeute des associations réalisées, ainsi que l'accès à des moments de catharsis lorsque l'origine du traumatisme initial est identifiée.(62)

Nous avons vu précédemment combien l'histoire de la psychanalyse a été à la fois florissante et contestée au long du XXème siècle. Il nous semble important de préciser que la cure psychanalytique telle que décrite à l'origine s'est peu à peu différenciée avec les thérapies d'inspiration psychanalytique, où le thérapeute se montre plus actif verbalement que dans la cure, ce qui peut se montrer utile dans les situations où le manque d'associations du patient pourrait mettre celle-ci en échec.(63) Elle a aussi inspiré le courant de la psychothérapie institutionnelle.

Les troubles y sont expliqués selon la conception de Sigmund Freud de l'ensemble de la vie mentale, représentée initialement par les pulsions sexuelles s'opposant aux pulsions du Moi, puis dans des écrits plus tardifs, par les pulsions de vie et de mort, elles aussi en opposition.(62) Le psychisme y est vu comme se structurant dans les étapes précoces du développement, ce qui conditionne par la suite le fonctionnement du sujet. Les approches psychodynamiques, qui découlent de la psychanalyse, tentent ainsi de faire lien entre les problèmes actuels du patient et son enfance et sa famille en particulier. Elles poussent le patient à explorer ses processus inconscients pour ce faire, notamment en interprétant ses associations libres et en travaillant sur l'interprétation des rêves.(64)

Elles se différencient des autres thérapies par un positionnement qui leur est tout à fait singulier : « *La cure psychanalytique se centre sur l'analyse de l'expérience du patient dans sa relation avec le thérapeute, dans l'ici et maintenant, et son but est l'insight (la compréhension). Le moyen de la psychanalyse est donc l'analyse, l'interprétation. Son but est la compréhension, ce en quoi elle diffère de toutes les autres psychothérapies qui utilisent la suggestion avec pour but une amélioration subjective.* »(65)

En choisissant de s'intéresser au monde interne des représentations et des affects d'un individu, à la façon dont ils s'agencent, à leur fonction dans sa dynamique psychique, la psychanalyse retient comme critère d'évaluation l'expérience subjective émotionnelle de l'homme.(12) On imagine ô combien des critères aussi subjectifs ne pourront pas se résumer à des valeurs chiffrées sur des échelles, même multiples, ce qui la distingue fortement des TCC. Ainsi, la psychanalyse retient comme critères de bonne santé mentale :

- Une tolérance à la frustration qui permet de ressentir une douleur psychique et de supporter des conflits d'ambivalence ;
- L'intégration des contraires de sa vie mentale dans des compromis souples, créatifs et non répétitifs ;
- La disposition d'une vie imaginaire fantasmatique qui rend apte le sujet à élaborer mentalement ses émotions et à mieux comprendre en conséquence ce qui se passe au niveau de ses comportements ;
- La capacité de différencier son monde interne du monde externe, sans recourir à des projections abusives sur l'extérieur, ni éprouver des sentiments exagérés d'intrusion.(12)

Une importance cruciale est apportée au discours du patient, et donc à sa façon d'inscrire son existence dans le langage : « *Le traitement psychanalytique ne comporte qu'un échange de*

paroles. Le patient parle [...] le médecin [... écoute...]. Les mots faisaient primitivement partie de la magie, et de nos jours encore le mot garde beaucoup de sa puissance de jadis. Avec des mots un homme peut rendre son semblable heureux ou le pousser au désespoir. Les mots provoquent des émotions et constituent pour les hommes le moyen général de s'influencer réciproquement. Ne cherchons donc pas à diminuer la valeur que peut représenter l'application de mots à la psychothérapie et contentons-nous d'assister en auditeurs à l'échange de mots qui a lieu entre l'analyste et le malade. »(66)

Pour les sujets de l'étude intéressés par la psychanalyse, cette richesse et cette créativité figuraient parmi les aspects les plus attractifs pour le thérapeute. Ils ont décrit le rapport au patient comme plus adapté, nuancé, permettant d'inclure les singularités du sujet dans le soin. L'approche psychanalytique nous a été présentée par eux comme correspondant à une vision du soin, mais aussi à une philosophie de l'Homme. Cette double approche était d'ailleurs l'un des principaux moteurs de l'envie de faire des études de médecine chez plusieurs d'entre eux. Les théories psychanalytiques apporteraient ainsi des repères, sans imposer ou révéler de points de vue contraignants aux patients, avec tout un travail sur « *ce que parler veut dire* » : « *Devenir psychothérapeute, c'est peut-être accepter avec une sérénité relative le destin de cette intranquillité durable et féconde, que représente la position d'écoute et d'ouverture sur les mystères de la parole* »(67). L'un des répondants a aussi souligné la richesse inhérente au fait de ne pas chercher qu'à « ôter » le symptôme, mais aussi de s'atteler à essayer de le comprendre dans l'expérience de vie du patient, et donc de considérer qu'il fait partie de ce qu'il a à dire. C'est une vision de l'existence humaine qui inclut les parts d'ombre comme en étant constitutives, et non à soustraire au regard.

« Je trouve ça dommage en fait, par exemple avec les TCC... Je pense, là, il y avait une petite fille que je suivais en pédopsy, elle avait la phobie des chiens, et le père voulait absolument qu'elle voit quelqu'un qui faisait des

TCC, et moi je lui avais dit que je ne travaillais pas comme ça, et du coup, il me faisait bien sentir [...] que ça ne lui convenait pas du tout. Mais je trouvais ça dommage de s'arrêter juste à la résolution de ce problème de... Voilà, elle a peur des chiens, on va régler le problème, elle aura plus peur des chiens [...] Et c'est intéressant, pourquoi maintenant, elle a peur des chiens ? Avant elle avait pas peur des chiens, elle a pas été mordue, rien du tout... Et le fait de l'inscrire dans son histoire et de le considérer comme... Comment dire ? Comme faisant partie de ce qu'elle a à dire, tu vois ? C'est ça que je trouve intéressant, aussi. C'est que c'est pas juste un symptôme. »

Cette richesse de la réflexion psychanalytique est une caractéristique très partagée dans les représentations des psychothérapies que se font les internes de psychiatrie, même à un niveau national.(2)

Du fait de sa redéfinition constante, de son évolution perpétuelle, mais aussi de son lexique et de sa logique parfois ardue, la plupart des répondants ont souligné la difficulté à se plonger dans les textes psychanalytiques et à les comprendre. Pour certains, cela constituait un attrait, une source de curiosité toujours renouvelée. Pour d'autres, cela avait signifié une impossibilité rapide et définitive de s'y identifier : « *Le concept me dépasse, ce qui est très frustrant.* » Si dès le départ, les propos des auteurs principaux étaient perçus comme inaccessibles, les internes de psychiatrie avaient plutôt eu tendance à ne pas les approfondir plus avant.

Les possibilités d'interprétation des textes étant grandes, plusieurs sujets de l'étude soulignaient que c'étaient des rencontres avec des thérapeutes inspirants qui les avaient en réalité convaincus de l'intérêt de l'approche :

« C'est en partie des personnages, quand même, les analystes qu'on peut rencontrer, donc il a fallu en rencontrer un certain nombre pour diluer leurs caractéristiques propres et se faire une idée plus générale de la pratique, et que ça me paraisse déjà à ma portée, parce qu'il y a quand même un truc, les premiers contacts avec la psychanalyse, ça fait un peu secte, gourou, truc inatteignable, et à force de rencontrer des personnes qui font une psychanalyse très simple, je pense que ça m'a un peu donné envie. »

Difficiles à cerner et à circonscrire, les pratiques thérapeutiques inspirées de la psychanalyse n'en demandent pas moins, d'après les sujets interrogés, une grande rigueur, ainsi qu'une connaissance approfondie des textes théoriques. Cela apporterait *in fine* au thérapeute une assise, une stabilité, qu'il peut transmettre au patient implicitement par son attitude, et permettre ainsi son engagement dans le processus thérapeutique. Aussi, pour le thérapeute lui-même, elle constitue un moyen d'expliquer et parfois de supporter les situations les plus difficiles auxquelles nous sommes confrontés dans la pratique dès l'internat. L'un des répondants expliquait ainsi :

« Mais surtout, je crois que ça m'a donné envie pour moi, plus que pour le patient, dans le sens où j'ai rencontré des analystes qui arrivaient à survivre à leur pratique auprès des patients, parce qu'ils arrivaient à se raccrocher à quelque chose de la théorie psychanalytique. ».

De même, une autre répondante, maintenant surtout attirée par d'autres approches après avoir lu plusieurs ouvrages de psychanalyse en début de cursus, expliquait en tirer encore des ressources pour faire face aux situations dans lesquelles elle se sentait dépassée, et pour lesquelles aucune autre source théorique n'avait pu lui apporter de repères jusqu'à présent :

« Dans certaines situations, je vais l'utiliser mais comme référentiel théorique, en fait. [...] Pour moi, comprendre certaines situations. Je ne vais vraiment pas l'utiliser en pratique, [...] c'est des situations où je vais un peu être mise en difficulté, où... Où je vais me dire tiens, il y a autre chose, il y a des choses que j'arrive pas à saisir, et à ce moment-là, je vais peut-être me réinterroger sur quelques notions psychanalytiques que j'ai pu lire, ou que j'ai pu entendre par ci par là, et essayer de voir si ça complète pas en fait... ».

Pour l'un des répondants, un des enjeux capitaux était aussi de pouvoir sortir de sa réserve pour pouvoir répondre de façon proactive à certaines situations qui le requerraient, et par là, accepter que tous les symptômes ne fassent pas toujours sens et doivent parfois être amoindris au plus tôt.

On voit ainsi que bien qu'elle soit réputée de moins en moins fréquente, la psychanalyse est encore utilisée comme modèle de référence de façon active par certains internes ou jeunes psychiatres. Les congrès et publications dans le domaine sont encore nombreux, même si l'on note une pondération moindre de cette pratique dans le milieu hospitalier public. Elle a en effet fait l'objet de nombreuses critiques, en étant qualifiée par certains de pseudo-science(68), par d'autres d'imposture aux effets néfastes(69), qui la mènent à être considérée avec plus de circonspection par les générations de psychiatres se formant actuellement. Nous avons donc souhaité connaître les points de vue des personnes s'y étant intéressées à un moment, mais qui ont finalement préféré se tourner vers d'autres approches.

Les critiques de l'approche psychanalytique soulignent ainsi des points de divergence épistémologiques, cette discipline étant considérée comme infalsifiable et donc peu à même de se remettre en question :

« Les a priori épistémologiques sont peu engageants, en plus de la complexité de l'abord qui rend toute lecture ardue ».

Cela pourrait selon certains favoriser des positionnements dogmatiques, car s'appuyant sur des logiques irréfutables. La psychanalyse s'éloigne selon eux des fondements des sciences médicales, et ne serait pas efficace pour les patients. Cette dernière remarque est à pondérer par celle de l'un des amateurs de psychanalyse, qui a souligné comme un intérêt de celle-ci de mettre de côté la question de la performance, de l'efficacité et de la productivité pour permettre l'accès à un autre espace de réflexion pour le patient.

Les thérapies d'inspiration psychanalytique semblent pour certains manquer de rigueur, laisser trop de place aux préjugés, aux explications intuitives mais non démontrées du fonctionnement psychique. Des difficultés de compréhension des textes psychanalytiques sont aussi mises en avant, mais de façon plus ambivalente : en effet, c'était un constat partagé par quasiment tous les répondants qui ont abordé ce sujet, tenants de la psychanalyse ou pas. Mais là où certains y voient un caractère rédhibitoire, d'autres y voient un intérêt et un travail de découverte éternellement renouvelés, ainsi qu'une posture modeste à adopter face à un parcours qu'il va falloir effectuer progressivement, à concevoir comme un processus.

« Ça me fait ressentir une passion que je connais pas ailleurs. Vraiment quelque chose d'assez puissant. En même temps, au stade où j'en suis, par moments, et souvent, un découragement assez profond, quand je vois à quel point je suis loin d'y comprendre quelque chose vraiment ».

c) Les thérapies systémiques

On distingue plusieurs courants dans cette famille de thérapies, se réclamant de la cybernétique ou d'approches psychanalytiques notamment.(70) Ils se sont développés au cours du XXème siècle. Ces thérapies proposent elles aussi une lecture nouvelle du trouble mental,

qui surviendrait au sein d'un système et ne ferait pas sens considéré indépendamment de celui-ci : *« Mais si l'on admet que, du point de vue de la communication, on ne peut comprendre un segment de comportement que dans le contexte où il se produit, les termes « sain d'esprit » et « aliéné » perdent pratiquement leur sens comme attributs d'un individu. De même, la notion de « pathologique » dans son ensemble devient contestable. En effet, on s'accorde maintenant à reconnaître que l'état d'un patient n'est pas immuable, mais qu'il varie en fonction de sa situation interpersonnelle, et en fonction aussi des présupposés de l'observateur. Par ailleurs, si l'on considère des symptômes psychiatriques comme constituant un comportement approprié à une interaction actuellement en cours, un cadre de référence apparaît qui est diamétralement opposé aux conceptions de la psychiatrie classique. »(32)*

Plusieurs axiomes communicationnels ont été définis pour permettre de caractériser le fonctionnement d'un système d'individus en interaction, et par ainsi poser un autre regard sur le patient. On considère que le trouble exprimé par la personne est en réalité la résultante de communications avec son entourage qui génèrent des paradoxes, à l'origine des symptômes. Ces situations deviennent parfois inextricables au point de pouvoir être qualifiées de « double contrainte ». En se plaçant à l'intérieur de l'interaction dysfonctionnelle, la symptomatologie du patient prend alors tout son sens, étant la seule réponse cohérente dans un système qui ne l'est pas.(32)

L'idée thérapeutique est ainsi de travailler à modifier la dynamique du système tout entier, en invitant le patient à se rendre en thérapie avec son entourage. Le trouble mental n'est plus considéré comme constitutif de la personne, mais au contraire la résultante de problèmes de communication au sein d'un système. La personne sujette aux troubles est alors qualifiée de « patient désigné ».

