

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

ANNÉE : 2023

N° : 195

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : D.E.S de Psychiatrie

PAR

Gabriel HANSMAENNEL

Né le 2 juillet 1996 à Strasbourg

DE LA NAISSANCE À LA RECONNAISSANCE : COMMENT UNE PSYCHOTHÉRAPIE DEVIENT-ELLE
SCIENTIFIQUE ?

*Analyse comparée de l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), de
la Thought Field Therapy (TFT) et de l'Emotional Freedom Technique (EFT) dans le
traitement du psychotraumatisme*

Président de thèse : Professeur BERTSCHY Gilles

Directeur de thèse : Professeur BERNA Fabrice



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LODES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
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 Séïamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô 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 Séïamak	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Hépatogastro-digestif 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	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRPô 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	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô 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	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héléne	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô 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	NRPô 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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô 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
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô 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

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle HépatO-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô 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
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle HépatO-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô 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	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'HépatO-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô 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	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô 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	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô 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	NRPô 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

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• 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		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• 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		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• 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		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• 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		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	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		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• 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		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• 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		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
 Pr Ass. GRIES Jean-Luc
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • 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 septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)
- 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)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

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)

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 (Hépto-gastro-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 (Génétiq.)/ 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
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 Jameledine (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 (Hépto-gastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétiq.)/ 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

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 Mollère - 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

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

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 Graffenstaden 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

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

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Gilles Bertschy, Président de mon jury de thèse

Votre humanité et votre bienveillance sont une grande source d'inspiration pour ma pratique professionnelle. C'est vous qui avez accompagné mes premiers pas lorsque j'ai commencé mon internat de psychiatrie, et c'est dans votre service que j'ai découvert mon attrait pour les psychothérapies, au contact des patients. A présent, vous me faites l'honneur de présider ma thèse : je vous prie de recevoir toute ma gratitude pour cela.

A mon directeur de thèse, le Professeur Fabrice Berna

Merci de m'avoir fait découvrir ce sujet mêlant à la fois des questionnements sur l'évaluation des psychothérapies et sur la place des thérapies complémentaires au sein de la pratique médicale. La qualité de ton accompagnement et tes conseils avisés m'ont été d'une grande aide tout au long du processus de rédaction. J'admire ton humilité, ta rigueur, et l'étendue de tes connaissances, aussi bien théoriques que cliniques. Notre spécialité peut s'avérer complexe mais elle est surtout belle, et je ressors considérablement enrichi par ce que j'ai appris au cours de l'étude de ce sujet. Pour tout cela, j'aimerais t'exprimer ma sincère reconnaissance.

Au Docteur Amaury Mengin

C'est un honneur pour moi que tu aies accepté de siéger parmi les membres de ce jury et de juger mon travail, qui concerne ton domaine d'expertise. Pour cela, je tiens à t'exprimer mes remerciements les plus sincères.

Au Docteur Pierre-Olivier Boussuge

Tu as été mon premier co-interne, mais tu es surtout devenu un ami. Te compter parmi les membres de ce jury me fait non seulement honneur mais me procure aussi une grande joie. Merci à toi d'être présent pour ce moment charnière de ma vie, j'espère de tout cœur que nous pourrons continuer à travailler ensemble dans les années à venir.

Aux équipes médicales et paramédicales que j'ai rencontrées au cours de mon internat

De près ou de loin, vous avez tous contribué à façonner ma pratique et mon style. En me partageant vos regards cliniques, vos techniques et vos expériences, vous m'avez aidé à devenir le jeune médecin que je suis aujourd'hui : pour cela, j'aimerais vous exprimer ma sincère gratitude.

A mes amis de l'internat et de l'externat

Grâce à vous, j'ai fait de magnifiques rencontres sans lesquelles mes études de médecine et mon internat n'auraient eu aucun éclat. Merci d'être les personnes que vous êtes, merci de ce que vous m'apportez en stage et en dehors, merci pour tous ces moments de rire (mêmes à l'appui), de complicité, et de soutien que nous avons partagés. Nous avons déjà parcouru un bout de chemin ensemble et ce n'est, je l'espère, que le début.

A mes amis du lycée

Par-delà le temps et la distance, la solidité de nos liens perdure. Les premières soirées, les rires, les déceptions, les joies : nous avons tant vécu ensemble. Vous êtes des repères pour moi et j'ai une chance incroyable de vous avoir car je sais que vous serez présents quand cela

sera nécessaire ; de même, vous savez que la réciproque est vraie. A nos aventures passées et aux nombreuses autres qui nous attendent encore.

A mes amis Kenshis

Certains d'entre vous me connaissent depuis l'adolescence et m'ont vu grandir pour m'engager dans les études de médecine. D'autres m'ont connu un peu plus tard, quand j'étais déjà étudiant. Une chose est certaine : grâce à vous, le Kendo m'a beaucoup apporté dans ma vie. Les valeurs du Bushido, les combats que nous avons menés et ceux que nous mènerons encore sont autant de moteurs qui me donnent envie d'avancer et de progresser. ありがとう

ございました！

A mes grands-parents

Papy Joseph, Mamie Hélène, j'ai toujours pu compter sur votre générosité. Quant à toi, Doudou, tu as toujours fait preuve d'un soutien sans faille. Ton dynamisme et ton souci d'être utile m'ont souvent été d'une grande aide. Enfin, j'aimerais vous remercier, Papy Francis et Josée, pour tous les bons moments que j'ai passés auprès de vous.

A mes grandes-tantes, Evelyne et Andrée

L'odeur et la saveur de vos plats, la douceur de vos étreintes, nos balades dans la nature et les vibrations de nos éclats de rire partagés sont autant de souvenirs que je garde précieusement au cœur de ma mémoire. Je pense fort à toi, Tata Andrée.

A ma marraine, Mirjana

A tous les moments de complicité que nous avons passés ensemble. Merci pour tout ce que tu m'as apporté et ce que tu m'apportes encore.

A ma petite-sœur, Claire

En partant poursuivre ton rêve, tu as fait preuve d'une détermination et d'un courage qui me laissent admiratif. Ta générosité et ton énergie ne cessent de m'inspirer. Je suis fier de toi.

A mes parents, Vincent et Caroline

Vous avez toujours cru en moi et je ne serais pas devenu la personne que je suis aujourd'hui sans votre soutien. Quelques lignes ne suffiraient pas à vous exprimer tout l'amour que je vous porte. Merci d'être là.

Table des matières

Remerciements.....	17
Introduction	27
Première partie : histoire et définitions des concepts.....	31
I. Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?.....	31
A. Les grands courants de psychothérapie.....	31
1) Le magnétisme animal et le traitement moral.....	31
a) Le magnétisme animal	31
b) Le traitement moral.....	32
2) L'hypnotisme	33
a) Contexte d'apparition.....	33
b) La controverse Paris-Nancy	34
i. Charcot et le « grand hypnotisme ».....	34
ii. L'école de Nancy et le début de la controverse	35
iii. La victoire de l'école de Nancy.....	37
3) La psychanalyse	37
4) L'explosion des psychothérapies	40
a) Les thérapies cognitivo-comportementales.....	40
i) La vague comportementaliste.....	40
ii) La vague cognitiviste	42
iii) La vague émotionnelle et intégrative	43
b) Les thérapies familiales systémiques	44
c) Les thérapies humanistes et les approches psycho-corporelles.....	45
B. Caractéristiques principales d'une psychothérapie et éléments de définition.....	47
II. L'Evidence Based Medicine (EBM) et l'évaluation des psychothérapies.....	50
A. Émergence et principes de l'EBM	50
B. La médecine fondée sur les preuves, la pratique fondée sur les preuves en psychologie/psychiatrie et les traitements empiriquement validés	54
C. L'évaluation des psychothérapies : un bref aperçu historique de ses enjeux et de ses controverses.....	55
1. Efficacité absolue et efficacité relative des psychothérapies	55
2. Facteurs communs et variables responsables du changement en psychothérapie.....	58
a) Les facteurs communs : éléments de définition	58
b) Les variables responsables du changement en psychothérapie	60
III. Histoire du concept de psychotraumatisme.....	62
A. De l'Antiquité à l'époque moderne.....	63

B.	L'apparition du concept de névrose traumatique au XIXème siècle	64
C.	Les conflits du XXème siècle et l'apparition du diagnostic de TSPT	66
D.	Evolution des critères diagnostiques du TSPT dans les versions suivantes du DSM	69
E.	Le TSPT à l'heure actuelle : épidémiologie, aspects biologiques, comorbidités et principes de prise en charge.....	72
1)	Épidémiologie	72
a)	Prévalence	72
b)	Facteurs de risque.....	73
2)	Aspects biologiques	74
a)	Définition du stress et présentation des mécanismes de réponse au stress	74
b)	Hypothèses physiopathologiques du TSPT.....	75
3)	Comorbidités	77
4)	Prise en charge du TSPT : généralités.....	78
Deuxième partie : émergence et développement de l'EMDR, de la TFT et de l'EFT		81
I.	Emergence de l'EMDR, de la TFT et de l'EFT	81
A.	L'EMDR	81
1)	Création de l'EMDR	82
2)	Modèle théorique de l'EMDR : le traitement adaptatif de l'information (TAI).....	84
3)	Indications, contre-indications et modalités pratiques de l'EMDR	86
a)	Indications et contre-indications	86
b)	Protocole de l'EMDR.....	87
B.	La TFT et l'EFT	90
1)	Origines de la TFT et de l'EFT	90
a)	Apparition du tapping	90
b)	Apparition de la TFT et de l'EFT	91
2)	TFT et EFT : éléments théoriques et modalités techniques	93
a)	Théorie de la TFT.....	93
b)	Modalités pratiques de la TFT	94
c)	Théorie et modalités pratiques de l'EFT	95
3)	Indications de la TFT et de l'EFT	97
a)	Indications de la TFT	97
b)	Indications de l'EFT.....	99
C.	EMDR et TFT/EFT: quelles similarités, quelles différences ?	101
II.	Conditions de développement de l'EMDR, de la TFT et de l'EFT	102
A.	Émergence de l'EMDR, de la TFT et de l'EFT : des conditions favorables	102
1)	La mise en place d'une politique de contrôle des coûts et la recherche d'efficacité	102
2)	Le Concept creep : la popularisation des concepts liés à la notion de préjudice	104

3) La popularisation des médecines alternatives et complémentaires et l'apparition du postmodernisme	106
B. Oppositions et critiques.....	112
1) Des fondements théoriques et des mécanismes d'action controversés	112
a) La TFT et l'EFT	112
b) L'EMDR	116
2) Des études critiquées.....	120
a) La TFT et l'EFT	120
b) L'EMDR	123
3) Des techniques de promotion critiquées.....	125
4) Réception de la TFT, de l'EFT et de l'EMDR en France : un bref aperçu.....	134
a) La TFT et l'EFT	134
b) L'EMDR	135
Troisième partie : un regard critique sur les critères nécessaires à la validation scientifique d'une psychothérapie : quelles implications pour l'EMDR, la TFT et l'EFT?.....	
I. Distinguer science et pseudoscience : le problème de la démarcation.....	137
A. Karl Popper et le falsificationnisme	138
B. Distinguer science et pseudo-science : un critère unique ou des critères multiples ?.....	141
C. Qu'est-ce qu'une pseudoscience ? Une tentative de définition générale	142
II. Les limites de l'Evidence-Based Medicine dans l'évaluation des psychothérapies	144
A. Les limites de l'essai randomisé contrôlé (ERC) dans l'évaluation des psychothérapies	145
B. Les limites de la méta-analyse dans l'évaluation des psychothérapies.....	148
III. L'écueil du scientisme	150
IV. Vers un pluralisme méthodologique de la recherche en psychothérapie : le développement des méthodes mixtes.....	154
V. Vers une approche inclusive ? Le modèle intégratif appliqué à la médecine et aux psychothérapies	158
A. Le concept de médecine intégrative : un bref aperçu historique.....	158
B. Le mouvement intégratif au sein des psychothérapies.....	161
C. Quels défis pour le développement de l'approche intégrative ?	163
VI. Discussion : quel statut scientifique pour l'EMDR, la TFT et l'EFT ?	166
Conclusion.....	171
Bibliographie.....	175

Croyez ceux qui cherchent la vérité, doutez de ceux qui la trouvent.

André Gide

Introduction

Depuis toujours, les personnes en souffrance psychique ont eu recours à des relations d'aide pour trouver un soulagement. Celles-ci pouvaient s'inscrire dans différents cadres, le plus souvent religieux, jusqu'à ce que la pratique de la psychothérapie voie le jour, de manière assez récente. En effet, la mention initiale du terme « psychothérapie » date de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle et il a fallu attendre l'apparition des premières théories du psychisme humain, vers la fin de ce même siècle, pour que soient mises au point des méthodes codifiées de traitements psychothérapeutiques tels qu'on les comprend actuellement. Très rapidement, de nombreux courants de psychothérapie ont été créés, au point qu'on dénombre plus de 400 méthodes différentes à l'heure actuelle. Face à cette immense diversité, plusieurs questions émergent : quelle méthode choisir ? Pour qui ? Et surtout : quelle méthode est efficace ?

En appliquant la démarche scientifique, la médecine a pu faire d'importants progrès en termes de compréhension des maladies. Cela a également permis d'améliorer sensiblement les prises en charge des patients. La question de la scientificité d'une pratique médicale est alors devenue centrale, pour des raisons légitimes : d'une part, se prémunir du charlatanisme, et d'autre part, mettre au point des méthodes thérapeutiques ou diagnostiques dont l'efficacité et la sûreté sont éprouvées par une évaluation rigoureuse. Le domaine des psychothérapies n'a pas fait exception : à partir de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, de plus en plus d'études ont été conduites pour évaluer leurs mécanismes d'action et leur efficacité. Mais quels sont les critères nécessaires pour garantir la scientificité d'une méthode psychothérapeutique ? Ou, formulons-le autrement, comment une psychothérapie devient-elle scientifique ?

Cette question très large nécessite de resserrer notre focale sur des exemples concrets. Pour cela, nous avons choisi de nous intéresser à trois méthodes de psychothérapie utilisées dans le

traitement du psychotraumatisme : l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), la *Thought Field Therapy* (TFT) et l'*Emotional Freedom Technique* (EFT). Apparues aux Etats-Unis durant les années 1980-1990, ces trois méthodes appartiennent au courant des *Power Therapies*. Particulièrement controversées, elles ont fait l'objet de nombreuses critiques en raison de leurs fondements théoriques, qualifiés de « pseudo-scientifiques ». De plus, elles ont présenté dans leurs études initiales des résultats impressionnants pour le traitement de pathologies invalidantes telles que le trouble stress post-traumatique (TSPT), ce qui a suscité le scepticisme de la communauté scientifique. Malgré cela, l'EMDR est aujourd'hui une technique de traitement validée scientifiquement qui figure dans de nombreuses recommandations, aussi bien nationales qu'internationales. La TFT et l'EFT, quant à elles, n'ont pas atteint le même niveau de reconnaissance. Comment expliquer cette différence ? Quels sont les facteurs qui sont rentrés en ligne de compte pour que l'EMDR soit validée ? La TFT et l'EFT sont-elles des pratiques qui devraient être évitées, voire proscrites ? Ce sont à ces questions que nous tenterons d'apporter des éléments de réponse au cours de cette analyse comparative.

Dans une première partie, nous poserons d'abord les bases conceptuelles de notre travail, en évoquant l'histoire des psychothérapies, de leurs méthodes d'évaluation, ainsi que l'évolution du concept de psychotraumatisme.

Ensuite, nous présenterons dans une seconde partie les trois méthodes auxquelles nous nous intéressons : l'EMDR, la TFT et l'EFT. Nous expliquerons en quoi elles consistent, la manière dont elles sont apparues, mais également les conditions qui ont favorisé leur émergence et les oppositions qu'elles ont rencontrées au sein de la communauté scientifique.

Enfin, nous discuterons dans une troisième partie du problème de la démarcation, c'est-à-dire ce qui différencie une science d'une pseudo-science. Nous évoquerons également les limites de la médecine fondée sur les preuves, l'impact de l'idéologie scientiste sur l'évaluation des

psychothérapies, puis nous présenterons le modèle des méthodologies mixtes ainsi que l'approche intégrative appliquée à la médecine et aux psychothérapies. *In fine*, ces différents éléments nous permettront d'adopter un regard à la fois critique et nuancé sur le statut scientifique des trois méthodes auxquelles nous nous intéressons.

Première partie : histoire et définitions des concepts

I. Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?

Le terme de psychothérapie a connu de nombreuses définitions depuis sa première apparition sous la plume de l'aliéniste britannique Daniel Hack Tuke en 1872 (1). Nous proposons d'abord de présenter les grands courants de psychothérapie et leurs contextes d'apparition puis de synthétiser dans un second temps les différents éléments qui permettent de définir ce qu'est une psychothérapie. Pour cela, nous nous sommes basés sur l'ouvrage de Françoise Parot, *Les psychothérapies : fondements et pratiques*, ainsi que sur une série d'articles (2).

A. Les grands courants de psychothérapie

1) Le magnétisme animal et le traitement moral

Comme on l'a précisé en introduction, la psychothérapie en tant que telle est une pratique assez récente. Ses bases ont été principalement mises en place par deux courants : le magnétisme animal et le traitement moral.

a) Le magnétisme animal

Créé par le médecin allemand Franz Anton Mesmer (1734-1815), ce courant apparaît au milieu du XVIIIème siècle. Il s'appuie sur une théorie selon laquelle un fluide universellement répandu serait la cause de l'attraction des planètes mais aussi des mouvements de la vie. Ce fluide aurait en outre des propriétés magnétiques, d'où le terme de « magnétisme animal » (« animal » désignant « ce qui anime »). Comme il circule dans tous les êtres vivants, y compris les êtres humains, Mesmer pense que le fluide peut être manipulé à des fins curatives : en effet, la maladie est conçue comme un obstacle à sa libre circulation et le traitement consiste à la rétablir, notamment par des contacts physiques (massage, imposition des mains, etc.). Mesmer crée alors différents dispositifs tels que son célèbre baquet, une caisse remplie d'eau magnétisée à laquelle les malades sont reliés par des tiges de fer. Il s'appuie également sur un cadre particulier, les séances se déroulant dans des salles peu

éclairées où l'on peut entendre une musique douce, parfois qualifiée de « céleste ». Installé dans une clinique parisienne, Mesmer rencontre un succès rapide, à tel point que sa méthode de traitement devient un véritable courant social, culturel et politique. Mais l'inventeur du magnétisme animal fait bientôt l'objet de critiques, ses détracteurs l'accusant d'être un charlatan. En outre, l'influence qu'acquièrent Mesmer et ses disciples commencent à inquiéter les autorités scientifiques et politiques.

En 1784, Louis XVI nomme donc deux commissions officielles au sein desquelles figurent d'illustres scientifiques et médecins de l'époque (Benjamin Franklin, Lavoisier, Jussieu...) (3). Elles ont pour objectif de déterminer s'il existe effectivement un agent physique responsable des effets constatés au cours des séances de magnétisme et si le traitement magnétique a une réelle efficacité thérapeutique. Après avoir observé plusieurs séances et mené de nombreuses expérimentations en aveugle – ce qui est complètement inédit pour l'époque – les membres des commissions concluent par la négative : rien ne prouve l'existence du fluide magnétique animal. Les effets du traitement, quant à eux, seraient liés à l'imagination. Tombé en disgrâce, Mesmer quitte Paris et passe les dernières années de sa vie dans différents pays d'Europe avant de mourir en 1815. Néanmoins, le mouvement qu'il a fondé reste une doctrine influente qui perdure jusqu'à la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle. Il préfigure par ailleurs d'autres courants, tels que l'hypnotisme, qui émergent durant le XIX^{ème} siècle.

b) Le traitement moral

En parallèle du mesmérisme, Philippe Pinel (1745-1826), une figure emblématique de la psychiatrie française, élabore lui aussi sa propre méthode : le traitement moral (4).

Après avoir effectué de nombreuses observations cliniques des patients dont il s'occupe, Pinel établit une classification de l'aliénation mentale. Celle-ci serait liée à des causes morales, c'est-à-dire un dérèglement des passions entraînant des lésions des différentes fonctions intellectuelles (l'entendement, la volonté, l'imagination, l'affectivité). Cependant, ces lésions

ne sont pas irréversibles : en effet, Pinel considère que l'aliéné conserve toujours au moins une partie de sa raison, ce qui le rend disponible à une intervention curative. Pour cela, il s'appuie sur le cadre asilaire qui joue le rôle d'un milieu thérapeutique : en plongeant l'aliéné dans un lieu calme et ordonné, l'asile fournit des conditions propices pour le faire revenir à son état normal. Pinel met également en place différentes mesures en se basant sur les préconisations de son surveillant-chef, Jean-Baptiste Pussin : ainsi, les malades sont encouragés à travailler dès qu'ils le peuvent et des anciens patients sont fréquemment mis à contribution pour faire fonctionner l'asile ou assurer le rôle de surveillants : en plus d'être valorisés, ils ont plus tendance à adopter une attitude respectueuse vis-à-vis des pensionnaires puisqu'ils connaissent bien les difficultés qu'ils traversent (5). Enfin, la parole a une place prépondérante ; par ce biais, Pinel s'efforce d'aider les patients à prendre de la distance par rapport à ce qui les affecte, rééquilibrer leurs excès de passions pour mieux les ramener à la raison (6).

A sa manière, l'approche du traitement moral pose donc elle aussi les bases de la psychothérapie, en ce sens qu'elle préconise une attitude bienveillante avec les patients et, sans forcer le cours de leurs maladies, cherche à créer des leviers susceptibles de les aider à revenir vers la normalité. Elle va influencer de nombreux psychiatres pendant une bonne partie du XIXème siècle, avant de laisser place à d'autres courants qui marqueront l'avènement de la psychothérapie à proprement parler : l'hypnotisme et la psychanalyse.

2) L'hypnotisme

a) Contexte d'apparition

Au cours du XIXème siècle, les médecins s'intéressent de plus en plus au fonctionnement du système nerveux mais aussi au pouvoir de l'esprit sur le corps par le biais de l'imagination. En effet, le mesmérisme reste encore pratiqué malgré sa condamnation par les autorités scientifiques en 1784. Le concept de fluide magnétique, toutefois, est de plus en plus critiqué.

C'est à James Braid (1795-1860), un chirurgien écossais, que l'on attribue la popularisation des termes « hypnose » et « hypnotisme » (7). Après avoir assisté à une séance de magnétisme animal en 1841, Braid décide d'effectuer ses propres investigations. Tout comme d'autres auteurs avant lui, notamment l'Abbé Faria ou Alexandre Bertrand, il réfute l'existence du fluide magnétique et entreprend de démystifier le magnétisme (8,9). Il montre ainsi l'importance pour le sujet de fixer son attention sur un élément (par exemple une surface brillante) pour induire un état qu'il qualifie de « sommeil nerveux ». Selon lui, aucun fluide universel n'est à l'œuvre, c'est le sujet lui-même qui se place dans cet état. Dans ses ouvrages, il affirme alors que le phénomène hypnotique est uniquement induit par une impression des centres nerveux. Par cette méthode, Braid prétend pouvoir guérir de nombreux désordres fonctionnels incurables, parmi lesquels figurent les affections nerveuses. Selon lui, sa méthode permettrait aussi de soulager ou de prévenir la douleur pendant les opérations chirurgicales (10).

Pendant la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, le « braidisme » commence à être introduit en France. En effet, les travaux de Braid sont repris et amplifiés par d'illustres médecins comme Charcot, mais aussi Liébeault et Bernheim, ce qui va provoquer l'une des plus grandes controverses de l'histoire de l'hypnose, opposant deux camps : l'Ecole de Paris et l'Ecole de Nancy.

b) La controverse Paris-Nancy

i. Charcot et le « grand hypnotisme »

Nommé chef de service à l'hôpital de la Salpêtrière au début des années 1860, Jean-Martin Charcot (1825-1893) est un professeur de médecine renommé qui attire de nombreux élèves lors de ses cours magistraux – Sigmund Freud et Pierre Janet en font partie –. En 1870, il obtient la responsabilité d'un service où séjournent des femmes souffrant de convulsions : on y trouve des épileptiques, des hystériques ainsi que des « hystéro-épileptiques » (11). N'étant

pas aliéniste, Charcot décide d'abord d'explorer les différents symptômes de ces patientes sous l'angle neurologique afin d'établir des critères qui permettent de différencier l'épilepsie de l'hystérie. Pour cela, il applique dans un premier temps la méthode clinique, en effectuant un inventaire détaillé des manifestations qu'il observe. Vers la fin des années 1870, Charcot complète ensuite sa démarche en commençant à pratiquer l'hypnotisme. En effet, le neurologue y voit une méthode d'exploration expérimentale permettant de reproduire les symptômes hystériques, mais aussi de les manipuler voire de modifier leur topographie, à tel point qu'il finit par considérer l'hypnotisme comme un état spécifique de l'hystérie. Cela lui permet par ailleurs de démontrer que les paralysies hystériques ne sont pas liées à des lésions organiques mais à des « lésions dynamiques fonctionnelles ». Charcot assimile donc l'hystérie à l'hypnose en décrivant « le grand hypnotisme » : l'état dit névropathique, résultant d'une affection du système nerveux et se manifestant par des troubles fonctionnels sans lésion organique, serait spontané dans la première et provoqué dans la seconde. Mises en scène de façon théâtrale, les démonstrations de Charcot rencontrent un grand succès : le Tout-Paris se presse pour assister aux leçons du maître (12). Ses thèses sur l'hypnotisme, cependant, finissent par rencontrer une opposition de plus en plus marquée qui prend ses sources dans une faculté de médecine de province.

ii. L'école de Nancy et le début de la controverse

Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904) est un médecin de campagne qui exerce dans les environs de Nancy à partir des années 1860 (13). Reprenant les méthodes de Braid, il offre ses soins gratuitement pour de nombreuses pathologies et se construit une réputation de guérisseur. A l'image de ceux dont il s'inspire, Liébeault récuse l'idée d'un fluide magnétique. Il considère par ailleurs que c'est la suggestion qui produit l'état hypnotique, état de sommeil partiel capable selon lui de guérir les patients. D'abord décrié par ses confrères du fait de sa pratique qui relève du magnétisme animal, ses actions finissent par être reconnues quand un

médecin universitaire, Hippolyte Bernheim (1840-1919), commence à s'intéresser à son travail en 1882 (14). Professeur de médecine alsacien venu se réfugier à Nancy après la défaite française de 1871, Bernheim est réputé pour son sens clinique et sa rigueur. Impressionné par la technique de Liébeault, il commence à introduire la pratique de l'hypnotisme dans son service. Au fur et à mesure, le professeur de médecine développe une thèse qui marque le début de la controverse avec l'école de la Salpêtrière : contrairement à ce que soutient Charcot, l'hypnotisme ne serait pas un état spécifique des patientes hystériques puisqu'on peut le provoquer aussi chez des sujets normaux. En outre, il ne s'agit pas d'un simple outil d'exploration symptomatique : il peut aussi avoir des applications thérapeutiques. Bernheim continue ses travaux sur l'hypnotisme et rassemble autour de lui Liébeault, mais aussi le juriste Jules Liégeois ainsi que le physiologiste Henri Beaunis, formant « l'Ecole de Nancy », dont il prend assez naturellement la tête de par son statut. En 1884, il publie son ouvrage de référence, *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, où il affirme le rôle prépondérant de la suggestion dans la production de l'état hypnotique (15). En faisant un usage particulier de la parole, il est donc possible de provoquer cet état, dont la caractéristique principale est d'exacerber la suggestibilité présente chez tout un chacun ; en d'autres termes, la suggestibilité et l'état hypnotique sont des phénomènes physiologiques (16). Bernheim ouvre donc la voie à une interprétation psychologique de l'hystérie en même temps qu'il nie l'existence du « grand hypnotisme » en tant que phénomène pathologique décrit par Charcot, préférant le qualifier « d'hypnotisme de culture ». Mais cette conception de la suggestibilité implique également que certaines personnes soient vulnérables à une influence malveillante, parfois au point de commettre un crime (17,18). Le fait qu'il soit possible de suggérer un tel acte est vivement débattu lors de différentes affaires judiciaires survenant à la fin du XIX^{ème} siècle, ce qui contribue à faire enfler la controverse entre l'Ecole de Paris et l'Ecole de Nancy.

iii. La victoire de l'école de Nancy

Au fur et à mesure, l'autorité de Charcot finit par être mise à mal et ses hypothèses sur l'hystérie tombent en désuétude, marquant la « victoire » de l'Ecole de Nancy. Bernheim, poursuivant ses travaux sur la suggestion et ses applications thérapeutiques, est également un des premiers médecins à populariser le terme de psychothérapie, qui figure dans le titre de son ouvrage de 1891. En y affirmant « combien l'élément nerveux, l'élément psychique, joue un rôle important dans la genèse et l'évolution des maladies diverses », il pose les bases de la médecine psychosomatique (19). Mais s'il met en avant le pouvoir curatif de la parole par la suggestion, la relation qui s'établit entre patient et thérapeute est profondément asymétrique, car selon Bernheim, l'attitude du thérapeute se fonde sur son autorité. Suscitant les critiques, cette approche montre rapidement ses limites et l'intérêt pour la thérapie suggestive décline dès le début du XX^{ème} siècle.

L'Ecole de Paris et l'Ecole de Nancy ont donc toutes les deux marqué l'histoire de la psychothérapie à leur manière, mais pour diverses raisons, la pratique de l'hypnotisme décline rapidement. Elle connaîtra un regain d'intérêt quelques décennies plus tard grâce à Milton Erickson, mais au début du XX^{ème} siècle, c'est un autre courant qui prend de l'importance et impacte durablement la conception que l'on se fait de l'esprit humain : la psychanalyse.

3) La psychanalyse

Avant de créer la psychanalyse, Sigmund Freud (1856-1939) a parcouru un long cheminement intellectuel, nourri par de nombreuses influences que l'on propose de présenter rapidement ici (20,21).

Après avoir suivi les cours de Charcot sur l'hystérie à la Salpêtrière, Freud s'intéresse à l'hypnose et au phénomène de la suggestion (22). En juillet 1889, il rejoint Bernheim et Liébeault afin de parfaire sa technique hypnotique, mais aussi pour chercher de l'aide : en effet, Freud est accompagné d'une de ses patientes qu'il voit très régulièrement, la baronne

Anna Von Lieben, chez qui il n'arrive pas à faire dépasser le stade de l'hypnose légère. Les quelques jours passés auprès de Bernheim et Liébeault sont enrichissants pour le jeune neurologue viennois, mais ses confrères ne réussissent pas non plus à plonger la baronne dans un état d'hypnose profonde. Confronté aux limites de la thérapeutique hypnotique, Freud commence alors à émettre des réserves sur l'efficacité de cette technique, et notamment le pouvoir de la suggestion : en effet, il constate que les troubles ont tendance à réapparaître ou se modifier, que les symptômes principaux sont souvent résistants à la suggestion, ce qui nécessite une multiplication des séances et favorise l'installation d'une relation de dépendance entre le patient et son médecin.

Freud préfère plutôt se consacrer à une autre méthode développée par un confrère viennois de quatorze ans son aîné, Josef Breuer (1842-1925) (23). En travaillant avec une jeune patiente qui a développé de nombreux symptômes invalidants (hallucinations, troubles du langage, de la vision, etc.) suite au décès de son père, Breuer a en effet mis au point une nouvelle technique qu'il appelle « méthode cathartique ». Elle consiste à évoquer le contexte d'apparition de ces symptômes dans un état de conscience altéré, qualifié « d'hypnoïde », ce qui permet généralement leur disparition, le plus souvent après la survenue d'une intense réaction émotionnelle, l'abréaction.

Freud est très intéressé par cette technique et cherche à convaincre Breuer de publier un article sur le sujet. Il faut attendre 1895 pour que les deux médecins co-signent les *Études sur l'hystérie*, qui constituent l'aboutissement de plus de dix ans de travaux cliniques conjoints (24). Le cas de Bertha Pappenheim, la patiente avec laquelle Breuer a travaillé, y est d'ailleurs repris par Freud qui la présente sous le pseudonyme d'Anna O. D'aucuns le considèrent comme le cas *princeps* de la psychanalyse. Cependant, les relations entre les deux hommes se détériorent rapidement après la publication de leur ouvrage conjoint : en effet, Breuer n'adhère pas aux thèses de son jeune confrère, qui considère que l'hystérie a pour origine la

survenue de traumatismes sexuels dans l'enfance. Leur amitié rompue, Freud doit donc poursuivre ses recherches seul. Durant les années qui suivent, il élabore progressivement une théorie du psychisme en effectuant sa propre auto-analyse. Il tient également une correspondance soutenue avec un oto-rhino-laryngologiste viennois, Wilhelm Fliess, qui l'encourage et l'influence dans l'élaboration de ses concepts.

C'est en 1900 que paraît *l'Interprétation des rêves*, ouvrage dans lequel Freud fait la distinction entre conscient, préconscient et inconscient. Écrivain infatigable, il continue à publier des livres les années suivantes (*Psychopathologie de la vie quotidienne* (1904), *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905)) et approfondit ses théories sur le refoulement dans l'inconscient et la sexualité infantile. Il élabore également le modèle de la cure psychanalytique. A partir de ce moment, la psychanalyse se présente désormais comme une théorie du psychisme (où l'inconscient tient une place prépondérante), une méthode d'analyse (des actes manqués, des rêves, etc.) et une technique thérapeutique.

Une fois les bases de sa doctrine posées, Freud s'emploie à créer un mouvement qu'il va diriger fermement. Au fur et à mesure, il réunit autour de lui des adeptes qui contribuent à diffuser ses idées au sein de Vienne, puis en Europe et dans le monde entier. Mais certains des disciples de Freud, notamment Jung et Adler, finissent par contester ses théories et se détachent de lui pour développer leurs propres courants (25). Malgré ces défections, Freud poursuit son travail d'élaboration conceptuelle jusqu'à la fin de sa vie.

Lorsqu'il décède en 1939 à l'âge de 83 ans, Freud a réussi à faire de la psychanalyse un mouvement international qui a marqué l'Histoire. Il laisse derrière lui une œuvre imposante, qui expose à la fois une théorie complète du psychisme humain mais aussi une méthode de traitement des troubles psychiques. Cependant, la légitimité scientifique de la psychanalyse devient de plus en plus contestée au fil des décennies. Après la fin de la Seconde Guerre Mondiale, on assiste en outre à une explosion des psychothérapies. Créées pour la plupart aux

Etats-Unis, certaines méthodes s'inspirent de la psychanalyse tandis que d'autres se basent sur des paradigmes radicalement différents. Au fur et à mesure, la psychanalyse perd donc son hégémonie pour se fondre dans un paysage plus vaste, celui d'un pluralisme des psychothérapies.

4) L'explosion des psychothérapies

A partir des années 1950, de très nombreux courants de psychothérapie voient le jour. Compte tenu du nombre important de méthodes qui existent actuellement (plus de 400), il serait illusoire d'en faire une présentation exhaustive (26). Par conséquent, nous nous limiterons aux mouvements les plus importants en plus de la psychanalyse : les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies familiales et enfin, les thérapies humanistes et les approches psycho-corporelles.

a) Les thérapies cognitivo-comportementales

Élaborées aux Etats-Unis au courant du XXème siècle, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont un ensemble d'approches thérapeutiques dont les modèles théoriques sont issus de la psychologie scientifique. On distingue classiquement trois mouvements qui sont apparus progressivement dans l'histoire des TCC : d'abord la vague comportementaliste, puis la vague cognitiviste, et enfin la vague émotionnelle et intégrative.

i) La vague comportementaliste

Ce courant repose principalement sur les théories de l'apprentissage, qui ont connu des évolutions importantes au cours du XXème siècle (27,28).

La théorie de l'apprentissage classique est issue des travaux du chercheur russe Ivan Pavlov (1849-1936), dont l'expérience la plus célèbre est probablement celle du chien de Pavlov, qui explore les modalités du réflexe conditionnel. S'inspirant de ses travaux, le psychologue américain John Watson (1878-1958) fonde au début du XXème siècle la première forme de psychologie scientifique : le comportementalisme (ou béhaviorisme). Dans son article de

1913, *Psychology as the behaviorist views it*, il en dessine les grandes lignes : le comportementalisme est une méthode objective qui doit se limiter à l'étude des comportements observables (29). En opposition à la psychanalyse, l'introspection est rejetée et les états mentaux du sujet ne sont pas considérés comme un objet digne d'investigation. Watson insiste par ailleurs sur l'importance de l'apprentissage et considère que même les comportements les plus complexes résultent d'un conditionnement.

A partir des années 1930, Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) enrichit les théories de l'apprentissage en introduisant le concept de conditionnement opérant, qui prend en compte l'impact de l'environnement sur le comportement. L'apprentissage skinnérien ne se focalise donc plus seulement sur le stimulus à l'origine d'un comportement, il intègre également les conséquences de ce comportement sur l'organisme. Skinner se démarque également de Watson en considérant que les processus mentaux peuvent eux aussi entraîner des renforcements. A l'instar des comportements observables, les pensées et les émotions obéissent donc aussi aux principes du conditionnement opérant. Par conséquent, les comportements de l'individu évoluent par sélection adaptative dans le modèle skinnérien, selon qu'ils ont des impacts positifs ou négatifs.

Enfin, les théories de l'apprentissage connaissent un apport majeur à la fin des années 1960 avec le modèle du conditionnement vicariant, aussi appelé conditionnement par imitation sociale. Développé par Albert Bandura (1925-2021), ce modèle résolument cognitivo-comportemental met en avant l'importance de l'environnement social dans le phénomène d'apprentissage et démontre par ses expériences que l'être humain peut apprendre par l'intermédiaire d'un modèle, sans être directement engagé dans une situation.