Les critères d'évaluation des thérapies systémiques portent sur le fonctionnement des divers systèmes activés : groupes sociaux et individus. L'intérêt est en effet porté sur le fonctionnement des groupes constitués par la communication interhumaine, et analysés selon les propriétés des systèmes, l'individu pouvant lui aussi être considéré comme étant en lui-même un système. D'après Nicolas Duruz, un groupe social ou un individu sera considéré sain psychiquement s'il :

- Actualise sa capacité évolutive en utilisant bénéfiquement ses crises pour construire de nouvelles normes adaptatives ;
- Peut trouver des alternatives, par la communication négociée, dans un réseau de complexité qu'il ne réduit pas exagérément ;
- Est capable de vivre une individuation intégrée, c'est-à-dire d'être relié aux autres membres de son système sur un mode qui n'est ni fusionnel ni éclaté, parce qu'il est au clair sur les relations qu'il établit avec eux et sur celles des autres entre eux.(12)

Il apparaît vite évident, en débutant en psychiatrie, que l'on se doit d'intégrer les proches à la prise en charge des patients en psychiatrie, ce qui a été souligné par plusieurs répondants. Ce point est crucial à plusieurs titres, mais les thérapies systémiques sont les thérapies qui ont le plus centralisé le travail avec la famille comme étant un levier thérapeutique. Les propositions de ces thérapies permettent ainsi d'apprendre des méthodes communicationnelles qui viennent enrichir les entretiens familiaux. La parole circule alors différemment et il peut y avoir des prises de conscience à l'échelle du groupe, qui viennent consolider le rétablissement. À terme, l'idée est aussi de rendre la famille plus autonome vis-à-vis du système de soin, en ayant acquis des compétences nouvelles qui lui permettront de faire face à des crises ultérieures.

Il est aussi souligné par l'une des participants de l'étude que cette approche permet de se positionner différemment par rapport au libre-arbitre, et donc de considérer le patient comme

existant toujours en rapport avec ce qu'il a vécu avec autrui. Cette approche a pour cela été qualifiée de « *rafraîchissante* » par un autre répondant. En effet, cela permet de ne pas voir le patient comme étant « *le problème* », ni d'ailleurs comme « *la seule possibilité de le résoudre* » (propos d'un troisième répondant).

Néanmoins, plusieurs des sujets de l'étude précisaient que bien qu'ils portent un intérêt réel pour ces approches, ils se sentaient freinés dans leurs tentatives par des difficultés de mise en place. En effet, pour respecter les principes établis dans la littérature systémique, il faudrait avoir accès à des locaux adaptés, permettant des réunions à plusieurs, mais aussi avec un système d'enregistrement ou de glace sans tain, pour permettre aux équipes de se répartir en participants et en observateurs des entretiens. Il est en effet primordial pour les systémiciens de pouvoir observer la dynamique du groupe sans en être partie prenante afin d'apporter un regard supplémentaire à celui du thérapeute immédiatement impliqué. Ainsi, il faut plusieurs thérapeutes présents au même moment, ce qui est rendu difficile par la conjoncture actuelle de manque de personnel.

« L'approche systémique c'est une approche un peu particulière, puisque la plupart du temps il est conseillé de la faire à plusieurs, c'est-à-dire qu'en général on est au moins deux thérapeutes en séance, et il y a un ou deux thérapeutes derrière un miroir sans tain, ou dans une autre pièce avec une retransmission vidéo, pour pouvoir intervenir, faire un... Un retour en direct quand ils voient que les thérapeutes qui sont actifs rencontrent des difficultés ou des choses dans ce genre. Donc la difficulté principale c'est qu'il faut souvent trouver une équipe... [...] La deuxième difficulté, c'est que les locaux soient adaptés, donc... C'est-à-dire, comme c'est de la thérapie familiale, ça veut dire accueillir une famille en entier, des parents, des adolescents, et peut-être des jeunes enfants, et donc avoir une grande pièce, avec des chaises

adaptées, avec des jeux pour enfants aussi, qu'ils sentent qu'il y a de la place pour eux... Et puis, donc ça c'est... La première limite c'est la limite de l'équipe, la deuxième limite c'est la limite des locaux, et la troisième limite ben c'est la limite du temps, parce qu'en général une séance de thérapie familiale dure de une heure à une heure et demie, donc il faut pouvoir aménager son emploi du temps pour avoir cette possibilité-là, de pratique. »

L'un des sujets de notre étude soulignait aussi que prendre en charge un système ne consiste pas à le valider à chaque instant. Il est donc important de pouvoir refuser certaines demandes de suivi, par exemple pour des systèmes mettant en danger certains de leurs membres. Ainsi, un systémicien devrait être au clair sur les limites du cadre thérapeutique qu'il pose auprès de ses patients, au sens où il devrait notamment s'assurer de la sécurité physique à domicile de tous les membres du système avant de leur proposer une thérapie. De plus, si la thérapie prend le rôle de favoriser le maintien du système dans son fonctionnement (on parle d'homéostasie du système) malgré le fait qu'il soit pathogène, sa pertinence est à requestionner régulièrement.

d) Les thérapies brèves et l'hypnose

Après avoir été promue jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, l'hypnose a été reléguée au second rang des thérapies pendant plusieurs décennies avant de connaître un nouvel essor depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. Ce second déploiement a pu se faire notamment grâce aux travaux de Milton Erickson, célèbre thérapeute américain qui a inspiré un grand nombre de théoriciens de différentes obédiences.⁽⁷¹⁾ Les thérapies brèves font partie des propositions de ces théoriciens, et permettent d'associer l'hypnose à une pratique thérapeutique intégrative. Contrairement à ce que leur nom indique, elles peuvent parfois durer longtemps. Elles comprennent essentiellement les thérapies orientées solution, la thérapie narrative et la thérapie stratégique. Il en est parfois de même pour l'EMDR, mais il arrive aussi qu'elle soit

classée dans les thérapies cognitivo-comportementales, ou encore à part de toute autre catégorie.

Les thérapies brèves accordent une importance particulière à la définition de l'objectif de la thérapie, qui passe par un travail commun actif entre thérapeute et patient. L'idée n'est pas forcément de comprendre les causes du symptôme ou de la plainte (cette compréhension n'étant, selon les tenants de cette approche, ni nécessaire ni suffisante pour guérir), mais de cerner quelle est l'attente. On dit alors qu'un mandat circulaire s'établit entre le patient et le thérapeute : *« le patient donne mandat au thérapeute de l'aider vers tel état désiré, tel objectif. En retour et circulairement, le patient aidera le thérapeute à l'aider. »*(72). Au-delà de l'individu, ce sont les interactions et le contexte qui intéressent le thérapeute. Les notions de cadre et de position du thérapeute comme du patient dans la relation sont travaillées constamment pour donner des repères et des propositions de soins. Le thérapeute intervient activement et « réactivement ».(42,72)

La liberté de choix est vue comme le fondement de la santé psychique et peut donc être vue comme l'objectif de ces thérapies : redonner une possibilité de prendre ses décisions pour les patients.(42)

Ces approches peuvent intégrer l'hypnothérapie, qui se définit selon Gérard Salem ainsi : *« Art du soin qui consiste avant tout à réactiver le plus efficacement possible les ressources naturelles du patient (l'état hypnotique étant d'abord un phénomène naturel, et non artificiel ou « inculqué »). »* (30)

En thérapie brève comme en hypnothérapie, la vision de l'inconscient est finalement radicalement différente de celle de la psychanalyse, et plus largement du modèle médical habituel qui se centre sur les problèmes et les pathologies. Sans aller jusqu'à un optimisme démesuré où l'inconscient représenterait un allié et une aide de chaque instant, il est indiqué

dans les thérapies brèves de travailler avec les pensées inconscientes du patient pour y trouver des capacités, des ressources inaccessibles dans le fonctionnement psychique habituel et conscient du patient.(30)

Beaucoup des termes du discours scientifique pré-existant, qu'il soit héritier de la psychanalyse (comme les mots catégorie, cause, mécanisme, force, déplacement, répression, résistance...) ou du champ systémique (comme les mots homéostasie, redondance, fuite, symétrie, asymétrie...) ont quasiment disparu du discours des thérapeutes brèves, pour présenter des canevas de compréhension aux formes diverses et mouvantes, illustrés par les présentations de cas d'Erickson.(73)

« Peut-être que le secret, ou l'énigme, résidait dans ce qu'il n'y avait rien de caché et que « l'essence » de l'approche d'Erickson était la diversité et la variété. Si tel était le cas, je n'avais plus qu'à accepter les choses telles qu'elles étaient. Cela eût alors signifié que ma théorie sur la méthode d'Erickson avait beaucoup de branches mais pas le moindre centre. Bien plus, cela eût signifié qu'il n'y avait pas de Théorie, pas de belle conception d'ensemble, mais seulement des activités locales, plutôt individuelles, dépendant d'abord des situations. »(73)

Les objectifs du thérapeute sont donc ainsi définis dans le modèle de Bruges, élaboré par Luc Isabeart et Marie-Christine Cabié, et qui s'inscrit dans les thérapies orientées solution :

- *« Cocréer (avec les patients) un contexte dans lequel ceux-ci sont intéressés à un changement thérapeutique ;*
- *Aider les patients à voir plus clairement ce qu'ils veulent (leurs objectifs), en détournant leur regard de ce qu'ils ne veulent pas (leurs problèmes) ;*

- *Amener le patient à disposer de plusieurs lectures de ses difficultés de façon à disposer d'un choix sémantique élargi ;*
- *Permettre qu'à partir de ce choix sémantique élargi, un certain nombre de choix pragmatiques surgissent. »(42)*

De façon un peu décalée, le travail de Michael White, qui a élaboré les thérapies narratives, repose sur la métaphore littéraire. *« La vie est considérée du point de vue de celui qui en fait le récit, elle devient donc une histoire et son narrateur, la personne qui consulte, en est l'auteur. L'identité du narrateur, forgée par son histoire, devient une entité mobile qui peut se redéfinir au gré des narrations. »(74)*. En redevenant auteur de son propre cheminement, le patient est amené à construire un récit dans lequel il précise ses intentions, et prend en considération ses valeurs, ce qui permet le développement d'un sentiment de lien entre sa vie et celle des autres, l'expression du sentiment d'avoir des connaissances sur sa propre vie, mais aussi de réponses émotionnelles à certains événements négligés mais significatifs de sa vie. Cela permet ultérieurement de faire des hypothèses sur des actions qu'il serait possible d'entreprendre et qui seraient en harmonie avec les valeurs définies.(74)

Parmi les ressentis que les répondants rapportaient éprouver quant aux thérapies brèves et à l'hypnose, leur aspect décalé par rapport aux autres approches a été mis en avant. Ce décalage pouvait venir de leurs fondements épistémologiques, qui s'inscrivent dans une perspective assez radicalement constructionniste. Cet aspect inédit de ces thérapies permettrait d'accompagner des personnes ne trouvant aucune solution dans les approches plus traditionnelles :

« Ben ça a un côté un petit peu étrange de la thérapie, un côté un peu exotique, un peu mystérieux, enfin c'est un rapport personnel à ça. [...] Et j'aime le concept des thérapies qui sont... Un peu, pas des thérapies de

dernière chance, mais sur lesquelles on va essayer de s'orienter parce qu'on ne croit plus en rien, on ne croit plus aux médicaments, on ne croit plus aux psychothérapies, on ne croit plus aux concepts de base, et du coup on s'orienterait vers quelque chose de plus alternatif comme dernière chance, tu vois, c'est un peu... Les gens qui vont chez les magnétiseurs ou l'acupuncture, ben, tu vois un peu le principe ? Et je me dis que... Un peu type solution miracle un peu de dernière chance, ben... Si je peux défendre cette cause, voilà, je la défendrai. »

À noter que les théoriciens des thérapies brèves et de l'hypnose ne corroboreraient peut-être pas ce rapprochement fait avec des techniques considérées comme en-dehors du champ de la médecine occidentale, car ils annoncent notamment que les mécanismes en jeu dans les phénomènes d'hypnose trouvent leur explication dans des causes neurobiologiques.(75)

Un autre répondant mettait en avant le caractère singulier de ces approches qui s'orientent en particulier vers les ressources et les compétences des patients, et permettent de donner aux séances une toute autre teneur que les approches dites « orientées problème » :

« Elle me racontait des histoires, et ooh ! C'est trop bien ! C'est toujours des histoires... Je lui faisais la remarque je lui ai dit c'est dingue ! D'habitude en psychiatrie quand on te raconte des histoires c'est des histoires horribles, des histoires de patients avec des histoires glauquissimes, et là c'est des histoires de... De séances qui se sont trop bien passées, où il y a eu des changements, et je trouve ça trop intéressant. Fin trop... À chaque fois que je discute de ça avec quelqu'un ça me donne envie de relire encore plus, et de pratiquer encore plus. »

En contrepoint de ces remarques faites par des personnes intéressées par l'hypnose et les thérapies brèves, d'autres répondants ont mis en avant leur difficulté à l'idée de pratiquer ce genre de thérapie, considérées comme trop suggestives. En s'exprimant dans un contexte où l'on sait le patient particulièrement réceptif aux propos du thérapeute, il serait délicat d'être assuré à tout moment du respect de son libre-arbitre :

« Ça m'a intéressé quand même aussi, pour le côté artisanat, le côté un peu artistique du truc, la métaphore, c'est trop cool, mais j'ai trouvé ça trop manipulateur en fait. »

De par leurs effets par moments imprévus, les approches issues de l'hypnose ont aussi pu être qualifiées « *d'angoissantes* » par un des répondants.

On voit ainsi la diversité des approches connues par les étudiants en psychiatrie, que l'on n'a fait ici qu'effleurer. Il a donc semblé nécessaire d'interroger les participants sur la manière dont ils conçoivent cet éclatement.

5. Positionnements des répondants face à la variété des psychothérapies

a) Conciliation des différents points de vue existants

La multiplicité des approches psychothérapeutiques pourrait être considérée comme participant à certains aspects déconcertants de la découverte du soin psychique. On note toutefois dans nos réponses une prédominance globale en faveur du maintien de cette diversité, les internes interrogés en étant pour la plupart partisans. Elle est en effet enrichissante à plusieurs points de vue : d'une part, elle souligne selon eux l'importance de laisser ouverte la possibilité de penser différemment, de ne pas désigner des « pensées fausses » à opposer à des « pensées justes ». D'autre part, elle permet à chacun de se forger une opinion progressivement,

d'être confronté à différentes approches et donc de choisir en connaissance de cause ce qui lui aurait le mieux convenu.