En pratique, les théories de l'apprentissage ont servi de support au développement de nombreuses techniques de psychothérapie comportementale. Ces dernières reposent essentiellement sur une exposition progressive ou brutale à différents stimulus : on peut par

exemple citer la technique de la désensibilisation systématique, mise au point par Joseph Wolpe (1915-1997) pour le traitement des phobies. D'autres techniques, basées sur le modèle skinnérien ou l'apprentissage vicariant, ont également été développées pour la prise en charge de différents troubles psychiques (par exemple la schizophrénie).

ii) La vague cognitiviste

La deuxième vague des TCC apparaît au cours des années 1950 dans le contexte de l'après-guerre et du développement de l'informatique. Les premiers ordinateurs font leur apparition et on commence à effectuer des recherches sur l'intelligence artificielle. Dans ce contexte, le fonctionnement du cerveau est de plus en plus comparé à celui d'un ordinateur, qui reçoit des informations, les traite, puis donne une réponse. Psychologues et psychiatres commencent alors à s'intéresser aux cognitions de l'individu ainsi qu'à la manière dont ils peuvent agir dessus pour changer ses émotions et ses comportements.

La vague cognitiviste s'est essentiellement développée avec les travaux d'Albert Ellis et d'Aaron Beck. Ces deux psychologues, formés initialement à la psychanalyse, ont pour point commun de s'en être éloignés pour fonder leurs propres approches (30,31).

On doit à Ellis l'élaboration de la thérapie rationnelle (appelée plus tard thérapie rationnelle-émotive) au cours des années 1950. Constatant les limites de la méthode analytique, il décide d'expérimenter une approche plus active et directive en posant comme postulat que les émotions désagréables sont liées à des croyances irrationnelles, le plus souvent dogmatiques et impliquant des formulations comme « il faut », ou « je dois » (la « tyrannie des *must*»). Ellis met donc au point son fameux modèle ABC : un évènement activateur (Activating event) est à l'origine d'une croyance (Belief) qui entraîne une réaction émotionnelle et comportementale (Consequences). Ainsi, tout l'enjeu de la thérapie rationnelle est de modifier les croyances dysfonctionnelles afin de changer les émotions et comportements qu'elles induisent.

Aaron Beck, quant à lui, élabore le modèle de la thérapie cognitive en se basant sur ses travaux avec des patients souffrant de dépression. En effet, Beck se rend compte que les patients dépressifs présentent régulièrement des distorsions cognitives qui alimentent leur trouble. A partir de ces observations, le psychologue met au point le concept de schéma cognitif sur lequel repose son modèle psychothérapeutique : selon Beck, chaque individu construit dès son enfance une vision de soi, des autres et du monde qui se fonde sur des postulats personnels, considérés comme des vérités. Ces schémas cognitifs, formant des structures inconscientes, peuvent être réactivés dans certaines situations et entraîner des pensées dysfonctionnelles, dites automatiques, qui vont induire ou renforcer des comportements donnés. Il s'agit donc d'un modèle circulaire où pensées, émotions et comportements interagissent entre eux. L'enjeu de la thérapie cognitive est de faire prendre conscience de ces schémas à l'individu et de lui donner les moyens de les changer lorsqu'ils sont dysfonctionnels, c'est-à-dire générateurs de souffrance.

Le modèle de la thérapie cognitive a fait l'objet de nombreuses études. Après avoir prouvé son efficacité dans le traitement de la dépression et de l'anxiété, ses indications se sont progressivement étendues à d'autres troubles psychiques (troubles du comportement alimentaire, psychose, etc.).

iii) La vague émotionnelle et intégrative

A partir des années 1990, un nouveau courant fait son apparition au sein des thérapies comportementales et cognitives. Il fait suite à des recherches de plus en plus nombreuses sur la vie émotionnelle ainsi qu'à l'accumulation d'études dont les résultats sont venus contredire le modèle cognitif (32). Bien qu'elle soit composée de modèles assez hétéroclites, la troisième vague a pour caractéristique principale de mettre l'accent sur les émotions et la subjectivité du patient. Ainsi, plutôt que d'agir sur la forme ou la fréquence des cognitions négatives, les thérapies émotionnelles cherchent plutôt à changer la relation que le patient entretient avec ses

symptômes. Pour cela, elles privilégient des stratégies expérientielles qui visent l'acceptation ou le non-jugement.

Parmi les méthodes les plus connues de ce courant, on peut citer la thérapie des schémas de Jeffrey Young, la méditation de pleine conscience créée par John Kabat Zinn, la thérapie comportementale dialectique de Marsha Linehan ou encore la thérapie d'acceptation et d'engagement de Steven Hayes. Ces différentes thérapies s'inscrivent dans une dynamique intégrative et comme elles font l'objet de nombreuses études, elles pourraient servir de support pour de nouveaux modèles d'évaluation des psychothérapies (33).

b) Les thérapies familiales systémiques

Au cours des années 1940, dans un contexte où les moyens de télécommunication sont en plein essor, une nouvelle théorie portant sur l'information et la communication voit le jour : la cybernétique. Basée à l'origine sur des travaux issus des mathématiques, la cybernétique fait ensuite l'objet de recherches croissantes dans d'autres domaines, notamment les sciences humaines. Dans l'objectif d'établir une science du fonctionnement de l'esprit humain, certains chercheurs décident alors de mettre en commun leurs travaux en fondant un groupe interdisciplinaire qui se réunit à intervalles réguliers de 1942 à 1953. Ces rencontres, désormais célèbres, prennent la forme des conférences Macy. Par la suite, Gregory Bateson (1904-1980), un anthropologue américain qui a participé à ces conférences, décide de fonder son propre groupe de recherche en Californie, dans la ville de Palo Alto (34).

L'école de Palo Alto est un collectif qui réunit plusieurs personnalités éminentes autour de Bateson : le psychiatre Don Jackson, le philosophe Paul Watzlawick mais aussi Milton Erickson, psychiatre spécialiste de l'hypnose clinique, en font partie. Ensemble, ils développent une approche systémique des interactions humaines qui va bouleverser les domaines de la psychiatrie et de la psychothérapie, notamment familiale (35). Le groupe élabore ainsi une conception novatrice de la schizophrénie, qui constituerait le mode de

fonctionnement d'un individu en réponse à des communications familiales perturbées. Paul Watzlawick met également au point les cinq axiomes de la communication qui font encore référence aujourd'hui, le plus connu étant le fait « qu'on ne peut pas ne pas communiquer ».

En posant les principes de totalité (le tout est plus que la somme des parties) et d'homéostasie (un système tend à maintenir son équilibre face aux perturbations externes ou internes), le groupe de Palo Alto élabore donc une conception innovante de la famille, qui est vue désormais comme un système où les actions perturbatrices d'un membre entraînent des réactions régulatrices des autres. Il en découle qu'un problème n'est pas le fait d'un seul individu, mais qu'il résulte d'interactions perturbées au sein du système familial : c'est le principe de causalité circulaire (36).

Les travaux du groupe de Palo Alto ont donc permis d'élaborer une nouvelle conception de la famille mais également de faire naître de nouveaux courants de psychothérapies (les thérapies de couple, les thérapies brèves, etc.) A l'heure actuelle, les thérapies systémiques constituent une méthode de référence pour la prise en charge de problématiques familiales.

c) Les thérapies humanistes et les approches psycho-corporelles

Apparu aux Etats-Unis après la fin de la Seconde Guerre mondiale, le courant humaniste doit sa dénomination à Abraham Maslow, le psychologue américain qui a élaboré le concept de pyramide des besoins (37,38). Ce courant a aussi été qualifié de « troisième voie », car il s'est constitué en alternative aux deux autres modèles dominants de l'époque, la psychanalyse et les thérapies cognitivo-comportementales.

Les méthodes qui se réclament du courant humaniste sont très nombreuses et variées. Cependant, elles partagent une vision commune de l'homme, de son psychisme et de la façon dont il fonctionne : fondamentalement positive, l'approche humaniste considère que toute personne possède en elle une tendance innée à la croissance pour développer pleinement son potentiel. Mais l'environnement dans lequel la personne évolue peut freiner cette croissance,

l'empêchant de vivre de façon authentique. Cette perturbation entraîne alors toutes sortes de symptômes, aussi bien physiques que psychiques. A l'aide de différents procédés, les thérapies humanistes ont donc pour but de remettre en contact la personne avec ses valeurs et ses aspirations. Le travail met notamment l'accent sur les ressentis psychosensoriels de l'individu, avec des techniques qui mettent en jeu aussi bien le corps que le vécu des affects.

Parmi les nombreuses méthodes développées au sein du courant humaniste, on peut citer la thérapie centrée sur la personne, créée par le psychologue américain Carl Rogers, ou bien encore la Gestalt-thérapie, mise au point par Friedrich Perls, un psychiatre allemand qui pratiquait initialement la psychanalyse.

La thérapie centrée sur la personne met l'accent sur l'écoute du patient et sur une attitude de neutralité bienveillante chez le thérapeute ; Rogers a d'ailleurs défini trois principes censés faciliter l'installation d'une relation propice au changement : 1) La congruence, c'est-à-dire l'authenticité du thérapeute ; 2) La considération positive inconditionnelle ; 3) La compréhension empathique.

La Gestalt-thérapie, quant à elle, a recours à « l'expérience émotionnelle correctrice », c'est-à-dire que le patient est réexposé, dans des conditions plus favorables, à une situation qu'il n'était pas en mesure de gérer sur le plan émotionnel auparavant. A l'aide de différentes techniques impliquant le corps ou des mises en situation, le patient va donc effectuer un travail psycho-corporel orienté vers la découverte d'expériences émotionnelles plus appropriées. Ces dernières sont censées « réparer » le vécu des expériences négatives qui sont sources de conflit chez le patient.

Avec les thérapies humanistes et les approches psycho-corporelles, on considère donc que la parole mais aussi le corps peuvent être vecteurs de changement. Avec son postulat de l'unité corps-esprit, la Gestalt-thérapie préfigure par ailleurs de nombreuses pratiques de soin, dites « holistiques » ou « globales », qui prennent leur essor à partir de la seconde moitié du

XXème siècle et participent à faire émerger la notion de médecine intégrative, qu'on décrira plus en détails dans notre troisième partie.

B. Caractéristiques principales d'une psychothérapie et éléments de définition

Après avoir dressé un panorama, forcément non exhaustif, de la psychothérapie et de ses différents courants, nous souhaitons à présent esquisser les contours de ce qui pourrait définir cet ensemble. Nous n'avons pas la prétention d'en établir une définition personnelle, aussi nous allons reprendre quelques propositions qui ont pu déjà être faites et les commenter.

Dans le *Dictionnaire de la psychologie*, le psychanalyste Didier Anzieu définit une psychothérapie de la façon suivante : « *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.* » (39)

Dans cette définition, on retrouve donc la notion d'une *méthode* de traitement, ce qui sous-entend qu'elle s'appuie sur des bases théoriques explicites et qu'elle suit une démarche particulière pour atteindre un but, le traitement des souffrances psychiques, en ayant recours à différents moyens, qui peuvent être psychologiques ou non. Le fait qu'ils soient « essentiellement psychologiques » manque toutefois de précision, et laisse place à l'interprétation quant aux autres moyens qui ne seraient pas « psychologiques ». La définition évoque ensuite une visée qui peut varier selon les méthodes : la disparition d'un symptôme ou le remaniement de l'équilibre psychique, qui implique un changement plus profond. Selon nous, cette représentation dichotomique n'est pas anodine ; on pourrait y voir une illustration des oppositions qui séparent les deux courants de psychothérapie dominants en France, les TCC et la psychanalyse. En effet, il a souvent été reproché aux TCC qu'elles ne traitaient « que des symptômes » tandis que la psychanalyse, par la prise en compte des représentations inconscientes et de leur impact sur la vie du sujet, donnait accès à une compréhension de soi

plus profonde, entraînant ainsi des changements plus durables pour les personnes qui suivent une cure psychanalytique. On pourrait cependant rétorquer que les TCC donnent aussi accès à une compréhension de soi par une explication des mécanismes qui sous-tendent les symptômes traités. Cette définition donne donc un aperçu assez général de ce qu'est une psychothérapie mais elle reste incomplète et manque de précision.

Dans son ouvrage de 1961, le psychiatre Jerome Frank identifie 4 éléments communs à toutes les méthodes de psychothérapie : 1) Une relation entre un patient et une personne aidante, capable d'induire un sentiment de confiance ; 2) Un contexte de soin qui rend possible le processus thérapeutique (lieu spécifique, conditions pratiques et psychologiques de réalisation des soins, etc.) ; 3) Une théorie ou un mythe qui formalisent ce qui est normal et pathologique, donnant ainsi une explication au problème du patient mais aussi un moyen d'y apporter un changement ; 4) Des méthodes, des techniques ou des rituels qui s'appuient sur cette même théorie et sont réalisés de manière structurée afin de résoudre le problème (40).

Il nous semble que ces quatre éléments rendent bien compte de ce qui constitue une psychothérapie de façon générale, car on les retrouve effectivement dans tous les courants que nous avons présentés, du mesmérisme aux thérapies humanistes. Le psychologue américain Bruce Wampold, dont on parlera encore au sein de ce travail, les reprend dans sa définition de la psychothérapie : « *La psychothérapie est principalement un traitement interpersonnel qui est basé sur des principes psychologiques et qui implique un thérapeute formé et un client qui a un trouble mental, un problème ou une plainte ; le thérapeute s'attend à ce que le traitement soit correcteur pour le trouble du client, son problème, ou sa plainte ; et celui-ci est adapté ou individualisé pour ce client particulier et son trouble, problème, ou plainte* » (41). Le terme de « client » utilisé dans la définition implique une participation active et volontaire de la personne qui s'engage en psychothérapie. En tout cas, on retrouve la dimension *relationnelle* dans la notion de « traitement interpersonnel » : en effet, la

psychothérapie est une relation d'aide, donc pour qu'elle puisse s'établir, il faut qu'au moins deux individus se rencontrent : un ou plusieurs thérapeutes d'une part, et un ou plusieurs patients/clients d'autre part. Cette notion de « traitement interpersonnel » a donc l'avantage d'inclure aussi bien les thérapies individuelles que les thérapies de groupe (42).

Par ailleurs, la psychothérapie se déroule dans un *cadre* particulier avec un psychothérapeute formé, c'est-à-dire un professionnel du soin qui maîtrise les fondements *théoriques* et les *techniques* d'une thérapie, dans l'objectif de traiter un trouble, un problème ou une plainte. Le fait d'inclure ces trois dénominations dans l'objet du traitement psychothérapeutique représente bien la réalité du terrain, car les psychothérapeutes sont amenés à prendre en charge des problématiques multiples, celles-ci pouvant prendre la forme de troubles psychiatriques nettement individualisés ou de difficultés plus vastes, moins circonscrites.

Bruce Wampold mentionne également les attentes du thérapeute dans sa définition : celles-ci, on le verra, pourraient en effet avoir un impact sur les résultats d'une thérapie. Enfin, il précise que le traitement est individualisé, ce qui illustre la dimension contextuelle de la thérapie : chaque patient a un parcours de vie et des problèmes différents ; pour répondre au mieux à sa demande, le thérapeute doit nécessairement s'adapter à la personne qu'il a en face de lui.

Bien que cette définition ne mentionne pas explicitement les moyens pouvant être utilisés dans une psychothérapie (psychologiques, corporels, etc.), elle nous semble donc assez complète : elle intègre les 4 dimensions présentes dans toute méthode de psychothérapie et les étoffe avec d'autres éléments, tels que les attentes du thérapeute ou l'impératif de contextualisation.

Maintenant que nous avons pu montrer en quoi consistent les psychothérapies et décrire les éléments communs qui les caractérisent, nous proposons de nous pencher sur leurs méthodes

d'évaluation. Ces dernières ont été particulièrement influencées par un nouveau paradigme apparu au début des années 1990 : l'*Evidence Based Medicine*.

II. L'Evidence Based Medicine (EBM) et l'évaluation des psychothérapies

A. Émergence et principes de l'EBM

Apparue dans les années 1990, l'*Evidence-Based Medicine* (ou médecine fondée sur les preuves) est un modèle développé par un groupe de médecins canadiens de l'université McMaster (43). David Sackett, l'un des fondateurs, le définit comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » (44). D'abord présentée comme un modèle pédagogique censé donner des outils d'évaluation critique de la littérature scientifique, l'EBM est progressivement devenue une théorie de la pratique médicale ainsi qu'un instrument de régulation. En effet, le modèle EBM comprend trois dimensions (45) :

- **L'expertise clinique**, c'est-à-dire la capacité d'un médecin à utiliser ses compétences cliniques pour identifier rapidement l'état de santé d'un patient, ses risques individuels, et les bénéfices d'une potentielle intervention. Elle comprend également la capacité à intégrer les deux autres dimensions du modèle ;
- **Les valeurs du patient**, décrites comme ses préférences individuelles, ses inquiétudes et ses attentes, qui doivent être prises en compte dans le processus de décision médicale partagée ;
- Enfin, **les meilleures données cliniques externes**, c'est-à-dire celles qui sont issues de la recherche fondamentale, d'études cliniques ou de revues de la littérature ayant une méthodologie rigoureuse, garante de leur validité scientifique.

Ces trois dimensions s'intègrent dans la démarche de l'EBM, qui suit les étapes suivantes :

- Formuler une question claire et précise à partir du problème clinique posé ;

- Rechercher les meilleures données permettant de répondre à cette question, le plus souvent en sélectionnant des articles issus de la recherche scientifique ;
- Effectuer une évaluation critique des données recueillies en termes de validité, d'impact et d'applicabilité ;
- Mettre en application les résultats de cette évaluation dans la pratique clinique, en les intégrant à la dimension d'expertise clinique et au contexte individuel du patient afin de prendre une décision médicale raisonnée ;
- Auto-évaluer ses capacités à exécuter les différentes étapes citées précédemment et chercher des moyens de s'améliorer lors de la prochaine recherche.

L'EBM suit donc une démarche qui remet en question les raisonnements basés sur la seule intuition ou l'utilisation d'observations non systématiques issues de l'expérience clinique. La troisième étape, celle de l'évaluation critique, est d'ailleurs cruciale dans cette démarche puisqu'elle introduit la notion de niveau de preuve, qui entraîne une hiérarchisation des connaissances : selon la qualité de leurs méthodologies respectives, deux études n'auront pas forcément la même validité sur le plan scientifique (46).

Élaborée initialement par Sackett à partir d'une étude portant sur l'utilisation des antithrombotiques, cette hiérarchie des preuves a ensuite été reprise par les institutions sanitaires avec la popularisation du modèle EBM (47). La Haute Autorité de Santé (HAS) l'utilise par exemple pour élaborer ses recommandations de bonne pratique, en distinguant trois grades différents : la preuve scientifique établie (grade A), la présomption scientifique (grade B), et le faible niveau de preuve scientifique (grade C). Nous reprenons ci-après le tableau qui présente cette gradation dans le rapport de la HAS publié en 2013 (48) :

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision fondée sur des études bien menées
B Présomption scientifique	Niveau 2 <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins
	Niveau 4 <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas • Études épidémiologiques descriptives (transversales, longitudinales)

L'exemple type des études de forte puissance est l'essai clinique multicentrique (incluant un grand échantillon de patients), randomisé, contrôlé versus placebo et réalisé en double aveugle. En effet, ces différentes conditions permettent de garantir une forte validité interne, c'est-à-dire que le lien de cause à effet entre les différentes variables étudiées est le moins

biaisé possible : la randomisation permet d'éviter toutes sortes de biais de sélection qui pourraient se produire lors de l'attribution des traitements dans chacun des groupes ; le contrôle par un groupe placebo permet quant à lui de mettre en évidence l'efficacité spécifique de l'intervention étudiée (si elle existe), c'est-à-dire sa supériorité par rapport à l'efficacité du traitement placebo. Enfin, la réalisation de l'essai en double aveugle (c'est-à-dire que ni les patients ni les expérimentateurs ne sont au courant de l'intervention délivrée) permet d'éviter que la mesure des résultats soit contaminée par la subjectivité des personnes impliquées dans l'étude. A ces différentes conditions s'ajoutent également d'autres critères de qualité, par exemple l'homogénéité des groupes évalués ou bien la précision des paramètres évalués dans le protocole de recherche. La grille CONSORT, développée pour la lecture critique d'essai randomisé contrôlé (ERC), résume ces différents critères et s'est progressivement imposée comme un outil de référence (49). De nombreux journaux scientifiques influents l'utilisent désormais pour évaluer la qualité des ERC qui leur sont soumis en vue d'être publiés.

Du fait de sa méthodologie solide et de sa forte validité lorsqu'il est bien réalisé, la HAS considère donc l'ERC comme une « méthode de référence pour évaluer l'impact d'une intervention en santé » (50). Dans notre troisième partie, nous verrons néanmoins que cette méthodologie comporte des limites qui n'ont pas manqué d'être soulignées par de nombreux auteurs. Il n'empêche que le paradigme proposé par l'EBM a profondément marqué la pratique médicale : largement enseigné dans les universités de nos jours, il est devenu un modèle de référence, avec des forces évidentes. Il constitue tout à la fois une théorie de la médecine, un outil d'aide au jugement médical mais aussi un outil de régulation utilisé par les plus hautes instances pour évaluer l'intérêt de nouvelles interventions. Comme nous nous apprêtons à le voir dans la prochaine section, il a aussi impacté les domaines de la psychologie, de la psychiatrie ainsi que l'évaluation des psychothérapies.

B. La médecine fondée sur les preuves, la pratique fondée sur les preuves en psychologie/psychiatrie et les traitements empiriquement validés

En 1985, soit quelques années avant que le concept d'EBM soit formulé en tant que tel, le *National Institute of Mental Health* (NIMH) décide déjà d'appliquer la méthodologie de l'ERC à l'évaluation des psychothérapies (51). Au cours des années 1990, cette tendance est suivie par l'*American Psychological Association* (APA), dont la division 12 développe le concept d'*Empirically Supported Treatment* (EST), ou traitement validé empiriquement : l'EST est défini comme un « traitement psychologique spécifique dont l'efficacité est démontrée dans des conditions contrôlées auprès d'une population délimitée » (52). Cette définition reflète le point de vue selon lequel l'efficacité d'une technique de psychothérapie, du fait de facteurs spécifiques, serait applicable pour des troubles spécifiques. Mais comme on le verra un peu plus bas, ce modèle fait l'objet d'une controverse qui reste toujours d'actualité. Pour qu'une méthode thérapeutique puisse correspondre à la définition de l'EST, l'APA a donc établi différents critères en considérant que l'ERC constituait la meilleure manière de démontrer l'efficacité d'une intervention. La division 12 a par ailleurs dressé une liste de traitements à l'efficacité bien établie, parmi lesquels figurent en grande majorité des techniques issues des TCC (53).

L'EBM se popularisant de plus en plus, l'APA a décidé d'en reprendre les principes en développant le modèle de l'*Evidence Based Practice in Psychology* (EBPP), la pratique fondée sur les preuves en psychologie, qui s'applique aussi au domaine de la psychiatrie (54). Elle justifie cette évolution par une volonté d'amélioration des pratiques dans le domaine de la psychologie, en favorisant des méthodes dont l'efficacité et la sûreté sont éprouvées. De plus, l'APA considère qu'améliorer les conditions d'évaluation des psychothérapies, c'est aussi contribuer à développer le principe d'*accountability*, un terme difficile à traduire en français qui peut correspondre à la notion de responsabilisation et au fait de rendre des comptes : en effet, outre la recherche d'efficacité et de qualité, l'évaluation des psychothérapies obéit

également à des enjeux socio-économiques et politiques. Dans l'idéal, une bonne psychothérapie doit donc être sûre, efficace... et la moins coûteuse possible.

Afin d'assurer la légitimité de la psychothérapie en tant que pratique de soin et développer les connaissances dans ce domaine, mais aussi pour des raisons de santé publique et pour répondre à des enjeux socio-économiques, l'évaluation des psychothérapies s'avère donc nécessaire. Mais le processus de changement entraîné par une thérapie fait intervenir une multitude de paramètres relationnels foncièrement subjectifs et difficiles à quantifier. En ce sens, la transposition du modèle méthodologique de l'ERC au domaine de la psychothérapie pose question : sachant qu'il a été initialement conçu pour comparer des traitements médicamenteux, peut-il vraiment s'appliquer de manière adéquate à l'évaluation d'un tel processus ? Quelles variables faudrait-il prendre en compte pour l'évaluation et de quelle manière ? Afin de mieux illustrer ces interrogations, nous proposons de présenter les études les plus importantes qui ont été réalisées dans le domaine ainsi que leurs conclusions – contradictoire sur des sujets tels que l'efficacité relative –. Comme nous le verrons, la controverse qui en a découlé est toujours d'actualité.

C. L'évaluation des psychothérapies : un bref aperçu historique de ses enjeux et de ses controverses

1. Efficacité absolue et efficacité relative des psychothérapies

D'après Gérin et Dazord, il est possible d'étudier différentes variables quand on évalue les psychothérapies : le processus (quelles sont les techniques utilisées, quel est l'impact des facteurs relationnels dans l'évolution du patient, etc.) ; les effets cliniques (quels sont les changements apportés par la thérapie, quelle est son efficacité, etc.) et enfin les caractéristiques des thérapeutes et des patients (orientation et expérience du thérapeute, spécificités du patient, etc.) (55). La majorité des études se focalise surtout sur les effets

cliniques, c'est-à-dire l'efficacité d'une méthode. Pour cela, plusieurs critères ont été élaborés, par exemple la réduction des symptômes liés à un trouble, la qualité de vie, etc. (56)

L'évaluation des psychothérapies n'est pas chose récente : historiquement, la première mise à l'épreuve de l'efficacité d'une méthode thérapeutique remonte à l'évaluation du mesmérisme, qu'on a décrite plus haut. Toutefois, ce n'est qu'à partir du XXème siècle que les travaux d'évaluation des différentes techniques de psychothérapie ont commencé à se multiplier. L'une des premières publications marquantes dans le domaine est celle d'Eysenck, parue en 1952 (57). En s'appuyant sur une revue de 19 études, cette dernière montre que l'amélioration induite par une intervention psychothérapeutique (notamment psychanalytique et éclectique) n'est pas supérieure à celle que l'on constate spontanément chez les patients. Ces données ne manquent pas de susciter la controverse et plusieurs auteurs tentent de prouver le contraire, sans pour autant réussir à clore le débat (58).

En 1975, Luborsky *et al.* publient une revue générale de littérature en se basant sur 40 études différentes (59). Ils concluent non seulement que la psychothérapie est efficace de façon générale, mais aussi que toutes les formes de psychothérapie ont la même efficacité : il s'agit du paradoxe de l'équivalence, que Luborsky *et al.* illustrent en reprenant le verdict de l'oiseau Dodo dans *Alice au pays des Merveilles* de Lewis Carroll : « *tous ont gagné et tous doivent recevoir un prix* » (60).

C'est aussi à cette période qu'une nouvelle méthodologie d'analyse statistique voit le jour : la méta-analyse. En effet, le nombre d'études portant sur l'efficacité des psychothérapies s'accroît de façon considérable à partir de la deuxième moitié du XXème siècle ; Gene V. Glass, un statisticien américain, développe alors cette nouvelle méthode d'analyse quantitative qui permet de synthétiser les résultats issus d'études indépendantes pour répondre à une question donnée. En 1977, Glass et Smith publient la première méta-analyse en date, qui s'intéresse à l'efficacité des psychothérapies (61). Après avoir regroupé 375 études

portant sur environ 25 000 sujets, ils aboutissent à la même conclusion que Luborsky *et al.* : chez les patients qui suivent une psychothérapie, l'amélioration de l'état clinique est significativement supérieure à celle des patients appartenant aux groupes contrôles. De plus, les différentes méthodes de psychothérapie sont équivalentes en termes d'efficacité.

Au fil des décennies et des études qui ont suivi, la première conclusion s'est confirmée à de nombreuses reprises : il est désormais admis que les psychothérapies, toutes méthodes confondues, sont efficaces sur de nombreux troubles psychiques et qu'elles apportent des améliorations significatives aux patients qui en bénéficient (62). La seconde conclusion, qui porte sur l'efficacité relative des psychothérapies, est en revanche beaucoup plus controversée. L'un des exemples les plus marquants de ce débat est probablement la publication en 2004 du rapport Inserm portant sur l'efficacité des psychothérapies (63). Ce dernier conclut que les TCC ont une efficacité prouvée dans la quasi-totalité des troubles psychiatriques étudiés ; la psychanalyse, quant à elle, n'est efficace que dans la prise en charge des troubles de personnalité. Ces résultats ont provoqué une onde de choc médiatique et une polémique sans précédent, au point que le ministre de la Santé de l'époque, Philippe Douste-Blazy, a décidé de retirer le rapport du site ministériel sans contre-expertise.

Mais alors, y a-t-il vraiment une ou plusieurs méthodes de psychothérapie plus efficaces que les autres et si oui, laquelle ou lesquelles ? A ce jour, le débat reste ouvert mais on constate qu'il oppose deux modèles distincts : le modèle médical et le modèle contextuel (64). La première approche considère que l'efficacité des psychothérapies s'explique par des facteurs spécifiques, liés à des techniques précises utilisées pour le traitement de troubles précis, en se focalisant le plus souvent sur la diminution d'un symptôme donné. Ces techniques doivent s'appuyer sur des mécanismes de changement bien définis, basés sur une théorie scientifiquement valide : par exemple, la thérapie d'exposition, dont les bases théoriques sont cognitivo-comportementales, s'appuie sur le mécanisme d'habituation pour diminuer la

réponse de peur chez un sujet souffrant de troubles anxieux. Selon cette approche, les facteurs considérés comme non spécifiques, tels que les facteurs relationnels, ne sont pas censés expliquer l'efficacité d'une technique et sont assimilables à l'effet placebo. L'EBM se fonde en grande partie sur ce modèle pour l'évaluation des psychothérapies.

La seconde approche, en revanche, considère que les facteurs non spécifiques, ou facteurs communs, ont au contraire une efficacité qui pourrait expliquer le paradoxe de l'équivalence retrouvé dans les études que nous avons citées : l'efficacité d'une psychothérapie ne serait pas uniquement liée à l'utilisation de techniques spécifiques, mais aussi, voire surtout, à des facteurs qui seraient communs à toutes les méthodes d'intervention psychothérapeutique. Bien que ce modèle soit contesté, l'étude des facteurs communs a pourtant fait l'objet de recherches croissantes qui tendent à mettre en évidence l'importance de leur action dans les résultats d'une psychothérapie (62,65). Qu'entend-on alors par facteur commun et quelles sont les variables qui entraînent le changement en psychothérapie ?

2. Facteurs communs et variables responsables du changement en psychothérapie

a) Les facteurs communs : éléments de définition

Les facteurs communs sont définis comme des facteurs partagés par les différentes écoles de psychothérapies qui, même s'ils ne constituent pas des éléments centraux de leurs théories du changement respectives, auraient pourtant une action curative.

C'est Saul Rosenzweig qui en fait mention pour la première fois dans son article de 1936 : constatant que les différentes méthodes de psychothérapie ont des effets comparables, le psychologue américain émet l'hypothèse que ces résultats pourraient s'expliquer par des facteurs communs à tout type d'intervention psychothérapeutique (66).

Vingt-cinq ans plus tard, Jerome Frank décrit les quatre facteurs que nous avons déjà mentionnés plus haut (40). Selon lui, ces facteurs seraient communs à toutes les formes de psychothérapie et participeraient à leur efficacité.

A l'heure actuelle, l'approche la mieux développée est celle du modèle contextuel. D'après ce modèle, une fois qu'un lien est établi entre patient et thérapeute, les psychothérapies peuvent agir grâce à trois processus, généralement intriqués (65) :

- 1) L'établissement d'une relation authentique, qui offre au patient une connexion avec une personne empathique ;
- 2) La création d'un espoir en expliquant au patient le trouble dont il souffre et les moyens qui vont être mis en place pour y remédier ;
- 3) L'utilisation d'ingrédients spécifiques, qui vont créer de l'espoir et entraîner des effets bénéfiques qui dépendront de la technique utilisée.

Les facteurs communs peuvent être retrouvés au niveau de chaque processus, et contribueraient activement au changement. Mais quels sont ces facteurs ? En se basant sur la littérature existante, Lambert & Ogles ont établi une liste regroupant une trentaine de facteurs communs qu'ils ont classés en 3 catégories selon un ordre séquentiel (soutien, apprentissage, action), censé représenter le processus de changement lors d'une psychothérapie (67). On retrouve notamment l'alliance thérapeutique, l'empathie ou bien la congruence du thérapeute, c'est-à-dire son authenticité.

L'alliance thérapeutique est probablement l'un des facteurs communs qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études. Définie comme la collaboration mutuelle entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir des objectifs fixés ensemble, elle pourrait constituer un des principaux facteurs de réussite d'une thérapie : en effet, plusieurs études, dont des méta-analyses, ont mis en évidence qu'une bonne alliance thérapeutique était associée à des meilleurs résultats pour une thérapie (68,69). Cependant, les mécanismes qui pourraient expliquer cette association ne sont pas connus, et les études réalisées jusqu'à présent ne permettent pas de conclure formellement à un lien de causalité entre la qualité d'une alliance et les résultats d'une psychothérapie : d'autres variables pourraient être en jeu (69). En effet,

l'alliance dépend elle-même d'autres facteurs (qualité du thérapeute, accord entre patient et thérapeute sur les objectifs, etc.) et semble inefficace si elle est détachée d'une méthode thérapeutique (70). Enfin, la réalisation d'études expérimentales comparant différents types d'alliance pose des questions éthiques (69). Mais alors, quel est le rôle des facteurs communs dans le processus de changement d'une thérapie et quelles sont les autres variables qui pourraient l'expliquer ?

b) Les variables responsables du changement en psychothérapie

En 1992, Lambert établit un diagramme circulaire censé représenter les variables responsables du changement dans le cadre d'une psychothérapie (71). En se basant sur une revue de littérature, il tente de quantifier leurs participations respectives et distingue 4 catégories : les facteurs extra-thérapeutiques (liés au patient, aux évènements fortuits, etc.) occupent 40% du diagramme ; les facteurs communs (30%), le type de technique utilisée (15%) et les attentes du patient, c'est-à-dire l'effet placebo (15%), remplissent le reste.

Parmi les variables qui sont liées à la thérapie, les facteurs communs occupent donc la place la plus importante. Cette répartition pose toutefois question. En effet, cette présentation séquentielle est contestable puisque les différentes catégories présentées sont en réalité interdépendantes et dynamiques (72). En outre, il s'avère que les pourcentages présentés dans le diagramme ne sont que des estimations approximatives, sans aucune preuve empirique solide pour les soutenir (69).

Se pose également la question du rôle de l'effet placebo, dont la définition exacte est encore actuellement sujette à débat (73). De façon générale, on considère qu'un placebo est « *une substance sans principe actif mais qui, en raison de son aspect, peut agir par un mécanisme psychologique sur un sujet croyant prendre une substance thérapeutique* (74). » L'effet placebo est donc l'effet positif obtenu après administration d'un placebo. Si cette conceptualisation s'avère opérationnelle dans le cadre d'une étude comparant des traitements

médicamenteux, elle est beaucoup plus difficile à appliquer pour l'évaluation des psychothérapies, puisque les effets bénéfiques entraînés par une psychothérapie sont aussi influencés par des mécanismes psychologiques ! En partant de ce constat, certains auteurs ont même considéré que l'efficacité des psychothérapies était entièrement liée à l'effet placebo (75). Est-ce à dire que les psychothérapeutes sont de simples « placebologues » ? Cette hypothèse a été vivement contestée, et les études sont encore contradictoires sur le sujet mais il semblerait que la psychothérapie surpasse tout de même l'effet placebo (62). Cependant, la prise en compte de l'effet placebo dans l'évaluation des psychothérapies pose encore énormément problème d'un point de vue méthodologique, car il n'existe pas de placebo psychologique complètement inerte (76,77). Or la méthodologie de l'ERC requiert une comparaison à un groupe placebo pour obtenir un haut niveau de validité. Pour dépasser cette difficulté, de nombreux auteurs ont proposé des alternatives, par exemple créer des designs expérimentaux qui se focalisent sur les ingrédients spécifiques d'une technique, remplacer une technique par une autre, ou mettre en place des traitements qui contrôlent les facteurs communs (78). Cependant, aucune méthodologie ne s'est imposée pour le moment. Des recherches semblent donc encore nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent l'effet placebo et améliorer les méthodologies d'évaluation des psychothérapies. Au final, même si les facteurs communs et les facteurs spécifiques ont fait l'objet de recherches croissantes ces dernières décennies, il semble que l'état actuel des connaissances ne permette pas de déterminer lesquels jouent le plus grand rôle dans le processus de changement entraîné par une psychothérapie (69). En effet, les résultats des méta-analyses sur le sujet sont contradictoires, et aboutissent parfois à des conclusions opposées alors qu'elles se basent sur les mêmes études (79,80). Cela vient illustrer les limites méthodologiques de la méta-analyse, notamment le biais d'allégeance, c'est-à-dire la tendance chez les auteurs d'une étude à valoriser les résultats d'une méthode psychothérapeutique à laquelle ils adhèrent.

Bien que les mécanismes qui sous-tendent le changement dans les psychothérapies restent mal compris, on pourrait toutefois émettre l'hypothèse que les facteurs communs et les facteurs spécifiques aient tous les deux un rôle à jouer : ce qui fait l'efficacité d'un psychothérapeute, c'est aussi sa flexibilité et sa capacité à s'adapter en combinant à la fois des techniques spécifiques et des approches communes à toutes les écoles (81). Cela nous rapproche d'une conception de la psychothérapie en tant qu'art, où la créativité a toute sa place, mais reste évidemment difficile à quantifier.