Pour concilier les différentes approches, le théoricien Nicolas Duruz distingue plusieurs modes de réponse :

- L'éclectisme, qui consiste à choisir dans plusieurs orientations ce qu'on pense en être les meilleurs éléments. Il permet de réunir et combiner des éléments variés en un ensemble, sans avoir la prétention de créer un nouveau système de pensée. Il s'agit d'une tendance assez prononcée chez les thérapeutes, qui implique d'avoir participé à plusieurs formations ;
- La pensée d'école, qui se montre plutôt puriste envers un modèle choisi électivement, en excluant les autres. Par souci de cohérence, les thérapeutes choisissent alors de s'en tenir à un seul modèle, tout en prenant plus ou moins de distance avec celui-ci, c'est-à-dire en en critiquant ou non certains aspects, et en le considérant ou non comme une réponse absolue aux problématiques psychiques rencontrées ;
- La psychothérapie inspirée par le client, où le thérapeute construit un plan thérapeutique séance après séance, sans suivre d'application standardisée de méthodes existantes. C'est ici l'analyse des comportements du patient qui permet l'intégration des méthodes psychothérapeutiques.(12)

i. Une visée intégrative

Parmi les réponses apportées à cette question dans notre étude, on n'a retrouvé que peu de répondants attachés formellement au respect d'une unique pensée d'école. La plupart des internes et jeunes médecins formés actuellement à Strasbourg semblent plutôt considérer comme une richesse la possibilité de se former à plusieurs approches, et donc se rapprocher peut-être d'une forme d'éclectisme.

« Après, j'avais plus envie de faire un panaché en fonction des situations, et si, vraiment, pour une psychothérapie, peut-être la cibler et après orienter vers quelqu'un, parce que... En tant que tel, je suis pas sûre, en tant que médecin hospitalier, d'avoir le temps. »

D'après les sujets de l'étude, dans un premier temps, il semble important de pouvoir se rattacher à un modèle en particulier de sorte à pouvoir construire sa pensée de façon solide, de se figurer des repères assez stables pour pouvoir comprendre les situations cliniques. Ensuite seulement, dans un deuxième temps, il sera alors opportun de se tourner vers un plus grand nombre d'approches pour implémenter des techniques issues d'autres méthodes et enrichir sa pratique.

Parmi les réponses que l'on obtenait à cette question, une répondante nous a expliqué trouver des réponses spécifiques dans certaines approches seulement, ce qui la mène à penser que la pluralité des approches est la réponse la plus complète. Cela lui permet d'avoir accès à plus de moyens pour s'ajuster à certaines situations que si elle n'avait été formée qu'à une seule thérapie :

« Dans le sens où je me suis sentie bloquée dans des situations, et c'est d'ailleurs pour ça que je fais... Que je m'inspire de toutes les psychothérapies, parce que quand je bloque à un endroit, je sais que j'ai d'autres outils »

Cette vision que l'on peut qualifier d'intégrative a été la réponse la plus fréquente parmi notre population d'étude. Au contraire, d'autres, moins nombreux, avaient une vision plus négative de la notion intégrative, en expliquant qu'un seul modèle pouvait déjà être suffisamment complexe pour nécessiter plusieurs années de pratique pour le connaître réellement. Dans ce cas, s'intéresser d'emblée à plusieurs approches pourrait mener à une forme de superficialité à la fois dans les connaissances et dans les pratiques.

ii. Un positionnement en évolution

Plusieurs répondants ont exprimé avoir changé d'opinion au fil de leur cursus, parfois assez rapidement, et être passé d'un point d'intérêt central à un autre. Ces changements semblaient être liés surtout à la rencontre d'autres pratiques, auxquelles ils n'auraient pas pensé de prime abord, et qui s'étaient trouvées être des découvertes pertinentes pour eux. Nombre d'entre eux ont expliqué par la suite envisager facilement d'orienter un patient vers d'autres approches que la leur s'ils sentaient que cela lui serait profitable, montrant ainsi que les modèles actuels sont adoptés avec une certaine ouverture vers les autres pratiques.

À plusieurs reprises, des tenants d'autres approches ont pointé la psychanalyse comme étant à leurs yeux la meilleure option à proposer à un patient qui souhaite comprendre sa situation et ses symptômes, sans forcément vouloir les modifier volontairement. On voit ainsi qu'au-delà des différences concernant les modèles théoriques et pratiques qui les sous-tendent, les approches psychothérapeutiques ne visent pas à répondre aux mêmes attentes, et ne recherchent pas les mêmes buts. Nous avons donc cherché à définir les attentes des jeunes psychiatres lorsqu'ils proposent une psychothérapie à leurs patients.

b) Les attentes vis-à-vis des psychothérapies

i. Le but poursuivi

Comme nous l'avons vu plus haut, la définition du psychisme, de son fonctionnement, et donc de ce qu'on pourrait qualifier de « bonne santé mentale », varie grandement d'une théorie à une autre, et même d'un interlocuteur à l'autre. Nous avons donc demandé à chacun des répondants ce qu'il espérait atteindre avec son patient en lui proposant de suivre une psychothérapie, c'est-à-dire ce qu'il pourrait qualifier de « résultat attendu ». Les réponses ont été variées.

Beaucoup des thérapeutes soulignent l'importance de se détacher du symptôme stricto sensu, et donc de la quête absolue de sa disparition, pour pouvoir réfléchir de façon décalée. Ce constat tiendrait à deux observations :

- D'une part, il est difficile de ne toujours considérer le symptôme que comme surajouté, survenu du néant chez une personne indemne de toute souffrance auparavant. Il existe une marge, dans laquelle on considère que certains symptômes, ou une part d'un symptôme, font partie de l'individu, de sa façon de s'exprimer au monde. Dans cette marge, à géométrie variable selon les théories, se situeront pour certains le tempérament par exemple, pour d'autres la structure de la personnalité. Ainsi, pour ne pas déposséder la personne de ce qu'elle est, c'est justement faire le pas de côté de ne plus voir le symptôme comme étant à annihiler, mais comme quelque chose à comprendre différemment, auquel donner du sens, qui permettrait d'être soignant. La demande de compréhension revient dans la bouche des patients, parfois même avant la demande de soulagement ou de guérison.
- D'autre part, il semble raisonnable à l'heure actuelle de continuer à considérer que si les recherches et les découvertes des cent dernières années ont permis d'améliorer substantiellement le pronostic et la qualité de vie des personnes atteintes de troubles psychiques, il reste néanmoins une part importante des demandes pour lesquelles aucune réponse univoque n'a encore été formulée. Dans ces cas où la peine demeure, c'est justement en l'acceptant que le soignant accepte le patient, lui redonnant une légitimité et une place dans sa communauté. Le travail consiste alors en l'intégration des troubles, par exemple en construisant avec lui un récit narratif qui permet au patient de se resubjectiver dans l'espace thérapeutique.

Pour les sujets de notre étude, le symptôme peut donc ainsi subsister, tout en étant « moins présent, mieux supporté ». L'important semble alors de permettre au patient d'intégrer

l'expérience douloureuse traversée au reste de son existence « *sans qu'il se sente réduit par une pathologie, défini par elle* ». L'un des buts poursuivis, selon un autre répondant, est « *un changement de perspective, une augmentation de la flexibilité, des choix possibles. Ne pas être le jouet de ses symptômes.* »

La fin de la thérapie a été définie par la majorité des répondants comme étant indiquée par sa verbalisation par le patient. Celui-ci peut demander de lui-même à mettre fin au suivi, ou bien il peut y avoir le constat, partagé avec le thérapeute, que des aspects de son existence ont été mobilisés, et que cela peut suffire pour le moment. Le retour « *direct et positif* » du patient envers le travail effectué ensemble reste alors le meilleur signe d'une amélioration.

Dans d'autres cas, ce sont au contraire des indicateurs externes qui signent l'amélioration : diminution de la prise de médicaments, diminution de la fréquence des hospitalisations...

Les sujets de l'étude ont souligné, en parallèle, l'importance de garder en tête la possibilité de la disparition du symptôme, pour ne pas perdre de chances d'amélioration.

ii. Le statut scientifique des soins psychothérapeutiques

Afin d'atteindre les objectifs précédemment décrits, les différentes approches prônent donc des techniques, des postures, des suggestions différentes. La question de leur capacité à apporter une amélioration, et à la prouver, est encore une source de discussions et de débats.

Les tenants de la médecine basée sur les preuves voudraient pouvoir modéliser et par là quantifier à la fois la souffrance psychique et le chemin parcouru entre le début et la fin d'un suivi. Il s'agit de personnes prenant le terme « scientifique » dans son sens strict, c'est-à-dire « *comme définissant la méthode expérimentale en fonction de laquelle des faits empiriques sont observés par un sujet neutre, dans une situation contrôlée, en vue de dégager des relations de*

causalité donnant lieu à des prédictions et contribuant par là à l'édification d'une théorie »(12). Ainsi, l'un des répondants de l'étude qui se positionne très franchement en faveur de ce type de preuve, et explique séparer les psychothérapies en deux grandes familles, celles prouvées par les sciences selon une méthodologie hypothético-déductive, et celles non prouvées. Il suppose une moindre efficacité des thérapies non prouvées, et voit dans l'arrivée d'un paradigme scientifique, tel que décrit par Thomas Kuhn, une réelle avancée et une opportunité très favorable pour la suite des soins :

« Moi je rêve aussi d'un jour où on n'aura plus forcément à parler d'école comme ça et où on dira juste thérapies validées scientifiquement ou non, tu vois, pour moi c'est un peu le principal [...] C'est vrai que souvent, j'entends ah oui, mais il y a tellement de controverses en psychothérapie, c'est pas très scientifique, etc... Mais en soi c'est purement scientifique en fait, il va y avoir des controverses et c'est normal, par contre, les TCC, c'est ça qui est très intéressant, c'est que comme il y a cette recherche de validation empirique, ben à un moment les faits c'est les faits, si t'es pas d'accord, ben tu peux essayer de voir toi, d'essayer de reproduire ces faits si t'y arrives ou pas, mais en soi tu as cette possibilité de t'accorder grâce à la réalité, entre guillemets. »

A l'inverse, les tenants d'une médecine singulière, se jouant à chaque instant dans le respect du caractère unique de l'existence du patient mais aussi de la relation qui se joue entre le thérapeute et lui, se refusent quant à eux à normer ou chiffrer leurs effets. Cette approche, qui peut sembler déconcertante en comparaison à d'autres disciplines médicales, trouve son origine dans la non-applicabilité dans tous les domaines de la raison discursive, c'est-à-dire du discours scientifique. Dans cette perspective, les états de souffrance psychique se nourrissant de l'expérience subjective de l'homme, ils ne se limitent pas à sa face externe ou empirique.(12)

Il faut de plus prendre en compte que l'observateur est en réalité toujours impliqué dans l'application de sa méthode, et que son présumé de neutralité est en réalité difficile (voire impossible) à atteindre. Ce constat rejoint les grands principes de communication explicités par la théorie de la cybernétique et l'école de Palo Alto.(32)

Néanmoins, le statut scientifique de la pratique psychothérapique ne se résume pas à la preuve de son efficacité : elle consiste aussi à revendiquer une procédure méthodique, c'est-à-dire « *faire preuve de rigueur, et se distinguer de toute pratique qui serait improvisée ou ignorante de ce qui s'opère* ». (12) C'est là un point de vue qui a été retrouvé dans plusieurs des entretiens menés, avec des répondants qui faisaient par exemple la part entre une thérapie « *construite suivant un raisonnement scientifique* », donc dénué de toute forme de superstition, ou d'ésotérisme, cible poursuivie par tous, et une thérapie « *démontrée scientifiquement* », ce qui était reconnu comme un but difficile à atteindre. La construction sur un raisonnement scientifique consisterait alors à exercer sa capacité à se remettre en question, à tester ses théories au contact d'une population de patients. La pratique des répondants qui mettaient cette dialectique en lumière se voulait donc en lien constant avec les résultats observés par les patients, ne se satisfaisant pas d'une intuition théorique mais voulant au contraire entretenir un dialogue fécond entre idées et résultats.

Il était important pour les sujets de l'étude de pouvoir prétendre à des pratiques scientifiques définies ainsi, notamment pour pouvoir assurer aux patients de leur proposer quelque chose qui avait de la valeur, en lien avec ce que l'on attend aussi des pratiques médicales, au contraire de celles liées au développement personnel par exemple :

« En tant que médecin, il faut utiliser des éléments cohérents sur le plan théorique, neurobiologique ».

On sait par ailleurs que la confiance du thérapeute en la robustesse de son modèle est l'un des facteurs de réussite des thérapies. (27,42) Il paraît logique qu'à l'issue d'études médicales prônant la proposition thérapeutique basée sur les preuves, les étudiants découvrant le champ des psychothérapies trouvent de prime abord un réel attrait pour les approches se réclamant du même modèle. Elles leur permettent de s'inscrire dans un discours compréhensible et cohérent au regard des connaissances acquises lors de leurs études initiales, et donc d'en tirer la confiance en soi et en ses pratiques nécessaires à l'élaboration d'une psychothérapie efficace.

Un autre point sur lequel s'appuient les nombreuses questions portant sur le statut scientifique des psychothérapies est celui du manque de connaissances sur l'esprit, sa superposition ou ses liens avec les phénomènes de conscience, son caractère cérébral ou au contraire dépassant une organicité vue comme trop limitante. Les études de neurosciences ont mené à de nombreuses découvertes ces dernières décennies, et s'inscrivent principalement dans des visions mécanicistes ou de fonctionnement en réseau des neurones.(39) Dans un cas comme dans l'autre, les certitudes sont encore rares pour expliciter le fonctionnement de notre esprit, et restent très à distance des considérations cliniques du psychiatre dans sa pratique quotidienne de psychothérapie.