Si la psychothérapie constitue un objet d'évaluation, c'est entre autres pour vérifier que les techniques testées permettent de soulager efficacement la souffrance ; après avoir présenté l'histoire de la psychothérapie et de l'EBM, nous proposons à présent de nous focaliser sur un trouble psychique qui a fait l'objet d'un intérêt croissant ces dernières décennies, au point qu'une branche entière de la psychologie lui est désormais dédiée : le psychotraumatisme.

III. Histoire du concept de psychotraumatisme

D'un point de vue étymologique, le mot « traumatisme » est issu du grec *trauma* (τραυμα) qui signifie blessure. Utilisé initialement dans le domaine de la pathologie chirurgicale, il désignait alors une atteinte physique. C'est seulement à partir du XIX^{ème} siècle que le terme « traumatisme » – parfois abrégé sous la forme « trauma » – a commencé à être utilisé en psychopathologie : à l'époque, les psychiatres cherchaient à décrire chez certains malades un ensemble de phénomènes psychiques caractérisés par la violence de leur étiopathogénie. Généralement victimes d'un événement brutal faisant effraction dans leur existence – il pouvait s'agir d'une guerre, d'un conflit ou d'un accident – ces blessés psychiques développaient des symptômes le plus souvent durables, consécutifs à leur traumatisme. D'abord considérés comme des simulateurs, les patients psychotraumatisés ont fini par acquérir un authentique statut de victime ; l'introduction en 1980 du diagnostic de *post-traumatic stress disorder* (PTSD) dans la troisième édition du *Diagnostic and Statistical*

Manual of Mental Disorders (DSM) en est peut-être l'exemple le plus évocateur. A noter qu'en français, le PTSD a d'abord été traduit par « état de stress post-traumatique » (ESPT) avant d'être renommé « trouble stress post-traumatique » (TSPT) dans le DSM-5. Au cours de notre exposé, nous privilégierons cette dernière appellation plus récente.

Dans cette partie, nous proposons donc de retracer brièvement l'histoire du concept de psychotraumatisme, de l'Antiquité à nos jours. Après avoir évoqué les conditions d'apparition du diagnostic de TSPT, nous évoquerons ensuite les aspects épidémiologiques, biologiques et physiopathologiques ainsi que les modalités de prise en charge qui le concernent.

A. De l'Antiquité à l'époque moderne

Depuis ses débuts, l'histoire de l'Humanité est marquée par la violence des guerres, des conflits et des exactions. La souffrance psychique qu'elle entraîne est bien documentée, de même que son retentissement comportemental chez l'individu : en effet, d'après Louis Crocq, on retrouve déjà des témoignages d'état dissociatif en lien avec des psychotraumas dans les récits épiques de l'Antiquité, comme l'épopée sumérienne de *Gilgamesh* (écrite au troisième millénaire avant J.-C.) ou bien encore *Illiade* d'Homère, qui date d'environ 900 avant J.-C. (82).

De nombreuses descriptions similaires, fournies par d'illustres auteurs comme Hérodote, Lucrèce, Agrippa d'Aubigné ou encore Shakespeare, ont suivi à la fin de l'Antiquité et tout le long du Moyen-Âge. Toutefois, il faut attendre l'époque de la Révolution française et des guerres de l'Empire, période concomitante à l'avènement de la psychiatrie, pour voir apparaître les premiers véritables « tableaux cliniques » de pathologies psychotraumatiques. Nous les devons notamment à Pinel, qui a établi un inventaire des troubles psychiques provoqués par la violence des combats. Il a ainsi créé la catégorie des « névroses de la circulation et de la respiration » dans sa *Nosographie philosophique* (83). Desgenettes, Larrey et Perry, médecins de la grande armée, ont quant à eux décrit le syndrome du vent du boulet,

un état de sidération présenté par des militaires physiquement sains et saufs mais perturbés par l'effleurement de projectiles mortels (84).

B. L'apparition du concept de névrose traumatique au XIXème siècle

La période de la révolution industrielle est caractérisée par d'importants progrès sur le plan technologique. Elle s'accompagne aussi de profondes transformations sociétales (85).

En effet, le progrès technique apporte son lot d'avancées, mais c'est aussi à cette époque qu'ont lieu les premières catastrophes ferroviaires et accidents de travail à l'usine. Contrairement aux époques précédentes où les sinistres étaient liés en majorité à des événements naturels (cataclysmes, épidémies...), on réalise que de tels désastres peuvent aussi relever de l'œuvre humaine. En parallèle, un changement de regard s'opère progressivement sur ce type d'événements : dans une société où le progrès est censé profiter au plus grand nombre, la survenue d'un accident est de plus en plus vécue comme une injustice. Au fur et à mesure, l'accident se transforme donc en véritable fait social et devient l'objet de questionnements juridiques, politiques, économiques mais aussi médicaux. En effet, l'Angleterre établit en 1846 un texte de loi qui autorise les personnes blessées et les familles de victimes décédées dans un accident ferroviaire à exiger réparation auprès des responsables. Dès lors, de nombreux litiges opposant les accidentés aux compagnies de train se multiplient et les médecins sont appelés à se prononcer sur la nature des symptômes dont souffrent les victimes dans le cadre d'expertises légales. Mais comment expliquer ces manifestations mystérieuses et polymorphes dont souffrent certains survivants ? S'agit-il d'une authentique pathologie ou d'une simulation réalisée dans un objectif d'escroquerie ?

Les premiers experts à se saisir de la question sont des chirurgiens. Pour cela, ils élaborent le modèle du *Railway Spine*, selon lequel le traumatisme de l'accident entraînerait une commotion au niveau de la moelle épinière, qui diffuserait ensuite aux autres parties du corps. Ce modèle se heurte toutefois à un obstacle de taille : les examens post-mortem des accidentés

ne permettent pas de mettre en évidence de lésion objectivable. Peu à peu, c'est l'importance du choc émotionnel qui est mise en avant. Mais comme il n'existe pas encore de théorie du psychisme à l'époque, ce choc émotionnel reste toujours appréhendé sous le mode d'une commotion physique qui entraînerait des dérèglements du système nerveux. Au fur et à mesure, ce sont donc les neurologues qui commencent à s'emparer de cette question. Jean-Martin Charcot, que nous avons déjà mentionné plus haut, s'intéresse lui aussi à la problématique des traumatismes ferroviaires car il voit dans les manifestations consécutives aux accidents de potentielles illustrations cliniques pour ses travaux sur l'hystérie (86). Il développe ainsi le modèle de l'hystéro-traumatisme : d'après lui, le traumatisme provoquerait l'activation de symptômes neurologiques chez certaines personnes car celles-ci auraient une sorte de prédisposition constitutionnelle, la diathèse. Le modèle a du succès dans les années 1880-1890 mais tombe ensuite rapidement dans l'oubli avec le démantèlement du concept d'hystérie par l'un des élèves de Charcot, Joseph Babinski.

En parallèle, un autre modèle se développe en Allemagne dans un contexte relativement similaire : l'indemnisation des accidents de travail. Là aussi, la question est d'identifier la nature des troubles occasionnés par ces événements pour différencier les affections authentiques des simulations. Hermann Oppenheim, un psychiatre allemand, met au point le concept de névrose traumatique, selon lequel le siège de la maladie se situerait dans le psychisme : en effet, Oppenheim considère que l'apparition des symptômes n'est pas due à une prédisposition constitutionnelle mais bien au sentiment d'effroi, dont l'intensité doit être suffisamment forte pour générer des altérations durables. Le traumatisme constitue donc en lui-même un mécanisme étiologique.

Bien que le concept d'Oppenheim soit repris par Emil Kraepelin sous la forme de la névrose d'effroi, sa pertinence est rapidement contestée car ses détracteurs considèrent qu'il sous-estime le problème de la simulation, voire même qu'il l'encourage ! A la différence de

l'hystéro-traumatisme, la névrose traumatique continue cependant d'être utilisée comme entité psychopathologique, notamment par Freud. En effet, ce dernier donne une place importante au psychotraumatisme dans sa théorie du psychisme humain, tout comme Pierre Janet. En s'appuyant sur le concept de traumatisme psychique, Janet et Freud ont ainsi élaboré les premières théories du fonctionnement de la psyché humaine, ce qui a permis le développement de nouvelles approches thérapeutiques pour la prise en charge de la pathologie post-traumatique (87,88).

C. Les conflits du XXème siècle et l'apparition du diagnostic de TSPT

Les conflits de la première moitié du XXème siècle, notamment les deux guerres mondiales, ont permis l'émergence de nouvelles entités diagnostiques servant à décrire les manifestations du psychotraumatisme : on peut citer l'hypnose des batailles, « l'obusite » (*shell-shock*) ou bien encore la névrose de guerre (89). Ces conflits ont aussi créé un terrain propice pour des expérimentations innovantes en termes de prise en charge : en effet, les guerres occasionnent de nombreux blessés psychiques. Afin de limiter les pertes au sein des armées, un nouveau dispositif consistant à s'occuper des soldats au plus près du front est mis en place au début du XXème siècle : la psychiatrie de l'avant. En outre, des traitements inédits sont testés, comme la thérapie de groupe, les électrochocs ou la leucotomie. Cependant, les autorités militaires et les psychiatres ont du mal à reconnaître que les situations auxquelles les soldats sont confrontés puissent être à l'origine des troubles psychiques constatés. En effet, ils craignent que la reconnaissance d'un traumatisme psychique engendré par la guerre favorise les simulations et la désertion. Les troubles sont donc le plus souvent imputés à la lâcheté des soldats ou à une vulnérabilité constitutionnelle.

Il faut attendre la seconde moitié du XXème siècle, avec la guerre du Vietnam, pour que le regard porté sur les soldats psychotraumatisés change enfin (90). En effet, ce n'est pas au plus fort des combats mais après la fin de la guerre, quand les soldats américains retournent au

pays, que l'on réalise l'étendue des dégâts psychiques occasionnés dans leurs rangs. On dénombre alors une proportion croissante de vétérans qui présentent des séquelles psychiques invalidantes : en plus des reviviscences traumatiques, on note chez eux des symptômes dépressifs, des conduites suicidaires, mais aussi une irritabilité pouvant s'associer à des troubles du comportement ainsi que des addictions. Or, l'édition la plus récente du DSM publiée à l'époque, le DSM-II (1968), ne comporte aucune entité diagnostique qui pourrait rendre compte de ces manifestations. En plus de cela, une partie de l'opinion publique américaine n'hésite pas à fustiger les soldats en les qualifiant de « criminels » car la guerre du Vietnam a été très impopulaire. Dans un tel contexte, la question de la réinsertion des vétérans au sein de la société américaine devient de plus en plus pressante.

Au début des années 1970, un psychiatre psychanalyste new-yorkais, Chaim Shatan, cherche à défendre la cause des vétérans en publiant un article sur le *Post-Vietnam syndrome*, une entité diagnostique censée décrire les symptômes des soldats psychotraumatisés. Durant la même période, il se rapproche de Robert Lifton, un autre psychiatre de renom, et ensemble, ils commencent à rencontrer des vétérans pour recueillir des témoignages. Au fur et à mesure, un groupe de travail commence à se former. Il comprend des psychiatres mais aussi d'autres acteurs, comme Sarah Haley qui est assistante sociale. Dossiers cliniques à l'appui, le groupe se met à élaborer une nouvelle entité diagnostique censée faciliter la reconnaissance des troubles observés chez les vétérans ainsi que leur dédommagement par les assurances. Par la suite, les attributs de cette entité s'élargissent pour prendre en compte d'autres événements traumatiques en dehors de ceux qui sont liés spécifiquement aux combats. En 1978, le groupe de travail finit par contacter le comité de pilotage de la nouvelle édition du DSM pour intégrer le diagnostic dans sa nosographie. Deux ans plus tard, le « *post-traumatic stress disorder* » (PTSD) est introduit pour la première fois au sein du DSM, ce qui représente une véritable victoire. En effet, ce changement opère un renversement de paradigme : désormais, on

reconnaît que les symptômes psychotraumatiques sont liés à un agent extérieur, la guerre, et qu'ils ne sont pas la conséquence d'une vulnérabilité personnelle ; au contraire, ils sont la manifestation *normale* d'une réaction à une situation *anormale*. De plus, le diagnostic de PTSD tel qu'il est présenté permet aussi de reconnaître d'autres situations potentiellement traumatisantes en dehors des combats.

Dans sa version initiale du DSM-III, le diagnostic de PTSD présente donc les critères suivants (91) :

- A. Existence d'un évènement stressant patent qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.
- B. Le sujet revit le traumatisme comme le démontre l'existence d'au moins une des manifestations suivantes :
 - (1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement.
 - (2) Rêves répétitifs concernant l'évènement.
 - (3) Impression ou agissement soudain « comme si » l'évènement traumatique allait se reproduire, déclenché par un stimulus extérieur ou idéique.
- C. Emoussement de la réactivité ou réduction du contact vis-à-vis du monde extérieur, débutant à un moment donné après le traumatisme, comme le démontre l'existence d'au moins une des manifestations suivantes :
 - (1) Réduction nette de l'intérêt pour une ou plusieurs activités ayant une valeur significative.
 - (2) Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres.
 - (3) Restriction des affects.
- D. Au moins deux des symptômes suivants qui n'existaient pas avant le traumatisme :
 - (1) État de « qui-vive » ou réaction de peur exagérée.
 - (2) Troubles du sommeil.

- (3) Culpabilité d'avoir survécu alors que les autres n'ont pas survécu, ou culpabilité concernant le comportement qui a été nécessaire pour survivre.
- (4) Altération de la mémoire ou difficultés de concentration.
- (5) Évitement d'activités qui réveillent le souvenir de l'évènement.
- (6) Aggravation des symptômes lors de la confrontation à des évènements qui symbolisent ou évoquent l'évènement traumatique.

L'expérience traumatique, qui est la condition du développement de ce trouble, est décrite en ces termes (91) : « *Le facteur de stress à l'origine de ce syndrome provoquerait des symptômes importants chez la plupart des gens et dépasse le cadre général d'expériences communes telles que le deuil, la maladie chronique, les mauvaises affaires ou les conflits conjugaux.* »

Malgré la victoire que représente son intégration dans le DSM-III, le diagnostic de PTSD/TSPT reste toutefois très controversé et, comme on va le voir, sa conceptualisation va beaucoup évoluer au fil des éditions suivantes.

D. Evolution des critères diagnostiques du TSPT dans les versions suivantes du DSM

Après son introduction en 1980 dans le DSM-III, les critères diagnostiques du TSPT ont connu d'importantes modifications, et ce, à plusieurs niveaux : la classification du trouble, la définition de l'évènement traumatique, mais aussi le nombre de critères nécessaires pour poser le diagnostic ont tous évolué au fil des éditions successives du DSM (92).

Du DSM-III au DSM-IV-TR, le TSPT était considéré comme faisant partie de la catégorie des troubles anxieux. Le DSM-5 a toutefois opéré un remaniement au niveau de ses classifications et a créé la catégorie des « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » où elle inclut sept diagnostics, dont le TSPT, qui partagent tous un critère diagnostique commun : l'exposition à un évènement traumatique ou stressant.

La définition de l'évènement traumatique (qui correspond au critère A du TSPT) a connu de nombreux ajustements : le DSM-III parle d'« évènement stressant patent qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». Cependant, il ne précise pas de mode de survenue. Le DSM-III-R, publié en 1987, spécifie que ce type d'évènement peut mettre la vie en danger ou comporte un risque d'atteinte à l'intégrité physique (93). Il introduit également plusieurs modes d'exposition à l'évènement traumatique, qui peuvent se dérouler de 4 façons différentes : 1) En étant directement concerné par l'évènement ; 2) En étant témoin de l'évènement ; 3) En apprenant qu'un évènement est arrivé à un proche (enfant, conjoint(e), ami) ; 4) En cas de destruction soudaine de son foyer ou de sa communauté. Le DSM-IV et le DSM-IV-TR décrivent quant à eux l'exposition d'un sujet « à un évènement ou à des évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure » ou bien un évènement ou des évènements durant lesquels l'intégrité physique du sujet a pu être menacée (94,95). Ils introduisent par ailleurs un sous-critère qui est le sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur. Ils ne gardent que les trois premiers modes d'exposition et suppriment le quatrième. Enfin, le DSM-5 reprend l'essentiel de la définition précédente tout en la précisant, car il remplace la menace d'atteinte à l'intégrité physique par une menace de violences sexuelles (96). Il retire par ailleurs de sa définition le sous-critère mentionné auparavant et introduit un nouveau mode d'exposition, l'exposition « répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des évènements traumatiques » en prenant pour exemple des intervenants de première ligne qui rassemblent des restes humains ou des policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants.

En ce qui concerne les critères diagnostiques, on constate qu'ils se sont élargis au fil des éditions : initialement, le DSM-III en comptait 12, puis ce nombre a augmenté à 17 avec le DSM-III-R et finalement à 20 avec le DSM-5. Le nombre de groupes de symptômes s'est

également agrandi, passant de 3 à 4 : en 1980, le DSM-III distinguait : 1) Les symptômes intrusifs (reviviscences, rêves traumatiques, etc.) ; 2) Les symptômes d'émoussement de la réactivité ou une réduction du contact avec le monde extérieur (perte d'intérêt, détachement des autres, etc.) ; 3) Les symptômes neurovégétatifs, dysphoriques ou cognitifs (réaction de sursaut exagérée, évitement, troubles du sommeil, sentiment de culpabilité du fait d'être survivant, etc.). En 1987, le DSM-III-R a effectué une modification de ces groupes en isolant les symptômes neurovégétatifs et en réunissant les symptômes d'évitement et d'émoussement. Au fil des éditions suivantes, ces groupes sont restés les mêmes jusqu'à la publication du DSM-5 qui a introduit un nouveau groupe de symptômes, celui des altérations négatives des cognitions et de l'humeur. Outre ce phénomène d'élargissement, les critères diagnostiques sont aussi marqués par une instabilité, certains d'entre eux pouvant changer de groupe de symptômes ou bien être supprimés d'une édition à l'autre avant de réapparaître. Il en est ainsi du sentiment de culpabilité : initialement mentionné dans le DSM-III, il a disparu dans les critères des éditions suivantes avant d'être réintégré dans le DSM-5. Plus globalement, on constate aussi une augmentation du nombre des diagnostics en rapport avec un psychotraumatisme : ainsi, le DSM-IV a introduit le diagnostic d'état de stress aigu, dont les critères sont globalement similaires à ceux du TSPT, sauf la durée des symptômes qui est inférieure à 1 mois (94). On distingue également le TSPT simple du TSPT complexe, qui était décrit sous la forme du *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)* dans le DSM-IV et le DSM-IV-TR, avant d'être retiré du DSM-5. Le TSPT complexe est toutefois mentionné dans la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) établie par l'OMS : il consiste en une association des symptômes du TSPT simple avec des altérations persistantes du fonctionnement affectif, personnel et relationnel (97). Il apparaît le plus souvent à la suite d'évènements traumatiques sévères, prolongés ou répétés et donne un cadre diagnostique pour les patients dont l'histoire est marquée par ces évènements, leurs

présentations cliniques étant souvent plus complexes et leurs prises en charge plus compliquées par rapport aux cas de TSPT simple.

En l'espace d'une quarantaine d'années, les critères diagnostiques du TSPT ont donc été marqués par une grande instabilité. Cette dynamique est le reflet de la controverse qui entoure cette entité pathologique, mais elle s'intègre aussi dans un cadre plus large, avec l'apparition de nouveaux diagnostics, voire de sous-types censés décrire les multiples facettes d'un même phénomène : le psychotraumatisme. Comme on le verra dans notre deuxième partie, une notion a été récemment développée pour rendre compte de cette évolution : la dérive conceptuelle. Avant cela, nous proposons de présenter les dimensions épidémiologiques et biologiques du TSPT selon les données récentes de la science ainsi que ses modalités de prise en charge d'après les recommandations françaises.

E. Le TSPT à l'heure actuelle : épidémiologie, aspects biologiques, comorbidités et principes de prise en charge

1) Épidémiologie

a) Prévalence

Aux Etats-Unis, on estime que le risque d'exposition à un trauma sur la vie entière avoisine 61% pour les hommes et 51% pour les femmes (98). En France, ce risque est évalué à 30% pour la population globale (99).

Le risque de développer un TSPT, quant à lui, est variable. Il dépend de multiples facteurs (population, antécédents personnels et familiaux, type de traumatisme, etc.) mais on estime globalement que son taux de prévalence vie entière est d'environ 7% aux Etats-Unis (100). Malgré une exposition relativement fréquente aux évènements traumatisants, les personnes qui en sont victimes ne développent pas de trouble dans la majorité des cas (101).

Néanmoins, le TSPT a un impact important sur la santé des personnes qui en souffrent, puisqu'il s'associe très fréquemment à des comorbidités psychiatriques et somatiques ; les personnes atteintes de TSPT comptent parmi les plus grands utilisateurs des systèmes de soins

primaires (102). Ce trouble engendre donc un coût important pour la société (hospitalisations, prescriptions de médicaments, perte de productivité, absentéisme au travail, etc.) et constitue un véritable enjeu de santé publique.

b) Facteurs de risque

La survenue d'un TSPT résulte d'une interaction complexe entre des facteurs de différentes natures (biologique, psychologique, environnemental). Le DSM-5 distingue trois types de facteurs de risque : les facteurs pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques (96).

Les facteurs pré-traumatiques peuvent être :

- **Tempéramentaux** : problèmes émotionnels dans l'enfance dès 6 ans ; troubles mentaux antérieurs.
- **Environnementaux** : statut socio-économique, niveau éducatif et niveau intellectuel bas ; exposition à des traumatismes antérieurs (surtout pendant l'enfance) ; circonstances défavorables durant l'enfance ; caractéristiques culturelles ; statut ethnique minoritaire et antécédents psychiatriques familiaux. La présence d'un support social avant l'exposition à l'évènement traumatique constitue en revanche un facteur protecteur.
- **Génétiques** : âge au moment de l'exposition à l'évènement traumatique et sexe féminin.

En effet, dans l'étude de Kessler *et al.*, on constate une différence de prévalence en fonction du sex-ratio : les femmes seraient plus à risque de développer un TSPT malgré une moindre exposition aux traumatismes par rapport aux hommes. A ce jour, cette différence n'est toujours pas expliquée mais plusieurs théories ont été évoquées : on suppose qu'elle serait liée à certains types de traumatismes auxquels les femmes seraient plus souvent exposées (notamment les violences sexuelles et conjugales), au type de réponse émotionnelle face au trauma ou encore au rôle des hormones ovariennes dans le processus de mémorisation (103,104).

Les facteurs de risque péri-traumatiques sont uniquement environnementaux, ils comprennent la sévérité du traumatisme, la perception d'une menace mortelle, les blessures physiques, la violence interpersonnelle et la survenue d'un épisode de dissociation. Ce dernier facteur constituerait un prédicteur déterminant dans le risque de développer un TSPT.

Enfin, les facteurs post-traumatiques sont :

- **Tempéramentaux** : évaluations négatives ; stratégies d'adaptation inadéquates ; développement d'un trouble stress aigu.
- **Environnementaux** : exposition ultérieure à des rappels répétés bouleversants ; évènements de vie ultérieurs défavorables ; pertes financières ou autres pertes en lien avec le traumatisme.

2) Aspects biologiques

a) *Définition du stress et présentation des mécanismes de réponse au stress*

Au sens physiologique du terme, le stress est une réaction, tant psychologique que biologique, à une situation pouvant menacer l'intégrité de l'organisme, de façon réelle ou supposée (105). Il vise à mettre en place des comportements d'adaptation afin de conserver cette intégrité. Sur le plan biologique, une situation de stress fait intervenir plusieurs systèmes :

- Le système nerveux autonome, qui réagit quasi-immédiatement (environ une dizaine de secondes).
- L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui met en place une réponse différée (environ une dizaine de minutes).

Leur activation aboutit à la libération de catécholamines (adrénaline, noradrénaline) et de glucocorticoïdes (cortisol). Ces molécules vont permettre non seulement à l'organisme de s'adapter physiquement à l'évènement menaçant (hausse des fréquences cardiaque et respiratoire ainsi que de la pression sanguine) mais aussi de faciliter sa mémorisation (106).

Système nerveux autonome et axe corticotrope sont régulés au niveau cérébral par les noyaux gris du lobe temporal, en particulier l'amygdale et l'hippocampe. Ces structures, par des phénomènes de stimulation et de rétro-contrôle, permettent de garantir l'équilibre de la réponse au stress. Mais dans certaines situations, comme le TSPT, cette réponse devient dysfonctionnelle.

b) Hypothèses physiopathologiques du TSPT

Dans les années 1980, Pitman a émis l'hypothèse qu'un évènement traumatique pouvait provoquer une stimulation excessive des hormones et des neurotransmetteurs impliqués dans la réponse au stress, favorisant ainsi une « surconsolidation » du souvenir traumatique. *In fine*, ce dérèglement entraînerait l'apparition des symptômes liés au TSPT (107).

En s'appuyant sur cette hypothèse, Yehuda et al. ont développé à la fin des années 1990 une théorie selon laquelle la réaction au stress serait perturbée du fait d'un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HHS) (108). En effet, on s'attendrait à ce que le cortisol, l'hormone du stress, ait une concentration élevée en cas de situation de stress chronique comme le TSPT, mais plusieurs études ont montré que le taux de cortisol basal était paradoxalement bas chez les patients souffrant de ce trouble. En outre, il a aussi été constaté à plusieurs reprises que la suppression du cortisol était augmentée suite à des injections de dexaméthasone (109). Ces différentes anomalies suggèrent une augmentation du rétro-contrôle négatif du cortisol, elle-même en lien avec une sensibilité accrue des récepteurs des glucocorticoïdes. Le renforcement de ce rétro-contrôle pourrait être consécutif à l'augmentation initiale du cortisol suite à la survenue de l'évènement traumatique, mais il est également possible qu'il puisse pré-exister à cet évènement et donc constituer un facteur de risque de développer un TSPT (110). En effet, des études suggèrent que des polymorphismes du gène FKBP5 (FK506 binding protein 5), qui code pour une protéine chaperonne des récepteurs des glucocorticoïdes, entraîneraient une augmentation de la sensibilité de ces

récepteurs (111). Sachant que les corticostéroïdes ont un rôle important dans la mémorisation, ces différentes anomalies pourraient expliquer la consolidation inappropriée d'un événement traumatique et la survenue des symptômes liés au TSPT (108).

En 2006, Rauch et al. ont élaboré un autre modèle du TSPT basé sur la neuro-imagerie (112). En effet, les chercheurs ont pu constater des modifications à la fois anatomiques et fonctionnelles de plusieurs structures cérébrales chez les personnes souffrant de TSPT, notamment l'hippocampe, l'amygdale, le cortex préfrontal et le cortex cingulaire antérieur (113). Ces structures ont un rôle dans des processus mnésiques, attentionnels ou émotionnels :

- L'hippocampe est impliqué dans la mémoire épisodique, en particulier l'encodage et le rappel contextuel des souvenirs. En cas de TSPT, on constate une diminution bilatérale du volume hippocampique, ce qui pourrait expliquer les troubles de la mémoire épisodique associés (souvenir fragmenté, décontextualisé du trauma). L'origine de cette diminution est toutefois sujette à controverse : en effet, il se pourrait que l'atrophie hippocampique ne soit pas une conséquence de l'évènement traumatique mais qu'elle constitue au contraire un facteur de vulnérabilité qui favorise l'apparition d'un TSPT (114).
- L'amygdale joue un rôle dans la détection d'une menace, la réponse de peur et la mémoire émotionnelle. Il n'existe pas de modification anatomique de l'amygdale en cas de TSPT mais l'imagerie fonctionnelle montre une hyperactivation de l'amygdale. Cette altération pourrait faciliter la survenue de certains symptômes comme l'hypervigilance ou les reviviscences.
- Enfin, le cortex préfrontal (CP) et le cortex cingulaire antérieur (CCA) participent à la régulation émotionnelle et à la modulation attentionnelle par des processus d'inhibition. En cas de TSPT, on constate une diminution en volume de ces deux

régions ainsi qu'une hypoactivation en imagerie fonctionnelle. Cette altération pourrait entraîner l'hyperactivation de l'amygdale *via* un déficit d'inhibition.

Quand un évènement traumatique survient, le CP et le CCA échoueraient donc à inhiber efficacement l'amygdale, dont l'hyperactivation provoque une réponse exagérée aux menaces et à la peur. L'atrophie hippocampique, quant à elle, serait responsable du mauvais encodage de l'évènement traumatique dans la mémoire, entraînant une chronicisation du trouble.

Les recherches de ces dernières décennies ont donc permis d'apporter de nouveaux éléments de compréhension sur la physiopathologie et la symptomatologie du TSPT. Cependant, aucun modèle ne permet d'en expliquer la totalité des symptômes et certaines hypothèses sont sujettes à controverse (par exemple, le fait que l'atrophie hippocampique soit consécutive au TSPT ou au contraire, qu'elle soit un facteur de prédisposition). Il est fort probable que d'autres éléments biologiques ou anatomiques, encore inconnus aujourd'hui, soient impliqués dans la survenue du trouble.

3) Comorbidités

Sur le plan psychiatrique, le TSPT est un trouble hautement comorbide : en effet, les personnes souffrant de TSPT ont 80% plus de risque de développer un autre trouble psychique par rapport à la population générale (100). Parmi ceux qui sont le plus fréquemment associés, on retrouve les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles d'usage de substance (notamment l'alcool) (99). De plus, le risque suicidaire est augmenté de manière considérable en cas de TSPT (99). Outre les comorbidités psychiatriques, le TSPT est aussi régulièrement associé à des affections somatiques : ainsi, la prévalence vie entière des maladies cardio-vasculaires, digestives, musculo-squelettiques, nerveuses et respiratoires est plus élevée chez les vétérans ayant développé un TSPT (115). Plus spécifiquement, les études montrent que ce trouble augmente le risque de développer une maladie coronaire ou un trouble neurocognitif majeur (116,117).

4) Prise en charge du TSPT : généralités

En France, les dernières recommandations élaborées par la HAS pour la prise en charge du TSPT datent de 2007 (118). Elles préconisent le recours aux psychothérapies structurées en première intention, quel que soit le délai écoulé depuis le traumatisme. La TCC centrée sur le trauma et l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) sont toutes les deux mentionnées comme des thérapies de choix. L'hypnose est également indiquée pour la prise en charge de certains symptômes (douleurs, anxiété, cauchemars).

Les traitements médicamenteux, quant à eux, sont indiqués dans les formes chroniques évoluant depuis plus d'un an. A l'heure actuelle, deux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) possèdent une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le traitement du TSPT : la sertraline et la paroxétine. Les ISRS permettent d'agir sur certains symptômes du TSPT (hyperéveil, conduites d'évitement, symptômes dépressifs) et ont l'avantage d'avoir un bon profil de tolérance (119). Les benzodiazépines sont en revanche contre-indiquées, car elles auraient peu d'efficacité sur les symptômes du TSPT et entraînent un risque de pharmacodépendance qui allonge le temps de rémission (120). D'autres traitements à visée anxiolytique, notamment le propranolol, font l'objet d'études dans la prise en charge du TSPT. En effet, cette molécule de la famille des bêta-bloquants n'entraîne pas d'accoutumance et faciliterait le phénomène de reconsolidation mnésique, permettant ainsi d'atténuer la réponse émotionnelle lors de la réactivation traumatique (121,122). Cette hypothèse est néanmoins controversée, les résultats de la littérature sur le sujet étant contradictoires. Plus récemment, des études ont également suggéré que la prazosine, un anti-hypertenseur antagoniste des récepteurs alpha-1 adrénergiques, pouvait être utilisée pour le traitement des cauchemars traumatiques. En plus d'être efficace, elle posséderait un bon profil de tolérance clinique (123).

Le taux de rémission complète reste néanmoins assez faible (20-30%) si la prise en charge s'appuie uniquement sur un traitement pharmacologique, notamment antidépresseur (124). En ce qui concerne les psychothérapies, ce taux est plus difficile à évaluer du fait de la grande hétérogénéité des études dans la littérature. La TCC centrée sur le trauma et l'EMDR ont en tout cas une efficacité établie, même si la supériorité relative des deux méthodes l'une par rapport à l'autre reste encore débattue (125,126).

En pratique, le TSPT reste un trouble complexe et difficile à traiter : en effet, la confrontation à l'évènement traumatique peut être compliquée à gérer pour les patients les plus sévères. Bien que les psychothérapies soient efficaces, il existe un taux d'abandon élevé parmi les patients pris en charge, ce qui représente une limitation importante (127).

Cette problématique était déjà présente durant les années 1980. Mais à l'époque, la recherche dans le domaine de la psychotraumatologie était encore assez peu développée. Avec l'introduction du diagnostic de TSPT dans le DSM-III, un champ d'innovation inédit a vu le jour, ce qui a rendu possible l'apparition de nouvelles méthodes thérapeutiques, aux fondements théoriques et aux modalités d'action très variées. Parmi celles-ci figurent notamment l'EMDR, la TFT et l'EFT, que nous allons présenter dans la partie suivante.

Deuxième partie : émergence et développement de l'EMDR, de la TFT et de l'EFT

Après avoir défini ce qu'est une psychothérapie, présenté le modèle EBM ainsi que le développement historique du concept de psychotraumatisme, nous souhaitons à présent nous pencher sur trois méthodes de traitement du TSPT : l'EMDR, la TFT et l'EFT. Apparues durant les années 1980-1990, ces trois thérapies partagent de nombreuses similarités, au point qu'un terme a été créé durant les années 1990 pour les regrouper : les *Power Therapies*. Initialement mises au point pour le traitement de l'anxiété et du stress post-traumatique, ces méthodes ont rapidement attiré l'attention en raison de leur apparente efficacité, présentée comme nettement supérieure à celle des traitements traditionnels du TSPT, ce qui a suscité de vives controverses (128).

Au fil des années, l'EMDR a pourtant fini par se démarquer : elle constitue désormais, avec la TCC, un des traitements de référence du TSPT (118,129). La TFT et l'EFT, en revanche, n'ont pas réussi à atteindre le même degré de reconnaissance. Comment expliquer cette différence malgré leurs apparentes similarités ? Pour répondre à cette question, nous proposons de présenter dans un premier temps le contexte d'émergence de ces différentes méthodes, ensuite nous analyserons plus en détails leurs conditions de développement, c'est-à-dire les opportunités qui ont favorisé leur apparition mais aussi les oppositions qu'elles ont rencontrées.

I. Émergence de l'EMDR, de la TFT et de l'EFT

A. L'EMDR

L'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), ou intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, est une thérapie apparue aux Etats-Unis à la fin des années 1980. Développée par Francine Shapiro, une psychologue, l'EMDR a fait l'objet

de plusieurs études qui ont établi son efficacité dans le traitement du TSPT. Elle constitue désormais un traitement recommandé dans cette indication. A l'époque de son émergence, elle a pourtant suscité d'importantes controverses et il a fallu plusieurs années pour qu'elle soit reconnue par la communauté scientifique. Dans cette partie, nous proposons de retracer le contexte de création de l'EMDR, de présenter le modèle théorique qui sous-tend sa pratique ainsi que ses indications et son protocole.

1) Création de l'EMDR

Née en 1948 à Brooklyn, Francine Shapiro est la fille aînée d'une fratrie de quatre enfants. Son père est propriétaire d'une compagnie de taxis et sa mère s'occupe du foyer (130). La vie de Shapiro est marquée par les épreuves : le décès de sa sœur Debra, âgée de 9 ans, l'affecte profondément. Plus tard, à la fin des années 1970, elle est diagnostiquée d'un cancer du sein alors qu'elle complète son doctorat de littérature à l'Université de New York. Une fois remise, elle décide d'abandonner son parcours pour s'intéresser à la psycho-immunologie, au stress et aux liens entre le corps et l'esprit. Elle déménage alors en Californie et débute des études de psychologie à la *Professional School of Psychological Studies*, située à San Diego.

En 1987, alors qu'elle marche dans un parc un jour de printemps, Shapiro découvre que certains mouvements oculaires involontaires permettent de diminuer la charge émotionnelle liée à des pensées désagréables. Elle raconte cette découverte dans son ouvrage de référence, *Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures* : « Fascinée, je commençai à faire très attention à ce qui se passait. Je remarquai que quand ces pensées me venaient à l'esprit, mes yeux spontanément commençaient à bouger très rapidement dans un mouvement de va-et-vient vers le haut en diagonale. A nouveau, les pensées disparaissaient, et quand je les faisais revenir à mon esprit, leur charge négative était grandement réduite. C'est alors que je commençai à faire bouger mes yeux délibérément tout en me concentrant sur une variété de pensées et de souvenirs perturbants, et je découvris que ces pensées disparaissaient aussi et

perdaient de leur charge. Mon intérêt grandit quand je commençais à voir les bénéfices potentiels de cet effet (131).»