C'est donc sans étonnement que le fonctionnement du psychisme a été décrit comme encore très incertain, imprécis par les sujets de notre étude. Ainsi, prétendre à une forme de maîtrise des connaissances le concernant semblait présomptueux à plusieurs des répondants. Ceux-ci disaient alors s'être appuyés sur les connaissances générales transmises pendant le deuxième cycle des études médicales, puis avoir nourri leurs réflexions à l'aide des propositions des différentes écoles. Le caractère insaisissable de l'esprit humain était même une fois décrit comme souhaitable :

« Ce serait adopter une attitude scientiste que de croire qu'on pourrait parfaitement comprendre le cerveau humain, et que la science pourrait nous dire formellement quelle thérapie faire [...] J'espère que le désenchantement du monde n'ira pas jusqu'aux tréfonds de l'âme humaine ! ».

L'apport des sciences humaines comme la sociologie ou l'anthropologie dans la description et l'explicitation des fonctionnements psychiques a été aussi souligné à de nombreuses reprises comme très contributif à la construction du savoir des jeunes psychiatres.

Au total, la difficulté à démontrer et expliquer dans le détail les ressorts d'une thérapie qui fonctionne a pu être très déstabilisante pour les personnes qui arrivaient en psychiatrie :

« Il y a des choses non mesurables, non objectivables, mais qui existent tout de même [...] L'arrivée en psychiatrie peut être déroutante parce qu'il n'y a pas de vérité qui fait loi, mais après, comme chacun part de sa propre théorie, enfin, des théories qu'il a voulu approfondir, ça permet de croiser les regards, et du coup c'est très riche, même si cela rend compliqué de savoir ce que l'on fait... Il n'y a pas forcément l'un qui a raison et l'autre qui a tort, et c'est délicat, du coup, de se positionner [...] Le fait que chacun puisse s'exprimer, donner son point de vue, ça permet des fois d'éclairer vraiment la situation, de se décaler un petit peu, d'avoir un autre angle de vue, et c'est franchement hyper important [...] Et donc c'est pour ça que ce n'est pas inintéressant, toutes ces différences, même si c'est perturbant. ».

Cette dichotomie d'apparence irréconciliable, entre pratiques fondées sur les preuves selon un modèle hypothético-déductif et psychothérapies se construisant dans des paradigmes épistémologiques complètement différents(13), n'empêcherait finalement pas, concrètement, de construire à la fois un savoir et une pratique pour les psychiatres débutants. Certains

répondants avaient ainsi radicalement pris leurs distances avec l'idée de pratiquer selon des méthodes prouvées scientifiquement :

« Ce que je vois, c'est que ça fait du bien à certains patients, et je crois que...

Je crois que ça suffit ».

iii. La place de l'intuition en psychothérapie

Au-delà d'apporter un cadre de réflexions et des propositions d'actions thérapeutiques, les approches psychothérapeutiques ne prétendent pas avoir anticipé chaque tournure d'entretien. Il nous a donc paru important de questionner la part de spontanéité et d'intuition que les répondants de l'étude exprimaient dans leurs échanges avec les patients.

Et en effet, l'importance de l'intuition a été plusieurs fois soulignée, que ce soit pour faire des associations d'idées rapides, quand certains détails nous font penser à des patients déjà croisés, ou quand le réflexe d'associer plusieurs caractéristiques ensemble est installé, ce qui fait éventuellement rechercher l'une d'entre elles avant qu'elle n'ait été exprimée spontanément par le patient.

« C'est pas fondamental, je me base pas que sur ça, mais le radar interne...

Surtout que maintenant on commence à avoir beaucoup de pratique, je sais pas combien de centaines d'entretiens on a pu faire... Moi j'ai une grosse confiance là-dessus. Surtout sur les signaux d'alarme. »

Cela fait partie des gains de l'expérience, du fait que l'on ne repart pas de zéro avec chaque rencontre de patient, tout en étant vu, dans sa forme extrême, comme un potentiel écueil dans lequel il ne faudrait pas tomber, c'est-à-dire de ne voir que des répétitions de schémas proches d'un entretien à l'autre.

« Je pense que de toute façon il y a toujours une part d'intuition, quand on voit un patient pour la première fois, qui ressemble beaucoup à un patient qu'on a vu par exemple dans le passé, notre intuition va peut-être nous amener à nous dire, ok, ben il a la même chose. Si la présentation est la même, ben il a la même chose, ce qui est pas forcément vrai, il faut souvent revenir sur ses intuitions... »

Rester attentif à ses intuitions pourrait ainsi faire préciser certains aspects sémiologiques, en étant sensible à ses propres ressentis :

« J'assimilerais l'intuition aux ressentis, aussi. C'est-à-dire, on voit des patients, on sent qu'il y a quelque chose, et après on essaie de mettre des mots sur ce qu'on sent, et ces mots-là c'est des symptômes, de la sémiologie en fait. »

Dans la relation avec le patient, il semblait ainsi important de pouvoir communiquer certaines intuitions, certains ressentis, pour pouvoir les questionner ensemble et tester leur pertinence. Il s'agirait là d'un des moyens de mettre à la relation patient – soignant directement au travail.

« Et, ça c'est quelque chose que j'aurais pu garder pour moi, cette intuition, cette espèce de truc qui est pas forcément vrai, mais qui est là en tout cas, et... [...] Ça permet de faire quelque chose de cette intuition, et de pas juste la garder pour moi, et ça permet en plus, comme j'en parle, avec le patient ou la patiente, de pas... Parfois l'intuition ils [les thérapeutes] en font une... Leur espèce de vérité tu vois ? [...] Alors que là, ça permet du coup que ça devienne pas un manège interne qui tourne et où on s'autoconvainc de ce truc-là. On le remet devant et on en reparle [...] L'intuition, carrément. Et

même, conscientisée, et même exprimée, et même, transformée par le fait qu'elle est exprimée, partagée avec le patient en fait. C'est vraiment central. »

Par ailleurs, plusieurs d'entre eux soulignaient que même s'ils essayaient de s'inspirer de la méthode qui leur plaisait le plus, c'était souvent presque inconsciemment qu'ils en utilisaient certains principes, ce qu'ils constataient alors a posteriori, après avoir pris la parole. Comme si une part de ces nouvelles connaissances s'était intégrée à leur façon de penser et pouvait s'exprimer très spontanément, et donc authentiquement dans leur discours.

c) Les limites à la pratique des psychothérapies

Nous nous sommes attardés au cours des entretiens sur la question des limites de l'approche préférentielle de chacun des répondants, et avons obtenu des réponses très variées. Mais il existe aussi des limites, aux contours variables, qui concernent toutes les approches psychothérapeutiques. Elles peuvent concerner la mise en pratique des psychothérapies dans le milieu hospitalier actuel, parfois impossible. Mais les thérapeutes actifs éprouvent aussi parfois des limites à leur pratique, face à certaines situations qui ne trouvent pas d'issue. Nous avons cherché à explorer ces deux pans des facteurs limitants de la pratique psychothérapique.

Ainsi, on nous tout d'abord exposé des limites intrinsèques à la pratique des psychothérapies en milieu hospitalier, liées aux difficultés de gestion du temps pour les psychiatres, qui se trouvent avoir plusieurs rôles juxtaposés, notamment de prise de décision pharmacologique, de gestion des équipes, de coordination des soins, de rôle institutionnel... Qui font que se former, d'une part, et construire ensuite une pratique consistante et pérenne de psychothérapie, d'autre part, peut être rendu ardu. Ainsi, même les répondants qui avaient réellement déjà essayé de mettre en pratique ce qu'ils avaient pu apprendre en formation ont dit avoir eu du mal à trouver le temps nécessaire pour mettre en place des suivis réellement construits.

« Alors, j'ai un peu tous les âges, mais beaucoup d'ados, là ça a été extrêmement compliqué avec la crise du COVID, on a eu un raz-de-marée, donc... En fait on a plus tenu à bout de bras ce qu'on pouvait, et sans... Et la psychothérapie, honnêtement, j'ai franchement quasi pas eu le temps d'en faire. »

Les acquis théoriques ont donc parfois du mal à se traduire en pratique. Cette remarque était d'ailleurs retrouvée au niveau national par une autre étude qualitative portant sur le sujet.(2)

Parmi les autres limites que l'on retrouvait toutes approches confondues, il y avait aussi le positionnement du patient, qui à certains moments de sa vie peut être confronté aux soins psychiques sans les investir personnellement, ce qui compromet toute mobilisation et donc toute amélioration. Face à cette situation, différents modèles ont élaboré des méthodes de réponses pour travailler la motivation et permettre de faire émerger une demande, mais les répondants de notre étude ont souligné à plusieurs reprises combien cette question restait épineuse dans leur pratique quotidienne. Cette difficulté de motivation peut de plus être majorée dans certaines pathologies psychiatriques qui atteignent la conscience des troubles, dans certaines pathologies neurodégénératives qui impactent la flexibilité mentale, ou encore lorsque la demande de soins n'émane pas du patient, par exemple dans les suivis judiciaires.

Enfin, plusieurs répondants ont mis en avant leur manque de confiance en eux pour pouvoir se dire déjà « psychothérapeutes ».

« Je suis pas sûre qu'on peut encore parler de psychothérapie... Je pense que je suis un peu dans un no man's land où j'essaie de faire des entretiens les plus constructifs possibles, et... Avec tous les outils que je connais. »

6. La formation aux psychothérapies

Au cours de son parcours d'apprentissage, qui se construit au long de sa formation mais aussi de sa carrière par la suite, le thérapeute passe par différentes phases qui ont été échelonnées en six étapes dans la littérature(28) :

- L'aidant non-initié, qui, sans formation, utilise des arguments du sens commun pour essayer d'aider ses proches. Il convoque pour cela une identification généralement rapide du problème, un soutien émotionnel fort, et des conseils fondés sur ses propres expériences.
- L'étudiant débutant va quant à lui s'impliquer généralement fortement dans la formation proposée, tout en y voyant des défis parfois insurmontables. Il va tenter d'intégrer dans le même temps les données théoriques issues de la recherche, les retours des patients, les commentaires et récits de collègues plus expérimentés, ses propres expériences personnelles et des éléments de son environnement socio-culturel. Leur application peut sembler un peu mécanique et systématique à ce stade.
- L'étudiant confirmé, qui a commencé à accumuler un certain nombre d'expériences de terrain, lui permettant d'attendre d'autant plus de sa formation. En espérant continuer à progresser, il semblerait qu'à ce stade, le thérapeute utilise d'autant plus de précautions, de méticulosité dans ses suivis.
- Le professionnel novice expérimente selon cette étude trois étapes successives : tout d'abord, il cherche à confirmer la validité de sa formation à travers sa pratique. Ensuite, il traverse une période de désillusion en étant confronté à des défis professionnels qui le dépassent. Enfin, il expérimente une période d'exploration plus intense, à la fois de son propre fonctionnement mais aussi de son environnement professionnel.

- Le professionnel expérimenté pour qui l'enjeu est d'arriver à se créer un rôle de thérapeute qui lui permette d'intégrer ses propres conceptions sur la thérapie (en termes de valeurs, d'attitudes, d'opinions) à sa pratique, et ce de la façon la plus congruente possible.
- Le professionnel senior, qui peut avoir des ressentis très proches de ceux du professionnel expérimenté, mais qui va aussi adopter un rôle pédagogique de supervision plus fréquemment. Il va devoir par ailleurs gérer un sentiment de perte, lié au fait qu'il n'aura plus de modèles plus âgés pour le guider, et que ses collègues de la même génération vont progressivement arrêter leur activité.

On voit donc que le rapport à la formation évolue constamment. Elle est d'autant plus importante au début du cursus, pour mettre en place des repères et des réflexes, après quoi le thérapeute pourra prendre de la distance avec elle.

Nous avons donc cherché à décrire comment les internes formés à Strasbourg se formaient, quelles étaient leurs sources d'apprentissage, et comment ils étaient accompagnés dans ce processus. Par la suite, nous décrirons les différentes modalités de formation proposées ailleurs en France.

a) À l'échelle locale

L'intérêt porté par les internes de psychiatrie ne se dément pas au fil des années, et la demande de formation serait même en augmentation, d'après l'étude nationale de l'AFFEP, qui date de 2011.(16)

À Strasbourg, la Faculté de Médecine propose quatre cursus d'introduction aux psychothérapies aux internes spécialisés en psychiatrie, permettant d'aborder la psychanalyse, les thérapies cognitivo-comportementales, la systémique et, ensemble, l'hypnose et les thérapies brèves. Ces formations sont animées par des psychiatres et des psychologues en

exercice, eux-mêmes formés et ayant acquis de l'expérience dans leurs domaines psychothérapeutiques respectifs.

Au-delà de ce premier abord théorique des psychothérapies, l'interne qui souhaite se former aura quatre options, d'après les données de l'étude de l'AFFEP et les informations recueillies au cours de notre étude :

- La formation par la pratique et le compagnonnage
- La lecture d'ouvrages théoriques
- Les formations universitaires ou par des organismes privés
- Entamer lui-même un suivi auprès d'un psychothérapeute

j. La formation par la pratique

Elle consiste à apprendre en pratiquant et en voyant pratiquer, en stage hospitalier ou ambulatoire, et en échangeant avec ses collègues. Nous avons vu au cours des entretiens menés pour cette étude que très peu des répondants avaient pu observer par eux-mêmes une pratique psychothérapique clairement définie au cours de leurs stages d'interne. Ce résultat est d'ailleurs en concordance avec certaines données de la littérature.(28)

Plusieurs répondants soulignaient en revanche que les échanges informels entre pairs les avaient stimulés et leur avaient permis d'apprendre beaucoup, malgré le fait qu'ils surviennent donc en dehors des temps d'entretien avec les patients.

Un répondant en particulier rapportait avoir eu ce besoin très fort d'échanges au début de son internat :

« En fait, je me suis beaucoup nourri, initialement, pour des raisons de survie, parce que je ne savais pas ce que c'était une psychothérapie, en fait, moi j'en ai jamais suivi, donc... Je voulais voir comment faisaient les autres

[...] Et chacun développe avec le temps des routines, des phrases qui reviennent, des manières d'aborder des sujets, et ça a une grande valeur, parce que ça a été éprouvé, filtré au fil du temps [...] C'est ce qui se dessine dans le cœur de ma pratique, c'est l'expérimentation. [...] Je pense que c'est venu aussi avec le temps, j'ai pas toujours été comme ça. Un temps, les bouquins, ça m'allait très bien, mais aujourd'hui, depuis plusieurs années, j'ai besoin d'expérimenter en fait. J'ai besoin d'aller en stage, j'ai besoin de voir des patients, j'ai besoin de faire des choses. Parce que... Je retiens pas, sinon, parlons simplement. Et puis j'ai remarqué que j'absorbais beaucoup plus facilement quand je vois faire ou quand je fais. »

Par ailleurs, malgré le fait que tous les répondants soulignaient l'importance de la diversité des pratiques et de sa pérennité, ils étaient aussi plusieurs à avoir choisi pertinemment des terrains de stage dont ils savaient qu'ils seraient compatibles avec leurs idées a priori. Être confronté six mois durant à des pratiques trop différentes de nos conceptions était en effet vu comme trop éprouvant et peu contributif à la formation :

« Ça m'aurait mis en difficulté, [...] ça a déjà été tendu pendant six mois. »

Ou encore :

« Ça a été parfois compliqué [...] C'est plutôt qu'ils respectent pas toujours mon avis, et que, eux, ça les heurte aussi, ce que je comprends, que je critique ce qu'ils affectionnent... »

On voit donc que malgré l'ouverture vers des pratiques variées permise par les différents terrains de stage, certains étudiants choisissent sciemment de ne pas aller vers des équipes qui fonctionneraient de façon trop différente de leurs présupposés.

En parallèle de cette formation par la pratique en stage, on retrouve dans la littérature l'intérêt de participer à des séances de supervision, qui apportent des éléments distincts à chaque étape de la formation. Légalement, l'internat devrait permettre des séances de supervision clinique individuelle de façon hebdomadaire dans les stages dits de niveau I(76). Aucun des internes interrogés n'a confirmé avoir eu accès à une supervision aussi conséquente.

Cette supervision, pour ne pas être délétère sur le sentiment de confiance en soi du thérapeute, doit être menée par une personne experte, qui arrivera à mettre en exergue à la fois les soins pertinents déjà proposés, mais aussi les éventuelles modifications à apporter par le thérapeute. Elle permettra aussi de mettre en lumière les interactions entre la pratique et la personnalité du thérapeute.(28) Très peu des sujets de notre étude avaient réellement débuté de supervision formalisée. Même s'il leur arrive souvent d'évoquer leurs suivis avec des personnes plus expérimentées, cela se produit surtout de façon officieuse lorsque l'occasion s'en présente. Les quelques personnes qui avaient des temps de supervision prévus se réclamaient d'une approche analytique, et cette supervision s'intriquait parfois dans le suivi qu'ils avaient entamé pour eux-mêmes.

ii. La formation par la lecture d'ouvrages théoriques

Elle consiste à se former par le biais de lectures, orientées par les goûts et aspirations de chacun. C'est là l'une des méthodes les plus employées par les répondants de l'étude, ce qui leur permet de diversifier leurs points de vue et d'approfondir leurs connaissances préalables. Bien que pouvant être considérée comme très théorique et à distance des entretiens réels, cette approche a permis à plusieurs répondants de développer progressivement des techniques avec les patients :

« Quand on est un peu imbibé de ces lectures, il y a un moment où on se rend compte qu'on ne l'a pas conscientisé du tout, mais qu'on a appliqué telle ou

telle façon de penser, parce qu'à force de les lire, ça nous imprègne et ça oriente aussi notre fonctionnement ».

Ce serait vrai à la fois d'exercices précis, mais aussi de principes plus globaux :

« Même si c'est un principe très vague, tu te rends compte que si le principe t'a parlé, tu seras plus à même, inconsciemment, de l'appliquer ».

iii. Les formations universitaires et par des organismes privés

Il est aussi possible de se former en participant à des formations supplémentaires, optionnelles, proposées soit par certaines facultés sous la forme de DU ou de DIU, soit par des organismes privés. Cette option avait été choisie par divers répondants, car elle permet de rencontrer des personnes qui pourraient partager leur expérience, et de répondre à des questions spécifiques, soulevées par la pratique du quotidien :

« Pour moi c'est important d'avoir l'ensemble, même si en soi je connais bien les livres, je connais bien la théorie, ça m'intéresse d'avoir à la fois le réseau et l'expérience ».

Généralement, ces formations proposent de plus un programme plus approfondi car contenant plus d'heures de cours, avec des séances de mise en pratique. Elles avaient été débutées au cours de l'internat par 6 des répondants de l'étude. Elles sont généralement à financer à titre personnel au cours de l'internat, et empiètent sur d'autres temps de travail ou d'étude, ce qui ont été les principales raisons avancées par les personnes qui avaient décidé de les temporiser pour se former secondairement, après l'internat. Aucun des répondants n'a dit avoir volontairement remis à plus tard le temps de formation pour ne pas être trop perméable à une approche qui pourrait être doctrinale. En revanche, ils ont été plusieurs à signaler qu'ils

souhaitaient d'abord découvrir l'ensemble du champ de la psychiatrie avant de faire leur choix pour ne pas s'enfermer d'emblée dans un mode de pensée trop conditionnant pour la suite.

iv. Le suivi pour soi comme formation

Entamer soi-même un suivi peut être préconisé dans le cadre de la formation aux psychothérapies. C'est particulièrement le cas pour les personnes souhaitant devenir psychanalystes ; en effet, il est nécessaire de pouvoir justifier d'une cure analytique menée pour soi pour pouvoir ouvrir un cabinet avec ce titre.

Les internes interrogés posaient un regard ambivalent sur cette pratique. Pour certains, elle était absolument fondamentale : adopter la place de patient permettrait ainsi d'apprendre par l'expérience et donc de façon très incarnée.

« Le but de faire sa propre analyse, c'est d'avoir conscience des mouvements qui se passent en soi, pour pouvoir comprendre les mouvements qui se passent chez les autres, en sachant que ce ne sont pas les mêmes. Ça permet de ne pas sauter sur des interprétations sauvages. »

« L'idée de me retrouver dans mon cabinet et de ne pas parler de ce que je vis, pour moi c'est impossible. Il faut absolument qu'il y ait un lieu, pour aussi faire un peu tiers. Et même pour les patients, je pense que c'est indispensable. De ne pas se référer qu'à soi. »

Pour d'autres, c'était en revanche surtout enrichissant sur un plan personnel, avec un impact sur la profession plus difficile à identifier et circonscrire :

« Il paraît, justement, qu'ils [les psychanalystes] mettent le patient dans la position du sachant, alors je vois pas comment en te mettant dans la position du sachant tu peux apprendre ? [...] C'est au fur et à mesure que des

situations se répétaient et que je voyais que je les tolérais de mieux en mieux, que je voyais que j'arrivais à réagir différemment, que je me suis dit, ah, je crois que ça m'a aidé. Mais encore aujourd'hui, je reste un peu dubitatif : est-ce que c'est juste la maturité qui a aidé, ou est-ce que c'est la psychanalyse ? »

Dans les autres écoles de pensée, il semble moins courant que les sujets de l'étude déclarent avoir entamé un suivi pour eux-mêmes, et aucun des répondants n'a dit en avoir entamé à visée didactique. En revanche, les difficultés générées par la confrontation à la souffrance humaine, ainsi que, parfois, par un sentiment d'insuffisance ou d'inefficacité, ont aussi été montrées comme étant des raisons pour les jeunes psychiatres d'initier un suivi, cette fois à titre personnel. En apprenant à mieux cerner leurs limites, et en travaillant sur leur relation à leur travail notamment, ces suivis leur permettent de progresser vis-à-vis de la perte de sens dans leur pratique ou vis-à-vis d'émotions comme la culpabilité ou l'irritabilité, d'apparition courante dans la pratique psychothérapique et les mouvements transférentiels qu'elle implique.(28)

« Assez clairement, il y a eu deux trois moments où je me suis dit comme ça, ouh, ça va pas trop. C'est aussi une des raisons qui m'a poussé vers la psychanalyse, c'est pour ça que je dis que c'était moitié personnel moitié professionnel, à ce moment-là, on sortait du covid avec toute la pression qu'on a subie dans les services et tout le tralala, d'ailleurs je vois que beaucoup de personnes autour de moi ne vont pas bien [...] Et je trouve qu'on fait un métier qui ronge en fait. »

b) À l'échelle nationale

Les modalités de formation des étudiants en médecine en troisième cycle ont été formalisées par l'arrêté du 21 avril 2017(76). Parmi les connaissances de base à acquérir dès la phase socle (première année d'internat), on retrouve la conduite d'entretiens individuels et familiaux, ainsi qu'une introduction aux psychothérapies et aux théories correspondantes. Le travail de l'alliance thérapeutique et l'éducation thérapeutique sont considérés comme étant des connaissances transversales. Au cours de la phase d'approfondissement (deuxième et troisième année d'internat), l'interne de psychiatrie doit notamment acquérir des connaissances sur les principes et techniques des principales approches psychothérapeutiques. En revanche, dans la liste des compétences à développer, si l'on retrouve la nécessité de savoir mener un entretien de groupe ou familial, qui peut parfois avoir un objectif psychothérapeutique, il est stipulé que l'interne doit savoir orienter le patient vers le suivi psychothérapeutique le plus approprié, mais pas qu'il doit pouvoir le mener lui-même.

Afin de compléter cet aperçu de la formation des psychothérapies à Strasbourg, nous avons souhaité contacter les représentants des associations d'internes de psychiatrie des autres régions. Cela a permis de remarquer que si des formations aux psychothérapies existent dans la plupart des Faculté de Médecine, leurs propositions diffèrent d'un endroit à l'autre (cf. Annexe 1). Les personnes ayant répondu aux questions que nous leur adressions exprimaient toutes avoir perçu une demande importante des internes dans leur circonscription, et que la réponse universitaire, bien que déjà très positive et encourageante, restait néanmoins insuffisante au regard des attentes. Le secteur des formations privées propose ainsi des cursus plus longs, d'apparence plus complets, mais moins accessibles pour les raisons déjà citées. De plus, la décision peut être difficile à prendre devant leur grand nombre, qui entraîne une perte de clarté sur leurs intérêts comparés. On retrouvait ce type de questionnements aussi à un niveau plus local à Strasbourg.

c) La mise en pratique

i. État des lieux des pratiques existantes chez les jeunes thérapeutes

Plusieurs répondants ont pu mettre en place une activité de psychothérapie au cours de leur internat, et s'en trouvent satisfaits. Cette pratique s'inscrit dans le cadre de suivis individuels mais aussi de suivis en thérapie de groupe, mis en place en particulier aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Les principales thérapies mises en pratique par les personnes interrogées sont la psychanalyse, les thérapies cognitivo-comportementales, la thérapie d'acceptation et d'engagement, la thérapie dialectique et comportementale, la systémie, l'hypnose et les thérapies brèves. Aucune des personnes interrogées n'avait en revanche pratiqué l'EMDR, les thérapies interpersonnelles ou la thérapie existentielle, même si elles étaient citées comme intéressantes et que des personnes avaient l'intention de s'y former.

Une limite à la pratique au cours de l'internat est la durée de chaque stage, qui conditionne des suivis de six mois au maximum. Néanmoins, certains internes ont réussi à maintenir des suivis au-delà des changements de service, ce qui leur a permis de construire une relation psychothérapeutique plus pérenne, et de voir les effets d'un suivi se déployer au cours du temps.

Nous n'avons pas pu étudier les aspects concrets de la mise en pratique en fonction des différentes écoles psychothérapeutiques, car il aurait fallu pour cela pouvoir observer les thérapeutes en entretien. Nous nous sommes donc surtout intéressés aux ressentis des répondants concernant les suivis qu'ils avaient débutés. Ainsi, les personnes qui avaient le sentiment d'avoir pu déjà mettre en œuvre des psychothérapies auprès de leurs patients en faisaient des retours très positifs :

« Je trouve que c'est super beau en fait, il y a vraiment quelque chose qui se transmet, comme ça, de manière après horizontale un peu, des fois c'est des choses toutes simples, on peut avoir des beaux effets »

En revanche, une majorité des sujets de l'étude ont expliqué avoir eu accès à des sources de formation multiples, aux avantages variés, sans pour autant revendiquer d'activité « effective » de psychothérapie, ou du moins pas de façon routinière. La somme des autres connaissances à acquérir en tant que médecin, le rythme quotidien lié au rôle de l'interne dans les services, les limites des psychothérapies exposées précédemment, mais aussi le sentiment d'illégitimité à se qualifier de psychothérapeute, ont mené à de nombreuses réponses en demi-teinte, ce qui est concordant avec la littérature(28). La plupart de ces répondants ont déclaré avoir l'espoir de pouvoir mettre en pratique plus couramment les psychothérapies une fois qu'ils occuperaient un poste définitif.

On retrouve donc des vécus assez ambivalents concernant la pratique des psychothérapies en tant que jeune psychiatre : à la fois porteuses d'espoir et génératrices d'enthousiasme, elles resteraient cependant difficiles à mettre en place, et entraîneraient de nombreuses remises en question à chacune des étapes de la formation, comme le montre la littérature. Un article de Skovholt et Rønnestad(28) décrit ainsi les phases successives de remises en question qui peuvent se succéder au cours de l'apprentissage, les premiers suivis apportant de nouvelles questions qui concernent aussi la confiance en soi du thérapeute. Adopter une attitude ouverte face à ces questionnements, en explorant continuellement de nouvelles perspectives, semble d'après ces auteurs être le meilleur gage d'une formation réussie.

ii. Les effets de la mise en pratique pour le thérapeute

Nous avons souhaité questionner les répondants de notre étude sur les effets qu'ils avaient pu ressentir en eux en découvrant et en pratiquant les psychothérapies. Nous partions du postulat que par leur aspect existentiel et singulier, ces approches ne laisseraient probablement pas indifférentes les personnes intéressées.

Nous avons effectivement recueilli des témoignages qui ont exprimé un changement pour les jeunes thérapeutes dans leur façon de se percevoir, de concevoir le soin psychique, ou encore de comprendre leur propre parcours.