Dans les jours qui suivent, Shapiro commence à tester l'effet des mouvements oculaires sur les pensées et souvenirs négatifs auprès de son entourage. En travaillant avec près de 70 personnes, elle élabore en l'espace de quelques mois sa première procédure standardisée, qu'elle nomme *Eye Movement Desensitization (EMD)* – à l'époque, Shapiro se focalise surtout sur la diminution de l'anxiété, sa formation théorique étant fortement influencée par le comportementalisme –. Constatant que sa technique a de bons résultats, elle souhaite évaluer son efficacité dans des conditions contrôlées. Elle s'intéresse alors aux personnes souffrant de stress post-traumatique : en effet, cette population semble idéale pour Shapiro puisque les manifestations psychiques du syndrome de stress post-traumatique sont liées à des souvenirs difficiles. Mais avant de commencer une étude, la psychologue souhaite s'assurer que sa méthode peut fonctionner sur les souvenirs traumatiques. Elle se rapproche donc d'un centre de vétérans et propose une intervention à un conseiller, vétéran du Vietnam, souffrant lui-même d'un traumatisme de guerre depuis une vingtaine d'années. A l'issue de la séance, les résultats rapportés par Shapiro sont impressionnants : le vétéran voit son anxiété nettement diminuer et les symptômes intrusifs disparaissent. Confortée par ces effets très positifs qu'elle arrive à reproduire chez d'autres vétérans du centre où elle travaille, Shapiro lance sa première étude dans laquelle elle inclut 22 personnes victimes de viol, d'abus sexuel, ou de traumatisme de guerre et chez qui l'on a diagnostiqué un TSPT. L'étude, publiée en 1989, donne des résultats très favorables : en effet, l'EMD permettrait de désensibiliser complètement 75 à 80% des souvenirs traumatiques (traités individuellement) en une seule session de 50 minutes (132,133). A l'époque, la recherche sur les traitements du psychotraumatisme est encore limitée, l'article et les résultats qu'il avance attirent donc l'attention de la communauté scientifique. Toutefois, l'EMD suscite rapidement les critiques,

ses détracteurs soulignant aussi bien les biais méthodologiques de l'étude que l'inexistence d'éléments théoriques en mesure d'expliquer son fonctionnement. Ils dénoncent par ailleurs les méthodes de promotion de l'EMD (134). Durant les années qui suivent la création de sa méthode, Shapiro réalise d'importants remaniements, dans sa procédure mais aussi au niveau conceptuel, ce qui l'amène à renommer sa technique *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). En effet, Shapiro réalise que les effets de l'EMDR ne se limitent pas à une simple désensibilisation au stress, mais qu'ils mettent également en jeu des phénomènes de restructuration cognitive des souvenirs et d'association à des affects positifs (131). Elle se rend également compte que des stimulations différentes des mouvements oculaires, notamment auditives ou tactiles, peuvent être utilisées pour effectuer la thérapie chez des personnes atteintes de cécité ou de paralysie oculaire (135).

Les différents mécanismes qui rendent possible l'amélioration des symptômes de stress post-traumatique seraient expliqués par un modèle que nous proposons de présenter ci-après.

2) Modèle théorique de l'EMDR : le traitement adaptatif de l'information (TAI)

Afin de donner une base théorique à sa pratique, Shapiro développe un modèle qu'elle nomme d'abord traitement accéléré de l'information, puis traitement adaptatif de l'information (TAI) (136). Ce modèle, présenté comme une « hypothèse de travail », postule que l'être humain est doté d'un système inné de traitement de l'information, terme emprunté aux cognitivistes Bower et Lang (137,138). D'après Shapiro, ce système assimile toutes les nouvelles expériences dans des réseaux mnésiques et permet à l'individu d'adapter son comportement en conséquence.

En cas d'évènement traumatique, le système de traitement de l'information est perturbé, ce qui altère le stockage du souvenir associé : les différentes composantes de l'évènement (impressions sensorielles, affects, pensées) ne sont pas intégrées correctement et se retrouvent dans un réseau neuronal isolé, déconnecté des autres réseaux de mémoires contenant des

informations adaptées. Le souvenir reste ainsi dans son état perturbant, comme figé dans le temps, et peut être réactivé par des stimuli externes ou internes en se manifestant sous la forme de cauchemars, de reviviscences ou de flash-back, c'est-à-dire les symptômes d'intrusion du TSPT. La répétition de ces symptômes va également amener l'individu à développer des conduites d'évitement.

D'après Shapiro, le système de traitement de l'information est pourtant conçu pour résoudre toute forme de dysfonctionnement. De la même manière que le corps guérit d'une blessure, le système de traitement est naturellement en mesure d'intégrer l'information perturbante qui est à l'origine des troubles psychiques : c'est le principe d'auto-guérison. La thérapie par EMDR jouerait donc un rôle de catalyseur car elle permettrait d'activer un état physiologique qui facilite l'intégration du souvenir traumatique en le connectant à d'autres réseaux de mémoire contenant des informations plus adaptées. Cela est rendu possible grâce à ce que Shapiro appelle la stimulation bilatérale d'attention double : le patient focalise à la fois son attention sur le souvenir à intégrer (dans le passé) et sur une stimulation sensorielle régulière (dans le présent), ce qui le plonge dans un état de conscience altéré souvent comparé à la transe hypnotique ou à la méditation de pleine conscience.

De nombreuses hypothèses ont été formulées pour expliquer les mécanismes d'action de l'EMDR : amélioration de la communication entre les deux hémisphères cérébraux, activation d'un système de mémorisation dépendant normalement de l'état de sommeil paradoxal, développement d'une réponse biphasique (stress puis relaxation) induite par une stimulation répétée du réflexe d'orientation-investigation, etc (139–141). Pourtant, la nature de ces mécanismes reste toujours inconnue, ce qui a d'ailleurs été reproché à Shapiro : selon ses détracteurs, son modèle théorique manque de validité puisqu'il ne s'appuie que sur des hypothèses en lien avec des observations empiriques. De son côté, Shapiro a fréquemment mis en avant les résultats de sa technique pour légitimer son utilisation, ce qui a aussi été

source de controverses dont nous ferons l'analyse plus bas. Avant cela, nous proposons de présenter succinctement les différentes indications de l'EMDR ainsi que son protocole.

3) Indications, contre-indications et modalités pratiques de l'EMDR

a) Indications et contre-indications

L'EMDR a été initialement développée pour le traitement du psychotraumatisme, mais au fur des années, son utilisation s'est élargie et de nombreuses études ont été réalisées pour évaluer son efficacité dans d'autres troubles, tels que les troubles anxieux (phobie, trouble panique), les troubles de l'humeur, les troubles obsessionnels compulsifs, les addictions, les troubles du comportement alimentaire ou bien encore les douleurs chroniques (douleur du membre fantôme) (142–147). Dépassant le cadre de la pathologie psychique, l'EMDR a même été étudiée dans une optique d'amélioration des performances, que ce soit au travail ou dans d'autres situations (compétitions sportives, etc.) (148) : au fur et à mesure, l'EMDR ne s'est donc plus limitée à la prise en charge du psychotraumatisme, elle s'est aussi intégrée dans des courants comme la psychologie positive, qui visent à promouvoir le bien-être voire le mieux-être (149).

Il n'y a pas de contre-indication en tant que telle à la pratique de l'EMDR mais dans certaines situations (consommation de substances psychoactives, grossesse, idées suicidaires actives ou comportements auto-mutilatoires, état de santé précaire, etc.) il est suggéré de prendre des précautions car l'EMDR peut être à l'origine d'effets indésirables parfois importants pendant et/ou après les séances (150). Ils se manifestent le plus souvent sous la forme d'une abréaction, c'est-à-dire une perturbation émotionnelle de forte intensité liée à la réactivation d'un souvenir traumatique, ou bien de symptômes dissociatifs. Le thérapeute doit s'assurer que le patient est en mesure de les gérer en lui apprenant des exercices de relaxation et d'autorégulation émotionnelle.

b) Protocole de l'EMDR

L'EMDR est une méthode thérapeutique qui prend ses sources dans de nombreux autres courants de psychothérapies. Ainsi, elle s'inspire des thérapies cognitivo-comportementales par son utilisation d'échelles, de la gestalt-thérapie par l'utilisation de techniques psychocorporelles, de l'hypnose ericksonienne par l'usage de techniques d'imagerie mentale ou bien encore de la psychanalyse par la sollicitation d'associations libres (151).

Deux échelles d'auto-évaluation sont utilisées dans le protocole EMDR : la première est l'échelle SUD (*Subjective Units of Distress*), développée initialement par le psychiatre américain Joseph Wolpe pendant les années 1950. Elle permet d'évaluer le niveau de perturbation émotionnelle du patient et s'étend de 0 (pas de perturbation) à 10 (plus haut niveau de perturbation imaginable). La deuxième échelle est l'échelle VOC (*Validity of Cognition*) développée par Shapiro pour évaluer le degré de croyance du patient en une cognition positive qu'il formule au cours de la procédure. Elle s'étend de 1 (tout à fait faux) à 7 (tout à fait vrai).

Selon le *Manuel de l'EMDR*, le protocole de l'EMDR est divisé en 8 grandes phases :

1. **Recueil de l'histoire du patient** : le thérapeute évalue le niveau de stabilité personnelle du patient (impératifs professionnels pouvant limiter la participation aux séances), ainsi que sa capacité physique à supporter des émotions intenses (antécédents cardiaques ou respiratoires). Cette recherche est effectuée pour s'assurer que le patient est en mesure de gérer les fortes perturbations émotionnelles qui peuvent être engendrées par la réactivation du trauma au cours des séances. Si l'état du patient est suffisamment stable, le thérapeute effectue alors un recueil des symptômes et des comportements dysfonctionnels pour établir un plan de traitement.
2. **Préparation** : au cours de cette phase, l'accent est mis sur l'établissement d'une alliance thérapeutique avec le patient en lui expliquant le déroulement de la thérapie,

les bénéfiques attendus mais également les effets indésirables possibles (abréaction, symptômes dissociatifs). Des techniques de relaxation et d'autorégulation émotionnelle sont enseignées afin que le patient soit en mesure de gérer les perturbations qui ont eu lieu pendant et/ou entre les séances.

3. **Évaluation** : le thérapeute définit la cible thérapeutique avec le patient, qui doit sélectionner plusieurs éléments : d'abord, une image censée représenter son souvenir traumatique ; ensuite, une cognition négative sous la forme d'une phrase qui résume les affects perturbants liés au souvenir (« Je suis mauvais / sale / inutile... ») ; enfin, une cognition positive (« Je suis une bonne personne / je peux réussir ... ») pour remplacer la cognition négative plus tard dans la procédure. Une fois que ces trois éléments sont déterminés, le patient évalue le degré de validité de la cognition positive grâce à l'échelle VOC. Avec l'échelle SUD, il évalue également le niveau de perturbation induit par l'image et la cognition négative, puis il identifie la localisation de son ressenti physique quand il se concentre sur l'évènement.
4. **Désensibilisation** : cette phase se concentre sur l'affect négatif du patient. Le thérapeute commence à effectuer des séries de mouvements oculaires (ou une autre forme de stimulation bilatérale). Entre chaque série, le patient rapporte les souvenirs, insights et associations diverses qui lui sont venus pendant la période d'attention qui accompagne les stimulations bilatérales. Il effectue également une auto-évaluation régulière de son niveau de perturbation avec l'échelle SUD, l'objectif étant d'atteindre un score de 0 : lorsque c'est le cas, cela signifie que la dysfonction principale en lien avec l'évènement ciblé a été traitée. Le thérapeute peut alors passer à la phase suivante.
5. **Installation et ancrage** : cette phase se concentre sur l'installation et l'ancrage de la cognition positive. Tout en poursuivant les séries de stimulations bilatérales, le thérapeute demande au patient d'associer le souvenir ciblé à la cognition positive qu'il

a choisie. Les séries continuent jusqu'à ce que le patient évalue le niveau de validité de sa cognition positive à 7 sur l'échelle VOC (tout à fait vrai). Si ce résultat n'est pas atteint après plusieurs séries, il faut demander au patient si le niveau de validité est approprié pour lui. Une éventuelle croyance négative, qui risque de bloquer l'installation de la cognition positive, peut être ciblée par la thérapie le cas échéant.

6. **Scanner corporel** : une fois que la cognition positive est complètement installée, le thérapeute demande au patient de garder à l'esprit l'évènement cible et la cognition positive, mais aussi de vérifier s'il ressent des tensions résiduelles dans son corps. Si tel est le cas, les sensations corporelles sont ciblées et traitées par des séries de stimulation bilatérale, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucune tension.
7. **Clôture de la séance** : le thérapeute doit faire en sorte que le patient recouvre un état de stabilité émotionnelle à la fin de chaque séance, que le traitement soit terminé ou non. Si d'autres séances sont prévues, le thérapeute donne les instructions nécessaires pour un maintien de cet équilibre : en général, le patient est invité à tenir un carnet de bord des pensées négatives, des situations, des rêves et des souvenirs qui lui reviennent. Le thérapeute le prépare également à réagir avec les techniques de relaxation ou d'autogestion en cas de survenue d'une perturbation émotionnelle.
8. **Réévaluation** : au début de chaque nouvelle séance, le thérapeute évalue si le matériel ciblé lors de la séance précédente a été résolu, examine le carnet de bord, et détermine s'il faut effectuer un nouveau traitement de la scène en question. En accord avec le patient, il peut aussi choisir de traiter de nouveaux éléments, sous réserve que les traumatismes précédents aient été complètement résolus.

B. La TFT et l'EFT

1) Origines de la TFT et de l'EFT

La *Thought Field Therapy* (TFT), ou Thérapie du champ de pensée, et l'*Emotional Freedom Technique* (EFT), ou Technique de Libération Émotionnelle, sont deux thérapies apparues elles aussi aux États-Unis durant la même période que l'EMDR, c'est-à-dire les années 1980-1990. Elles s'inspirent de l'acupuncture chinoise et ont pour point commun d'utiliser une méthode de tapotement des doigts sur des points précis du corps, le *tapping*, qui est censée apporter un soulagement à toutes sortes de troubles psychiques. Dans un premier temps, nous proposons de présenter un bref historique de l'émergence de ces deux méthodes et des courants dont elles s'inspirent. Comme nous l'avons fait pour l'EMDR, nous présenterons ensuite leur modèle théorique, leurs indications et leurs modalités pratiques.

a) Apparition du *tapping*

Le *tapping* trouve ses origines dans un courant, la kinésiologie appliquée, qui a été développé pendant les années 1960 par un chiropracteur américain du nom de George Goodheart (152). A cette époque, Goodheart cherche à élaborer une méthode de traitement des douleurs dorsales en se basant sur le test musculaire, une technique d'évaluation qui permettrait de détecter manuellement les déséquilibres présents chez un individu en fonction de son degré de tonus musculaire. Pour cela, Goodheart s'appuie sur des travaux réalisés quelques décennies auparavant par d'autres chiropracteurs, des ostéopathes, et s'inspire également de la médecine traditionnelle chinoise, notamment l'acupuncture. Il réalise alors qu'en appliquant une simple pression digitale sur les points correspondant au système des méridiens de l'acupuncture, il peut provoquer des changements constatés ensuite au test musculaire (153).

Au fil de ses recherches, Goodheart incorpore dans sa théorie de la kinésiologie appliquée des notions provenant de la médecine occidentale (neurologie, physiologie, nutrition, etc.) et orientale (acupuncture, théorie des méridiens, etc.). Au final, les découvertes qu'il réalise

l'amènent à établir des associations entre les différents groupes musculaires du corps et les méridiens de l'acupuncture chinoise. Le test musculaire, quant à lui, devient progressivement une méthode de détection pour toutes sortes de déséquilibres (nutritionnels, psychiques, énergétiques...) auxquels la kinésiologie appliquée est censée pouvoir remédier. Goodheart commence alors à faire la promotion de sa méthode en l'enseignant à d'autres chiropracteurs puis il fonde le Collège International de Kinésiologie Appliquée en 1976 (154,155). Au fur et à mesure, l'enseignement de la kinésiologie appliquée s'ouvre à d'autres spécialistes que les chiropracteurs et la méthode de George Goodheart attire des praticiens de tout horizon. Parmi eux, un psychiatre australien, John Diamond, complète sa formation à la kinésiologie appliquée avant de créer sa propre méthode, la kinésiologie comportementale (*Behavioral kinesiology*). A l'instar de Goodheart, Diamond propose une théorie d'inspiration vitaliste qui mêle à la fois des notions de médecine occidentale et orientale : ainsi, son approche postule que le thymus est la glande permettant de réguler le niveau d'énergie d'un individu (156). Diamond établit par ailleurs des associations entre méridiens, organes et émotions, ce qui permet selon lui de réaliser des soins tant sur le plan psychique que somatique, en ayant recours au *tapping* mais aussi à la parole ou à la musique (157). La kinésiologie comportementale se présente donc comme une « base pour une approche véritablement holistique vis-à-vis de la santé et une compréhension de la médecine psychosomatique (158) ».

b) Apparition de la TFT et de l'EFT

A la fin des années 1970, un psychologue américain du nom de Roger Callahan se forme lui aussi à la kinésiologie appliquée. Se présentant lui-même comme un pionnier du courant cognitiviste, il s'intéresse tout particulièrement au traitement des phobies et poursuit les travaux de Diamond en élaborant à son tour sa propre technique, qu'il nomme *Thought Field Therapy* (thérapie du champ de pensée). Callahan l'utilise pour la première fois sur une de ses patientes, Mary, dont il relate l'histoire dans son article *Thought Field Therapy : The Case of*

Mary (159). En effet, cette dernière souffre d'une phobie de l'eau très invalidante qui résiste depuis des années à de nombreuses techniques de psychothérapie. Un jour, Callahan décide de tester une nouvelle méthode et propose à sa patiente d'effectuer un tapotement sur une zone juste en-dessous de son globe oculaire, censée agir sur le méridien de l'estomac. En l'espace de quelques instants, la sensation désagréable que Mary éprouve habituellement au niveau de son estomac lorsqu'elle pense à l'eau disparaît pour de bon : c'est ainsi que naît la *Thought Field Therapy* (TFT).

Fort de ce résultat obtenu en une seule séance, Callahan continue à développer sa technique dans les années qui suivent et commence à en faire la promotion dans les médias ainsi que les journaux scientifiques. Ses publications et les résultats qu'il avance, comme nous le reverrons plus bas, font rapidement controverse. En outre, la théorie qui sous-tend sa méthode est elle aussi contestée. Pourtant, la TFT se popularise et les formations aux techniques de Callahan attirent de plus en plus de personnes malgré leurs coûts très élevés (le psychologue fixe le prix de son dernier niveau de formation à 100 000 dollars !) (160).

A son tour, la TFT engendre de nombreuses méthodes dérivées. Parmi celles-ci, l'une des plus connues est probablement *l'Emotional Freedom Technique* (EFT), créée au début des années 1990 par Gary Craig, un homme au parcours éclectique : initialement diplômé de l'université de Stanford dans le domaine de l'ingénierie, il s'intéresse au développement personnel et effectue d'abord une formation en Programmation Neuro-Linguistique (PNL) avant d'apprendre les techniques de Callahan. Après avoir complété sa formation en TFT, il décide d'en reprendre les éléments principaux et de les simplifier pour élaborer sa propre méthode, l'EFT, dont il propose un manuel de formation accessible gratuitement sur son site Internet (161). En raison de ses fortes similarités avec la TFT, les techniques de Gary Craig font aussi l'objet de critiques que nous présenterons plus tard.

2) TFT et EFT : éléments théoriques et modalités techniques

a) *Théorie de la TFT*

La théorie élaborée par Roger Callahan pour expliquer les fondements de la TFT associe des notions aux origines très diverses, allant de la médecine traditionnelle chinoise à la physique quantique. A l'instar de Goodheart et Diamond, Callahan s'inspire en effet de la théorie des méridiens que l'on retrouve dans l'acupuncture. D'après cette théorie, les méridiens seraient des sortes de canaux présents dans tout le corps dont l'interconnexion permettrait la circulation du *Qi*, l'énergie supposée vitale du corps humain. Quand l'individu est en bonne santé, le *Qi* circule harmonieusement ; en revanche, tout déséquilibre au niveau des méridiens a un impact délétère sur l'état de santé. L'acupuncture est censée remédier à ce déséquilibre en stimulant des points précis, le plus souvent par des aiguilles, mais avec la TFT, il suffit d'appliquer un tapotement du doigt sur ces mêmes zones pour induire la guérison : c'est le principe du *tapping*, que l'on a déjà présenté plus haut.

En se basant sur le postulat d'Einstein ($E = mc^2$), Callahan considère par ailleurs que toute pensée se manifeste sous la forme d'énergie comprise dans un champ, le fameux champ de pensée qui donne son nom à sa méthode (162). L'énergie est censée circuler librement mais en cas d'évènement négatif, un phénomène que Callahan appelle *perturbation* du champ de pensée peut survenir, phénomène qui, selon lui, est à l'origine de toute détresse émotionnelle. Chaque perturbation du champ de pensée étant associée à un méridien spécifique, la TFT est censée agir sur les émotions négatives (voire même les problèmes physiques) en activant l'un ou l'autre méridien par l'intermédiaire du *tapping*. Cela permettrait *in fine* un rééquilibrage de l'énergie interne de l'individu, la disparition de la perturbation qui l'affecte et donc la résolution de son trouble.

b) Modalités pratiques de la TFT

Dans cette partie, nous reprenons la pratique de la TFT telle que Callahan les décrit dans ses ouvrages (162,163).

Après une phase d'exploration diagnostique qui reprend la technique du test musculaire utilisée en kinésiologie appliquée, le choix de tapoter telle ou telle zone du corps est déterminé par des séquences, appelées « algorithmes », mises au point par Callahan. L'ordre des points de stimulation varie en fonction du trouble présenté par l'individu (anxiété, deuil, traumatisme...).

Au début de la procédure, on demande au patient de penser activement à son problème pour « accorder le champ de pensée » (*thought tuning*), ce qui permet, d'après Callahan, d'agir directement sur la perturbation et les émotions négatives qui y sont liées. Une fois que cette première étape est réalisée, le patient doit évaluer son niveau de détresse psychologique en se basant sur l'échelle d'auto-évaluation SUD. L'auto-évaluation est censée se répéter à plusieurs reprises au cours de la procédure pour vérifier que le traitement est efficace.

En plus du *tapping*, Callahan inclut dans ses manœuvres des fredonnements, des techniques de respiration, des décomptes de chiffres mais aussi... des mouvements oculaires ! En effet, selon Callahan, les mouvements oculaires permettraient l'accès à certains souvenirs et ont été utilisés dans d'autres disciplines, notamment la PNL, la méthode Feldenkrais et la kinésiologie appliquée dont il s'inspire.

Le problème est considéré comme résolu lorsque le patient évalue son niveau de détresse émotionnelle à 1 ou 0 sur l'échelle SUD. Il arrive toutefois que certains patients n'arrivent pas à atteindre un tel score à l'issue des différentes techniques mises en œuvre. Callahan explique cela par le phénomène d'inversion psychologique (*psychological reversion*), qui serait lié à une inversion de polarité au niveau des méridiens et se manifesterait par un discours auto-dépréciatif, des comportements « d'auto-sabotage » mais aussi des inversions de mots ou

d'actions dans la vie quotidienne (dire « gauche » à la place de « droite », etc.). Dans ce cas de figure, Callahan propose également plusieurs techniques : celles-ci permettraient de supprimer les obstacles qui empêchent la thérapie d'être efficace et consistent à tapoter le « point d'inversion psychologique », situé sur le tranchant de la main, ou bien un autre point localisé juste en-dessous de l'extrémité médiale des deux clavicules tout en effectuant un exercice de respiration.

Si le problème persiste malgré tout, c'est que, d'après Callahan, l'individu est exposé à des « toxines » présentes dans l'environnement : il peut s'agir de denrées alimentaires (blé, mayonnaise, sucre, lait...), de produits cosmétiques (parfum, savon, déodorant,...) et d'autres substances (pesticides, etc.). Ces toxines déséquilibreraient le système énergétique interne du sujet et empêcheraient la thérapie d'être efficace sur le long terme. Dans de telles situations, Callahan suggère de faire appel à un expert en TFT pouvant offrir des conseils aussi bien nutritionnels qu'environnementaux afin d'éliminer les toxines et « retourner sur le chemin de la guérison. »

c) Théorie et modalités pratiques de l'EFT

En tant que technique issue de la TFT, l'EFT utilise les mêmes notions théoriques, par exemple le concept de toxine ou de perturbation : en effet, Gary Craig considère que « la cause de toute les émotions négatives est une perturbation du système énergétique corporel (164) ». La stimulation des méridiens grâce au *tapping* est censée rééquilibrer ce système.

Sur le plan pratique, l'EFT se présente en revanche comme une technique plus simple que le patient peut facilement pratiquer sur lui-même : en effet, il n'y a pas de phase d'évaluation diagnostique par le test musculaire et il n'y a pas non plus d'algorithme. Quel que soit le problème évoqué, ce sont toujours les mêmes points d'acupression reliés à 12 méridiens qui sont stimulés (165). Ils comprennent plusieurs zones au niveau du visage (extrémité médiale des sourcils, commissures latérales des paupières, milieu du sillon palpébral inférieur,

philtrum, milieu du pli labiomentonnier), du thorax (en-dessous de l'extrémité médiale des clavicules, environ 10 cm en-dessous des aisselles, ou encore de part et d'autre du manubrium sternal) et de la main (point d'inversion psychologique, extrémités des doigts). L'EFT met toutefois l'accent sur l'exposition en faisant répéter des phrases censées représenter le problème du patient au cours de la procédure. Celle-ci se divise schématiquement en 5 étapes :

- Première évaluation du niveau de détresse émotionnelle avec l'échelle SUD.
- Evocation du problème avec la phrase d'installation (*setup statement*) : « Bien que j'ai tel problème, je m'accepte profondément et complètement. »
- Stimulation du point d'inversion psychologique tout en répétant la phrase d'installation à trois reprises : contrairement à la TFT, la stimulation du point d'inversion est systématique.
- Evocation de la phrase de rappel (*reminder phrase*), censée être brève et spécifique (par exemple : « Ce test que j'ai raté »), tout en stimulant les autres points d'acupression environ 7 fois, sans ordre préétabli.
- Seconde évaluation du niveau de détresse émotionnelle avec l'échelle SUD (166).

A l'instar de la TFT, le problème est considéré comme résolu lorsque le patient évalue son niveau de détresse émotionnelle à 0 sur l'échelle SUD. Si ce n'est pas le cas, le patient recommence la procédure en ajustant les phrases d'installation et de rappel. D'autres points d'acupression au niveau des mains peuvent également être stimulés. En outre, certaines techniques issues de la TFT qui incluent des mouvements oculaires ou des exercices respiratoires sont reprises dans l'EFT en cas d'inefficacité. Mais si malgré tout, ces techniques ne fonctionnent pas, le patient est invité à aller consulter un expert EFT pour être accompagné dans la résolution de ses problèmes.

3) Indications de la TFT et de l'EFT

a) *Indications de la TFT*

D'abord utilisée pour traiter les phobies, la TFT a vu ses indications s'élargir progressivement au fil des années : ainsi, de nombreux algorithmes ont été mis en place par Callahan pour prendre en charge des affections aussi bien psychiques (anxiété, deuil, trauma, TOC, addictions) que somatiques (douleurs chroniques, jet lag, etc.) (162). En outre, il semble que la TFT n'occasionne pas ou peu d'effet indésirable et qu'il n'y ait pas de contre-indication formelle à sa réalisation (167).

Suite à son introduction dans le DSM-III en 1980, l'intérêt scientifique pour le TSPT n'a cessé d'augmenter au cours des années qui ont suivi. Comme on l'a déjà évoqué plus haut, les difficultés de prise en charge de ce trouble, notamment la chronicité de ses symptômes et sa résistance aux traitements, ont créé un espace d'innovation inédit dont de nombreuses thérapies se sont saisies ; la TFT ne fait pas exception : constatant l'efficacité de sa technique sur les phobies, Callahan cherche à savoir si elle peut agir sur l'anxiété et la détresse liées à une expérience traumatique. En 2000, il publie avec son épouse Johanne un ouvrage intitulé *Stop the Nightmares of Trauma: Thought Field Therapy (TFT), the Power Therapy for the 21st Century* (163). Tout en reprenant les notions théoriques de la TFT, ils expliquent comment leur méthode de traitement du psychotrauma a été découverte (par le biais de cas cliniques) et présentent un algorithme composé de 7 étapes :

1. Première étape : présentation de la technique par le praticien.
2. Deuxième étape : accordage du champ de pensée et évaluation du niveau de détresse sur l'échelle SUD.
3. Troisième étape : séquence de traitement initiale. Avec deux doigts, le patient tape d'abord à 5 reprises l'extrémité médiale d'un sourcil (le côté n'est pas précisé). Il stimule ensuite le même nombre de fois le point situé au milieu du sillon palpébral inférieur, puis le point localisé à environ 10 cm en-dessous de l'aisselle (là encore, le

côté n'est pas précisé). Enfin, le patient tape un point situé juste en-dessous de l'extrémité médiale de chaque clavicule, toujours 5 fois.

4. Quatrième étape : à l'issue de ces premières stimulations, le patient réévalue son niveau de détresse avec l'échelle SUD. Si le score a diminué de 2 points ou plus, il peut passer à l'étape suivante. Si en revanche la diminution du score est faible ou inexistante (inférieure ou égale à 1 point) ou si le score reste supérieur ou égal à 7, il faut effectuer une manœuvre de correction de l'inversion psychologique, en stimulant le point d'inversion, puis effectuer à nouveau une stimulation des points présentés plus haut.
5. Cinquième étape : elle consiste à effectuer ce que Callahan appelle le « traitement à neuf gammes » : tout en stimulant régulièrement un point localisé sur le versant dorsal de la main, environ 1 cm en-dessous de l'espace interdigital qui sépare l'annulaire de l'auriculaire, le patient doit respecter 9 phases : 1) Garder les yeux ouverts ; 2) Garder les yeux fermés 3) Yeux ouverts, regarder vers le bas puis vers la gauche ; 4) Regarder vers le bas puis vers la droite ; 5) Rouler les yeux dans une direction de son choix ; 6) Rouler les yeux dans la direction opposée ; 7) Fredonner quelques notes d'une chanson ; 8) Compter de 1 à 5 ; 9) Fredonner à nouveau quelques notes.
6. Sixième étape : le patient répète la séquence de traitement initiale (troisième étape). Le score SUD est censé atteindre son minimum, 0 ou 1. Si ce n'est pas le cas, le patient doit reprendre l'algorithme de la troisième à la sixième étape.
7. Septième étape : consolidation des résultats avec une technique de mouvement oculaire, durant laquelle le patient stimule le même point qu'à la cinquième étape. Le regard est d'abord dirigé vers le sol puis se déplace lentement vers le haut, en 10 secondes environ.

Callahan a également élaboré d'autres algorithmes pour gérer les situations de trauma complexe et les émotions qui y sont associées (colère, culpabilité...). Etant donné qu'ils sont relativement similaires à l'algorithme présenté ci-dessus, nous ne les exposerons pas en détails.

b) Indications de l'EFT

L'EFT se présente comme une technique de « guérison universelle », simple d'utilisation et qui permet de soulager toutes sortes de maux, aussi bien psychiques que somatiques (164). Dans une vidéo de présentation facilement accessible sur la plateforme YouTube, l'EFT aurait ainsi permis d'apaiser des douleurs chroniques, des symptômes de sclérose en plaques ou encore de mettre fin à des allergies multiples (168). Plus largement, l'EFT a aussi été présentée comme un outil d'amélioration des performances (compétitions sportives, lutte contre la procrastination, perte de poids, etc.) (169–171).

A l'instar de la TFT et de l'EMDR, l'EFT a été utilisée pour le traitement du TSPT mais aussi pour des « traumas » plus généraux. Il est à noter que la définition d'un évènement traumatique est très large selon Dawson Church, un disciple de Gary Craig, puisque la présence d'un seul des quatre critères suivants suffit pour qu'il soit compris comme tel : 1) Être perçu comme une menace à la survie ; 2) Submerger la capacité de l'individu à faire face à l'évènement, créant un sentiment d'impuissance ; 3) Produire un sentiment d'isolement, de solitude ; 4) Transgresser les attentes de l'individu (172). Le fait que cette définition soit aussi large vient faire écho à nos développements sur la notion d'évènement traumatique dans notre première partie : comme on l'a vu, les critères diagnostiques du TSPT se sont multipliés au fil des décennies ; pourtant, circonscrire les évènements capables d'induire un psychotraumatisme a toujours fait l'objet de débats. Dans cette définition, on retrouve d'ailleurs le sentiment d'impuissance, qui a constitué un sous-critère de l'évènement traumatique pendant un temps, et dont on a souligné l'instabilité au fil des éditions du DSM.

Pour la prise en charge du TSPT, l'EFT propose en tout cas d'effectuer les étapes habituelles de sa procédure en y ajoutant le traitement à neuf gammes de la TFT. Il est suggéré d'utiliser des phrases d'installation et de rappel générales, ce d'autant plus si le patient est sceptique ou ne se sent pas prêt à se concentrer sur un souvenir traumatique. Nous reprenons là aussi la description de la procédure en nous appuyant sur un ouvrage de Dawson Church (172) :

1. Evaluation du niveau de détresse émotionnelle avec l'échelle SUD.
2. Le patient prononce la phrase d'installation (« Bien qu'aucune méthode ne m'ait aidé(e) jusqu'à présent, je m'accepte entièrement et complètement. ») tout en stimulant le point d'inversion psychologique. La phrase d'installation doit être répétée à trois reprises.
3. Stimulation des points d'acupression en descendant de la tête vers la main et en prononçant la phrase de rappel (« Rien ne m'aide », « Submergé », etc.)
4. Réalisation du traitement à 9 gammes.
5. Répétition de la deuxième étape en prononçant la phrase de rappel.
6. Réévaluation du niveau de détresse émotionnelle avec l'échelle SUD.

Arrivé à ce stade, il est possible de répéter l'ensemble des étapes en gardant la même phrase d'installation ou en la changeant légèrement, selon le niveau d'efficacité de la procédure. Chez les patients souffrant de TSPT qui ont déjà utilisé l'EFT, il est également possible de travailler des souvenirs traumatiques plus spécifiques, en effectuant la procédure déjà citée plus haut, mais en utilisant des phrases d'introduction et de rappel plus ciblées sur l'évènement.

Tout comme la TFT, il semble que l'EFT n'ait pas de contre-indication et ne provoque pas d'effet indésirable majeur (173,174). Des abréactions ont pu être rapportées pendant les procédures mais elles seraient rares, par conséquent l'EFT constituerait une technique relativement sûre d'utilisation.

C. EMDR et TFT/EFT: quelles similarités, quelles différences ?

Arrivés à ce stade de notre propos, il nous est déjà possible d'effectuer une première synthèse comparative des thérapies auxquelles nous nous intéressons. Ainsi, l'EMDR, la TFT et l'EFT, toutes les trois apparues aux États-Unis, partagent de nombreuses ressemblances dans plusieurs domaines : d'abord, leur période d'émergence au cours des années 1980 et 1990, qui coïncide avec un intérêt grandissant pour la prise en charge du TSPT. Le mode de découverte de l'EMDR et de la TFT est également très similaire, puisqu'il est issu de la sérendipité : qu'il s'agisse de Francine Shapiro ou de Roger Callahan, tous deux semblent s'être rendus compte "par hasard" des effets de leurs méthodes respectives. S'ils se présentent l'un et l'autre comme des psychologues, leurs parcours respectifs sont toutefois différents : Callahan a suivi une formation classique en psychologie, ce qui lui a d'ailleurs servi d'argument puisqu'il s'est souvent présenté comme un « pionnier » du cognitivisme. Shapiro, en revanche, a d'abord fait des études de littérature avant d'obtenir son doctorat en psychologie au sein d'une école non accréditée, ce qui ne l'a pas empêchée d'obtenir une licence de psychologue clinicienne (130,175). Gary Craig, quant à lui, a une formation beaucoup plus éclectique et hors des soins. Dans leurs modalités pratiques, l'EMDR, la TFT et l'EFT partagent des similarités aussi, puisqu'elles ont recours aux mouvements oculaires et au *tapping* pour des indications semblables, en utilisant la même échelle dans leurs procédures, l'échelle SUD. L'EMDR s'est focalisée dès le départ sur la prise en charge du TSPT tandis que Roger Callahan a mis au point la TFT initialement pour traiter des patients souffrant de phobies. Gary Craig, quant à lui, a élaboré l'EFT pour aider les gens à guérir de leurs traumatismes, dans leur acception la plus large.

Les trois méthodes ont essayé d'élargir progressivement leurs indications, dépassant les sphères du trouble psychique et de la pathologie somatique pour se présenter comme des outils de mieux-être ou d'amélioration des performances.

Enfin, les théories qui sous-tendent l'EMDR et la TFT/EFT ont été très critiquées pour leur manque d'assise scientifique : l'EMDR se base en effet sur une "hypothèse de travail" mise au point après sa découverte et dont la véracité n'a toujours pas pu être prouvée à ce jour. La TFT et l'EFT s'inspirent quant à elles de la médecine traditionnelle chinoise et de l'acupuncture, dont la validité scientifique n'est pas reconnue.

En l'espace de quelques années seulement, ces trois méthodes sont pourtant devenues rapidement populaires, aussi bien auprès des praticiens que des patients. Quelles sont les raisons de ce succès ? Comment a réagi la communauté scientifique face à l'expansion de ces nouvelles méthodes ?

C'est ce que nous proposons de présenter dans la section suivante, qui analysera plus en détails les conditions ayant favorisé l'émergence des thérapies auxquelles nous nous intéressons ainsi que leurs développements respectifs, marqués par de vives controverses.

II. Conditions de développement de l'EMDR, de la TFT et de l'EFT

A. Émergence de l'EMDR, de la TFT et de l'EFT : des conditions favorables

1) La mise en place d'une politique de contrôle des coûts et la recherche d'efficacité

Durant les décennies qui ont suivi la fin de la Seconde Guerre Mondiale, la pratique de la psychothérapie s'est considérablement développée aux Etats-Unis. Facilitée par une plus grande acceptation du public, le recours aux soins psychiques a connu une nette augmentation au cours de cette période : ainsi, le taux d'utilisation des soins de santé mentale a progressé de 1% en 1955 à 10% en 1980 selon le *National Institute of Mental Health* (NIMH) (176). Plus globalement, la qualité des soins de santé s'est améliorée et la consommation de soins, en lien avec le vieillissement de la population et la croissance démographique de l'après-guerre, a considérablement augmenté, ce qui a entraîné une hausse importante des dépenses liées à la santé (177).