« Dans la vie professionnelle, oui, ça a changé les choses, parce que mon angoisse faisait que j'avais tendance à être un peu inhibé en stage, à avoir du mal à prendre la parole, et c'est des choses qui bougent, et je vois que je progresse vraiment [...]. Au niveau personnel, est-ce que ça a changé quelque chose ? Je suis peut-être un peu plus détendu aussi, c'est possible. C'est possible »

Une des répondantes, intéressée par les approches dites ACT, expliquait avoir pris du recul sur sa propre façon de penser. Elle essaie de repérer les moments où ses pensées sont « hameçonnées », et de prendre du recul sur les situations auxquelles elle est confrontée en se demandant ce qui motive ses prises de décisions. Elle utiliserait ainsi un raisonnement proche de celui qui est mené dans ces thérapies, en se demandant « *vers quoi je tends quand je fais cette action ?* ».

Au-delà de l'application sur soi des principes appris, c'est aussi l'ouverture vers un nouveau monde de compréhension, de nouvelles pratiques, qui a pu apporter beaucoup à certains répondants, en enrichissant leur vision de l'humain et du monde. « *Je trouve que ça a donné un vrai élan pour ma motivation pour la psychiatrie en général* », nous a ainsi dit l'un

des sujets de l'étude. C'est à pondérer par le fait que débiter en psychiatrie, et par là être amené à rencontrer beaucoup de patients dans des situations toujours nouvelles, apporte en soi aussi son lot de réflexions et de changements, que l'on s'intéresse aux psychothérapies ou pas, ce qui peut mener à une forme de vulnérabilité :

« Clairement, j'ai senti la différence. Ben oui, forcément, parce que la pratique consiste à ouvrir des portes. Donc les portes quand elles restent ouvertes... Donc il faut arriver à... Je trouve qu'on vit différemment. »

Les changements éprouvés étaient globalement difficiles à pointer précisément. Les répondants qui avaient pu les percevoir ont expliqué avoir noté des différences dans leur façon de réagir, sans pour autant pouvoir détailler un chemin de pensée qui aurait été modifié, par exemple. En revanche, la capacité à réfléchir au sujet des situations rencontrées avait été enrichie par les approches psychothérapeutiques, que ce soit pendant l'entretien ou a posteriori, et seul ou en reprise avec d'autres professionnels.

Il reste important, par ailleurs, de réussir à distinguer le champ personnel du champ professionnel, et notamment de réussir à ne pas voir se répéter auprès des proches certains réflexes mis en place auprès des patients, qu'il s'agisse d'essais d'analyse de leur fonctionnement ou de commentaires.

« Je me garde par contre bien d'aller analyser et soigner des gens qui n'ont rien demandé autour de moi. Alors ça c'est déjà pour encore être invité aux soirées (rires). M'épargner un peu aussi. Mais il y a deux choses qui ont changé, c'est mon approche aux autres [...] qui est très différente, parce qu'aujourd'hui je vois les trucs qui foirent et les trucs qui vont bien, et du coup je m'oriente aussi en fonction des moments, et du coup des fois je me dis là allez, j'y vais, j'aide un peu... »

IV. Discussion

Nous discuterons en deux parties les résultats de ce travail : tout d'abord, nous reviendrons sur les caractéristiques de la réalisation de cette étude, sur ses limites, ses biais, mais aussi ce qu'elle a pu mettre en évidence. Ensuite, nous étudierons sur le fond les résultats obtenus, et essaierons de les articuler et de les reconfronter pour ouvrir de nouvelles perspectives de réflexion.

1. Discussion des moyens mis en place pour l'étude

Cette étude qualitative a permis de mettre en lien des idées théoriques et des réflexions personnelles. Cela a permis d'articuler des textes généraux et des ressentis singuliers, et donc d'explorer comment ils se nourrissent l'un et l'autre, laissant place à la fois à la structuration de la pensée et à l'expérimentation au cas par cas.

a) Retours sur les entretiens

Il nous a semblé, au fil des entretiens, que laisser ce temps pour que la pensée de chacun se développe permettait aux répondants d'apporter des réponses nuancées, s'appuyant sur les concepts théoriques qu'ils avaient assimilés ainsi que sur leurs premiers entretiens psychothérapeutiques. Réaliser ce mélange de deux sources distinctes au cours d'un échange dynamique a permis à certains répondants de mettre en regard des aspects qu'ils n'avaient jusque-là pas liés. Les retours sur leurs ressentis au cours de la passation des entretiens étaient globalement positifs. Ils mettaient notamment en avant que prendre ce temps de discussion et d'échange leur avait en soi apporté quelque chose :

« D'habitude, tu réponds pour faire plaisir à l'autre, mais là j'ai l'impression d'en avoir retiré un truc. [...] Je me suis senti très bien, franchement, un peu challengé, mais dans le bon sens. »

« Non non le stress ça passe, et j'étais content à la fois de donner mon expérience aussi, c'est important pour moi, et à la fois... Est-ce que finalement... Je me permets de poser une question aussi ! Est-ce que finalement, quand tu fais cet entretien, tu fais pas un peu de la psychothérapie avec la personne qui est en face de toi ? »

Les discours des personnes ayant déjà mis en place une certaine pratique psychothérapeutique, même modeste, nous semblaient généralement plus authentiques, moins prompts à rappeler les grands principes des approches pour au contraire laisser plus libre cours à leurs propres réflexions, à ce qu'ils avaient pu éprouver eux-mêmes pendant les entretiens. Ils détaillaient aussi les imprévus, les réactions surprenantes qui avaient pu émailler leurs suivis.

« Par exemple, la patiente dont je t'ai parlé [...], elle, la première séance, ça l'a tellement angoissée, qu'elle a rechuté à cause de ça [...], et donc même si le retentissement s'aggrave un peu sur le coup, parce que ça la stresse, ça augmente un peu la labilité émotionnelle sur le coup, mais c'est pour mieux la réguler derrière. »

« Après, la pratique fait que de toute façon, on est voués à devoir s'adapter tout le temps, tout le temps, tout le temps, et à rebondir sur des choses qu'on n'avait pas forcément prévues, et du coup essayer de composer avec, et faire des espèces de micmacs, entre différentes connaissances, et oui, bon, après, c'est créer aussi, c'est pas inintéressant, après, des fois, ça peut un peu perturber parce que ça donne l'impression de faire des patchworks, mais bon... »

Ceci montrait comment la théorie et la pratique se rencontrent mais divergent aussi, et comment dès les premiers essais, il est important de garder une part de souplesse et d'adaptation

dans sa pratique pour rester au plus près des patients et des changements qu'ils vont eux-mêmes expérimenter au cours de la thérapie.

À plusieurs reprises, nous avons aussi mis en avant avec les sujets de l'étude que leurs intérêts, loin d'être linéaires, avaient été épars, et qu'ils avaient déjà connu différentes phases au cours desquelles ils s'étaient renseignés préférentiellement auprès de sources multiples. C'est la raison pour laquelle ils présentaient pour la majorité plusieurs thérapies de prédilection, citant deux à trois approches pour lesquelles ils ressentaient plus d'attrait. Il était intéressant de revoir avec eux quels moments avaient constitué des tournants dans leurs visions des thérapies, et ce qui avait pu les mener à s'intéresser à d'autres pans. Certains répondants n'avaient pas conscientisé jusque-là ces différentes phases et leur enchaînement, ce qui était informatif pour eux aussi.

« Ouais, c'est intéressant, hyper intéressant. Et ça me permet de mesurer, parce que tu n'es pas la première avec qui j'en parle, mais ça me permet de mesurer que mon point de vue change à chaque fois. De le réexposer à quelqu'un, eh ben c'est vachement cool. »

Au cours des entretiens menés, nous avons essayé d'exprimer autant que possible des propos validants, pour permettre à chacun de ressentir que nous tâchions d'adopter une attitude d'acceptation inconditionnelle. De même, nous avons respecté les principes de l'écoute active pour s'assurer d'une bonne compréhension. Nous avons essayé de garder une posture exploratoire, de recherche, pour suivre les propos des répondants, en rebondissant sur ce qu'ils amenaient en réponse à nos questions, mais aussi par moments spontanément. Cela a permis à leur pensée de se déployer et d'aborder les sujets qui leur tenaient à cœur, en respectant leurs doutes, leurs changements d'avis, leurs questionnements sur l'aboutissement de leurs

réflexions. Néanmoins, cet entretien a aussi occasionné des remises en question, certains sujets trouvant leurs réponses imprécises ou insuffisantes :

« C'était très intéressant, même si j'ai l'impression d'avoir dit beaucoup de choses floues [...] Tu sais très bien faire, et du coup, on arrive à se perdre dans les méandres de sa pensée, parce que là moi je me suis perdue complet, euh... Mais donc euh (rires). Non c'est hyper intéressant, ça suit un fil, quand même, et du coup, tu te rends compte de tes contradictions après, tu te dis... »

Nous supposons que ces sentiments répondent au moins pour partie à la sensation d'être encore des débutants dans un domaine complexe, qui s'estompera probablement avec l'expérience. À noter que c'est aussi un élément moteur, permettant de nourrir la curiosité et de permettre des remises en question qui font progresser.

b) Biais et limites de l'étude

Les limites de cette étude ont rejoint pour la plupart les limites intrinsèques à une étude qualitative, c'est-à-dire que nous proposons des pistes de compréhension sans préjuger de la possibilité de les extrapoler à une population plus vaste.

Nous avons essayé de limiter autant que possible ces biais. Néanmoins, parmi les propositions techniques qui permettent cela, certaines n'ont pu être appliquées à cette recherche, de fait du temps supplémentaire et du nombre de chercheurs qu'elles requerraient :

- Il est par exemple proposé de trianguler la recherche. Cela peut consister à faire en parallèle l'étape du recueil des données par deux chercheurs, ou l'étape du codage. Ainsi, on peut observer si les propositions qui émanent de chacune des analyses diffèrent ou se retrouvent.
- Il est aussi possible de confronter les discours des sujets à leurs pratiques, en observant sur le terrain comment ils travaillent. Ici, cela aurait pu consister à observer et étudier

les entretiens menés par les répondants de l'enquête, par exemple en mesurant le temps passé à pratiquer de la psychothérapie, et en le confrontant au vécu des patients.

Ces deux options auraient permis d'obtenir des résultats plus riches et plus complets. Elles n'ont pas pu être mises en place du fait des limites intrinsèques au dispositif de mise en place de ce travail, mené par une seule personne dans un temps limité.

Par ailleurs, notre projet de recherche a été confronté à trois autres biais spécifiques à la façon dont il a été mené.

Le premier de ces biais est appelé biais de désirabilité sociale. Actuellement, comme nous l'avons vu, les psychothérapies ont le vent en poupe. Les patients sont en demande de soins personnalisés, si possible dénués de traitements médicamenteux, ce qui les mène à être en attente de thérapie lorsqu'ils font face à des difficultés psychiques. Par ailleurs, l'offre de formation va grandissante et les professionnels en santé mentale eux-mêmes sont nombreux à éprouver un intérêt marqué pour ces approches. Enfin, les approches psychothérapeutiques sont un pas de plus qui différencie la psychiatrie actuelle de son passé aliéniste. Globalement, il est donc de bon ton de se dire intéressé par les psychothérapies à notre époque. Cela a pu interférer, même inconsciemment, dans les réponses qui ont été fournies au cours de notre étude. En effet, même les formulations d'explication du projet qui était en cours de construction ne laissaient finalement que peu de place à des positionnements de neutralité ou de désintérêt global pour les psychothérapies. Partant de ce présupposé, les répondants ont pu exprimer un entrain et un intérêt pour elles peut-être plus marqué que ce que leur quotidien de pratiques aurait pu laisser supposer.

Ensuite, cette recherche a été menée par une personne elle-même prise dans ce processus de découverte et de réflexions naissantes au sujet de la psychiatrie et des psychothérapies. Cela pose deux questions :

- Tout d'abord, celle de l'implicite partagé. Au cours des entretiens, beaucoup de termes spécifiques à la psychiatrie et aux psychothérapies ont été prononcés par les deux interlocuteurs, sans forcément de ré-explicitation systématique de ce qu'ils impliquaient. Cela peut participer à l'appauvrissement des données qualitatives obtenues, car on perd une partie des informations que chacun pense liées à ces termes, alors qu'elles ne sont pas forcément totalement universelles. Dans le même temps, demander systématiquement l'explicitation de chaque terme implique une perte de la spontanéité de l'échange, ainsi qu'une lourdeur supplémentaire aux propos recueillis. Nous avons donc tâché de faire expliciter certains concepts sans que cela ne devienne trop fréquent pour que le travail reste exploitable et que l'entretien ne paraisse pas trop artificiel.
- Ensuite, celle de la neutralité du chercheur. Nous avons essayé, comme dit plus haut, de garder une posture curieuse, et de ne pas émettre de jugements concernant ce qui était dit. Néanmoins, nos points de vue et nos intérêts personnels étaient généralement connus à l'avance par les répondants, ce qui a pu influencer leur discours. La teneur de l'entretien en lui-même avait été le plus possible travaillée pour limiter ces effets. Par ailleurs, les propos tenus par les sujets de l'étude résonnaient plus ou moins fortement avec nos propres conceptions préalables, que ce soit parce qu'elles étaient très proches ou au contraire tout à fait nouvelles. Nous avons essayé de rester attentifs à ces mouvements pour ne pas les ignorer, ainsi que leurs effets, permettant autant que possible de garder une certaine distance avec le corpus recueilli. Le fait d'être connue personnellement par la plupart des répondants a peut-être aussi permis à une forme de connivence et de confiance réciproque de s'installer plus rapidement, et par là l'expression d'affects plus authentiques. C'est du moins l'espoir que nous avons au moment de présenter ce travail.

2. Discussion des résultats obtenus

a) Les spécificités de l'activité de psychothérapeute

Comme nous l'avons vu, les soins psychothérapeutiques occupent une place à part dans les possibilités de prise en charge proposées par la médecine occidentale moderne. Nous avons souhaité explorer cet aspect auprès de nos répondants pour se représenter comment ils situaient personnellement cette activité.