Dès la fin des années 1970, les Etats-Unis et les autres pays développés font face à un problème de taille : comment soutenir ces dépenses croissantes alors même que l'économie mondiale est frappée par l'inflation suite aux deux chocs pétroliers de 1973 et 1979 ? Très vite, des politiques de contrôle des coûts sont mises en application et de nouveaux modes de financement, auparavant rétrospectifs ou basés sur les coûts actuels, font leur apparition : c'est ainsi que les systèmes du paiement par capitation et des *Diagnosis-Related Groups* (DRG) voient le jour (178,179). Censées réguler les dépenses de santé, ces méthodes de financement prospectives imposent de nouvelles contraintes aux hôpitaux et aux praticiens libéraux, en fixant des sommes forfaitaires prédéfinies selon certains critères ou en mettant en place des systèmes de classification des patients dont l'une des données déterminantes est leur durée de séjour. En parallèle, les modalités de remboursement des patients par les assurances deviennent plus restrictives, ce qui a un impact direct sur l'accès aux soins et leur délivrance.

Pour le domaine de la psychothérapie, les implications sont majeures : il faut désormais offrir les meilleurs soins aux patients tout en limitant le plus possible les dépenses que ces soins entraînent (180). L'efficacité devient dès lors une des conditions centrales de remboursement des psychothérapies et l'on commence à valoriser les thérapies brèves qui permettent de régler rapidement des problématiques ciblées : les *Power Therapies*, en promettant un soulagement rapide de troubles invalidants comme le TSPT ou les troubles anxieux, semblent avoir bien saisi cet enjeu. Mais le défi que représente la charge de la preuve n'a pas été relevé de la même façon selon que l'on s'intéresse à l'EMDR ou à la TFT/EFT. En tout cas, le contexte socio-économique ne constitue pas le seul élément qui a favorisé l'émergence de ces thérapies. D'autres facteurs, d'ordre sociologique, culturel et historique, sont aussi à l'œuvre.

2) Le *Concept creep* : la popularisation des concepts liés à la notion de préjudice

Depuis que le diagnostic de TSPT a été introduit dans le DSM-III en 1980, ce trouble psychique a fait l'objet d'un intérêt croissant dans la communauté scientifique. L'étude du psychotraumatisme et de sa prise en charge n'a donc cessé de s'élargir au cours des dernières décennies, au point de constituer une branche à part entière de la santé mentale : la psychotraumatologie. En outre, la multiplication des études dans ce domaine a permis de mettre en lumière les impacts négatifs du psychotraumatisme sur les populations, tant et si bien que sa prise en charge est désormais considérée comme un enjeu de santé publique (181). Comment expliquer cet intérêt de plus en plus important pour le psychotraumatisme et sa prise en charge au cours des dernières décennies ? Les éléments de réponse à cette question sont complexes, puisqu'ils font intervenir des facteurs historiques, culturels, sociétaux, etc. Néanmoins, il nous semble qu'un concept récemment développé par le psychologue australien Nick Haslam permet d'apporter un regard éclairant face à cette interrogation : il s'agit de la notion de *concept creep*, que l'on peut traduire en français par fluage conceptuel ou dérive conceptuelle.

Introduit en 2016, le terme de dérive conceptuelle désigne l'expansion sémantique de certains mots, associés au domaine de la psychologie, dont l'usage est lié à la notion de préjudice, comme par exemple « abus », « harcèlement » ou bien encore « trauma » (182). Cette expansion peut prendre deux formes : la première, qualifiée de « verticale », se produit lorsque le seuil de détection d'un phénomène diminue ou lorsque les critères pour le définir deviennent plus larges ; par exemple, l'évolution des critères diagnostiques du TSPT illustre bien le phénomène d'expansion verticale. La seconde forme, dite « horizontale », a lieu quand un certain concept est appliqué à un nouveau contexte ou quand son utilisation englobe de nouveaux phénomènes : l'application du terme « trauma » à la sphère du psychisme, alors qu'il désignait initialement une blessure physique, en est un exemple.

Afin d'illustrer la notion de dérive conceptuelle, l'expansion sémantique qui est censée la caractériser a été étudiée : en s'appuyant sur plus de 800 000 résumés d'articles de recherche en psychologie, Vylovoma et al. ont montré que l'utilisation du mot « trauma » était bien plus fréquente en 2018 qu'en 1970, avec une augmentation nette à partir des années 1990 (183). En outre, les auteurs ont montré que l'utilisation du mot « trauma » était de plus en plus associée aux termes « psychologique », « stress » et « sexuel » pendant la période des années 1980 aux années 2010, illustrant son expansion dans le domaine de la psychologie.

D'après Haslam, les causes de cette expansion seraient culturelles et sociétales : ainsi, il reprend les propos de Pinker qui soutient que la violence serait en déclin dans les sociétés occidentales contemporaines. En parallèle, la sensibilité aux préjudices aurait augmenté au cours des dernières décennies, amenant les individus à considérer qu'une plus grande variété d'évènements leur causait du tort (184). Ce phénomène d'expansion serait également consécutif aux initiatives de certains acteurs sociaux ou politiques qui cherchent à élargir le domaine d'application des concepts liés au préjudice, l'objectif de ces acteurs étant d'entraîner une réponse légale ou au moins sociale par rapport à des sujets qu'ils condamnent (harcèlement, abus sexuels, etc.) (185).

Au final, les conséquences de la dérive conceptuelle sont aussi bien positives que négatives : d'une part, elle entraîne des risques de conflits sociaux (par exemple désaccord sur ce qui doit être considéré comme un préjudice ou non, retentissement sur les modalités d'expression dans l'espace public suite à l'expansion de ce qui est considéré comme socialement inacceptable, polarisation des jugements moraux, etc.) mais d'autre part, elle a aussi permis « d'anormaliser » des comportements qui étaient auparavant banalisés ou rarement condamnés (comme par exemple le harcèlement professionnel) et de légitimer la prise en charge de certains troubles mentaux, dont notamment le TSPT, offrant ainsi la possibilité aux personnes qui en souffrent de suivre un traitement (186).

Il nous semble donc que la dérive conceptuelle a eu un rôle à jouer dans l'émergence et le développement des thérapies du psychotraumatisme puisqu'elle a contribué à mettre en lumière les impacts négatifs du syndrome de stress post-traumatique et à légitimer sa prise en charge. A cette dérive conceptuelle s'associe également la popularisation des médecines alternatives et complémentaires, probablement favorisée par certains courants de pensées philosophiques tels que le postmodernisme, dont nous allons traiter dans la partie qui suit.

3) La popularisation des médecines alternatives et complémentaires et l'apparition du postmodernisme

Les médecines alternatives et complémentaires (MAC), également appelées médecines non conventionnelles, sont des méthodes de soins qui ne relèvent pas de la médecine occidentale. Elles ont des origines, des bases théoriques et des techniques très variées, ce qui vient poser problème quand il s'agit d'établir leur définition.

Ainsi, l'OMS les décrit en tant que « *vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant (187).* » Elle les distingue de la médecine traditionnelle, qui constitue la « *somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales.* »

En France, le Ministère de la Santé préfère parler de « pratiques de soins non conventionnelles », qu'il met en opposition avec une médecine dite « conventionnelle », et considère que le terme de « médecine » doit être proscrit si les pratiques en question n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (188). L'Ordre des Médecins, quant à lui, a utilisé jusqu'à récemment l'appellation de « médecines alternatives et complémentaires », en rappelant que pour être désignées comme telles, elles devaient « être réalisées par des médecins, ou sous

leur autorité (189). » Il en a par ailleurs précisé les termes : « alternative » implique que le patient fasse un choix ; il décide d'avoir recours à une pratique non conventionnelle au lieu des méthodes proposées par la médecine dite « conventionnelle ». L'importance du dialogue entre médecin et patient est tout particulièrement soulignée dans cette définition, l'enjeu étant que le patient soit correctement informé sur les méthodes auxquelles il souhaite avoir recours, ainsi que leurs risques éventuels. « Complémentaire » signifie que les soins peuvent être réalisés conjointement à ceux proposés par la médecine dite « conventionnelle ».

La position de l'Ordre a toutefois changé, puisqu'en juin 2023, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a publié un rapport dans lequel il reprend le terme de « pratiques de soins non conventionnelles » pour désigner les MAC (190). Mais cette définition s'avère finalement ambiguë puisque le CNOM estime dans ce même rapport que des pratiques comme l'acupuncture, qui est pourtant une thérapie complémentaire, sont considérées à tort comme « non conventionnelles ». Regrouper les MAC sous l'appellation « pratiques de soins non conventionnelles » pose donc problème car elles sont mises en opposition avec une médecine dite « conventionnelle » qui elle-même n'a pas de définition juridique ou réglementaire. Plus globalement, des études ont montré qu'au mieux 10% des actes réalisés dans la pratique médicale quotidienne disposaient d'un haut niveau de preuve scientifique, ce qui vient poser une limite au critère mis en avant par le Ministère de la Santé (191,192).

Une définition consensuelle des MAC, on le voit bien, n'a donc pas encore été établie pour le moment, d'autant qu'il existe plus de 400 méthodes différentes à l'heure actuelle. Néanmoins, plusieurs tentatives de classification ont été réalisées ; l'OMS, l'Inserm et le *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH) retiennent ainsi quatre grandes catégories de MAC :

- Les thérapies biologiques, qui s'appuient sur l'utilisation de produits naturels d'origine végétale, animale ou minérale (phytothérapie, aromathérapie...)

- Les thérapies manuelles axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie,...)
- Les thérapies psychocorporelles (hypnothérapie, sophrologie,...)
- Les systèmes complets reposant sur des fondements théoriques et des pratiques propres (homéopathie, acupuncture chinoise...)

Malgré leur grande diversité, il semble par ailleurs que ces pratiques partagent un élément commun : le vitalisme. Cette approche philosophique considère que les organismes vivants sont animés par un principe vital dont les manifestations ne peuvent être réduites à des interactions physico-chimiques (193). En ce sens, elle s'oppose au matérialisme physico-chimique de la biomédecine, et se manifeste à différents degrés au sein des MAC : dans ses théorisations les plus extrêmes, le principe vital est comparé à une force surnaturelle. Dans d'autres formes plus modérées, on considère que le corps possède une capacité innée de guérison facilitée par l'intervention du thérapeute : c'est le principe du *vis medicatrix naturae*, le pouvoir de guérison de la nature, qui sous-tend de nombreuses pratiques telles que l'homéopathie, la naturopathie, l'ostéopathie, etc.

En ce qui concerne les méthodes auxquelles nous nous intéressons, on peut considérer que les fondements théoriques de la TFT et de l'EFT reflètent cette vision vitaliste, puisqu'ils s'inspirent directement de la médecine traditionnelle chinoise, en reprenant la théorie des méridiens et le concept de *Qi*. En revanche, le lien est moins évident à faire avec l'EMDR, car son modèle s'appuie initialement sur des travaux effectués par des cognitivistes. Shapiro ne mentionne aucun « principal vital » dans sa théorie. La seule notion qui pourrait éventuellement se rapprocher d'une conception vitaliste telle que nous l'avons décrite est le principe d'auto-guérison, mais en l'absence d'autres éléments, il paraît douteux d'affirmer ce lien. Dans le même temps, l'EMDR partage de nombreuses similitudes avec les approches psycho-corporelles, qui sont considérées comme des thérapies complémentaires, et même si elle a su s'adapter aux attentes du paradigme biomédical en prouvant son efficacité, ses

fondements théoriques restent controversés. Le fait que Shapiro définisse l'EMDR comme une « thérapie intégrative » constitue probablement le reflet de cette situation particulière. Nous y reviendrons dans notre troisième partie.

Dans tous les cas, il apparaît que les MAC suscitent un engouement indéniable au sein des pays développés : ainsi, un rapport du Commissariat général à la stratégie et à la prospective (CGSP) réalisé en 2012 estime que 70 % des habitants de l'Union européenne ont fait appel à une thérapie complémentaire au moins une fois dans leur vie et que 25 % y ont recours chaque année (194). Chez les patients atteints de cancer, le taux d'utilisation de ces méthodes atteint les 80 %. Quant à la France, un sondage Ifop de novembre 2007 estime que 39% de ses habitants se tourneraient vers les thérapies complémentaires (195). Ils auraient recours en priorité à l'homéopathie, l'ostéopathie et la phytothérapie. Plus récemment, les médias ainsi que plusieurs rapports officiels en France n'ont pas hésité à parler d'explosion, d'essor ou d'augmentation exponentielle du recours aux MAC dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Pourtant, il semble que ce recours soit stable depuis 2007 (196).

La popularisation des MAC, à l'instar de l'augmentation de l'intérêt pour le psychotraumatisme, semble avoir de multiples causes. Cependant, celles-ci ont été peu étudiées. A l'heure actuelle, les facteurs qui pourraient expliquer cette évolution sont essentiellement formulés sous la forme d'hypothèses, que nous proposons de présenter ci-dessous.

Parmi les facteurs les plus souvent évoqués, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques sont régulièrement mentionnés(197). En effet, de nombreux patients souffrant d'affections invalidantes (cancers, pathologies rhumatismales, douleurs chroniques, etc.) ont recours aux MAC car ils sont insatisfaits des résultats de la médecine conventionnelle, de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin et/ou ils craignent la survenue d'effets secondaires. Les MAC, présentées comme des

“méthodes douces”, peuvent être perçues (faussement pour certaines) comme des alternatives ne comportant que très peu de risques. En outre, elles seraient plus axées sur les soins de prévention que la médecine allopathique, et offriraient des prises en charge plus complètes en se focalisant à la fois sur les soins du corps et de l’esprit, ce dernier aspect étant le plus souvent négligé par les praticiens de médecine conventionnelle selon les promoteurs des MAC.

Plus généralement, le consumérisme de masse et l’individualisme associés au phénomène de globalisation ont aussi joué un rôle dans la transformation des sociétés occidentales contemporaines, facilitant d’une certaine manière la popularisation des MAC (198). Consumérisme et individualisme, d’une part, ont érigé en valeur centrale la possibilité pour chaque individu d’exercer un choix. Cela a eu pour conséquence d’augmenter le sentiment de responsabilité individuelle, y compris sur les questions de santé. Dans ce contexte de transformation sociétale, la contestation de l’autorité médicale et du modèle paternaliste est devenue croissante, les patients demandant à participer plus activement aux décisions de soins les concernant, ce qui a contribué par ailleurs à développer le pluralisme médical. La globalisation culturelle, quant à elle, a permis de faire connaître de nombreuses cultures, dans lesquelles peuvent s’inscrire des croyances et pratiques traditionnelles, parfois qualifiées de “pré-modernes”. En parallèle, la globalisation économique a facilité la commercialisation de ces pratiques dites pré-modernes, en s’appuyant sur plusieurs tendances : un “retour à la nature” en réponse à la crise écologique, un retour à la tradition, et une résurgence du sacré qui se manifeste sous la forme d’une métaphysique d’inspiration New Age ou bien une recrudescence des fondamentalismes (199). Or ces différentes tendances sont le plus souvent valorisées au sein des MAC.

A un niveau plus profond encore, il semble que le fonctionnement des sociétés occidentales contemporaines marque une rupture avec les périodes antérieures, au point que certains

historiens et sociologues parlent de modernité tardive ou d'époque post-moderne. Apparu durant les années 1970 au sein du milieu architectural, le post-modernisme est un courant qui a progressivement gagné d'autres domaines comme la littérature, la philosophie et les sciences sociales (200). Il se caractérise par une critique du positivisme et de l'idéologie de progrès qui dominaient jusqu'alors à l'époque moderne. Cela a conduit à une relativisation du savoir ainsi qu'à une remise en question de la notion d'universalité mais aussi de l'autorité sous toutes ses formes, y compris médicale. De ces différentes critiques ont découlé une perte de foi dans la capacité de la science à résoudre tous les problèmes, une popularisation de la "culture verte" et l'émergence d'un nouveau système de valeurs : promotion de modes de vie et de méthodes de soins "naturels", approche holistique de la santé, défiance vis-à-vis de la technologie, autonomie et participation aux décisions de soin, importance de la responsabilité individuelle, etc (201). Plusieurs études indiquent que les patients ayant recours aux MAC adhèrent aux valeurs post-modernes : Furnham et Forey ont par exemple mis en évidence que ce type de patients avaient tendance à ne pas prendre de traitement médicamenteux ou à ne pas consommer de produits contenant des additifs ou des conservateurs (202). Astin, quant à lui, a montré que les patients se tournaient vers les MAC car ces méthodes étaient plus en accord avec leurs valeurs, leurs croyances et orientations philosophiques à l'égard de la santé et de la vie en général (203). Enfin, il est suggéré que le recours aux MAC reflèterait un besoin de donner du sens à son existence : dans un monde occidental sécularisé où les croyances religieuses sont en déclin, ces méthodes offriraient l'accès à une certaine forme de spiritualité, contrairement à la médecine dite « conventionnelle » (197).

Si tous ces éléments ont pu contribuer selon nous à populariser les méthodes qui font l'objet de notre travail, cela ne signifie pas pour autant qu'elles n'ont rencontré aucune opposition : bien au contraire, de nombreux auteurs ont rapidement dénoncé l'EMDR, la TFT et l'EFT pour diverses raisons. Nous proposons d'explorer leurs arguments dans la section suivante.

B. Oppositions et critiques

Peu de temps après leur apparition, les *Power therapies* ont rapidement fait l'objet de vives controverses à propos de leurs fondements théoriques et de leurs méthodes de dissémination. La validité des études les concernant a également été contestée. Pour ces différentes raisons, les *Power therapies* ont très vite été qualifiées de « pseudo-sciences ». Mais qu'en est-il exactement ? C'est ce que nous proposons d'évoquer dans cette section, en abordant les différentes oppositions auxquelles l'EMDR, la TFT et l'EFT ont dû faire face dans les suites de leur émergence.

1) Des fondements théoriques et des mécanismes d'action controversés

a) *La TFT et l'EFT*

Comme on l'a déjà vu plus haut, la TFT et l'EFT partagent de nombreuses similitudes sur le plan théorique et pratique. Elles appartiennent aux *Power Therapies*, mais aussi plus spécifiquement au courant de la psychologie énergétique. Définie comme la « *famille des techniques psychothérapeutiques qui recherche à rétablir l'équilibre entre le corps et l'esprit en travaillant directement sur les perturbations énergétiques du champ humain* », la psychologie énergétique a recours à des techniques qui sont censées « *agir sur le psychisme par l'intermédiaire du champ énergétique corporel (méridiens, chakras, biochamps)* (204). » La psychologie énergétique reprend donc des éléments issus à la fois de la médecine traditionnelle orientale, notamment l'acupuncture, et de la médecine occidentale, comme les techniques d'exposition développées en psychologie cognitive.

Les bases théoriques de la psychologie énergétique restent néanmoins très contestées. Bien que l'acupuncture ait fait l'objet de nombreuses études et que son efficacité soit reconnue dans plusieurs indications (notamment le traitement des douleurs et des symptômes digestifs), il n'existe à ce jour aucun argument anatomique, histologique ou biochimique ayant permis de mettre en évidence la présence de points d'acupuncture au niveau du corps humain (205).

L'existence des méridiens est également controversée : dans son ouvrage *Tapping the Healer within*, Callahan affirme que leur présence a pu être objectivée par Vernejoul à l'aide de traceurs radioactifs (206) ; finalement, il s'avèrerait que les images obtenues correspondent aux systèmes veineux et lymphatique (207,208).

Plus globalement, c'est le concept même d'énergie qui pose problème : en psychologie énergétique, l'énergie rend compte de la majorité des phénomènes observés dans la vie d'un individu. On retrouve une connotation vitaliste propre aux médecines alternatives qui a déjà été développée plus haut. Cela implique une compréhension qualitative de l'énergie (positive ou négative), qui ne peut être quantifiée. A l'inverse, on considère en sciences physiques que l'énergie est la capacité à effectuer un travail ou bien des transformations qui sont mesurables. En l'absence d'éléments quantifiables venant objectiver son existence, le champ énergétique corporel mentionné dans la définition précédente reste par conséquent une hypothèse explicative, dont la véracité n'a pas encore pu être établie (209).

L'acupuncture, la théorie des méridiens et des champs énergétiques corporels sont donc contestées sur le plan scientifique. Mais d'autres courants dont s'inspirent la TFT et l'EFT font eux aussi l'objet de controverse. La kinésiologie appliquée en est un exemple : en effet, le test musculaire, repris dans la méthode de Callahan, n'est pas validé scientifiquement. Plusieurs applications de cette technique diagnostique, comme l'évaluation de l'état nutritionnel ou la détection d'allergies, ont été étudiées et n'ont pas permis de démontrer sa fiabilité (210–212).

Comment alors est-il possible d'expliquer les mécanismes d'action de la TFT et de l'EFT d'un point de vue scientifique ? Les deux méthodes affirment que la stimulation des points d'acupuncture par le *tapping*, associé à d'autres procédés (mobilisation oculaire, respiration,...), permettrait d'agir sur les blocages du flux d'énergie chez un individu, ces blocages étant identifiés comme source de toute souffrance psychique. En pratique, aucun

mécanisme d'action précis n'a pu être identifié. Certaines études d'imagerie fonctionnelle, reprises par David Feinstein dans une revue de littérature, ont mis en évidence que l'activité de l'amygdale était diminuée pendant des séances d'acupuncture (213–215). A partir de ce constat, il a été suggéré que lorsqu'un souvenir traumatique était réactivé, la stimulation des points d'acupuncture (à l'aide d'aiguilles ou par le tapotement) permettait de diminuer l'activation de l'amygdale et d'autres zones cérébrales impliquées dans la réponse à la menace. En effet, le *tapping* et les autres manœuvres utilisées au cours des procédures (mouvements oculaires, etc.) pourraient stimuler des voies sérotoninergiques qui inhiberaient la réponse à la menace déclenchée par l'amygdale lors d'une réactivation traumatique (216). Ceci rendrait possible une reconsolidation de la mémoire sous une forme moins anxiogène et *in fine*, une diminution de l'impact des souvenirs traumatiques. Toutefois, ce modèle reste hautement spéculatif et manque de support neurobiologique à l'heure actuelle. De plus, les études reprises par Feinstein sur l'activité de l'amygdale ont fait l'objet de critiques, notamment par McCaslin, qui a montré qu'elle n'était pas spécifique des séances d'acupuncture ou des méthodes de psychologie énergétique (217).

Plusieurs études ont été menées par ailleurs afin d'identifier les éléments qui pourraient expliquer les effets de la TFT et de l'EFT. Ces deux méthodes se distinguent par une différence notable : la première a recours à des algorithmes spécifiques, l'ordre de stimulation des points d'acupression étant variable selon les situations, tandis que la seconde utilise une séquence générale pour tout type de trouble. Cela vient soulever plusieurs questions : l'ordre de stimulation a-t-il une importance ? Et si tel n'est pas le cas comme le prétend l'EFT, est-ce le *tapping* qui constitue le véritable « principe actif » à l'origine des effets constatés ou bien ces effets sont-ils le résultat de facteurs non spécifiques ?

Une étude de 2005 réalisée par Monica Pignotti, une ancienne disciple de Callahan, tend à montrer que l'ordre de stimulation n'a pas d'importance : en comparant deux groupes, l'un

bénéficiant d'une technique issue de la TFT, la *Voice Technology*, et l'autre recevant une séquence de stimulation aléatoire, Pignotti n'a mis en évidence aucune différence significative (218).

Le rôle du *tapping*, quant à lui, reste contesté. Dans sa revue critique, Hooke suppose que le conditionnement, les affirmations positives, les stimulations répétées et focalisées, les techniques de respiration et surtout l'effet placebo pourraient rendre compte des résultats avancés par la TFT (219). Il est rejoint par d'autres auteurs qui considèrent que la psychologie énergétique n'a pas d'effet propre : les résultats des études sur la TFT et l'EFT sont attribuables selon eux à l'effet placebo ou bien à des techniques issues d'autres courants, en particulier la thérapie d'exposition (217,220,221) .

L'EFT a par ailleurs fait l'objet de plusieurs méta-analyses, dont certaines se sont penchées sur le rôle du *tapping*. Ainsi, une méta-analyse publiée en 2015, qui a inclus 18 études sur l'EFT, a conclu qu'il n'existait à ce jour aucun élément permettant de savoir si le *tapping* avait une efficacité propre ou si les effets de l'EFT étaient liés à des facteurs non spécifiques (222). Cette méta-analyse était toutefois limitée par une forte hétérogénéité et un faible nombre d'études.

Une autre méta-analyse plus récente réalisée par Dawson Church a soutenu quant à elle que le *tapping* constituait un ingrédient spécifique de l'EFT (223). Cependant, elle souffrait de plusieurs limitations importantes : le nombre d'études incluses était faible, tout comme les échantillons de patients, dont les populations étaient hétérogènes. Mais surtout, la qualité méthodologique des études était variable : en effet, six essais avaient été inclus au départ, mais trois d'entre eux ont été exclus de l'analyse car, selon Church, ils ne respectaient pas les critères de qualité de l'APA : ces trois études avaient établi un protocole comprenant un groupe contrôle placebo (avec stimulation de "faux points" d'acupuncture) mais elles n'avaient pas mis en place de randomisation ou n'utilisaient pas de questionnaire standardisé.

Les trois autres études utilisaient quant à elles une technique de méditation ou de respiration diaphragmatique en guise de contrôle. Bien que les résultats de la méta-analyse plaident pour une participation active du *tapping* dans le processus thérapeutique lié à l'EFT, leur portée reste néanmoins limitée par les différents points que nous avons évoqués.

Alors même que les bases théoriques de la TFT/EFT sont vivement contestées, il semble donc que les recherches réalisées jusqu'à présent peinent à mettre en évidence des mécanismes d'action spécifiques à ces méthodes. Mais qu'en est-il de l'EMDR ?

b) L'EMDR

Dès son émergence, l'EMDR a été critiquée pour ses fondements théoriques, dont le manque de validité et le caractère spéculatif ont été soulignés par plusieurs critiques. Il a ainsi été reproché à Shapiro l'usage d'un langage hermétique ayant recours à des termes et des métaphores qui ne possèdent aucune référence neurophysiologique précise (par exemple « nœud physiologique » ou « configuration neurobiologique d'un souvenir ») (224). Selon certains détracteurs, ces éléments de langage s'intègrent plus largement dans des tactiques qui cherchent à promouvoir la méthode de Shapiro, comme on le verra plus bas.

Le caractère protéiforme de la théorie qui sous-tend l'EMDR a également été critiqué : en effet, Shapiro affirmait dans sa première étude que les mouvements oculaires constituaient une « composante essentielle » de sa méthode (133). Quelques années plus tard, elle a finalement soutenu que d'autres stimulus (auditifs, tactiles) pouvaient aussi être utilisés pour activer le « système de traitement adaptatif de l'information ». Ainsi, Shapiro a fini par considérer que les mouvements oculaires ne constituaient qu'une composante parmi d'autres au sein d'une méthode complexe. Ces aménagements successifs ont renforcé les doutes des sceptiques quant à la cohérence de sa théorie en les faisant aussi s'interroger sur le rôle de ces composantes : au final, si les mouvements oculaires ne sont qu'un élément actif parmi d'autres, qu'est-ce qui peut expliquer l'efficacité de l'EMDR ? Existe-t-il des mécanismes

d'action propres à cette méthode ou bien son efficacité n'est-elle expliquée que par des facteurs non spécifiques ? (225)

A l'heure actuelle, ces questions ne connaissent pas encore de réponse définitive. Comme on l'a déjà vu plus haut, plusieurs hypothèses ont été élaborées pour tenter d'expliquer les mécanismes de l'action de l'EMDR. En ce qui concerne les mouvements oculaires, la controverse a d'abord porté sur la définition que Shapiro leur donnait : en effet, Rosen a affirmé que des mouvements saccadiques comme ceux décrits par Shapiro ne pouvaient pas être expérimentés volontairement. De ce fait, il a également questionné les circonstances dans lesquelles ces mouvements ont été découverts et mis en doute leur rôle dans le processus thérapeutique de l'EMDR (226).

Dans les années qui ont suivi, de nombreuses études aux résultats contradictoires ont ensuite vu le jour : d'après certaines, l'absence de mouvements oculaires ne diminuait pas l'efficacité de l'EMDR (227–229). Quelques études tendaient même à montrer que leur absence améliorait les résultats du traitement (230,231). D'autres, au contraire, plaidaient pour une plus grande efficacité de l'EMDR quand les mouvements oculaires étaient appliqués (232,233). Cette dernière hypothèse a été appuyée par des recherches ultérieures, dont une méta-analyse de 24 études publiée en 2013 concluant que les mouvements oculaires avaient très certainement un rôle actif dans le traitement par EMDR (234).

Plus récemment, des travaux ont suggéré que les mouvements oculaires et les autres formes de stimulation bilatérale pouvaient interférer avec la phase de rappel d'un souvenir, qui sollicite la mémoire de travail (235,236). En effet, il s'agit d'une mémoire dont la capacité est limitée et si deux exercices sont réalisés en même temps – par exemple des mouvements oculaires et un rappel de souvenirs –, elle finit par être saturée. En outre, plusieurs travaux ont soutenu que les souvenirs redevenaient labiles lors de la phase de rappel : par conséquent, les événements qui surviennent au cours de cette période pourraient influencer la reconsolidation

d'un souvenir quand il est renvoyé dans la mémoire à long terme, et donc la façon dont on s'en rappelle plus tard. Appliquée à l'EMDR, cette théorie permettrait d'expliquer le rôle des mouvements oculaires et des autres formes de stimulation bilatérale dans la diminution des souvenirs traumatiques : en effectuant une distraction lors de la phase de rappel, la stimulation bilatérale rendrait possible une reconsolidation du souvenir sous une forme moins « vivace ». En termes d'efficacité, l'équivalence des mouvements oculaires par rapport aux autres types de stimulation bilatérale reste néanmoins débattue, même si plusieurs études tendent à montrer qu'ils seraient supérieurs aux stimulations tactiles ou auditives (237–239).

A la lecture de ces hypothèses, il paraît tentant de faire un rapprochement avec le modèle explicatif que nous avons présenté plus haut pour la TFT et l'EFT. Or, une étude d'imagerie fonctionnelle parue récemment suggère que le *tapping* (tel qu'utilisé par les méthodes de psychologie énergétique) faciliterait les phénomènes de restructuration cognitive et l'intégration de nouvelles expériences lors de la confrontation à des stimuli phobiques (240). Ceci s'expliquerait par un mode d'action commun à l'EMDR, à la TFT et à l'EFT : la stimulation bifocale multisensorielle, où l'attention est dirigée à la fois sur un contenu émotionnel négatif et sur une stimulation sensorielle, qui joue le rôle de distracteur. Là encore, comment ne pas faire le rapprochement avec le concept de « stimulation bilatérale d'attention double » de l'EMDR, la seule différence avec la stimulation bifocale étant l'absence de bilatéralité ? Cette proximité paraît d'autant plus vraisemblable que l'EMDR, la TFT et l'EFT ont recours à des techniques relativement similaires : lors de l'exposition à un contenu négatif, des stimulations sensorielles sont effectuées. Néanmoins, il ne faudrait pas tirer de conclusion hâtive : l'étude que nous avons reprise étudie des stimuli phobiques, et non des souvenirs traumatiques. En outre, ce modèle explicatif est relativement récent et manque de support neurobiologique.

En ce qui concerne l'EMDR, des travaux de neuro-imagerie se sont multipliés afin d'identifier d'éventuelles modifications consécutives au traitement (241). Pour cela, des études ayant recours à des techniques d'imagerie fonctionnelle ont été réalisées avant et après des séances d'EMDR chez des patients souffrant de TSPT. Elles ont pu mettre en évidence des changements d'activation de certaines zones cérébrales : ainsi, il a été constaté que des zones comme le lobe occipital ou le lobe temporal avaient une activité diminuée après les séances d'EMDR, tandis que d'autres comme le lobe frontal gauche avaient une activité augmentée (242–244). Ces résultats pourraient concorder avec une amélioration de la régulation émotionnelle, en lien avec l'activation du lobe frontal gauche, mais aussi une diminution des flashbacks, en lien avec une diminution de l'activation occipitale, et une diminution de la surconsolidation des souvenirs traumatiques, consécutive à la diminution de l'activité temporale. Enfin, ces modifications pourraient illustrer une “rééquilibration” du niveau d'activation des zones préfrontale et limbique, dont on a vu que le dysfonctionnement pouvait être à l'origine des symptômes de TSPT.

En outre, des études utilisant des enregistrements EEG pendant les séances d'EMDR ont aussi été réalisées (241). L'une d'elle a objectivé des modifications des ondes émises par certaines zones cérébrales (notamment une augmentation des ondes thêta au niveau de l'hippocampe), ce qui pourrait constituer des arguments supplémentaires en faveur d'une action de l'EMDR sur les symptômes post-traumatiques (245).

Il semble donc que les mécanismes d'action de l'EMDR trouvent de plus en plus d'éléments d'explication. Néanmoins, le fonctionnement exact de cette méthode reste encore inconnu à ce jour, raison pour laquelle des recherches demeurent nécessaires.

La réalisation de ces nombreuses études a sûrement été encouragée par le fait que l'EMDR est désormais une pratique scientifiquement validée, figurant dans de nombreuses recommandations aussi bien nationales qu'internationales. En outre, Shapiro a aussi su

s'approprier des éléments provenant à la fois de thérapies déjà existantes et des découvertes empiriques qu'elle a faites, ce qui lui a permis de réviser à plusieurs reprises son modèle afin de l'adapter aux recherches. Cet aspect protéiforme de sa théorie n'a pas manqué d'essuyer les critiques, certains détracteurs soutenant que ces changements rendaient impossible une définition exacte de l'EMDR (246). D'un autre côté, on pourrait répondre que le processus de recherche scientifique comporte justement une part de remise en question, afin que le modèle qu'on propose soit le plus adapté à la réalité. Là aussi, nous reviendrons plus en détails sur cette question dans notre troisième partie.

A présent, nous proposons de nous intéresser aux critiques auxquelles l'EMDR, la TFT et l'EFT ont fait face concernant la qualité de leurs études. Nous évoquerons aussi le degré de reconnaissance qui en a découlé, notamment sur le plan des recommandations de prise en charge.

2) Des études critiquées

a) La TFT et l'EFT

Dans les suites de leur émergence, la TFT et l'EFT ont attiré l'attention de la communauté scientifique en raison des résultats que leurs promoteurs avançaient : en effet, Callahan a affirmé que sa méthode pouvait atteindre jusqu'à 97% d'efficacité pour toutes sortes de troubles psychiques à l'aide d'une technique bien particulière qu'il a développée dans le cadre de la TFT, la *Voice Technology*, censée donner des séquences de *tapping* individualisées aux patients par une simple analyse de leurs voix au téléphone (160). Gary Craig, quant à lui, a soutenu que sa méthode pouvait atteindre 80 à 90% d'efficacité dans la majorité des cas (128). Du fait de leur caractère quasi « miraculeux », ces résultats ont rapidement suscité la controverse. En effet, de nombreux auteurs ont pointé du doigt les faiblesses méthodologiques des études au sein desquelles ces résultats étaient présentés. Ainsi, la TFT s'est vue reprocher de présenter ses résultats dans des études de cas non revus par des pairs ou *via* des

témoignages, le plus souvent relayés sur des sites internet (247). En effet, on considère que ces modes de présentation de résultats ne permettent pas d'apporter des preuves suffisamment solides sur le plan scientifique, le « gold standard » étant l'ERC, comme on l'a déjà vu dans notre première partie.

De plus, la TFT a fait l'objet de vives critiques concernant un outil de mesure qu'elle s'est approprié, la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC) : à plusieurs reprises, Callahan et ses disciples l'ont présentée comme une technique de mesure objective permettant de prouver l'efficacité de la TFT, études de cas à l'appui (248,249). Censée refléter l'activité du système nerveux autonome grâce à une mesure apparemment simple – la fluctuation du rythme cardiaque au cours du temps entre deux battements consécutifs –, la VFC connaît effectivement un intérêt croissant dans le domaine de la psychologie et de la psychopathologie depuis une vingtaine d'années : outre son aspect pratique (il s'agit d'une méthode de mesure non invasive), les recherches suggèrent qu'elle pourrait constituer un bon indicateur de la régulation des émotions (250). Certains auteurs considèrent même qu'elle pourrait servir de biomarqueur transdiagnostique de trouble psychiatrique (251). En pratique, la mesure de la VFC nécessite toutefois d'être réalisée dans des conditions strictement standardisées car il existe de nombreux facteurs confondants pouvant altérer ses résultats (âge, sexe, position du corps, fréquence respiratoire, etc.). En outre, l'analyse des données fait appel à des modèles complexes, très sensibles aux biais ou aux artefacts : ainsi, un seul artefact ECG peut fausser les estimations d'une VFC, ce qui peut avoir un impact considérable sur les résultats d'une étude (252).

Malgré son apparente simplicité, l'exploitation des données issues de la VFC s'avère donc plus complexe qu'il n'y paraît ; or les différentes études qui ont eu recours à la VFC pour prouver l'efficacité de la TFT manquaient globalement de rigueur, ce qui a suscité des critiques de la part de ses détracteurs : ainsi, Gaudiano *et al.* ont souligné les nombreuses

faiblesses méthodologiques d'un article regroupant plusieurs études de cas sur l'utilisation de la VFC, notamment l'absence de contrôle des facteurs confondants (253). Il en découlait selon eux un manque d'argument ne permettant de prouver ni l'utilité de la VFC en pratique clinique générale ni l'efficacité de la TFT.

Face à ces multiples accusations, les promoteurs de la TFT se sont d'abord montrés réticents à répondre aux exigences de la médecine fondée sur les preuves. Outre l'absence de fondement théorique valide sur le plan scientifique, l'un des principaux points de tension consistait en la réalisation d'études contrôlées randomisées comportant un groupe placebo : Callahan lui-même a affirmé qu'au vu des résultats déjà existants, l'utilisation de tels groupes n'était pas nécessaire (254). Bien évidemment, cette réponse n'a fait qu'attiser les critiques du côté des détracteurs de la TFT, qui estimaient que cette pratique relevait de la pseudoscience. L'étude de Pignotti, parue en 2005, a toutefois mis en doute les affirmations de Callahan (218).