La place de l'écoute et le travail de la relation entre patient et soignant étaient mis en avant comme centraux dans l'élaboration du soin, plus que dans d'autres approches. En sortant du modèle biomédical classique, la psychothérapie permet une approche plus intime du patient :

« Il y a quelque chose qui vient accrocher aussi à la vie des personnes, à l'intimité, et qui a vraiment un rôle [...]. Si je devais résumer, du coup, moi je trouve qu'on s'intéresse plus à la personne, à sa vie, à ses choix de vie, à ses valeurs, et ça on ne le fait pas, je trouve, en médecine traditionnelle, même psychiatrique. »

Ce partage de l'intimité psychique a été mis en avant comme relativement unique à la pratique des psychothérapies, et difficilement extrapolable aux autres types de soins.

Il nécessiterait donc aussi un investissement particulier de la part du thérapeute :

« Mais tu sais, dans le côté, rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme, je pense que pour aider quelqu'un il faut laisser un petit peu de temps, d'énergie, de contre-transfert... Tu ne peux pas faire avancer l'autre sans donner de toi, d'où la question de l'authenticité de tout à l'heure, là où donner un traitement c'est pas pareil. C'est vraiment pas pareil. »

Ces spécificités, qui impliquent particulièrement le thérapeute dans ce qu'il propose au patient, témoignent de l'ouverture de perspectives que représente la découverte des psychothérapies. Pour le soignant, il s'agit d'un moment où il crée une nouvelle posture, une nouvelle façon d'entrer en contact avec le patient et de proposer des soins. Pour le patient, il se trouve à pouvoir s'investir dans une relation qui a pour but de l'aider durablement à s'aider lui-même, lui permettant de gagner en qualité de vie et en autonomie.

b) L'expression des présupposés

Au cours de la réalisation des entretiens, il est vite apparu que peu des répondants avaient en tête un enchaînement logique clair qui les avait mené à choisir préférentiellement telle ou telle approche. La plupart mentionnaient, comme nous l'avons vu, plutôt des moments, des rencontres (littéraires ou interpersonnelles) qui les avaient marqués, leur avaient plu, et comment ils avaient dans un second temps travaillé à approfondir leurs connaissances dans ce domaine pour le mettre en pratique.

Les présupposés qui sous-tendent les approches psychothérapeutiques, que ce soit en termes de définition de la pathologie mentale, de possibilités de changement, de leviers mobilisables pour cela, étaient difficiles à identifier et donc a fortiori à étudier. Cette limite pourrait découler de deux aspects selon nous :

- Ou bien elle est un exemple de la difficulté que l'on éprouve à se connaître, à analyser nos propres jugements et à les recontextualiser, ce qui nécessiterait un travail conscient et actif qui n'avait pas encore été mené par tous les répondants ;
- Ou bien elle témoigne que les points de vue explorés étaient encore en pleine construction pour la plupart des personnes interrogées. Ce que l'on observe serait alors les petites étapes qui constituent cette construction, par l'accumulation de rencontres et

d'expériences, en regard desquelles on se positionne petit à petit, se créant un point de vue unique et singulier.

c) Pistes exploratoires ouvertes

Nous avons pu voir au cours de ces entretiens que les internes de psychiatrie étaient amenés tôt et relativement intuitivement à s'affilier à certains systèmes explicatifs des troubles mentaux, et, par là, à certaines approches thérapeutiques. Cela vient répondre à leur besoin de compréhension des patients qu'ils sont amenés à rencontrer, sans quoi leur fonctionnement et les possibilités de soin resteraient opaques.

Ces positionnements laissaient place à la nuance, et étaient respectueux d'opinions divergentes, malgré le fait qu'ils témoignaient avoir pu être authentiquement heurtés par la confrontation à des pratiques trop opposées à leurs visions et valeurs. Ce travail pour laisser place à la contradiction avait donc été activement mené. À titre d'exemple, tous les répondants disaient envisager d'orienter leurs patients à des thérapeutes d'autres inspirations que la leur si cela leur semblait plus pertinent, ce qui apportait une forme de relativité à la nécessité d'aborder la thérapie sous un unique angle. De même, s'ils devaient eux-mêmes entamer un suivi en psychothérapie, ils seraient prêts dans la majorité des cas à découvrir d'autres thérapies que celles auxquelles ils seraient formés. Leurs attentes dans ce cas s'axaient plutôt sur l'adaptabilité, la chaleur humaine que dégageraient le thérapeute, que sur son orientation théorique.

« Non j'irais voir quelqu'un avec qui le contact... D'ailleurs c'est ce que je conseille à mes patients hein ! De trouver quelqu'un avec qui le contact humain passe, avant toute chose. La confiance et l'écoute, et je pense que c'est à travers ce lien-là qu'on va pouvoir aider les gens. Plus qu'une

méthode, c'est... Les méthodes, c'est les outils, et le fondamental, c'est cette alliance-là. »

Ainsi, il resterait possible pour chacun de tracer sa propre voie en fonction des affinités de chacun, y compris en y mêlant des réflexions et des outils aux fondements épistémologiques très différents.

En parallèle, peu des répondants ont dit éprouver la sensation d'être des psychothérapeutes. Ils accentuaient beaucoup plus fortement le fait d'être encore en voie d'exploration, dans des processus d'essais et de tests, et d'être encore largement en attente de progresser. Nous nous posons donc la question de savoir quand est-ce que l'on « se sent thérapeute », et faisons un lien avec la question de la visibilité des « moments psychothérapeutiques ». En effet, nous posons le postulat qu'il n'y a pas forcément d'unanimité entre les vues du thérapeute, du patient, et d'un observateur qui aurait assisté à leur entretien, au sujet « moments psychothérapeutiques » que celui-ci a pu comporter : les auront-ils identifiés aux mêmes instants ? Au contraire, sont-ils perçus uniquement dans le prisme des ressentis de chacun, et donc éminemment liés à son expérience singulière ?

Certaines approches permettent de visualiser de façon certaine qu'un travail psychothérapeutique a eu lieu, sans impliquer d'ailleurs d'effets certains : par exemple, une séance de mouvements oculaires, ou une séance d'analyse où l'analysant s'installe sur un divan, ou une séance de TCC au cours de laquelle un tableau de Beck est formalisé, constituent de façon perceptible la mise en place d'une séance de psychothérapie.

A l'inverse, d'autres interventions se font de façon plus discrète, au fil de l'échange. Cela arrive notamment lorsque les outils sont utilisés ponctuellement dans l'entretien, par exemple, lorsqu'on définit un objectif selon les principes des thérapies orientées solution, ou lorsque la technique s'inscrit dans un entretien qui aborde aussi d'autres aspects, comme la

question diagnostique ou la prise en charge médicamenteuse. Cela peut mener à invisibiliser des interventions pourtant sous-tendues par des principes psychothérapeutiques clairs, les rendant conscients uniquement pour le thérapeute qui en fait l'usage. Une autre situation menant à cette invisibilisation peut être la tenue d'entretiens entiers sans explicitation des techniques psychothérapeutiques mises en jeu, bien qu'elles en construisent la structure. Cela peut être le cas de certaines pratiques inspirées des thérapies interpersonnelles, des thérapies d'acceptation et d'engagement, ou de l'hypnose conversationnelle par exemple, qui vont conditionner l'attention portée à certains pans de l'expérience du patient, et certains modes de réponse, sans forcément se trouver traduites par des actes permettant de les reconnaître.

Enfin, les patients vont eux aussi nous surprendre en nous disant avoir ressenti une bascule à certains moments du suivi, qui pour les thérapeutes n'avaient pas forcément constitué des interventions spécifiques.

V. Conclusion

Les internes en médecine qui font le choix de s'orienter vers la psychiatrie découvrent au début de leur troisième cycle une pratique clinique polymorphe, issue de connaissances établies à partir de domaines variés. En effet, la clinique psychiatrique est guidée non seulement par des théories incluant des données de la science (psychologie, sociologie, neurosciences), mais aussi par des principes socialement déterminés, incluant le bon sens, l'humanisme, la morale ou encore les données statistiques.

Cela mène à des questionnements répétés au sujet de ce qui fonde à la fois l'objet et le moyen de notre champ de pratiques : qu'est-ce que les troubles mentaux ? Comment y répondre en tant que soignant ? Sous-jacentes à ces perspectives de questionnement, on retrouve des considérations concernant le fonctionnement psychique et ce qui peut l'impacter.

Parmi les soins proposés en psychiatrie, les psychothérapies présentent une histoire riche et ancienne, qui a abouti aujourd'hui à l'existence d'une multitude d'approches. Elles se fondent sur des concepts épistémologiques variés, et se singularisent par des conceptions, des moyens et des buts qui diffèrent.

Ainsi, nous nous sommes intéressés aux ressentis et réflexions des étudiants qui découvrent les psychothérapies, à la façon dont ils s'y forment et à leurs pratiques débutantes. Pour cela, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens auprès d'internes et d'assistants formés au cours de leur internat à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Notre étude relève d'une méthodologie qualitative, de sorte à recueillir au plus près les récits des expériences de chacun, et de comprendre la spécificité de chaque parcours. Le corpus de ces entretiens a été mis en perspective avec des écrits théoriques.

Notre étude a permis de confirmer l'intérêt porté par les jeunes psychiatres pour les psychothérapies. Cet intérêt se manifeste pour de nombreuses écoles de pensée, et a mené plusieurs de nos répondants à débiter des formations spécifiques. Les entretiens ont mis en lumière la cohérence que chacun essaie de construire dans son cursus, en interrogeant les intérêts respectifs de chaque approche, et en les articulant à leurs visions du soin et de la relation psychothérapique. Les psychothérapies ont principalement été découvertes par le biais de lectures, parfois avant même le début des études de médecine, et par des rencontres avec des praticiens inspirants.

Au sujet de leurs approches de prédilection, les sujets de notre étude ont rapporté des ressentis très positifs, qui expliquent leur motivation et leur implication dans la mise en pratique. Ceux qui avaient déjà mis en œuvre des psychothérapies au cours de certains de leurs suivis ont exprimé avec nuance la complexité et les surprises que leur avaient réservé les évolutions des patients. Une majorité des répondants ont expliqué vouloir intégrer des idées ou des outils de différentes approches à leur pratique future, de sorte à pouvoir répondre à davantage de situations cliniques. Ils se sont néanmoins principalement attachés à une école de pensée dans un but de compréhension et d'analyse, marquant par là leur nécessité de cohérence interne.

La question du statut scientifique des psychothérapies a été abordée, au vu des débats encore non tranchés qu'elle suscite depuis des années. On a retrouvé là aussi des réponses en cohérence avec les psychothérapies préférées des répondants. Les personnes intéressées par les thérapies aux niveaux de preuve les plus élevés ont mis en avant la nécessité de pouvoir proposer aux patients des approches aux bases scientifiques solides. Les personnes attirées par les écoles moins protocolisées, et aux niveaux de preuve plus difficiles à établir numériquement, ont mis l'accent sur la nécessité d'une approche singulière pour chaque patient, et caractérisée par des changements perçus par celui-ci individuellement.

Ces résultats concordent avec les données de la littérature qui montrent une augmentation de la diversité des psychothérapies dans le champ psychiatrique, dans une volonté plus intégrative et moins corporatiste au sein des écoles de pensée.

À travers les prises de conscience et les expériences que l'internat de psychiatrie a suscitées, nous avons retrouvé l'expression des affects mis en jeu au cours de ces étapes importantes de formation. Elles allaient du décontenancement face aux divergences de points de vue jusqu'à l'optimisme le plus affirmé suite aux perspectives d'amélioration amorcées pour les patients. Il nous a semblé que découvrir les psychothérapies et par la suite les expérimenter, comme thérapeute ou comme patient, ne manquait pas de nous questionner sur les fondements de notre humanité et nos relations les uns aux autres.

Notre étude met en lumière l'intérêt de multiplier les approches psychothérapeutiques proposées lors de la formation des internes de psychiatrie, car c'est un domaine qui concentre nombre de leurs centres d'intérêt. Elle montre aussi la forte attente de compagnonnage et de supervision : en effet, l'apprentissage par l'exemple et la possibilité d'avoir des retours sur son travail sont revenus comme primordiaux dans l'acquisition des compétences de psychothérapeute. Nous pourrions compléter ce travail de recherche par une étude de terrain sur la pratique effective des psychothérapies, et notamment sur les décalages qui existent entre théorie et mise en pratique, et les facteurs qui y concourent.

Vu et approuvé
 Strasbourg, le 11 JUIL, 2022
 Le Doyen de la Faculté de
 Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
 Professeur Jean SIBILIA

Vu

Strasbourg, le 8 juillet 2022



Le président du jury de thèse
 Professeur Pierre VIDAILHET

Bibliographie

1. Duruz N. Faut-il en finir avec la pluralité des orientations en psychothérapie ? *Psychothérapies*. 2006;26(2):69.
2. Van Effenterre A, Azoulay M, Briffault X, Champion F. Psychiatres... et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 2012;88(4):305.
3. Duruz N. Être psychothérapeute demain. *Psychothérapies*. 2003;23(4):233.
4. Magnenat L, Haynal A. Autour de l'histoire : les psychothérapies méritent-elles de véritables controverses ? *Psychothérapies*. 2006;26(2):103.
5. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
6. Boutin G. L'entretien de recherche qualitatif: théorie et pratique. 2e édition. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec; 2018. 196 p.
7. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative: les 10 questions clés de la démarche compréhensive. 2e édition. Paris: Vuibert; 2016. 245 p.
8. Kress JJ. Choix théoriques et retour aux origines [Internet]. *La folie raisonnée*. Presses Universitaires de France; 1989 [cité 12 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-folie-raisonnee--9782130426035-page-403.htm>
9. Houdé O. Histoire de la psychologie. 2021.
10. Quételet C. Histoire de la folie: de l'Antiquité à nos jours. 2017.
11. Bation, R, Leane É. Doutes et devenir de l'interne en psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 2013;89(6):473.
12. Duruz N. Psychothérapie ou psychothérapies? prolégomènes à une analyse comparative. Lausanne: Dalachaux & Niestlé; 1994. 249 p. (Actualités pédagogiques et psychologiques).
13. Feys JL. Quel système pour quelle psychiatrie ? Paris: PUF; 2014. (Souffrance et théorie).
14. Azoulay, M, Lasfar, M, van Effenterre, A. Psychiatres de demain, formation(s) d'aujourd'hui : état des lieux de la formation du D.E.S. de psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 2012;88(2):139.
15. Van Effenterre A. Spécificités de la formation en psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 2013;89(1):83.
16. Van Effenterre A, Azoulay M, Briffault X, Dezetter A, Champion F. La formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie en France : résultats d'une analyse qualitative. *smq*. 5 avr 2016;40(4):201-15.