Dans les années qui ont suivi, d'autres essais cliniques avec une méthodologie de meilleure qualité ont vu le jour : ainsi, une étude récente d'Irgens *et al.* (2017) a comparé la TFT aux TCC pour le traitement de l'agoraphobie, avec des résultats favorables pour la TFT (167). Cependant, il a été reproché à la majorité des autres études une absence persistante de contrôle par un groupe placebo, lesdites études privilégiant la mise en place d'une liste d'attente. Selon les détracteurs de la TFT, les résultats présentés pourraient par conséquent être en lien avec des facteurs non spécifiques à la méthode de Callahan.

Globalement, la TFT peine donc à acquérir une reconnaissance scientifique suffisante. Cette difficulté s'explique probablement par le fait qu'elle ait recours à des techniques non validées (notamment le test musculaire), par le manque de validité de ses fondements théoriques, mais également par un faible nombre d'essais cliniques de bonne qualité à l'heure actuelle.

L'EFT, quant à elle, a subi des critiques semblables du fait de ses fortes similitudes avec la TFT. Dans les essais cliniques portant sur cette technique, l'absence de groupe contrôle par placebo a aussi été reprochée (220,221).

Cependant, un effort de standardisation a tout de même été réalisé afin de répondre aux critères de validité de l'APA, établis pour définir un traitement validé empiriquement. Ainsi, Dawson Church, un disciple de Gary Craig, a mis au point « *l'EFT clinique* », dont les 48 techniques sont résumées dans un manuel (255). En outre, l'EFT a fait l'objet ces dernières années d'un nombre croissant d'essais cliniques et de méta-analyses dont les résultats sont présentés comme favorables à son utilisation, notamment pour le traitement du TSPT (256,257). Néanmoins, les détracteurs de la psychologie énergétique continuent à pointer du doigt des défauts méthodologiques et des biais présents dans les différentes études réalisées jusqu'à présent. Selon eux, ces faiblesses méthodologiques ne permettent pas de reconnaître l'EFT comme une pratique scientifiquement valide. Sans la recommander comme traitement du TSPT, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) a émis cependant des recommandations de recherche pour l'EFT dans la prise en charge de cette pathologie. En effet, le NICE estime dans ses recommandations de 2017 que cette méthode pourrait apporter des bénéfices potentiels aux personnes souffrant de ce trouble (258). Cependant, il souligne plusieurs limites, notamment le fait que les résultats concernent essentiellement des populations de vétérans (ce qui limite la généralisation à d'autres populations), mais aussi le manque de résultats mesurés en aveugle et de données concernant la durabilité des bénéfices cliniques. En France, ni l'EFT ni la TFT ne figurent dans les recommandations de traitement du TSPT.

b) L'EMDR

De la même façon que la TFT et l'EFT avançaient des résultats impressionnants dès leurs débuts, Shapiro a affirmé dans sa première étude que l'EMDR permettait de désensibiliser

complètement 75 à 80% des souvenirs traumatiques en l'espace d'une seule session de 50 minutes (133). De tels résultats ont bien sûr attiré l'attention de la communauté scientifique, d'autant que l'étude de Shapiro faisait partie des premières à évaluer l'efficacité d'un traitement du TSPT. Très rapidement, des critiques portant sur la qualité méthodologique de cette étude se sont pourtant accumulées : en effet, les sceptiques ont pointé du doigt plusieurs lacunes, notamment l'absence d'une évaluation objective (Shapiro a réalisé elle-même le traitement avant de procéder à l'évaluation), l'absence d'une évaluation diagnostique des participants, et l'absence d'instruments de mesure valides et standardisés.

Dans les années qui ont suivi, de nombreuses études de cas ont vu le jour (224). La majorité de ces études a mis en évidence une efficacité de l'EMDR, mais tout comme l'étude initiale de Shapiro, elles ont été critiquées sur le plan méthodologique pour plusieurs raisons : l'utilisation de méthodes de mesures non standardisées (échelles SUD et VOC) ; la délivrance simultanée d'autres traitements que l'EMDR ne permettant pas de savoir à quel traitement est due la diminution des symptômes ; l'absence de contrôle sur des facteurs de contrôle non spécifiques, etc. (224).

Au fil du temps, des études de meilleure qualité méthodologique ont été réalisées, notamment des essais contrôlés comparant l'EMDR à l'absence de traitement, à des traitements non validés ou à des traitements validés tels que la thérapie d'exposition (224,259–261). Globalement, ces études ont montré des résultats favorables pour l'EMDR, dont l'efficacité était supérieure à l'absence de traitement ou à des traitements non validés dans la prise en charge des symptômes post-traumatiques. Quant à la comparaison avec des traitements validés, plusieurs études ont montré que l'EMDR avait une efficacité similaire voire supérieure à la TCC, la première montrant des effets plus rapides que la seconde dans certaines études. Plusieurs méta-analyses sont venues appuyer ces observations, confirmant l'efficacité de l'EMDR dans le traitement du TSPT (236). En ce qui concerne d'autres

troubles (trouble panique, phobies, troubles de l'humeur, etc.), les résultats sont plus mitigés (224).

Grâce à la multiplication de ces études dont les résultats étaient globalement favorables, l'EMDR a fini par acquérir une légitimité qui n'a cessé de se consolider par la suite : ainsi, dès le début des années 2000, la méthode de Shapiro a été inscrite dans des listes de recommandations élaborées par des institutions sanitaires pour le traitement du TSPT. Elle a ainsi figuré dans les recommandations américaines (recommandations de l'*American Psychiatric Association* et du *Department of Veteran Affairs* en 2004) mais également celles d'autres pays, notamment la France (recommandations par la Haute Autorité de Santé en 2007), Israël (recommandations par le *National Council of Mental Health* en 2002) et le Royaume-Uni (recommandations par le *Department of Health* en 2001 et le *National Institute for Health and Clinical Excellence* en 2005) (118,262–266). L'EMDR a même fini par acquérir une reconnaissance internationale en 2013 en figurant dans une liste de recommandations élaborées par l'OMS pour le traitement du TSPT chez l'enfant et l'adulte (267).

Mais outre la réalisation d'études comportant une méthodologie de qualité suffisante, le succès de l'EMDR s'explique peut-être aussi par une promotion active de sa pratique. De ce point de vue, elle partage plusieurs similarités avec la TFT et l'EFT, ce qui n'a pas manqué de susciter les critiques, comme nous allons le voir dans la section qui suit.

3) Des techniques de promotion critiquées

Dès leur apparition, l'EMDR, la TFT et l'EFT ont tenté de valoriser leurs méthodes par des campagnes de promotion très actives, voire agressives selon leurs détracteurs. Plusieurs auteurs se sont penchés sur ce sujet, mettant à jour différents procédés par lesquels les *Power Therapies* ont cherché à se faire connaître : apparitions régulières dans des *talk-show* populaires, articles élogieux dans des journaux et des magazines, diffusion de témoignages

par internet, création d'instituts donnant accès à des formations coûteuses, commercialisation de produits dérivés, etc. (247,268).

Ces moyens de promotion ont permis de présenter les *Power Therapies* sous un jour apparemment favorable, en véhiculant l'idée que ces méthodes pouvaient offrir une solution rapide, efficace et durable à des troubles psychiques lourds, le plus souvent résistants aux psychothérapies validées de l'époque. Cependant, ces affirmations ont rapidement suscité les critiques du côté des sceptiques : ainsi, l'analyse des moyens de promotion des *Power Therapies* a aussi été l'occasion pour leurs détracteurs d'analyser et de contredire la plupart des arguments en faveur de ces méthodes, car il s'agissait selon eux de pseudosciences.

Une pseudoscience – on y reviendra – se distinguerait essentiellement d'une pratique scientifique conventionnelle par l'aspect « infalsifiable » de ses arguments (268). Dans cette section, nous proposons donc de reprendre, exemples à l'appui, des analyses critiques des *Power Therapies* au sujet de leurs tactiques de vente et de leurs arguments de promotion.

Selon Lohr et al., les pseudosciences partageraient plusieurs caractéristiques : premièrement, elles ne s'appuient pas sur des théories scientifiques reconnues et elles ont tendance à élaborer de nouveaux paradigmes (269). Le terme de « changement de paradigme » a en effet été employé aussi bien par les promoteurs de l'EMDR que ceux de la psychologie énergétique pour qualifier leurs pratiques, et tous ont mis en place une terminologie qui s'apparente à un jargon n'ayant pas de réelle assise scientifique à l'heure actuelle (« champs d'énergie », « système de traitement de l'information », etc.) (270,271). Néanmoins, il peut arriver que les pseudosciences empruntent à d'autres disciplines des concepts reconnus (par exemple le principe d'exposition réutilisé dans la psychologie énergétique).

Deuxièmement, les théories des pseudosciences ne prendraient pas le risque de se soumettre à une potentielle falsification. Leurs promoteurs ont donc tendance à « exagérer » leurs succès et si des éléments viennent contredire leurs affirmations, ces données vont être disqualifiées

ou interprétées comme des éléments qui confirment tout de même ce qu'ils avancent. Monica Pignotti, une ancienne disciple de Callahan, a ainsi repris les propos de certains promoteurs de la TFT qui estimaient que pour juger de l'efficacité de cette méthode, la pratique clinique prévalait sur des essais cliniques bien menés (247). A juste titre, Pignotti a souligné que l'expérience clinique seule ne permettait pas de juger si une technique était efficace ou non puisque les praticiens sont soumis à des biais et des distorsions cognitives (notamment les biais de confirmation). Shapiro, quant à elle, a affirmé que des études qui venaient contredire l'efficacité de l'EMDR n'avaient pas été réalisées dans de bonnes conditions, le plus souvent parce que les personnes ayant mené l'étude n'avaient pas été suffisamment entraînées pour obtenir des effets significatifs (272,273).

Cela amène les auteurs à conclure que le but premier d'une pseudoscience est la persuasion par la promotion de sa pratique et non la recherche de vérité. Pour cela, il semble que les promoteurs des pseudosciences s'appuient sur plusieurs principes issus de la psychologie sociale. Ils ont fait l'objet d'une analyse par Pratkanis qui présente neuf tactiques différentes pour « vendre une pseudoscience » (274) :

1. **Créer un « fantôme »**, c'est-à-dire un but lointain mais hautement désirable, qui peut paraître crédible. Ainsi, la promesse des *Power Therapies* de remédier à toutes sortes de troubles psychiques de façon rapide, efficace et durable peut constituer un tel « fantôme » : Shapiro, rappelons-le, affirmait dans son étude initiale que sa méthode permettait de désensibiliser complètement 75 à 80% des souvenirs traumatiques en l'espace d'une seule session de 50 minutes. Callahan et Craig, comme on l'a vu, tenaient eux aussi des affirmations semblables.
2. **Installer un « piège de rationalisation »** : demander un engagement précoce de la part du consommateur augmente ses chances d'adhésion à une méthode. Pratkanis illustre ce principe avec l'exemple du « pied dans la porte » : dans un premier temps,

on amène une personne à accepter une petite requête (compléter un questionnaire, prendre des vitamines, etc.), puis on lui présente une requête plus importante : payer 1000 dollars pour un régime vitaminique ou une série de séminaires coûteux. Comme la personne s'est déjà engagée avec la première requête, elle aura tendance à rationaliser cet engagement et accéder plus facilement à la seconde. En ce qui concerne les *Power Therapies*, ces tactiques s'appliquent aussi aux cliniciens désireux d'apprendre de nouvelles méthodes, en proposant par exemple une participation gratuite à un atelier d'information. A l'issue de l'atelier, on invitera ensuite le clinicien à s'entraîner au premier niveau de formation avec une offre « au rabais » (128). Les promoteurs des *Power Therapies* s'appuient sur une rationalisation du type : « *Si j'ai participé à cet atelier, c'est que je dois sûrement être intéressé. Après tout, pourquoi pas ?* » Or, dans le cas de la TFT, le prix des différents niveaux de formation augmente de façon exponentielle : Callahan, rappelons-le, demandait 100 000 dollars à ceux qui souhaitaient accéder à son dernier niveau de formation pour apprendre la *Voice Technology*.

3. **Bâtir sa crédibilité** en ayant recours à des arguments ou des personnes qui font figure d'autorité : par exemple, Callahan s'est présenté à de nombreuses reprises comme un « pionnier du cognitivisme », un courant reconnu dans le domaine des psychothérapies (159). En ce qui concerne Gary Craig, il est précisé sur son site internet qu'il est « diplômé de la prestigieuse université de Stanford » et qu'il est « maître praticien certifié de PNL » (275).
4. **Construire un groupe de personnes partageant une identité commune**, en faisant usage de différents procédés : la création de rituels et de symboles, l'établissement d'un jargon compris uniquement par les membres du groupe, le partage d'un but et de sentiments communs, la création d'un canal d'informations dédié au groupe seul, et

enfin la désignation d'un ennemi sur qui rejeter ses problèmes et ses échecs. Ainsi, les détracteurs des *Power Therapies* ont régulièrement dénoncé l'utilisation de ces procédés repris par l'EMDR et la psychologie énergétique : création d'un réseau EMDR et de groupes dédiés à la TFT ou à l'EFT donnant accès à certains privilèges, utilisation d'une terminologie spécialisée lors des sessions de formation, etc. Aux débuts de l'EMDR, les personnes qui s'y sont formées ont également dû signer des formulaires où elles s'engageaient à ne pas transmettre cette méthode à des praticiens « extérieurs » (269). En effet, il était précisé que l'EMDR constituait une technique puissante qui pouvait se révéler dangereuse entre de « mauvaises mains ». Cela venait soutenir l'idée que l'EMDR était une technique très efficace et qu'il fallait suivre une formation de qualité, assurée par des représentants « officiels » (c'est-à-dire appartenant à l'institut EMDR) pour l'utiliser à bon escient, renforçant alors le sentiment d'exclusivité. Dans une enquête réalisée en 1992, Lipke a ainsi mis en évidence qu'une majorité des premiers cliniciens à avoir été formés à l'EMDR étaient convaincus de son efficacité et de son intérêt (276).

5. **Utiliser l'auto-persuasion** : cette tactique s'appuie sur le principe que « le client devient le vendeur » afin qu'il s'auto-persuade de l'intérêt de sa démarche. Dans le cas des *Power Therapies*, cette tactique s'illustre notamment par l'incitation auprès des praticiens à publier des témoignages de leurs expériences cliniques afin de convaincre d'autres personnes qui seraient potentiellement intéressées par une formation. En relatant une telle expérience, le praticien qui témoigne renforce sa propre conviction que la méthode fonctionne, que son utilisation est fondée. Le principe d'auto-persuasion repose donc essentiellement sur un biais assez répandu, le biais de confirmation. Monica Pignotti évoque en détails ce stratagème du témoignage dans un article où elle relate son expérience d'ancienne praticienne TFT (160).

6. **Faire appel à des exemples marquants** : cette tactique permet d'expliquer au moins en partie pourquoi les *Power Therapies* ont eu préférentiellement recours aux études de cas et aux témoignages à leurs débuts ; contrairement aux statistiques qui sont « impersonnelles », l'illustration par un cas comme celui de Mary, une apparition dans un *talk-show* à une heure de grande écoute ou bien des témoignages comme ceux que l'on entend dans une vidéo de présentation de l'EFT (« *J'ai pu contrôler mon niveau de douleur immédiatement* » ; « *Je n'ai plus de diabète* », sous-entendu : grâce à l'EFT) auront plus de chances de marquer les esprits (168). Le caractère extraordinaire de ces affirmations persuade plus facilement de se faire traiter par ces méthodes ou de s'y former.
7. **Utiliser la pré-persuasion**, c'est-à-dire définir la situation à son avantage. Pour cela, Pratkanis définit trois étapes à respecter : d'abord, définir la nature du problème. Pour cela, il est par exemple possible de créer de toutes pièces une maladie ou une difficulté qui sera facilement résolue par la méthode que l'on cherche à promouvoir. Ainsi, la psychologie énergétique considère que les problématiques aussi bien psychiques que somatiques d'un individu sont liées à une « perturbation » de son flux énergétique, qui pourra être rééquilibré à l'aide du *tapping*. Or, le terme de « perturbation » est une dénomination floue, basée sur le postulat des biochamps énergétiques dont l'existence n'est pas prouvée à l'heure actuelle.
- Ensuite, il faut fixer les attentes à avoir vis-à-vis de la méthode que l'on promet. En effet, certaines attentes peuvent amener un individu à interpréter des informations ambiguës d'une façon qui va soutenir son hypothèse de départ. Là aussi, le biais de confirmation joue un rôle puisque dans le cas des *Power Therapies*, il peut amener certains praticiens à considérer que leur méthode reste efficace malgré des résultats négatifs. Ainsi, l'étude de Waite & Holder a comparé trois groupes (277): les patients

inclus dans le groupe thérapeutique bénéficiaient de l'EFT, tandis que les patients inclus dans les deux autres groupes devaient stimuler un « faux » point d'acupuncture ou une poupée. L'étude n'a mis en évidence aucune différence significative entre les trois groupes. Pourtant, il a été suggéré par la suite que le *tapping* au niveau du bras ou sur une poupée pouvait tout de même stimuler, par inadvertance, un point d'acupuncture situé sur l'index. Malgré les réserves que l'on pourrait émettre au sujet de cette explication, certains auteurs ont tout de même estimé qu'elle pouvait servir d'argument en faveur d'une efficacité du *tapping* (223).

Enfin, la dernière étape est de fixer soi-même les critères de validité d'une pratique. L'utilisation de la VFC pour prouver l'efficacité de la TFT sans méthodologie rigoureuse en est un exemple. Une autre illustration est le refus de réaliser des études contrôlées randomisées car certains promoteurs des *Power Therapies* estimaient que seules les personnes formées à leurs méthodes étaient légitimes pour les évaluer (247).

8. **Exploiter les heuristiques et les lieux communs** : les heuristiques sont des règles simples qui permettent de prendre des décisions à la fois rapides et peu coûteuses sur le plan des ressources cognitives. Cependant, elles manquent de fiabilité et occasionnent souvent des erreurs de jugement. Le lieu commun, quant à lui, est une idée communément admise sur un sujet donné. Pratkanis donne plusieurs exemples d'heuristiques et de lieux communs qui peuvent être exploités par les pseudosciences pour faciliter leur promotion :

- Heuristique de rareté (« *Ce qui est rare et cher a forcément de la valeur* ») : le coût élevé de certaines formations (notamment dans le cas de la TFT) amène à penser qu'elles sont sûrement d'une grande qualité.
- Heuristique de consensus (« *Si tout le monde tient les mêmes propos sur un sujet, c'est que ces propos doivent être vrais* ») : la multiplication des témoignages favorables à

propos d'une méthode la rend plus attrayante et augmente les chances d'attirer des personnes qui voudraient s'y former ou y avoir recours.

- Heuristique de longueur d'un message (« *La longueur d'un message détermine sa vraisemblance* ») : une longue liste de sources peut donner l'impression qu'elle prouve l'efficacité d'une méthode, mais cette longue liste peut tout à fait contenir des sources de mauvaise qualité voire sans rapport avec le sujet de base. Lohr *et al.* pointent du doigt ce stratagème apparemment utilisé par l'institut de l'EMDR dans les années 1990 : la longue liste de sources présentée par l'institut aurait contenu essentiellement des articles non publiés portant sur des présentations réalisées lors de rencontres professionnelles, et non des études (269).
- Le lieu commun sur la nature (« *Ce qui est naturel est bon* ») : en France, des praticiens EFT proposent des « séances de reconnexion à la nature » (278). Plus globalement, l'argument du « naturel » est souvent repris par le milieu des thérapies complémentaires (homéopathie, naturopathie, phytothérapie etc.) pour justifier l'aspect « inoffensif » de leurs pratiques. Certains produits d'origine naturelle peuvent pourtant s'avérer toxiques (risque d'atteinte hépatique par certains compléments alimentaires et végétaux, etc.) (279)
- Les lieux communs sur la science, dont l'usage peut être double : le terme de « science » peut être utilisé assez librement pour promouvoir une pratique pseudoscientifique, auquel cas il est avantageux. *A contrario*, il peut aussi souligner les limites des connaissances actuelles, l'objectif étant de défendre une pratique pseudoscientifique lorsque les critiques s'accumulent.
- Le lieu commun sur la divinité intérieure (« *les sciences modernes (y compris la médecine) négligent l'aspect spirituel de l'existence* ») : ici, la qualification de lieu commun nous paraît plus discutable puisque le terme de divinité renvoie aux

croyances et confessions de chacun. Néanmoins, le recours à des notions issues de la spiritualité voire de l'ésotérisme est assez fréquent au sein des thérapies complémentaires. On retrouve notamment cela dans l'EFT : ainsi, Gary Craig développe dans un ouvrage disponible gratuitement sur son site le concept de « *Thérapeute invisible* », un « guérisseur spirituel intérieur » censé « procurer une guérison bien au-delà des attentes » (280). On y retrouve la plupart des tactiques présentées précédemment (création d'un fantôme, utilisation d'exemples marquants, etc.) avec, à la fin de l'ouvrage, une invitation à s'inscrire à une formation payante (illustration du « piège de rationalisation »).

9. **Utiliser les insinuations et les attaques personnelles** : cette dernière tactique peut s'avérer utile pour riposter aux critiques. Dans son article, Devilly rapporte ainsi que les menaces de poursuites judiciaires pour diffamation au sujet d'une marque déposée sont devenues de plus en plus fréquentes contre quiconque faisait mauvaise presse des *Power Therapies* (128). En effet, les créateurs de l'EMDR, de la TFT et de l'EFT ont tous les trois breveté leurs méthodes pour assurer leur protection sur le plan juridique et éviter que d'autres personnes ne se les approprient, mais comme on le voit, cela a vraisemblablement été aussi utilisé comme un moyen de pression. Les arguments *ad hominem*, quant à eux, constituent un outil qui permet d'influencer facilement l'opinion. Bien avant l'avènement de la psychologie sociale, le philosophe allemand Arthur Schopenhauer désignait déjà ce type d'argument comme « l'ultime stratagème » à utiliser dans un débat puisqu'il permet de focaliser l'attention non pas sur le sujet de discussion mais sur l'adversaire (281) : dans le cas des *Power Therapies*, le débat se recentre alors sur les motifs et le niveau d'entraînement des détracteurs plutôt que sur l'efficacité et les fondements théoriques de ces méthodes.

Après avoir présenté ces techniques de promotion, nous proposons à présent d'évoquer les conditions dans lesquelles les trois méthodes auxquelles nous nous intéressons ont été reçues en France.

4) Réception de la TFT, de l'EFT et de l'EMDR en France : un bref aperçu

a) La TFT et l'EFT

La TFT et l'EFT ont été importées en France par différents praticiens à partir des années 2000. Plusieurs associations et instituts ont ainsi vu le jour afin de promouvoir la formation à ces pratiques : par exemple, l'Association francophone pour la Psychologie Énergétique Clinique (APEC), branche de l'*Association for Comprehensive Energy Psychology* (ACEP), a été fondée en 2006 (204). Elle propose différentes formations aussi bien en ligne qu'en présentiel. Jean-Michel Gurret, qui se présente en tant que psychothérapeute, auteur et conférencier, a fondé quant à lui l'Institut Francophone de Psychothérapie Émotionnelle et Cognitive (IFPEC) en 2015 (282). Cet institut propose des formations qui se focalisent majoritairement sur l'EFT. D'après son site, il aurait également organisé des missions humanitaires et des formations auprès de psychologues cliniciens afin de « développer la notoriété de l'EFT et de la psychologie énergétique ».

La France a par ailleurs accueilli son premier congrès de psychologie énergétique à Lyon en 2017, auquel des praticiens renommés du domaine (Bob Schwarz, David Feinstein, Dawson Church, etc.) ont participé (283).

Du fait d'un manque de régulation, de nombreuses formations de qualité variable se sont toutefois multipliées sur Internet. Ces dernières ne sont pas reconnues par l'Etat français à l'heure actuelle. En ce qui concerne la couverture médiatique de la TFT et de l'EFT, celle-ci est également variable : certains articles présentent ces pratiques sous un jour plutôt favorable tandis que d'autres les qualifient « d'arnaque » ou de « méthode de manipulation » (284,285).

Sans mentionner expressément la TFT ou l'EFT, le site de la Mission interministérielle de

vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) met aussi en garde contre les méthodes de « rééquilibrage de l'énergie », en soulignant les « risques inhérents » de ces pratiques, leur absence de reconnaissance légale et le « risque d'amateurisme de la part de certains pseudo-praticiens » (286).

b) L'EMDR

L'EMDR a été importée en France par le psychiatre David Servan-Schreiber, qui a fondé l'Institut français d'EMDR en 2002. Depuis cette date, l'Institut affirme avoir formé un peu plus de 7000 praticiens, et organise régulièrement des conférences ou des congrès au sujet de l'EMDR (287).

Bien qu'elle ait bénéficié d'une meilleure reconnaissance sur le plan scientifique, l'EMDR souffre toutefois des mêmes problématiques que la TFT et l'EFT : en raison d'un manque de régulation, de nombreuses formations de qualité douteuse ont fleuri sur Internet. Sa pratique a par ailleurs été dénoncée par les médias, qui l'ont volontiers assimilée à une méthode de charlatan, en particulier dans le cadre des attentats du 13 novembre 2015 (288). Enfin, l'EMDR fait également l'objet d'une surveillance par la Miviludes, qui souligne un risque « d'emprise mentale » si elle est réalisée par des non-médecins ou dans des conditions qui ne relèvent pas d'un protocole de soins scientifiquement validé.

Après avoir donné de multiples exemples à charge, notamment *via* l'analyse des techniques de promotion des méthodes auxquelles nous nous intéressons, nuancions tout de même notre propos : à l'heure actuelle, les psychothérapies scientifiquement validées cherchent elles aussi à se développer. Par conséquent, elles partagent avec les *Power Therapies* certaines des caractéristiques présentées par Pratkanis : création d'une identité commune, utilisation d'exemples marquants, etc. Selon les auteurs que nous avons repris, une pseudoscience se caractérise donc essentiellement par le fait qu'elle présente des arguments infalsifiables.

Bien qu'elle s'appuie sur plusieurs exemples, il semble pourtant que cette seule affirmation ne permette pas de caractériser précisément une pseudoscience : en effet, même si le modèle théorique de l'EMDR fait toujours l'objet de débats, cette méthode bénéficie désormais d'une reconnaissance empirique car elle s'est adaptée aux exigences de la médecine fondée sur les preuves : cela veut donc dire qu'à un moment donné, l'EMDR a nécessairement présenté des arguments potentiellement falsifiables, évalués dans des essais cliniques. De même, l'EFT semble accumuler de plus en plus de preuves en sa faveur, bien que des recherches restent nécessaires.

Dans notre première partie, on a par ailleurs souligné à quel point l'évaluation des psychothérapies était un sujet controversé : les modalités de comparaison à un groupe placebo, le rôle respectif des facteurs spécifiques ou des facteurs communs dans le processus de changement font encore l'objet de débats à l'heure actuelle. Et bien que la médecine fondée sur les preuves fournisse des repères basés sur un paradigme solide, ce dernier n'est pas non plus dénué de limites. Comment alors distinguer une pratique scientifiquement valide d'une pratique qui ne l'est pas ? Où peut-on situer l'EMDR, la TFT et l'EFT ? Nous proposons de donner des éléments de réponse à ces questions dans la partie qui suit.

Troisième partie : un regard critique sur les critères nécessaires à la validation scientifique d'une psychothérapie : quelles implications pour l'EMDR, la TFT et l'EFT?

I. Distinguer science et pseudoscience : le problème de la démarcation

Qu'est-ce que la science ? Il s'agit là d'une question éminemment complexe qui fait l'objet de réflexions depuis l'apparition de la pensée philosophique jusqu'à nos jours. L'histoire de sa définition et de sa pratique est marquée par de constants changements, dépendant de nombreux facteurs que nous ne retracerons pas ici. A l'heure actuelle, cette définition fait toujours l'objet de débats et il est probable qu'elle évoluera encore dans les temps à venir. De façon générale, on considère néanmoins que la science, à la fois décrite comme une démarche et un ensemble structuré de connaissances, a pour objet la constitution de savoirs fiables qui se rapportent à des faits objectifs, en adéquation avec le monde tel qu'il est (289). Ces savoirs sont censés être recueillis selon une méthode obéissant à des critères de rigueur, d'objectivité, de véracité et d'universalité en se soumettant à des contraintes telles que la validation théorique et la vérification empirique.

Ainsi, la démarche scientifique a rendu possibles d'importants progrès en médecine, notamment sur les plans diagnostique et thérapeutique. Mais définir la science implique aussi d'identifier ce qui n'en relève pas et de faire la distinction entre les deux, car de nombreuses autres pratiques ont coexisté de tout temps avec la démarche scientifique (la religion, la métaphysique, etc.) : c'est ce que l'on appelle « le problème de la démarcation », un sujet de réflexion lui aussi très ancien dans le domaine de la philosophie. En effet, certaines pratiques se revendiquent de la science mais n'en satisfont pas les critères. Parmi celles-ci, les pseudosciences (du grec ancien ψευδής : « faux, trompeur » et du latin scientia : « savoir ») sont fréquemment citées. Définies comme un ensemble de disciplines prenant l'apparence de

la science sans en respecter les principes ni la démarche, les pseudosciences constituent un sujet à débat qui fait régulièrement couler l'encre, que ce soit au sein des médias ou sur les réseaux sociaux (290). La plupart du temps, le terme est utilisé pour dénoncer une pratique ou un champ de connaissances controversées sur le plan scientifique, dont les effets peuvent être potentiellement délétères : ainsi, une trentaine d'associations européennes ont signé en 2020 un « Manifeste contre les pseudosciences en santé » dénonçant le recours aux thérapies alternatives, notamment l'homéopathie (291). Le texte reprend plusieurs exemples de personnes décédées ayant eu recours à ces méthodes dans des contextes de pathologies graves et demande qu'une législation stricte soit mise en place au niveau européen à l'égard de ces pratiques.

Le problème de la démarcation, on le voit bien, entraîne donc de nombreux questionnements dont les implications peuvent être majeures. Appliquées au domaine de la psychothérapie, ces interrogations sont de première importance puisque les critères sur lesquels on se base pour évaluer une méthode ont des retombées très concrètes : la pratique qu'on évalue est-elle fiable ? Faudrait-il la rembourser ? Faudrait-il l'enseigner ? Un programme de recherche basé sur cette méthode mérite-t-il d'être financé ? Etc.

Afin d'apporter des éléments de réponse à ces questions, nous proposons d'exposer différents points de vue concernant le problème de la démarcation en reprenant des arguments issus de la philosophie des sciences. Pour cela, nous nous sommes essentiellement appuyés sur l'article de Stéphanie Debray traitant des pseudosciences (290).

A. Karl Popper et le falsificationnisme

Parmi les nombreux penseurs et philosophes qui se sont penchés sur la question de la distinction entre science et non-science, Karl Popper (1902-1994) est considéré comme l'un de ceux dont l'apport a été le plus significatif. En effet, c'est le premier à avoir formulé le problème de la démarcation en tant que tel dans ses écrits : avec le problème de l'induction

(ou « problème de Hume »), le problème de la démarcation (ou « problème de Kant ») constitue ainsi l'un des deux problèmes fondamentaux de la théorie de la connaissance selon le philosophe autrichien (292). Pour tenter d'y remédier, Popper a proposé d'utiliser le critère de réfutabilité, aussi appelé falsificationnisme : selon le philosophe, une théorie peut être jugée scientifique seulement si elle est falsifiable.

Ce principe constitue à la fois une réponse et une critique adressées à un autre critère de scientificité, le vérificationnisme, qui a été proposé au début du XX^{ème} siècle par le Cercle de Vienne, un groupe de philosophes et de savants appartenant au courant de l'empirisme logique.

En effet, la théorie du vérificationnisme estime qu'une proposition n'est susceptible d'avoir une signification cognitive, c'est-à-dire d'être vraie ou fausse, que si elle est vérifiable par l'expérience. Un énoncé invérifiable est alors considéré comme ni vrai ni faux, il est dépourvu de signification ; ainsi, l'énoncé « Dieu existe » n'a pas de signification puisqu'il se réfère à un objet inaccessible à nos sens – sans être dépourvu de valeur, l'objet de cet énoncé ne peut être considéré comme scientifique –. Si en revanche cet énoncé est proclamé comme tel, il y a de fortes chances qu'il relève de la pseudoscience. Le vérificationnisme a donc l'avantage de détecter des discours potentiellement pseudo-scientifiques en soulignant leur caractère invérifiable.

Ce principe épistémologique a toutefois des limites soulignées par Karl Popper : selon lui, l'accumulation de vérifications empiriques ne permet pas de prouver la fiabilité d'une théorie, puisqu'il suffit d'une observation contraire à cette théorie pour l'invalider. La réfutabilité des hypothèses présentées par une théorie constitue alors un argument en faveur de sa scientificité, car plus ces hypothèses sont précises, donc réfutables, plus la théorie qui les présente s'expose au risque d'être invalidée. Si malgré une succession d'expériences rigoureuses, la théorie en question n'est pas réfutée, cela veut donc dire qu'elle est suffisamment solide et probablement

en adéquation avec la réalité. Par conséquent, un tel concept implique qu'aucune théorie scientifique n'est absolument vraie : elle ne peut qu'être corroborée par des expériences successives et approcher de la vérité sans jamais l'atteindre, puisqu'elle risque toujours d'être réfutée.

A l'inverse, les pseudosciences ont la particularité de présenter des théories irréfutables selon Popper, c'est-à-dire que leurs hypothèses et prévisions sont trop vagues pour pouvoir être testées expérimentalement ; en outre, elles sont suffisamment floues pour correspondre à une majorité de situations, et si tel n'est pas le cas, elles peuvent être aisément remaniées pour confirmer les propos de celui ou celle qui les tient : en somme, une pseudoscience a « toujours raison ». Ainsi, le philosophe autrichien considérait la psychanalyse et le marxisme comme des pseudo-sciences car il était selon lui impossible de tester expérimentalement la théorie de l'inconscient ou celle du matérialisme historique.

A ce jour, le critère du falsificationnisme est encore largement utilisé par la communauté scientifique pour juger si une pratique relève de la science ou non. Comme on l'a vu plus haut, c'est d'ailleurs à ce critère qu'ont fait appel la plupart des critiques des *Power Therapies* pour les qualifier de pseudosciences. Si le principe de réfutabilité constitue un outil de démarcation puissant dans de nombreuses disciplines (notamment les sciences dures), il présente cependant des limites, tout comme le vérificationnisme : en effet, une expérience non concluante n'invalide pas forcément une théorie (l'échec de l'expérience peut être lié à la dysfonction d'un outil de mesure). Plus globalement, certaines propositions considérées comme scientifiques sont irréfutables, car elles sont admises sans démonstration (notamment les axiomes en mathématiques). Enfin, il existe de nombreuses théories pseudoscientifiques qui contiennent des hypothèses réfutables : par exemple, l'affirmation centrale de l'astrologie selon laquelle les signes du zodiaque déterminent les traits de personnalité d'un individu a pu être testée statistiquement et réfutée à maintes reprises. Ces différentes limites viennent donc

mettre à mal le concept de falsificationnisme, qui a fait l'objet de critiques de plus en plus nombreuses durant la seconde partie du XX^{ème} siècle : la thèse Duhem-Quine, ou holisme de la réfutation, affirme ainsi qu'un test expérimental ne vérifie pas une hypothèse seule, mais un ensemble d'hypothèses (293). En cas d'échec d'un test, on peut donc conclure qu'au moins une hypothèse d'un ensemble est falsifiée mais il est impossible de déterminer laquelle.

B. Distinguer science et pseudo-science : un critère unique ou des critères multiples ?

Vérificationnisme et falsificationnisme ont donc échoué à fournir des critères nécessaires et suffisants permettant de résoudre le problème de la démarcation. Face à ce constat, Larry Laudan, un épistémologue américain, a même estimé qu'il n'était plus nécessaire de se pencher sur le sujet car il s'agissait d'un « pseudo-problème » (294). De telles considérations, cependant, n'ont pas permis de mettre fin aux discours remettant en question la légitimité de la science. L'article de Laudan a même eu pour effet de raviver l'intérêt sur le problème de la démarcation auprès de ses confrères, au point qu'un ouvrage sur le sujet, *The Philosophy of Pseudoscience: Reconsidering the Demarcation Problem*, a été publié en 2013 (295). Ce livre, qui regroupe des articles de philosophes et de sociologues, présente des approches alternatives concernant le problème de la démarcation : ainsi, plutôt que d'utiliser un critère unique pour faire la distinction entre science et pseudoscience, certains auteurs ont recours à une approche dite « en cluster », où l'on se sert de plusieurs critères à la fois : rationalité d'un raisonnement, fiabilité et testabilité d'une pratique, quantité suffisante de preuves empiriques et reproductibilité des résultats constituent quelques exemples d'indicateurs parmi de nombreux autres. S'ils ont l'avantage de représenter des caractéristiques communément admises dans la pratique scientifique, ils ont néanmoins des limites, eux aussi. En effet, il faudrait qu'il existe des définitions consensuelles de ces différents critères, or elles font toujours l'objet de débats à l'heure actuelle. De même, le nombre d'indicateurs à respecter et l'importance qu'ils

peuvent avoir les uns par rapport aux autres restent encore à déterminer, sachant qu'ils pourraient varier d'une discipline à une autre. Ce dernier point semble d'autant plus important que des pratiques qualifiées de pseudoscientifiques peuvent remplir certaines des exigences citées ci-dessus : malgré les critiques, l'EMDR a accumulé un nombre suffisant de preuves pour figurer dans de nombreuses recommandations, adopté un mode de communication scientifique, etc. Où se situe alors la limite entre science et pseudoscience ? N'y a-t-il pas finalement une sorte de « zone grise » entre ces deux termes ?

C. Qu'est-ce qu'une pseudoscience ? Une tentative de définition générale

Toujours dans *The Philosophy of Pseudoscience*, Sven Ove Hansson propose une définition générale du terme « pseudoscience » (295,296). Ainsi, pour qu'un énoncé ou une pratique soient considérés comme pseudoscientifiques, ils doivent remplir les trois critères suivants (nous reprenons la traduction française de Stéphanie Debray) :

1. Ils portent sur une question relevant du domaine de la science au sens large (le critère du domaine scientifique).
2. Ils souffrent d'un manque de fiabilité si important qu'il est complètement impossible de s'y fier (le critère du manque de fiabilité).
3. Ils font partie d'une doctrine dont les principaux partisans tentent de donner l'impression qu'elle représente la connaissance la plus fiable sur son sujet (le critère de la doctrine déviante).

A l'instar de l'approche en « cluster », la définition de Hansson ne permet pas d'obtenir une démarcation stricte entre science et pseudoscience. Cette démarche est volontaire car, selon le philosophe, les méthodologies utilisées au sein des différentes disciplines scientifiques sont non seulement très diverses mais aussi en constante évolution, ce qui rend impossible la formulation d'une définition à la fois exhaustive et applicable en toute circonstance pour des cas particuliers. Bien qu'elle ne fasse pas consensus au sein de la communauté scientifique, il

semble néanmoins que cette définition contienne des éléments clés pour identifier une pratique pseudoscientifique : après avoir fait une synthèse de soixante-dix critères de démarcation proposés par une vingtaine d'auteurs différents, une étude a proposé quatre éléments de définition pour qualifier une pratique de pseudo-scientifique : 1) La référence à des entités ou des processus situés en dehors de la science ; 2) Une méthodologie déficiente ; 3) Le manque de preuves et 4) Le fait qu'une pratique soit présentée comme scientifique, ce dernier élément étant obligatoirement compris dans la définition (297).

Au total, aucune des trois approches présentées ici (critère unique, critères multiples, définition générale) n'a réussi à résoudre complètement le problème de la démarcation, du fait des limites que chacune comporte. Pour autant, considérer que la distinction entre science et pseudosciences est un « pseudo-problème » pose de sérieuses questions sur de nombreux plans (éthique, social, juridique, etc.). Encore une fois, le problème de la démarcation a des implications très concrètes, tout particulièrement dans les domaines du soin et des thérapies complémentaires, qui sont au cœur de notre propos. Du fait de leur vulnérabilité, certains patients souffrant de troubles psychiques peuvent être séduits par des discours pseudoscientifiques. Ils risquent alors une perte de chances, voire une mise en danger de leur état de santé selon la nature des pratiques auxquelles ils ont recours. Les cliniciens souhaitant se former à de nouvelles méthodes thérapeutiques ne sont pas non plus à l'abri de ces discours, les promoteurs des pseudosciences ayant recours à des tactiques de communication parfois très développées comme on l'a déjà vu plus haut. Exercer son esprit critique reste donc une nécessité pour ne pas se laisser piéger par de potentiels biais ou des arguments fallacieux.

Même si elles n'ont pas réussi à atteindre leur objectif, les différentes approches que nous avons présentées mettent donc quand même à disposition une série d'indicateurs de pseudoscientificité. A défaut d'établir une démarcation stricte, ils permettent, lorsqu'ils sont

réunis, d'établir une sorte de « curseur » qui se déplacerait entre deux extrémités, ce qui relève de la démarche scientifique et de la pseudoscience. A cela s'ajoutent les tactiques de communication que nous avons déjà évoquées plus haut mais aussi la nature des relations que peut entretenir un agent avec la communauté scientifique : comme le souligne Stéphanie Debray, la science est une activité collaborative et la production de connaissances repose sur la capacité de la communauté scientifique à s'autoréguler. Prétendre qu'une méthode est scientifique tout en refusant de la soumettre à un contrôle par des pairs ou en évitant les collaborations constitue un comportement suspect sur le plan de la validité scientifique.

Maintenant que nous avons déplié les principaux questionnements en lien avec le problème de la démarcation, nous proposons de nous pencher plus en détails sur le modèle de la médecine fondée sur les preuves. En effet, c'est ce paradigme qui prédomine actuellement dans le domaine médical : en fournissant des repères qui permettent de valider ou non une pratique sur le plan scientifique, il joue donc un rôle de régulation dans la production de connaissances. Toutefois, il semble que la médecine fondée sur les preuves présente plusieurs limites, en particulier lorsque son modèle s'applique à l'évaluation des psychothérapies. Nous proposons d'évoquer ces limites dans la section suivante.

II. Les limites de l'*Evidence-Based Medicine* dans l'évaluation des psychothérapies

Avec la généralisation du modèle de la médecine fondée sur les preuves, l'essai randomisé contrôlé (ERC) et la méta-analyse sont devenus des méthodes de choix dans le domaine de la recherche médicale, y compris pour l'évaluation des psychothérapies. Ces dernières comportent néanmoins des biais qui ont fait l'objet de critiques dès la fin des années 90.

A. Les limites de l'essai randomisé contrôlé (ERC) dans l'évaluation des psychothérapies

Comme on l'a déjà vu en première partie, l'ERC est considéré comme l'une des meilleures méthodes pour mesurer l'efficacité d'un traitement. En effet, grâce au processus de randomisation et la mise en place d'un groupe contrôle, on considère que les effets spécifiques de l'intervention vont pouvoir être isolés d'autres variables potentiellement confondantes (passage du temps, attentes du patient, influence du thérapeute, phénomène statistique de régression à la moyenne, etc.). Les nombreuses conditions nécessaires pour garantir la qualité d'un ERC ont toutefois tendance à en diminuer la validité externe, c'est-à-dire que les résultats d'une étude peuvent être difficilement extrapolés à la pratique clinique quotidienne pour un cas particulier (298). En effet, l'un des éléments garantissant la qualité d'un ERC est la constitution de groupes de patients homogènes, ce qui permet de mieux mettre en évidence les effets d'un traitement sur un trouble mental spécifique. Cependant, les populations cliniques réelles que les praticiens sont amenés à prendre en charge présentent le plus souvent des caractéristiques complexes, peu compatibles avec les critères d'inclusion d'un ERC. Dans son article sur les limites de la médecine fondée sur les preuves, Thurin reprend ainsi une étude de Stirman *et al.* qui montre qu'une majorité de patients sélectionnés aléatoirement dans une population HMO (organisme de soins médicaux aux États-Unis) ne réunissent les critères d'aucun ERC pour un quelconque trouble mental, qu'il soit primaire ou secondaire. (299)

De façon similaire, le recours à des manuels standardisés et la protocolisation des méthodes thérapeutiques dans les essais cliniques ont fait l'objet de critiques, du fait de leur faible ressemblance avec la pratique clinique quotidienne. Beutler, cité dans l'article de Thurin, défend ainsi une vision de la psychothérapie comme un art, où la créativité a une place de choix. Outre l'aspect restrictif que comporte le recours à un manuel, il évoque deux risques majeurs : d'une part, la réduction du rôle du thérapeute à celui d'un technicien, et d'autre part,

l'incapacité du thérapeute à gérer des situations complexes, faisant justement appel à sa créativité (300).

Un autre point de controverse concerne les indicateurs utilisés dans les ERC et la mesure des résultats, autrement dit la façon dont les ERC évaluent le changement qu'une méthode thérapeutique peut apporter. On l'a vu, la méthodologie de l'ERC a d'abord été utilisée pour évaluer les effets de traitements pharmacologiques. Appliquée à l'évaluation des psychothérapies, elle cherche à évaluer les effets d'une méthode spécifique pour le traitement d'un trouble spécifique, en se focalisant le plus souvent sur la diminution d'un symptôme donné. Afin de garantir la validité des résultats, la méthodologie de l'ERC cherche par ailleurs à neutraliser de potentielles variables confondantes : parmi celles-ci, on retrouve les facteurs communs, que l'on a déjà évoqués. Il est donc préconisé de comparer le groupe bénéficiant de l'intervention thérapeutique avec un groupe contrôle placebo : théoriquement, cela permet de maximiser la différence observable entre les deux groupes afin de mettre en évidence une action spécifique de l'intervention étudiée. Or, cette approche qui valorise les facteurs spécifiques est contestable selon certains : ainsi, des auteurs comme Bruce Wampold, promoteur du modèle contextuel, estiment que ces facteurs « non spécifiques » ont tout de même une action curative qui mériterait d'être prise en compte dans l'évaluation de l'efficacité d'une psychothérapie (65). En effet, il semblerait que la qualité d'une relation entre patient et thérapeute influence les résultats d'une thérapie grâce à différentes composantes : l'alliance thérapeutique, l'empathie, etc. Par conséquent, les modalités de comparaison avec un groupe contrôle, notamment placebo, posent question : comme on l'a déjà vu, il est quasiment impossible de mettre en place un placebo complètement « inerte » pour évaluer une psychothérapie. En effet, le principe de double aveugle est très difficile à appliquer. Mais en même temps, il faudrait réussir à élaborer des conditions de contrôle suffisamment satisfaisantes car celles-ci risquent d'impacter les résultats d'une étude : en effet,

une méta-analyse comparant trois formes de contrôle différentes (absence de traitement, liste d'attente et placebo psychologique, c'est-à-dire une condition contrôle considérée comme inactive par les chercheurs mais qui pourrait être perçue comme active par les patients) a montré que l'effet d'une psychothérapie variait effectivement selon les caractéristiques du contrôle ; en outre, elle a identifié un probable effet « nocebo » pour la liste d'attente, c'est-à-dire qu'elle pourrait engendrer des effets délétères auprès des patients alors qu'elle n'est censée avoir aucune action en elle-même (301). Ces différents éléments renvoient donc aux problèmes que l'on a déjà évoqués en première partie : à l'heure actuelle, les modalités de comparaison à un groupe contrôle, notamment placebo, font toujours l'objet de débats quand il s'agit d'évaluer les psychothérapies. En préconisant la mise en place d'un placebo afin que les résultats d'une étude soient considérés comme valides, la méthodologie de l'ERC impose non seulement une exigence difficile à satisfaire en pratique mais adopte également une vision restrictive qui tend à exclure d'autres éléments pouvant tout de même expliquer l'effet d'une psychothérapie. De la même façon, il semble que les facteurs spécifiques *et* les facteurs communs aient tous les deux un rôle à jouer dans le processus de changement induit par une psychothérapie. Mais en mettant l'accent sur les premiers, la méthodologie de l'ERC occulte les seconds alors qu'ils pourraient expliquer une proportion dominante de l'effet de certaines psychothérapies, voire des psychothérapies dans leur ensemble.

Malgré ces limites, la méthodologie de l'ERC est indéniablement robuste. D'ailleurs, des études naturalistes tendent à montrer que les traitements validés empiriquement ont une efficacité réelle dans des conditions écologiques (302,303). D'après ses détracteurs, le principal défaut de ce modèle est donc le réductionnisme qu'il entraîne : limiter la question de l'évaluation d'une psychothérapie à sa seule efficacité (« ça marche ou ça ne marche pas ») ne permettrait pas de répondre à ses enjeux multiples et la complexité de ses procédures (64). Plus globalement, les présupposés épistémologiques qui sous-tendent la méthodologie de

l'ERC ont eux aussi été critiqués : d'après Freire, l'ERC ne peut pas constituer une méthode d'évaluation adaptée pour les méthodes thérapeutiques ne partageant pas des bases théoriques béhavioristes (304). En s'appuyant sur les arguments de philosophes comme Feyerabend et Kuhn, Freire explique en effet qu'aucune méthode expérimentale n'est neutre ; du fait d'une incompatibilité théorique, l'ERC ne serait donc pas le moyen le plus adapté pour évaluer des techniques qui ne seraient pas issues du béhaviorisme. En outre, considérer l'ERC comme seule méthode valable pour l'évaluation d'une psychothérapie aurait pour conséquence de limiter la variété de preuves pouvant contribuer à faire avancer la recherche dans le domaine et développer de nouvelles méthodes efficaces. Mais à défaut de mieux, la méthodologie de l'ERC reste une référence.

B. Les limites de la méta-analyse dans l'évaluation des psychothérapies

Actuellement, la méta-analyse est considérée comme l'une des méthodologies quantitatives les plus intéressantes pour effectuer la synthèse de données disponibles sur un sujet choisi (305). En effet, elle utilise un indice statistique, la taille d'effet, qui permet de standardiser les résultats des différents travaux analysés. En outre, la taille d'effet donne également la possibilité de comparer les études entre elles en quantifiant l'amplitude des différences observées. Mais pour que les résultats d'une méta-analyse soient considérés comme valides, elle doit répondre à des critères de qualité, tout comme l'ERC. Or, la méta-analyse présente elle aussi des limites car elle n'est pas exempte de biais.

Tout d'abord, la qualité d'une méta-analyse dépend directement de la qualité des ERC qui y sont inclus : c'est le biais GIGO (*garbage in garbage out*, terme utilisé dans le domaine de l'informatique pour illustrer le fait que des données d'entrée défectueuses produisent des sorties défectueuses). Par conséquent, si les ERC inclus dans une méta-analyse sont de mauvaise qualité, cela aura une influence négative sur les résultats présentés par cette dernière. Ainsi, Zimmerman & Pomini prennent l'exemple d'une méta-analyse qui évalue l'efficacité

des TCC sur les symptômes positifs de patients psychotiques : cette dernière met en évidence que la qualité méthodologique des études incluses influence directement la différence de taille d'effet car celle-ci est environ deux fois plus élevée pour les essais sans évaluation à l'aveugle par rapport à des études dont la méthodologie est plus rigoureuse (306).

En outre, une méta-analyse peut être influencée par le biais d'allégeance. Ce problème s'illustre tout particulièrement avec la question de l'efficacité relative des psychothérapies, déjà évoquée en première partie : ainsi, un auteur aura plus tendance à valoriser les résultats qui sont en faveur de l'école théorique à laquelle il appartient. Cela peut donc mener à de véritables « batailles d'opinion » par le biais de méta-analyses interposées qui reprennent parfois les mêmes études.

Un autre biais pouvant impacter la validité d'une méta-analyse est le biais de publication : en effet, il existe dans le monde de la recherche une tendance à favoriser les études mettant en évidence la supériorité d'un traitement par rapport à un autre ; à l'inverse, les essais n'indiquant pas de différence entre traitements ont moins de chances d'être publiés. Ce biais est lié à une forme « d'auto-censure » des chercheurs mais aussi aux éditeurs qui sont peu enclins à publier des études dont les résultats ne sont pas significatifs. Or, ce biais risque lui aussi d'impacter la qualité d'une méta-analyse puisque le fait de ne pas tenir compte d'essais cliniques non publiés risque de fausser l'analyse des données et fausser l'appréciation que l'on peut avoir d'un traitement. Certains outils, comme la méta-régression ou les graphiques en entonnoirs, ont toutefois été développés pour limiter ce biais (307).

Enfin, les critiques considèrent que les résultats d'une méta-analyse manquent eux aussi de validité externe, tout comme l'ERC. Dans leur article, Zimmermann & Pomini prennent l'exemple d'une revue de 63 méta-analyses examinant les effets des interventions psychothérapeutiques (308). Cette dernière souligne que les thérapeutes et les patients évalués

dans ces études ne sont que peu représentatifs de ce qui est observable en pratique clinique quotidienne.

De toute évidence, l'application du modèle EBM à l'évaluation des psychothérapies a permis d'apporter des progrès significatifs dans ce domaine. Les différentes limites que nous avons exposées, qui concernent aussi bien l'ERC que la méta-analyse, viennent toutefois poser question : faut-il uniquement prendre en compte les données issues d'essais cliniques pour estimer l'efficacité d'une psychothérapie ? Est-ce que tenir une telle position ne relève pas du dogme ? Et surtout, ne risque-t-on pas de négliger d'autres éléments qui ont toute leur place dans le choix d'une méthode de psychothérapie, comme l'expérience du praticien ou les préférences du patient, les deux autres piliers de l'EBM ?

Avec la généralisation du modèle EBM, de plus en plus de voix se sont élevées pour dénoncer la tendance qui consiste justement à valider ou infirmer le bien-fondé d'une pratique en se basant uniquement sur les résultats de la littérature scientifique. Cette attitude dogmatique, comme on va le voir, relève de l'idéologie scientiste et risque de constituer un écueil pour la progression de la recherche en psychothérapie.

III. L'écueil du scientisme

Plus qu'un courant de pensée ou une perspective philosophique, le scientisme désigne une position idéologique qui prend majoritairement ses sources dans le mouvement de l'empirisme logique. Ce positionnement se caractérise par une confiance exagérée en la science et sa capacité à comprendre et expliquer les phénomènes (309). Il en découle une certaine vision de ce que doit être la science ainsi que des éléments à prendre en compte pour construire une connaissance scientifiquement valide.

Ainsi, le scientisme repose sur des présupposés épistémologiques qui tendent à exclure toute forme de subjectivité dans le processus d'élaboration d'une connaissance si l'on souhaite qu'elle soit tenue pour vraie. Pour cela, le recours à la recherche expérimentale est privilégié, les méthodes de recherche issues des sciences naturelles étant érigées comme modèle à suivre. D'après le scientisme, seule la science est donc en mesure de produire une connaissance « vraie », et dans le domaine médical, ce positionnement se reflète par la tendance à ne considérer qu'un seul des trois piliers de l'EBM pour une prise de décision : celui des données probantes, issues des essais cliniques ayant le plus haut niveau de preuve scientifique (c'est-à-dire l'ERC et la méta-analyse). La position scientiste a donc tendance à négliger les deux autres piliers que sont l'expertise du clinicien et les préférences du patient, du fait de leur ancrage dans la subjectivité (310).

Pourtant, on l'a déjà vu plus haut, l'ERC et la méta-analyse comportent des limites évidentes. En outre, les connaissances d'un médecin ne peuvent se résumer à l'accumulation de données probantes ; elles sont aussi le résultat d'un parcours et d'une expérience propres à chacun, qui s'expriment par un savoir-faire contextualisé à chaque rencontre avec un patient (311). Du fait de sa haute complexité, cette dimension échappe à la standardisation et à la quantification. Cela signifie-t-il pour autant qu'il faut accorder moins de valeur à ce qu'il est difficile voire impossible de mesurer ? Et que penser du positionnement scientiste appliqué à l'évaluation des psychothérapies alors même qu'on a évoqué le caractère profondément subjectif et irréductible de toute relation thérapeute-malade ?

Comme on l'a déjà évoqué plus haut, des études ont montré qu'une minorité des actes réalisés dans la pratique clinique quotidienne disposaient d'un haut niveau de preuve scientifique (10% au mieux) (191,192). Dans leur article, Berna *et al.* réfutent par ailleurs l'affirmation selon laquelle l'absence d'explication à l'efficacité d'un traitement se réduirait à l'effet placebo (309). En effet, il existe à l'heure actuelle plusieurs traitements dont le mécanisme d'action

n'a toujours pas pu être élucidé (par exemple le paracétamol ou les sels de lithium). Pourtant, ces traitements ont fait largement la preuve de leur efficacité dans les essais cliniques et ils sont régulièrement prescrits. En ce qui concerne les thérapies auxquelles nous nous intéressons, il semble en être de même pour l'EMDR. La TFT et l'EFT, quant à elles, sont moins reconnues mais les essais favorables se multiplient, notamment pour l'EFT : du fait des difficultés de standardisation inhérentes à leurs fondements théoriques, il semble difficile pour ces méthodes de prouver leur efficacité. Par ailleurs, cela renvoie à l'incompatibilité théorique avec le modèle béhavioriste et matérialiste physico-chimique que nous avons déjà mentionnée plus haut. Pour autant, doit-on considérer d'emblée qu'il faut écarter ces méthodes ? Comme le rappellent McHugh et Walker, l'absence de preuve d'efficacité (selon la position scientifique) n'est pas la preuve d'absence d'efficacité, en particulier pour des techniques difficilement standardisables (311). A l'inverse, même si une intervention psychothérapeutique est considérée comme efficace sur la base de « résultats probants », il est possible que malgré sa bonne indication, elle n'ait pas les effets escomptés chez certains patients en raison de facteurs qui peuvent être liés ou non à la thérapie : une fois encore, les variables impliquées dans un processus de changement sont très nombreuses, et selon nous, elles ne peuvent pas se résumer uniquement à des facteurs spécifiques.

On pourrait voir dans ces arguments une ode à peine dissimulée au relativisme. Bien évidemment, ce n'est pas l'objectif de notre travail : nous ne comptons pas écarter d'un revers de la main tous les bénéfices apportés par la méthodologie de l'ERC et de la méta-analyse, que nous avons soulignés par ailleurs. Le paradigme de l'EBM constitue un outil puissant de régulation des connaissances : dans de nombreux cas, l'absence de preuve d'efficacité implique effectivement que la méthode à l'étude n'ait aucune efficacité, d'autant plus si cette situation se répète à l'issue de plusieurs études. Cependant, aucun modèle n'est parfait et nous considérons que la position dogmatique et radicale du scientisme impose des conditions de

recherche très strictes qui limitent l'horizon des preuves pouvant être fournies, en particulier dans le domaine de la psychothérapie. Elle crée par ailleurs une hiérarchisation entre les connaissances issues de la recherche et de la clinique, cette dernière ayant tendance à être moins valorisée. Il en résulte un écart entre ces deux domaines, qui a été déploré à de nombreuses reprises (312). Enfin, la production de connaissance est intimement liée à d'autres enjeux, notamment politiques et commerciaux. Or, les industries pharmaceutiques ne manquent pas de reprendre des éléments de communication issus du langage scientifique pour convaincre leurs clients, parmi lesquels figurent les praticiens médicaux. Ainsi, il se pourrait que la position scientifique favorise non seulement certains sujets de recherche par rapport à d'autres (plus facilement quantifiables, donc commercialisables), mais qu'elle facilite également le processus de marchandisation des données issues de la recherche : l'article de Spielmans & Parry (2010) est particulièrement éclairant à ce sujet car il met à jour les liens qui existent entre l'EBM et les industries pharmaceutiques en se basant sur des documents internes issus de firmes connues (313).

S'il est indéniable que le modèle de la médecine fondée sur les preuves a permis d'importantes avancées dans le domaine de la recherche médicale et l'évaluation des psychothérapies en visant l'accumulation de données objectives, il nous semble donc que l'idéologie scientifique en réduit considérablement la portée et constitue une déviance (sectaire ?) regrettable de ce mouvement. En effet, de nombreux composants de la relation thérapeute-patient (comme l'alliance thérapeutique ou l'empathie) ne peuvent se limiter à des éléments quantifiables. Le recours à une autre méthodologie, de type qualitatif, serait probablement plus adapté. Toutefois, se contenter uniquement d'une approche qualitative pour l'évaluation globale des psychothérapies poserait également problème en termes de validité scientifique. De nouvelles méthodologies, qualifiées de « mixtes », ont donc commencé à émerger afin de

répondre à cette problématique, en combinant des approches à la fois quantitatives et qualitatives. Nous proposons de présenter ces méthodologies mixtes dans la section suivante.

IV. Vers un pluralisme méthodologique de la recherche en psychothérapie : le développement des méthodes mixtes

Comme l'explique Fishman, les méthodologies quantitatives présentent plusieurs avantages notables : a) une signification stable à travers le temps ; b) la capacité de contrôler la qualité des données via l'établissement de procédures psychométriques ; c) la capacité de réduire de manière efficiente la quantité importante de différences complexes parmi la multitude des cas inclus ; d) la capacité d'établir un contexte objectif et normatif pour comparer des patients individuels ; e) la capacité de créer des lois fondées sur des déductions allant du « haut vers le bas », c'est-à-dire du général vers le particulier (314,315). Le fait de réduire les situations complexes constitue toutefois un inconvénient majeur de ces approches puisqu'elles mettent souvent de côté une grande partie des informations recueillies. Comme on l'a déjà vu plus haut, cet argument du réductionnisme a souvent été évoqué pour critiquer la pertinence des méthodologies quantitatives, privilégiées dans le modèle EBM. En outre, on a vu aussi que la psychothérapie était un processus multimodal ; de nombreux auteurs considèrent que toute intervention psychothérapeutique, aussi spécifique soit-elle, s'inscrit nécessairement dans un contexte relationnel qui va influencer son résultat en raison de facteurs communs à tous les courants de psychothérapie. Cette intrication complexe entre les variables du processus thérapeutique et celles responsables du résultat risque de ne pas être saisie par une méthodologie quantitative.

Avec le développement des sciences sociales et du paradigme constructiviste, le paysage méthodologique de la recherche en psychothérapie s'est donc progressivement teinté de pluralisme, de plus en plus d'auteurs considérant que les approches qualitatives pouvaient

contrebalancer les inconvénients des méthodologies quantitatives. En effet, les approches qualitatives ont l'avantage de fournir des descriptions denses, riches en détails contextuels, permettant d'ancrer des généralisations dans des exemples particuliers. Dans le cadre d'une étude, elles peuvent ainsi refléter les expériences et les ressentis des patients d'une manière riche et contextualisée, ce qui fournit des données potentiellement intéressantes pour l'évaluation d'une psychothérapie. Cependant, les approches qualitatives souffrent de plusieurs limites, la plus importante étant probablement l'absence de règle méthodologique consensuelle, contrairement aux méthodologies quantitatives qui sont plus robustes et éprouvées. En effet, les approches qualitatives sont plus facilement sujettes aux biais de toutes sortes en raison de leur ancrage dans la subjectivité, et les connaissances qu'elles produisent sont parfois difficiles à généraliser. Toutefois, des efforts substantiels ont été réalisés en vue d'établir des critères de qualité pour les études ayant recours à une méthodologie qualitative (316). Ainsi, Audet & Bouchard ont repris plusieurs critères dans leur article et considèrent qu'une « bonne » étude qualitative possède trois qualités principales : 1) La consistance interne, c'est-à-dire la cohérence globale de son argumentation et la clarté de sa démarche ; 2) La validité, établie par différents processus comme la triangulation, qui consiste à croiser les perspectives et méthodes de recherche pour un même phénomène étudié ; 3) La qualité générale du texte (profondeur, précision, originalité, rigueur, etc.). Un travail global demeure toutefois nécessaire pour continuer à améliorer ces critères de qualité (317).

On voit donc que les approches quantitative et qualitative sont radicalement différentes : la première se base sur des données objectives, le plus souvent recueillies dans des conditions contrôlées, afin d'établir des faits généralisables. La seconde s'appuie plutôt sur des données subjectives, recueillies dans des conditions naturalistes, et cherche à illustrer des expériences singulières de la manière la plus fidèle possible. Ces différences s'expliquent essentiellement par le fait que chaque approche a des bases épistémologiques distinctes : les méthodologies

quantitatives s'appuient sur un paradigme positiviste de la réalité tandis que les méthodologies qualitatives sont essentiellement basées sur des présupposés constructivistes, issus de la philosophie postmoderne. Du fait de leurs différences, les partisans de ces deux approches se sont régulièrement opposés. Pourtant, les méthodologies quantitative et qualitative ont chacune des forces et des faiblesses. Certains auteurs, adoptant une position pragmatique, ont alors pensé qu'au lieu d'être opposées et exclusives, ces approches pouvaient devenir *complémentaires* dans le but d'améliorer les résultats de la recherche. C'est ainsi que sont apparues des méthodologies « mixtes », associant des données à la fois quantitatives et qualitatives (318).

En ce qui concerne l'évaluation des psychothérapies, le recours à ces nouvelles méthodologies a pu notamment s'illustrer dans le cadre d'un regain d'intérêt pour l'étude de cas : ainsi, Fishman a élaboré le modèle de l'étude de cas pragmatique, qui consiste à intégrer des études de cas dans des ERC en respectant des conditions précises, afin d'augmenter leur portée clinique (314). En parallèle, des outils novateurs comme le *Mixed Method Appraisal Tool* (MMAT) ont été conçus pour évaluer la qualité méthodologique de différents types d'études (quantitatives, qualitatives, mixtes) lorsqu'elles sont incluses dans une revue de littérature. Bien qu'il nécessite encore des développements, la littérature suggère qu'il pourrait s'agir d'un outil efficace (319). Ainsi, une revue récente qui s'intéresse à l'EMDR s'est justement appuyée sur le MMAT pour évaluer la qualité des études qu'elle a incluses (320). Au sein de cette revue, plusieurs études mixtes ont été retenues, dont celle de Dunne & Farrell (321) : cette dernière s'intéresse à la façon dont des praticiens issus du monde entier ont intégré l'EMDR dans leur pratique clinique et en quoi leurs bases théoriques antérieures pouvaient affecter cette intégration. Sur un échantillon de 75 personnes, elle a ainsi montré qu'environ 40% des praticiens avaient des difficultés à intégrer l'EMDR à leur pratique quotidienne. Elle a également mis en évidence que les praticiens formés aux TCC intégraient plus facilement

l'EMDR à leur pratique par rapport à ceux dont l'obédience initiale est psychanalytique ou humaniste. Malgré un faible échantillon, elle soulève par conséquent des questions intéressantes : faudrait-il superviser la façon dont les apprenants intègrent l'EMDR à leur pratique, et de quelle manière ? Quels sont les facteurs pouvant expliquer que certains cliniciens ont plus de difficultés à intégrer l'EMDR dans leur pratique par rapport à d'autres ? En ayant recours à une méthodologie mixte, l'étude a donc permis la comparaison de données quantitatives et qualitatives qui mettent en lumière des problématiques très concrètes.

Si l'approche mixte paraît prometteuse, il ne faut pas non plus perdre de vue qu'elle fait face à des défis de taille : le fait de lier des données quantitatives et qualitatives s'avère difficile en pratique, et pose question sur le plan de la validité méthodologique. Ainsi, une étude mixte publiée en 2016 s'est intéressée à l'effet de l'EFT sur la gestion du stress chez des étudiants en soins infirmiers (322). La partie qualitative, qui s'appuyait sur un questionnaire, a permis de mettre en évidence une diminution de l'anxiété ainsi qu'une diminution d'autres troubles en lien avec le stress chez les étudiants. Ces retours d'expérience étaient en accord avec les résultats de l'analyse quantitative, qui objectivait elle aussi une diminution significative du niveau de stress. Toutefois, cette étude présentait des biais non négligeables, notamment un biais de sélection, un biais d'attention, et surtout le fait que les étudiants connaissaient l'auteur de l'étude, ce qui a pu influencer favorablement leurs réponses. Même si cette étude a le mérite d'illustrer certains avantages de l'EFT, notamment sa facilité d'utilisation, une réflexion paraît donc nécessaire pour clarifier les bases méthodologiques des approches mixtes de sorte qu'elles soient consensuelles. L'intérêt croissant que ces méthodologies suscitent actuellement dans le domaine de la recherche médicale contribuera peut-être justement à établir de meilleurs repères.

A présent que nous avons abordé le problème de la démarcation, les limites de l'EBM et le développement des méthodologies mixtes, nous souhaitons évoquer un dernier sujet qui

pourrait ouvrir des perspectives intéressantes à propos du thème que nous traitons. En effet, il existe un mouvement qui fait l'objet d'une reconnaissance croissante au sein du monde médical depuis quelques années : la médecine intégrative. En essayant de concilier l'approche de la médecine dite « conventionnelle » avec celles des thérapies complémentaires de sorte qu'elles constituent un ensemble cohérent, cette nouvelle discipline a créé un champ de recherche inédit ainsi que des perspectives innovantes en termes de pratique médicale. Celles-ci pourraient s'appliquer aussi bien aux spécialités somatiques qu'à la psychiatrie et aux psychothérapies. D'ailleurs, les méthodes auxquelles nous nous intéressons pourraient tout à fait être concernées puisqu'il s'agit de thérapies complémentaires. Dans la section suivante, nous proposons donc de présenter l'approche intégrative appliquée à la médecine et aux psychothérapies.

V. Vers une approche inclusive ? Le modèle intégratif appliqué à la médecine et aux psychothérapies

A. Le concept de médecine intégrative : un bref aperçu historique

L'origine du concept de « médecine intégrative » remonte aux années 1990 (323–325). Développé par le médecin américain Andrew Weil, il désigne un modèle médical qui associe médecine dite « conventionnelle » et thérapies complémentaires. La médecine intégrative se caractérise ainsi par une approche pluridisciplinaire, centrée sur le patient et la relation médecin-malade. Elle vise à considérer le patient dans sa globalité (physique, psychologique, environnementale) tout en se basant sur des données validées par la science. Elle encourage également le patient à être un acteur de sa santé, met l'accent sur la prévention et privilégie les interventions simples et naturelles avant d'avoir recours à des moyens plus coûteux ou invasifs. Plusieurs constats effectués au cours des années 1990 ont participé à son développement aux Etats-Unis : d'abord, l'augmentation du recours aux thérapies complémentaires, qui nécessitaient d'être étudiées afin de mieux comprendre leurs

mécanismes d'action. En effet, le médecin David Eisenberg a présenté plusieurs estimations marquantes dans son étude de 1993 : en 1990, environ 60 millions d'Américains auraient eu recours à une thérapie complémentaire et 22 millions seraient allés consulter un praticien de thérapie complémentaire pour un problème de santé (326). Cette étude a estimé par ailleurs que le nombre de consultations ambulatoires chez ce type de praticien s'élevait à 425 millions en 1990. Ce chiffre excédait donc largement celui des consultations ambulatoires chez les médecins délivrant des soins primaires (388 millions). Or, la majorité des personnes interrogées dans l'étude déclaraient ne pas avoir informé leurs médecins traitants qu'elles avaient recours à des thérapies complémentaires. Cette étude a donc non seulement mis en évidence une augmentation nette du recours aux thérapies complémentaires mais elle a également montré qu'il était souhaitable pour les médecins d'en parler avec leurs patients.

Ensuite, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et l'incapacité manifeste du système de santé américain à les prendre correctement en charge ont motivé un changement de vision. Ainsi, l'*Institute of Medicine* a conclu dans son rapport de 2001 qu'une refonte du système de santé américain s'avérait nécessaire, en s'appuyant sur plusieurs axes d'amélioration tels que la sûreté des soins, leur équitabilité, et le fait qu'ils soient centrés sur le patient (327). Dès 1992, des fonds dédiés à la recherche sur les MAC ont été alloués par le Congrès américain, et en 1998, le *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) a vu le jour. Des années plus tard, en 2014, le Congrès a décidé de changer le nom du NCCAM en *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH). Ce changement illustre l'évolution de la notion de médecine intégrative vers celle, plus élargie, de santé intégrative, englobant aussi bien la santé physique que mentale.

Rapidement, les organismes, les programmes de recherche et d'enseignement dédiés à la médecine intégrative se sont multipliés aux Etats-Unis. Le concept de médecine intégrative s'est également propagé aux autres régions du monde ; en Europe, le développement de la

discipline est toutefois resté inégal : en 2009, la Suisse a inscrit la prise en compte des thérapies complémentaires dans sa constitution et plusieurs centres de médecine intégrative, notamment universitaires, ont vu le jour (328). L'Allemagne, quant à elle, a accordé depuis longtemps un rôle à part entière aux *Heilpraktiker* dans son système de santé et compte plus de 13 professeurs de médecine enseignant la médecine intégrative (329). L'un d'eux a d'ailleurs été nommé sur une chaire dédiée à la médecine intégrative en 2023. En revanche, la place de la médecine intégrative reste débattue en France, même si de plus en plus de patients sont demandeurs d'une « prise en charge globale » (330). Plusieurs initiatives visant à promouvoir la pratique et l'enseignement de la médecine intégrative ainsi que la recherche dans ce domaine ont néanmoins vu le jour, citons par exemple la création de l'Observatoire des Médecines Complémentaires et Non Conventionnelles (OMCNC) en 2015 à Nice, du Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) en 2017, ou encore la décision récente de créer un Observatoire de l'enseignement des thérapies complémentaires à l'Université de Strasbourg (331). En 2021, l'Académie Nationale de Médecine a estimé par ailleurs que les thérapies complémentaires devaient être enseignées dans les Facultés de médecine de France ainsi que dans les Instituts de formation aux professions de santé (332). Enfin, à un niveau plus global, l'OMS a reconnu dans un rapport de 2013 que les médecines complémentaires constituaient une part souvent sous-estimée des soins de santé (333). Sans mentionner explicitement la médecine intégrative, elle souligne néanmoins que « de nombreux pays reconnaissent la nécessité d'adopter une approche cohésive et intégrative des soins de santé » et encourage les différents pays du monde à « développer des solutions qui participent d'une vision plus large favorisant l'amélioration de la santé et l'autonomie des patients ».

Depuis son apparition dans les années 1990, la médecine intégrative constitue donc une discipline de plus en plus reconnue qui ne s'est pas seulement limitée aux spécialités

somatiques : en effet, la tendance à développer des approches intégratives s'est également manifestée dans les domaines de la santé mentale et de la psychiatrie (334). En ce qui concerne les psychothérapies, il s'avère même que ce projet intégratif existait déjà avec ses propres spécificités avant les années 1990.

B. Le mouvement intégratif au sein des psychothérapies

Face à l'explosion des courants de psychothérapies déjà évoquée en première partie, l'idée d'élaborer un modèle transthéorique qui pourrait rassembler leurs principales caractéristiques a vu le jour dès les années 1930 (335). Cette initiative, née une fois encore aux Etats-Unis, était nourrie par l'espoir de voir cesser les querelles stériles entre les différentes écoles de psychothérapie mais avait aussi pour objectif d'améliorer l'efficacité et la fiabilité des théories et techniques thérapeutiques. Elle s'est par ailleurs appuyée sur un constat : dans des études réalisées à la fin du XXème siècle, de plus en plus de professionnels exerçant la psychothérapie avouaient leur éclectisme (336). En effet, ces psychothérapeutes ne se limitaient pas aux éléments théoriques et techniques d'une seule école mais avaient plutôt tendance à combiner des pratiques issues de différents courants afin de mettre au point des approches multimodales et personnalisées. En outre, des études publiées à partir des années 70 ont suggéré que l'efficacité des psychothérapies n'était pas tant liée à des ingrédients spécifiques qu'à des facteurs communs que nous avons déjà évoqués, d'où l'intérêt de développer une approche qui pouvait les réunir.