17. Patton MQ, Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3 ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002. 598 p.
18. Dey I. Grounding grounded theory: guidelines for qualitative inquiry. San Diego: Academic Press; 1999. 282 p.
19. Powney J, Watts M. Interviewing in Educational Research [Internet]. 2018 [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780429503740>
20. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. Annales des Mines - Gerer et comprendre. 7 sept 2013;N° 112(2):29-42.
21. Bertalanffy L von. Théorie générale des systèmes. Paris: Dunod; 2012. (Idem).
22. Ayache M, Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? 1 janv 2011;7.
23. Freud S, Dejours C, Lagache D. La technique psychanalytique. 3e éd. Paris: PUF; 2013. (Quadrige).
24. Shapiro Y, John N, Scott R, Tomy N. Psychotherapy and its Role in Psychiatric Practice: A Position Paper. I. Psychiatry as a Psychobiological Discipline. J Psychiatr Pract. mai 2016;22(3):221-31.
25. Sibéoni J. Il n'y a pas d'internes heureux ? L'information psychiatrique. 2011;87(9):741.
26. Lanteri-Laura, Georges. Principales théories dans la psychiatrie contemporaine [Internet]. EM-Consulte. [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/25631/principales-theories-dans-la-psychiatrie-contempor>
27. Lecomte C, Savard R, Drouin MS, Guillon V. Qui sont les thérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. :30.
28. Skovholt TM, Rønnestad MH. The evolving professional self: stages and themes in therapist and counselor development. Paperback ed., reprinted. Chichester: Wiley; 1995. 221 p.
29. Megglé D. Les thérapies brèves: des méthodes efficaces qui bouleversent la psychothérapie. Éd. rev. et augm. Paris: Presses de la Renaissance; 2002. 317 p.
30. Salem G, Bonvin É. Soigner par l'hypnose: approches théoriques et cliniques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017.
31. Debray Q, Nollet D. Les personnalités pathologiques : approche cognitive et thérapeutique [Internet]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10540353>
32. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Une logique de la communication. Paris: Éditions du Seuil; 1979.

33. Grawe K. Research-Informed Psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 1 janv 1997;7(1):1-19.
34. Chiland C. Pour une méta-théorie de la psychothérapie. *Perspectives Psy*. 23 nov 2012;Vol. 51(4):356-63.
35. Doron R, Parot F, éditeurs. *Dictionnaire de psychologie*. 3. éd. Paris: PUF; 2011. 756 p. (Quadrige Dicos poche).
36. Garrabé J. Histoire de la psychothérapie en France. *Perspectives Psy*. 23 nov 2012;Vol. 51(4):348-55.
37. London P. *The modes and morals of psychotherapy*. 2. ed. Washington: Hemisphere Publ. Corp; 1986. 179 p. (The series in clinical and community psychology).
38. Frank JD, Frank JBA, Cousins N. *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Third Edition. Baltimore London: The Johns Hopkins University Press; 1993. 343 p.
39. Vion-Dury J. Entre mécanisation et incarnation. *Réflexions sur les neurosciences cognitives fondamentales et cliniques*. *Revue de neuropsychologie*. 1 janv 2007;7:293-361.
40. Duruz N, Gennart M. *Traité de psychothérapie comparée*. Genève: Médecine et hygiène; 2002.
41. Aïm P. *Écouter, parler, soigner: guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants*. Paris: Estem-Vuibert; 2015. (Sciences du soin).
42. Isebaert L, Cabié MC, Dellucci H, Real del Sarte O, Duncan BL. *Alliance thérapeutique et thérapies brèves: le modèle de Bruges*. Toulouse: Érès éditions; 2015.
43. Vion-Dury J, Clarac F, éditeurs. *La construction des concepts scientifiques: entre l'artéfact, l'image et l'imaginaire*. Paris: L'Harmattan; 2008. 153 p. (Epistémologie et philosophie des sciences).
44. Robertson D. *The philosophy of cognitive-behavioural therapy (CBT): stoic philosophy as rational and cognitive psychotherapy*. London: Karnac; 2010. 288 p.
45. Moravia A, Marsiglio I. *Une certaine idée de l'Inde*. Paris: Arléa; 2008. (Arléa-poche).
46. Montaigne ME de. *Essais*. Fragonard MM, éditeur. Paris: Pocket; 2015. 533 p. (Pocket Classiques).
47. Damasio AR, Blanc M. *L'erreur de Descartes: la raison des émotions*. Nouvelle éd. Paris: O. Jacob; 2010. (Odile Jacob poches).
48. Filloux JC. *L'inconscient*. 23e éd. Paris: Que sais-je ?; 2019. (Que sais-je ?).
49. Fassin D, Rechtman R. *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*. Nouvelle préface 2011. Paris: Flammarion; 2011. (Champs).

50. Jung CG, Cahen R. *Psychologie de l'inconscient: édition intégrale établie selon les oeuvres complètes*. Paris: Lgf; 2010.
51. Lacan J. *Écrits*. Éditions du Seuil; 1966. 314 p.
52. Dictionnaire – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/dictionnaire/>
53. Sur la pratique de la psychothérapie – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/sur-la-pratique-de-la-psychotherapie/>
54. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
55. Cottraux J, Blackburn IM. *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. 2e éd. [revue et augmentée]. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. (Collection Médecine et psychothérapie).
56. Schoendorff B. *Faire face à la souffrance: choisir la vie plutôt que la lutte avec la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Nouvelle éd. Paris: Retz; 2018. (Faire face).
57. Törneke N, Penet C. *Les métaphores en pratique: comment utiliser le langage en psychothérapie?* Louvain-La-Neuve (Belgique): De Boeck Supérieur; 2019.
58. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. déc 2017;40(4):739-49.
59. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*. avr 2014;15(2):197-204.
60. Bulzacka E, Lavault S, Pelissolo A, Bagnis Isnard C. Mindful neuropsychology : repenser la réhabilitation neuropsychologique à travers la pleine conscience. *L'Encéphale*. févr 2018;44(1):75-82.
61. André C. *Je médite, jour après jour: petit manuel pour vivre en pleine conscience*. Nouvelle éd. revue et augmentée. Paris: l'Iconoclaste; 2015.
62. Lagache D. *La psychanalyse*. 22e éd. Paris: Que sais-je ?; 2019. (Que sais-je ?).
63. Diatkine G. Psychotherapies, psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapies. *Perspectives Psy*. 23 nov 2012;51(4):331-5.
64. Cook JM, Biyanova T, Elhai J, Schnurr PP, Coyne JC. What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy (Chic)*. juin 2010;47(2):260-7.
65. Lifschutz JE. What is « psychotherapy »? *Int J Psychoanal Psychother*. 1985 1984;10:91-107.

66. Freud S, Jankélévitch S. Introduction à la psychanalyse. Paris: Payot & Rivages; 2015.
67. Tartre JJB du. L'envers du décor. Perspectives Psy. 23 nov 2012;Vol. 51(4):336-41.
68. Grunebaum H. A study of therapists' choice of a therapist. Am J Psychiatry. oct 1983;140(10):1336-9.
69. Meyer C. Le livre noir de la psychanalyse: vivre, penser et aller mieux sans Freud. 2013.
70. Dupont S. La thérapie familiale. 2017.
71. Haley J, Cayrol A, Robert F. Un thérapeute hors du commun: Milton H. Erickson. Paris: Desclée de Brouwer; 1995.
72. Doutreligne Y, Cottencin O, Betbèze J. Thérapies brèves: principes et outils pratiques. 3e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2013. (Collection pratiques en psychothérapie).
73. De Shazer S. Les mots étaient à l'origine magiques. Bruxelles: SATAS; 1999.
74. White M, White M. Cartes des pratiques narratives. 2009.
75. Aïm P. L'hypnose ça marche vraiment ? addictions, stress, sommeil, poids, douleurs, toutes les réponses aux questions que vous vous posez. Vanves: Marabout; 2017.
76. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>

Annexes

Annexe 1 : Réponses des universités françaises

Université	Thérapies proposées aux internes
Angers	Thérapie de soutien, introduction aux différentes psychothérapies et leurs indications
Besançon	Psychothérapie intégrative, psychothérapie institutionnelle, TCC, psychanalyse et psychoéducation
Bordeaux	TCC, psychanalyse, thérapie interpersonnelle, thérapies systémiques
Clermont-Ferrand	Sexologie, hypnose, TCC, psychanalyse, thérapie interpersonnelle, thérapies familiales
Grenoble	Systémie, TCC, thérapie interpersonnelle, psychanalyse
Lyon	Thérapie des schémas, TCC, entretien motivationnel, systémie
Nancy	TCC, hypnose, remédiation cognitive, techniques de psychoéducation
Paris	TCC, thérapie familiale, thérapie transculturelle, psychodynamie, thérapie interpersonnelle, entretien motivationnel, good management des troubles de la personnalité borderline
Reims	TCC principalement
Rouen	Pas de programme spécifiquement orienté vers les psychothérapies en-dehors des cours sides
Toulouse	TCC abordée en cours sans en permettre la pratique

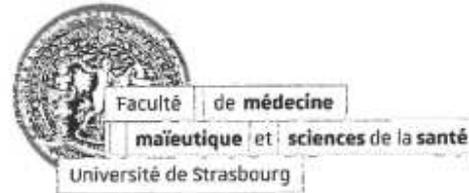
Annexe 2 : Définitions personnelles de la psychothérapie

Thérapies de prédilection	Définition du répondant
EMDR et thérapies existentielles	Une thérapie basée sur la parole, qui s'appuie sur certaines théories du psychisme.
Thérapies brèves et psychanalyse	Améliorer la qualité de vie subjective d'un patient en agissant par la parole sur des mécanismes psychiques.
	Par la parole, permettre à la personne d'avancer sur des difficultés intérieures, l'aider à trouver ses propres clés intérieures, une forme de paix, une certaine harmonie qui permette quand même de fonctionner dans la vie de tous les jours, de la manière la plus sereine possible. Implique une prise de conscience de certaines clés de fonctionnement, voire de changement. Permet de mettre du sens sur ce qu'il se passe, et de trouver comment rebondir.
	Moyen thérapeutique pour aider le patient à surmonter ses difficultés
ACT	Réponse à une souffrance. Thérapie par la parole qui permet d'observer les choses différemment, d'ouvrir des portes, et de regarder la personne en face différemment.
	Fait d'être présent, fait d'écouter, avec tous les facteurs interpersonnels impliqués. Demande une attitude travaillée de la part du thérapeute, ainsi qu'une connaissance du psychisme. Un psychothérapeute serait alors quelqu'un qui a une connaissance du psychisme, qui est formé en psychothérapie, et qui mène une réflexion sur les effets de l'entretien.
Mindfulness	Travail psychique, qui vise à améliorer quelque chose, ce qui n'implique donc pas forcément ni un thérapeute, ni la parole. Néanmoins le lien thérapeutique reste très important dans certaines situations. Être psychothérapeute serait être un phare pour que les gens puissent s'éloigner en mer.
TCC et hypnose	Prise en charge personnalisée avec le patient, qui vient vraiment s'adapter au patient et à la situation présentée. C'est un moyen

	de rencontrer vraiment la demande, et d'avoir des outils pour pouvoir le faire, avec un cadre de réflexion et de propositions.
	Aide, travail qu'on peut proposer au patient, plus ou moins long, non médicamenteux, qui est dans l'objectif, au court ou au long terme, d'aller mieux.
Psychanalyse et systémique	Soin par la parole et la relation, donc pouvant s'intégrer dans toutes les dimensions du soin où une parole et une relation sont au travail, à condition qu'il y ait une réflexion et des connaissances pour guider la pratique.
EMDR et systémique	S'appuie sur l'empathie avant tout, que ce soit sa part intellectuelle ou émotionnelle. Elle permet, par le lien à l'autre, de refaire lien avec soi-même, de s'inscrire dans un récit, de pouvoir amener d'autres moyens d'adaptation, de mieux se comprendre. Elle consiste pour le psychothérapeute à travailler avec l'autre pour qu'il puisse de nouveau se lier à lui-même.
Hypnose et psychanalyse	Soin par la parole.
	Permet d'aborder le sujet sans masquer le symptôme.
TCC et thérapies brèves	Relation que l'on initie avec quelqu'un, qui prend la forme d'une relation d'aide. Cette personne vient avec une demande qui est écoutée, et le thérapeute essaie d'apporter quelque chose de ce qu'il a pu expérimenter, ou alors un savoir, mis au service de la personne ou de son entourage.
TCC	Traitement par la parole, qui permet de changer les choses sans adopter une approche pharmacologique, même si ce changement est aussi biologique (au sens où tout traitement s'intéresse à l'individu, au vivant, donc pour une part au biologique). C'est une voie d'accès par le raisonnement, l'écoute et le visuel, qui provoque un changement dans la façon de voir les choses.
Psychanalyse	Avant tout un espace de parole, car on ne peut imaginer de fonctionnement psychique sans langage. Son but doit être d'aider les gens. Le fait que ce terme de psychothérapie comporte des notions éclectiques d'une personne à une autre laisse à chacun la

	possibilité d'y introduire quelque chose de subjectif, chez soi, et aussi chez l'autre. La notion de rencontre est absolument centrale.
Systemique	Art de soigner les patients, par des mots ou par des actes, qui ne fait pas appel aux médicaments. Elle impose une réflexion éthique et un cadre d'exercice clair pour éviter les dérives.
Psychanalyse et outils motivationnels	Ensemble de méthodes et de savoir-être qui va permettre d'accompagner un patient ou une patiente dans une période de souffrance particulière ou de difficultés psychiques. La manière d'être joue pour beaucoup dans la thérapie, car il y a quelque chose, d'insaisissable par la logique ou par un ordinateur, qui se joue dans ce rapport d'un humain à un autre humain, et qui laisse une part importante à l'empathie. Elle permet au thérapeute de comprendre ce qu'il se passe en s'affranchissant de son système de valeurs.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : CONRAUD Prénom : Maud

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Strasbourg, le 29 août 2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.