Ainsi, plusieurs modèles ont vu le jour, certains cherchant à associer des approches radicalement différentes pour élaborer des méthodes inédites tandis que d'autres tentaient plutôt d'inclure de nouvelles techniques ou procédures dans un courant déjà existant. Au final, Norcross (2005) a distingué quatre types différents de modèles intégratifs (337) :

- Le modèle des facteurs communs, que nous avons déjà présenté.

- Le modèle de l'intégration théorique, qui cherche à créer une « méta-théorie » en rassemblant des théories et techniques déjà existantes. Les modèles de la psychodynamique cyclique de Wachtel ou de la thérapie cognitive-analytique de Ryle en sont des exemples (338,339).
- Le modèle de l'intégration assimilative, qui consiste à intégrer des techniques ou des procédures issues d'autres courants au sein d'un système donné.
- Enfin, le modèle de l'éclectisme, qui se focalise surtout sur les aspects techniques des différents courants : le thérapeute éclectique fait l'usage de techniques qui proviennent de différents horizons théoriques sans forcément adhérer à chacun d'eux. A la différence de l'intégration théorique, l'éclectisme technique consiste à sélectionner des éléments déjà existants pour les utiliser dans une thérapie mais il ne crée pas de nouveau modèle.

Comme on le voit, l'approche intégrative s'avère complexe et peut donc revêtir plusieurs facettes. Cependant, elle a attiré un nombre croissant de praticiens anglo-saxons, au point que certains d'entre eux ont fini par se réclamer de ce courant : on en a l'exemple avec l'EMDR, qui a été qualifiée à plusieurs reprises d'approche « intégrative » par sa créatrice (340). En effet, selon Shapiro, l'EMDR s'inspirerait de nombreux autres courants, comme les TCC, la psychanalyse ou les approches psycho-corporelles. Mais alors, à quel modèle cité plus haut pourrait-elle correspondre ? L'EMDR constitue-t-elle un courant distinct qui se base sur une théorie propre ou s'agit-il d'un simple agrégat de techniques qui relèverait plutôt de l'éclectisme ? En fait, plusieurs modèles intégratifs pourraient s'appliquer à l'EMDR du fait de son évolution : à ses débuts, elle a d'abord été enseignée comme une technique qui pouvait s'intégrer dans la pratique d'un clinicien puis, au fur et à mesure que les recherches à son sujet se sont accumulées, elle s'est finalement présentée comme une approche psychothérapeutique à part entière reposant sur le modèle TAI, avec un protocole de

traitement précis (341). En pratique, il semble que l'EMDR soit utilisée de plusieurs manières : elle peut constituer une méthode à part entière, ce qui en fait un modèle d'intégration théorique, mais également assimiler des techniques issues d'autres courants, ou à l'inverse être assimilée à d'autres systèmes pour créer de nouveaux modèles, ce qui correspondrait plutôt au modèle d'intégration assimilative (342). La manière dont l'EMDR est utilisée dépendrait essentiellement des bases théoriques préalables des cliniciens qui l'intègrent dans leur pratique, comme on l'a vu avec l'étude de Dunne et Farrell (321).

En ce qui concerne la TFT et l'EFT, leurs créateurs ne les définissent pas explicitement comme des méthodes intégratives. Dawson Church mentionne tout au plus que l'EFT est une approche associant des éléments issus de l'acupuncture et des thérapies d'exposition (257). En reprenant les modèles de Norcross, on pourrait toutefois dire que la TFT et l'EFT sont des exemples d'intégration théorique, puisqu'elles ont associé des éléments issus d'horizons très différents (acupuncture, physique quantique, thérapie d'exposition, etc.) pour former de nouvelles pratiques.

Si la médecine intégrative et l'intégration des psychothérapies ont rapidement fait l'objet d'un intérêt croissant dans les pays anglo-saxons, ces sujets ont en revanche rencontré moins de succès en France dans un premier temps. Actuellement, de plus en plus d'auteurs commencent à s'y intéresser mais comme on va le voir, le projet de développer une approche intégrative se heurte à plusieurs obstacles.

C. Quels défis pour le développement de l'approche intégrative ?

Si l'approche de la médecine intégrative paraît prometteuse, elle comporte néanmoins des limites et son développement risque d'être confronté à plusieurs obstacles, dont le principal semble être l'hétérogénéité des MAC, qui vient poser un problème de définition consensuelle.

En outre, certaines des théories sur lesquelles se fondent ces pratiques sont incompatibles voire en contradiction avec le modèle biomédical (343).

Ian Coulter, un analyste des politiques de santé publique, voit trois issues possibles à cette problématique : la première serait d'intégrer les techniques issues des MAC au sein de la médecine conventionnelle en les séparant des concepts philosophiques et du contexte culturel qui les sous-tendent. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une MAC mais plutôt d'une thérapie complémentaire, ce premier cas de figure semble s'être produit avec la méditation de pleine conscience : inspirée du bouddhisme, cette technique se présente comme une pratique laïque qui a fait l'objet de nombreuses recherches dans le domaine biomédical. Aujourd'hui, de nombreuses études montrent son efficacité dans plusieurs indications, telles que la diminution du stress ou la prévention des rechutes dépressives (344). Certains auteurs ont toutefois dénoncé une instrumentalisation de cette technique qui, au lieu de servir à l'épanouissement personnel ou à la diminution des souffrances, serait progressivement devenue un outil d'efficacité et de rendement dans des milieux comme le monde de l'entreprise ou l'armée (345,346). Cet exemple illustre donc qu'une technique issue des MAC ou une thérapie complémentaire peuvent tout à fait s'intégrer dans le cadre de pratiques conventionnelles ; toutefois, il ne faut pas perdre de vue les enjeux éthiques qui sont liés à cette intégration, car le risque de détournement à des fins utilitaristes est majeur.

Le second scénario, selon Coulter, serait celui du « cheval de Troie » : les MAC seraient intégrées au sein de la médecine conventionnelle et en modifieraient progressivement la nature. Enfin, la troisième et dernière option serait l'élaboration d'un « méta-paradigme » qui rendrait possible la coexistence des concepts théoriques issus des MAC avec ceux du modèle biomédical. Selon plusieurs auteurs, un tel méta-paradigme pourrait être représenté par le modèle biopsychosocial d'Engel, initialement développé pour la psychiatrie : en effet, il présenterait l'avantage d'articuler en une seule approche les dimensions biologique,

psychochologique et sociale de la santé et de la maladie (347,348). Toutefois, le modèle d'Engel n'est pas exempt de critiques, d'autres auteurs lui reprochant son manque de clarté ou le fait que les relations complexes entre chaque sous-système (biologique, psychosociale, social) ne soient pas suffisamment connues (349).

En ce qui concerne les psychothérapies, on constate des difficultés similaires : développer un seul « méta-modèle » capable d'englober les caractéristiques essentielles de tous les courants de psychothérapie paraît louable, mais ce projet se heurte lui aussi à certains obstacles, le plus important étant les différences radicales qui peuvent séparer certaines écoles. En outre, le développement d'un tel modèle risquerait de faire perdre la spécificité propre à certaines approches, qui fait leur richesse. De prime abord, un tel projet paraît donc difficile à mettre en œuvre d'autant qu'il semble avoir été lui-même « victime » du phénomène de multiplication qu'il entendait contenir : comme le souligne Françoise Parot, de multiples modèles qui se réclament de l'approche intégrative n'ont cessé d'apparaître depuis les années 1980-1990 (2).

Même si d'authentiques modèles intégratifs comme l'EMDR ont pu voir le jour, l'approche intégrative dans le domaine des psychothérapies soulève donc de nombreuses questions quant à sa définition et à sa pratique : un positionnement purement technique ne permet pas de saisir cette approche complexe dans son entièreté. Définir une véritable approche intégrative implique entre autres de s'intéresser à la manière dont on conceptualise un cas, à quelle fonction occupe un symptôme, mais aussi d'établir des critères d'efficacité précis, etc (335). Pour cela, des espaces de réflexion communs vont être nécessaires. On peut espérer que l'intérêt croissant porté à l'égard des psychothérapies intégratives permettra d'encourager la mise en place de tels espaces.

Malgré une reconnaissance croissante au fil des années, on voit donc que l'approche intégrative reste en pleine évolution : pour être pleinement fonctionnelle et applicable, la

médecine intégrative va devoir essayer de résoudre les oppositions conceptuelles qui séparent le paradigme biomédical et les théories issues d'autres médecines ou thérapies. Il en va de même pour les psychothérapies intégratives, du fait de l'opposition radicale qui sépare certaines écoles entre elles. Plus globalement, le développement de l'approche intégrative va aussi dépendre de la mise en place de programmes d'enseignements adaptés et du financement de programmes de recherche en France. A notre sens, la médecine intégrative pourrait présenter de réels bénéfices en permettant de mieux comprendre les mécanismes de fonctionnement de certaines pratiques issues des médecines complémentaires. Et en ce qui concerne l'approche intégrative appliquée aux psychothérapies, elle présente l'intérêt majeur d'encourager le dialogue entre les différents courants ainsi qu'une réflexion sur leurs mécanismes d'action, qu'ils soient spécifiques ou communs.

En tout cas, il semble que les preuves d'efficacité en faveur des prises en charge intégratives soient en train de s'accumuler dans le domaine de la psychiatrie, et notamment pour le traitement du TSPT (350). Ces résultats paraissent encourageants et le développement de méthodologies comme celles que nous avons présentées contribuera peut-être à les consolider.

VI. Discussion : quel statut scientifique pour l'EMDR, la TFT et l'EFT ?

Arrivés à ce stade de notre exposé, quel regard peut-on finalement porter sur l'EMDR, la TFT et l'EFT ? S'agit-il de méthodes pseudoscientifiques ou peuvent-elles être considérées comme des pratiques scientifiquement valides ? Au regard de ce que nous avons présenté concernant le problème de la démarcation, la réponse que nous pouvons apporter à cette question est nécessairement nuancée : selon nous, les trois méthodes auxquelles nous nous intéressons semblent se trouver dans la fameuse « zone grise » que nous avons évoquée, c'est-à-dire qu'elles partagent plusieurs caractéristiques des pseudosciences sans pour autant toutes les remplir. Par certains aspects, elles partagent également des caractéristiques de la démarche

scientifique. Si l'on reprend la définition à 4 critères déjà présentée plus haut avec les limites qu'elle comporte, on constate ainsi que l'EMDR ne remplit pas les critères du manque de preuves. De même, elle ne remplit pas celui de la méthodologie déficiente, quoique cette affirmation pourrait être débattue, les résultats de la littérature étant contradictoires sur ce sujet. Le troisième critère, qui porte sur la référence à des entités ou des processus situés en dehors de la science est également discutable, car même si la théorie de l'EMDR constitue encore une « hypothèse de travail » ayant recours à des termes flous, de plus en plus d'arguments semblent s'accumuler pour expliquer son mécanisme d'action. Enfin, elle remplit le quatrième critère.

La TFT et l'EFT, quant à elles, remplissent les quatre critères de prime abord, mais là aussi on pourrait apporter des éléments de nuance : pour le critère du manque de preuves, on pourrait rajouter le terme de « suffisantes » puisque les recommandations du NICE considèrent que l'EFT pourrait avoir des effets potentiellement bénéfiques ; pour le deuxième critère, nous rappelons les limites de la méthodologie de l'ERC pour l'évaluation de méthodes qui s'appuient sur des bases théoriques différentes du paradigme biomédical dominant ; en revanche, elles remplissent le troisième et le quatrième critère. Des deux méthodes, la TFT est probablement celle qui se rapproche le plus d'une pratique pseudoscientifique du fait de son utilisation de méthodes non validées comme le test musculaire. En simplifiant et en essayant de standardiser la pratique du *tapping*, l'EFT a quant à elle fait des efforts pour essayer d'appliquer la démarche scientifique.

Nous gardons à l'esprit que les trois méthodes auxquelles nous nous intéressons présentent des fondements théoriques inconsistants sur le plan scientifique ; la théorie sur laquelle s'appuient la TFT et l'EFT, citant pêle-mêle des notions issues de l'acupuncture, de la thérapie d'exposition et de la physique quantique pour expliquer ses principes, a de quoi faire lever un sourcil (sinon deux). La théorie de l'EMDR est floue également car elle s'appuie sur

des éléments qui relèvent plutôt d'un jargon que du langage scientifique (réseaux de mémoire, système de traitement de l'information, etc.). Ces trois méthodes ont par ailleurs fait l'usage de techniques de communication discutables pour faire leur promotion avant même d'avoir pu bénéficier d'une reconnaissance sur le plan empirique. Et dans certains cas, elles ont pu avoir des effets délétères : ainsi, Monica Pignotti rapporte que la notion de « toxine » a pu être utilisée de façon complètement inadaptée auprès de patients qui venaient consulter un praticien TFT (par exemple, des patientes anorexiques à qui l'on conseillait d'éviter certains aliments) (247). Tous ces éléments viennent souligner l'importance de garder un esprit critique, que l'on soit un patient ou un praticien désireux d'apprendre de nouvelles méthodes thérapeutiques. Par ailleurs, elles mettent en lumière le risque de dérive que ces pratiques comportent.

Dans le même temps, ces méthodes ont eu le mérite de stimuler la recherche dans le domaine du psychotraumatisme, en particulier l'EMDR. Les efforts de standardisation effectués par l'EFT témoignent par ailleurs d'une volonté de se conformer aux critères de validité du paradigme biomédical pour acquérir une légitimité sur le plan scientifique. Malgré cela, doit-on considérer qu'il faut exclure ces méthodes de nos pratiques car elles présentent des caractéristiques pseudo-scientifiques ? En ce qui concerne l'EMDR, cette question paraît peu pertinente puisqu'elle s'est peu à peu imposée comme une méthode de référence dans le traitement du TSPT malgré ses fondements théoriques controversés. En revanche, la TFT et l'EFT semblent plus concernées par cette interrogation.

Sans nier la possibilité de dérives qu'elles comportent, nous considérons que l'EMDR, la TFT et l'EFT offrent toutes les trois une opportunité de progression pour la recherche dans le domaine des psychothérapies. En effet, les modalités d'évaluation des psychothérapies font encore l'objet de controverses car les mécanismes de changement induits par une intervention psychothérapeutique ne sont pas encore bien compris. Les modèles de l'ERC et de la méta-

analyse, qui prédominent actuellement pour garantir la validité scientifique d'une pratique, ont par ailleurs des limites que nous avons soulignées.

Et si, malgré leurs théories contestables, les trois méthodes auxquelles nous nous intéressons permettraient justement d'accéder à une meilleure compréhension de ces mécanismes de changement ? Et si ces méthodes permettaient d'éclairer les rôles respectifs des facteurs spécifiques et des facteurs communs dans un processus thérapeutique ? C'est peut-être à cet endroit que des nouveaux modèles comme les méthodologies mixtes ou l'approche intégrative pourraient avoir un rôle à jouer, en ouvrant des perspectives novatrices sans pour autant renier complètement les bases sur lesquelles s'appuient nos connaissances actuelles. Ainsi, il serait souhaitable selon nous d'adopter une attitude ouverte vis-à-vis des thérapies complémentaires, tout en gardant à l'esprit qu'il faut continuer à les évaluer et les encadrer. Pour cela, il nous paraît important d'encourager l'enseignement de ces méthodes et la recherche à leur sujet, sans forcément adhérer à leurs fondements théoriques.

Conclusion

S'il est un thème qui englobe notre travail, c'est probablement celui de la controverse : de la naissance des psychothérapies au développement des *Power Therapies* en passant par le concept de psychotraumatisme et le problème de la démarcation, quasiment tous les sujets que nous avons évoqués ont été marqués par des débats parfois vifs au sein de la communauté scientifique.

Au cours de ce travail, nous avons donc pu définir dans un premier temps ce qu'est une psychothérapie, présenter le modèle EBM et l'évolution historique du concept de psychotraumatisme. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence que ces trois sujets partageaient des liens étroits : les premières théories de fonctionnement du psychisme humain, qui ont rendu possible l'apparition des psychothérapies modernes, ont été élaborées à la fin du XIX^{ème} siècle en s'intéressant au phénomène du psychotraumatisme. Plus tard, l'introduction du diagnostic de TSPT au sein du DSM-III a permis le développement de nouvelles approches thérapeutiques. En parallèle, le paradigme de l'EBM s'est progressivement imposé comme un modèle de référence pour la pratique et la recherche médicales, y compris l'évaluation des psychothérapies. Cependant, il n'a pas permis de résoudre certaines des controverses qui séparent les chercheurs dans ce domaine, comme les modalités de comparaison à un groupe placebo ou le rôle respectif des facteurs spécifiques et des facteurs communs dans le processus de changement induit par une intervention thérapeutique.

Secondairement, nous avons expliqué en quoi consistaient l'EMDR, la TFT et l'EFT. Nous avons également présenté les conditions qui ont favorisé leur émergence et les oppositions qu'elles ont rencontrées au sein de la communauté scientifique. Nous avons ainsi pu mettre en évidence la participation de facteurs historiques, économiques et sociaux dans la popularisation de ces trois méthodes. Nous avons également considéré les arguments de leurs détracteurs : pour cela, nous avons analysé les critiques qui s'adressaient aux fondements théoriques des trois méthodes que nous avons présentées, à la qualité de leurs études et aux méthodes de communication qu'elles ont utilisées pour faire leur promotion.

Enfin, nous avons évoqué le problème de la démarcation et les limites des méthodologies quantitatives dans l'évaluation des psychothérapies, ce qui a débouché sur une critique du scientisme. Nous avons ensuite présenté deux modèles en plein développement, les méthodologies mixtes et l'approche intégrative, avant d'effectuer notre synthèse finale sur le statut scientifique des trois méthodes auxquelles nous nous sommes intéressés. Il en est ressorti que l'EMDR, la TFT et l'EFT partageaient des caractéristiques pseudoscientifiques mais qu'en parallèle, elles ont aussi contribué à stimuler la recherche dans le domaine du psychotraumatisme, et plus largement dans celui de l'évaluation des psychothérapies. En ce sens, elles semblent également partager des traits de la démarche scientifique.

Arrivé(e) à l'issue de notre travail, le lecteur (ou la lectrice) aura peut-être l'impression que nous n'avons pas répondu à certaines de ses interrogations, mais qu'au contraire nous en avons ouvert de nouvelles. C'est que, d'après nous, l'on ne peut se contenter de fournir des réponses simples et tranchées si l'on souhaite évoquer la question de la psyché humaine et des méthodes de soins qui s'y rapportent avec un minimum de justesse : à l'instar d'Etienne Klein, nous pensons que la vérité ne se situe pas dans des positions extrêmes, mais plutôt dans la nuance (351). Cela implique d'adopter une attitude qui cultive sainement le doute, sans

somber dans le relativisme ou le nihilisme. Après tout, le positionnement scientifique ne consiste-t-il pas à s'interroger sur la nature du réel qui nous entoure ?

VU

Strasbourg, le 8/9/23

Le président du Jury de Thèse

Professeur Gilles BERTSCHY



VU et approuvé

Strasbourg, le 11 SEP. 2023

Le Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé de Strasbourg

Professeur Jean SIBILLA



Bibliographie

1. Chaney S. The action of the imagination: Daniel Hack Tuke and late Victorian psychotherapeutics. *History of the Human Sciences*. Avr. 2017 ; 30(2):17-33.
2. Parot F, Demazeux S, Fouré L. *Les psychothérapies : fondements et pratique*. Paris : Belin Éducation. 2011, 255 p. (Atouts psychologie).
3. Belhoste B. Mesmer ou la chute du magnétiseur [En ligne]. Disponible sur: <https://www.pourlascience.fr/sd/histoire-sciences/mesmer-ou-la-chute-du-magnetiseur-8642.php>.
4. Garrabé J. Philippe Pinel (1745-1826). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2009;167(1):93-8.
5. Pelletier JF, Davidson L. À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin. *Santé mentale au Québec*. 2015;40(1):19-33.
6. Rigoli J, Marmion JF. Entretien avec Juan Rigoli : «Écouter les aliénés a été une révolution». *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*. 2013;N° 31(6):5-5.
7. Chertok L. BRAID JAMES (1795-1860) [En ligne]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/james-braid/>.
8. Amouroux R. Éléments pour une histoire de l'hypnose [En ligne] Disponible sur: https://pediadol.org/wp-content/uploads/2009/12/U2009_RA.pdf.
9. Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(162):14-9.
10. Braid J, Nicolas S. *Hypnose ou Traité du sommeil nerveux, considéré dans ses relations avec le magnétisme animal: 1843*. Reprod. en fac-sim. Paris Budapest Torino: l'Harmattan; 2004. (Encyclopédie psychologique).
11. Dupont JC. De la neurologie à l'hystérie [En ligne]. Disponible sur: <https://www.pourlascience.fr/sd/histoire-sciences/de-la-neurologie-a-l-hysterie-3594.php>.
12. Carroy J. *Jeux d'écoles hypnotiques : Paris-Nancy fin de siècle*. *Revue d'histoire des sciences humaines*. 2018;(32):73-97.
13. Chertok L. LIÉBEAULT AUGUSTE AMBROISE (1823-1904) [En ligne]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/auguste-ambroise-liebeault/>.
14. Chertok L. BERNHEIM HIPPOLYTE (1840-1919) [En ligne]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hippolyte-bernheim/>.
15. Bernheim H, Nicolas S. *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille (1884)*. Paris Budapest Torino: l'Harmattan; 2003. (Encyclopédie psychologique).
16. Carroy J. *Hypnose, suggestion et psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France. 1991, 272 p. [En ligne] Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/puf.carro.1991.01>.

17. Nicolas S. L'école de Nancy et l'école de la Salpêtrière en 1890 à l'occasion du procès Eyraud-Bompard, suivi de : Hippolyte Bernheim « Hypnotisme et suggestion : doctrine de la Salpêtrière et doctrine de Nancy » 1891. *Bulletin de psychologie*. 2002;55(460):409-13.
18. Laurens S. Suggestions, hypnose et influences inconscientes. *Bulletin de psychologie*. 2004;57(472):423-7.
19. Bernheim H. *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie, études nouvelles* (Ed. 1891). Hachette/BnF; 2018. 542 p.
20. Sédat J. Sigmund Freud - Les grandes étapes de la pensée freudienne. Malakoff : Armand Colin. 2013, 256 p. (Lire et comprendre) [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/sigmund-freud--9782200286071.htm>.
21. Dortier JF. Comment Freud a inventé la psychanalyse. In : *Une histoire des sciences humaines*. Auxerre : Éditions Sciences Humaines. 2012, p. 107-122. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/une-histoire-des-sciences-humaines--9782361060268-page-107.htm>.
22. Bon N. Freud et l'École de Nancy. *La revue lacanienne*. 2011;10(2):45-8.
23. Clément C. BREUER JOSEF [En ligne]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/josef-breuer/>.
24. Quinodoz JM. Études sur l'hystérie, S. Freud et J. Breuer (1895d). In : *Lire Freud. Découverte chronologique de l'œuvre de Freud*. Paris : Presses Universitaires de France. 2004, p. 21-34. [En ligne] Disponible sur: <https://www.cairn.info/lire-freud--9782130534235.htm>.
25. Perron R. *Histoire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France. 2014, 128 p. (Que sais-je ?) [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-de-la-psychanalyse--9782130633754.htm>.
26. Chiland C. Pour une méta-théorie de la psychothérapie. *Perspectives Psy*. 2012;51(4):356-63.
27. Bouvet C. *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives, TCC*. 2e éd. Malakoff: Dunod. 2020, 144 p. (Psycho sup.)
28. Maurer D, Thibaut F, Granger B. Chapitre 15. Thérapies cognitives et comportementales (TCC). In: *Les fondements des psychothérapies. De Socrate aux neurosciences*. Paris : Dunod. 2014, p. 229-262. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-fondements-des-psychotherapies--9782100721276-page-229.htm>.
29. Watson JB. Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*. mars 1913;20(2):158-77.
30. O'Donohue W, Masuda A. *Behavior Therapy - First, Second, and Third Waves*. Cham : Springer. 2022, 809 p.
31. Dobson KS. *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd edition). New York: Guilford Press. 2010, 481 p.

32. Hayes SC, Hofmann SG. “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*. 2021;20(3):363-75.
33. Hofmann, SG, Hayes SC. The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*. 2019 ; 7(1), 37–50.
34. Picard D, Marc E. L'École de Palo Alto. Paris : Presses Universitaires de France. 2013, 128 p. (Que sais-je ?) [En ligne]. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/puf.picar.2013.01>.
35. Marchand G. Les thérapies systémiques. *Sciences Humaines*. 2002;N°127(5):29-29.
36. Dupont S. La thérapie familiale. Paris: Presses universitaires de France. 2017, 128 p. (Que sais-je ?)
37. Cottraux J. Chapitre 6. Les psychothérapies humanistes. In : Choisir une psychothérapie efficace. Paris : Odile Jacob. 2011, p. 163-190. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/choisir-une-psychotherapie-efficace--9782738126023-page-163.htm>.
38. Santarpia A. Chapitre 5. Les thérapies centrées sur l'expérience sensorielle/émotionnelle. In : Introduction aux psychothérapies humanistes. Paris : Dunod. 2020, p.119-140. [En ligne]. Disponible sur <https://www.cairn.info/introduction-aux-psychotherapies-humanistes--9782100801305-page-119.htm>.
39. Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Dellucci H, et al. Chapitre 2. Qu'est-ce qu'une psychothérapie? In : Pratique de la psychothérapie EMDR. Paris : Dunod. 2017, p.11-18. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie-emdr--9782100737802-page-11.htm>.
40. Frank JD. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. Press. 1961, 282 p.
41. Wampold, BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 2001, 263 p.
42. Cazauvieilh C.. Évaluer et améliorer l'efficacité des psychothérapies: adaptation française d'un système de suivi des résultats thérapeutiques et étude des processus participant au changement. 2018. Thèse de doctorat. Bordeaux.
43. Guyatt G. Evidence-Based Medicine. *JAMA*. 1992;268(17):2420.
44. 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.
45. Bizouarn P. Evidence-Based Medicine et expertise clinique. *Multitudes*. 2019;75(2):103-13.
46. Burns PB, Rohrich RJ, Chung KC. The Levels of Evidence and Their Role in Evidence-Based Medicine. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2011;128(1):305-10.
47. Sackett DL. Rules of Evidence and Clinical Recommendations on the Use of Antithrombotic Agents. *Chest*. 1986;89(2):2S-3S.

48. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Avril 2013. [En ligne] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.
49. Cuschieri S. The CONSORT statement. *Saudi Journal of Anaesthesia*. 2019;13(5):27.
50. Haute Autorité de Santé. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. Juin 2007. [En ligne] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf.
51. Duncan BL. The legacy of Saul Rosenzweig: The profundity of the dodo bird. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2002;12(1):32-57.
52. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(1):7-18.
53. Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Woody SR. Update on Empirically Validated Therapies II. *Clinical Psychologist*. 1998;51:3-16.
54. American Psychological Association. Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*. 2006;61(4):271-85.
55. Gérin P, Dazord A. Recherches cliniques « planifiées » sur les psychothérapies : méthodologie. Paris : La documentation française. 1992, 177 p.
56. Sartorius N, De Girolamo G, Andrews G, German AG, Eisenberg L. Treatment of mental disorders. A review of effectiveness. Washington : American Psychiatric Press. 1993, 501 p.
57. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy : an evaluation. *J Consult Psychol* 1952, 16 : 319-324.
58. Villamaux, M. La recherche sur l'efficacité des psychothérapies au 20e siècle? Une histoire mouvementée. *Pour la Recherche*, 25, 4 [En ligne] Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/recherche/PLR/PLR25/PLR25.html#6>.
59. Luborsky L, Barton S, Luborsky L. Comparative Studies of Psychotherapies - Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*. 1975;32(8):995.
60. Carroll, L. (1865/1971). *Alice in wonderland*. New York: Norton & Company.
61. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*. 1977;32(9):752-60.
62. Barkham M, Lutz W, Castonguay LG, Bergin AE, Garfield SL. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 7th edition, 50th anniversary edition. Hoboken, NJ: Wiley. 2021, 848 p.

63. Inserm. Psychothérapie : Trois approches évaluées. Paris : Les éditions Inserm. 2004, 553 p. [En ligne] Disponible sur : https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/146/expcol_2004_psychotherapie.pdf?sequence=1.
64. Despland JN, De Roten Y, Kramer U. L'évaluation des psychothérapies. Cachan : Lavoisier. 2018, 250 p. Thérapies et psychothérapies.
65. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 2015;14(3):270-7.
66. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1936;6(3):412-5.
67. Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In : Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th edition. New York: Wiley. 2004, p.139-193.
68. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 2011;48(1):9-16.
69. Cuijpers P, Reijnders M, Huibers MJH. The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>.
70. De Roten Y. Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques. *Bulletin de psychologie*. 2012;486(6):585-90.
71. Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In : *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York : Basic Books. 1992, p. 94–129.
72. Hubble MA, Duncan BL, Miller S, Wampold BE. Introduction. In : *L'essence du changement. Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies*. Bruxelles: De Boeck. 2012, p. 51-76.
73. Blease CR. Psychotherapy and Placebos: Manifesto for Conceptual Clarity. *Frontiers in Psychiatry*, 2018;9 [En ligne]. Disponible sur: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00379>.
74. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). PLACÉBO : Définition de PLACÉBO [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/plac%C3%A9bo>.
75. Prioleau L, Murdock M, Brody N. An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *Behavioral and Brain Sciences*. 1983;6(2):275-85.
76. Enck P, Zipfel S. Placebo Effects in Psychotherapy: A Framework. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10 [En ligne]. Disponible sur: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00456>.
77. Blease C, Kirsch I. The placebo effect and psychotherapy: Implications for theory, research, and practice. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2016;3(2):105-7.

78. Wampold BE, Minami T, Tierney SC, Baskin TW, Bhati KS. The placebo is powerful: Estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from randomized clinical trials. *Journal of Clinical Psychology*. 2005;61(7):835-54.
79. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Ivy-Marie Blackburn. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*. 1998;49(1):59-72.
80. Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*. 2002;68(2-3):159-65.
81. Jaeken M, Verhofstadt LL, Van Broeck N. Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie ? Brève mise à jour scientifique. *Bulletin de psychologie*. 2015;Numéro 537(3):237-42.
82. Crocq L. Chapitre 16. Quelques jalons dans l'histoire du concept du trauma. In: *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. Paris : Dunod. 2012, p.173-186 [En ligne]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/trauma-et-resilience--9782100576548-page-173.htm>.
83. Pinel P. *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, 6e éd., J.A. Brosson, 1818, 3 volumes.
84. Josse E. Le vent du boulet des soldats des guerres d'Empire. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2019;3(2):143-5.
85. Pignol P. Les premiers modèles du traumatisme (1862-1884). *L'information psychiatrique*. 2014;90(6):415.
86. Pignol P, Hirschelmann A. La querelle des névroses : les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot. *L'information psychiatrique*. 2014;90(6):427.
87. Van der Hart O, Brown P, Van der Kolk B. Chapitre 12. Pierre Janet et le traitement du stress post-traumatique. In : *Pierre Janet : trauma et dissociation. Un nouveau contexte pour la psychothérapie, la psychanalyse et la psychotraumatologie*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. 2021, p. 203-2018. [En ligne] Disponible sur: <https://www.cairn.info/pierre-janet-trauma-et-dissociation--9782807336223-page-203.htm>.
88. Lebigot F. À l'origine de la névrose traumatique, l'effroi ou le stress. Discussion, approches thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2015;173(10):819-27.
89. Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Dellucci H, et al. Chapitre 17. Histoire du psychotraumatisme. In : *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Paris : Dunod. 2017, p.189-196. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie-emdr--9782100737802-page-189.htm>.
90. Freese A. Entre acceptation et rejet : la genèse du trouble de stress post-traumatique aux Etats-Unis et sa réception en Allemagne et en France. *Revue germanique internationale*. 2019;(30):151-64.

91. Pichot P, Guelfi JD. D.S.M. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders] III: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris New York Barcelone: Masson. 1983, 535 p.
92. North CS, Surís AM, Smith RP, King RV. The evolution of PTSD criteria across editions of DSM. *Ann Clin Psychiatry*. 2016 Aug;28(3):197-208. PMID: 27490836.
93. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R. Washington DC: American Psychiatric Association. 1987, 567 p.
94. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. (DSM IV). Washington DC : American Psychiatric Association. 1994, 886 p.
95. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition text revised (DSM IV-TR). Washington DC : American Psychiatric Association. 2000, 992 p.
96. Crocq MA, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2016, 1200 p.
97. Kédia M. 23. Trauma complexe. In: *Psychotraumatologie*. Paris : Dunod. 2020, p. 241-252. [En ligne] Disponible sur : <https://www.cairn.info/psychotraumatologie--9782100793327-page-241.htm>.
98. Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(12):1048.
99. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 2008;34(6):577-83.
100. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(6):593.
101. Breslau N. Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Archives of General Psychiatry*. 1991;48(3):216.
102. Hidalgo RB, Davidson JRT. Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology and Health-Related Considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000;61 Suppl 7:5-13.
103. Pratchett LC, Pelcovitz MR, Yehuda R. Trauma and Violence: Are Women the Weaker Sex? *Psychiatric Clinics of North America*. 2010;33(2):465-74.
104. Zoladz PR, Diamond DM. Current status on behavioral and biological markers of PTSD: A search for clarity in a conflicting literature. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2013;37(5):860-95.
105. Galinowski A, Lôo H. Biologie du stress. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2003;161(10):797-803.
106. Joëls M, Fernandez G, Roozendaal B. Stress and emotional memory: a matter of timing. *Trends in Cognitive Sciences*. 2011;15(6):280-8.

107. Pitman RK. Post-traumatic stress disorder, hormones, and memory. *Biological Psychiatry*. 1989;26(3):221-3.
108. Yehuda R, Harvey P, O'Carroll RE. Relevance of Neuroendocrine Alterations in PTSD to Memory-Related Impairments of Trauma Survivors. In: Read JD, Lindsay DS, éditeurs. *Recollections of Trauma: Scientific Evidence and Clinical Practice*. Boston, MA: Springer US; 1997, p. 221-252. (NATO ASI Series).
109. Yehuda R. Status of Glucocorticoid Alterations in Post-traumatic Stress Disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1179(1):56-69.
110. Yehuda R, McFarlane A, Shalev A. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*. 1998;44(12):1305-13.
111. Hawn SE, Sheerin CM, Lind MJ, Hicks TA, Marraccini ME, Bountress K, et al. GxE effects of FKBP5 and traumatic life events on PTSD: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2019;243:455-62.
112. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research—Past, Present, and Future. *Biological Psychiatry*. 2006;60(4):376-82.
113. Dégeilh F, Viard A, Dayan J, Guénolé F, Egler PJ, Baleyte JM, et al. Altérations mnésiques dans l'état de stress post-traumatique : résultats comportementaux et neuro-imagerie. *Revue de neuropsychologie*. 2013;5(1):45.
114. Kremen WS, Koenen KC, Afari N, Lyons MJ. Twin studies of posttraumatic stress disorder: Differentiating vulnerability factors from sequelae. *Neuropharmacology*. févr 2012;62(2):647-53.
115. Boscarino JA. Diseases Among Men 20 Years After Exposure to Severe Stress: Implications for Clinical Research and Medical Care. *Psychosomatic Medicine*. 1997;59(6):605-14.
116. Kubzansky LD, Koenen KC, Spiro A, Vokonas PS, Sparrow D. Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64(1):109.
117. Yaffe K, Vittinghoff E, Lindquist K, Barnes D, Covinsky KE, Neylan T, et al. Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Dementia Among US Veterans. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(6):608.
118. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves. Juin 2007 [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf.
119. Carlier P, Pull C. Les antidépresseurs dans le traitement de l'état de stress post-traumatique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2008;166(9):747-54.
120. Guina J, Rossetter SR, De Rhodes BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*. 2015;21(4):281-303.

121. Raut SB, Canales JJ, Ravindran M, Eri R, Benedek DM, Ursano RJ, et al. Effects of propranolol on the modification of trauma memory reconsolidation in PTSD patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2022;150:246-56.
122. Young C, Butcher R. Propranolol for Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of Clinical Effectiveness. Ottawa : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. 2020 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562942/>
123. Simon PY, Rousseau PF. Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders with the Alpha-1 Adrenergic Antagonist Prazosin. *Can J Psychiatry*. 2017 Mar;62(3):186-198.
124. Alexander W. Pharmacotherapy for Post-traumatic Stress Disorder In Combat Veterans: Focus on Antidepressants and Atypical Antipsychotic Agents. *Pharmacy and Therapeutics*. 2012 Jan;37(1):32-8.
125. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 13; 2013(12):CD003388.
126. Springer KS, Levy HC, Tolin DF. Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2018;61:1-8.
127. Lewis C, Roberts NP, Gibson S, Bisson JI. Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2020 Mar 9;11(1):1709709.
128. Devilly GJ. Power Therapies and Possible Threats to the Science of Psychology and Psychiatry. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(6):437-45.
129. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Février 2017 [En ligne] Disponible sur: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>.
130. Francine Shapiro, Developer of Eye-Movement Therapy, Dies at 71 (Publié en 2019) [En ligne]. Disponible sur: <https://www.nytimes.com/2019/07/11/science/francine-shapiro-dead.html>.
131. Shapiro F, Mousnier-Lompré F. Manuel d'EMDR: principes, protocoles, procédures. Malakoff: Dunod. 2022, 688 p.
132. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1989;20(3):211-7.
133. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*. 1989;2(2):199-223.
134. Herbert JD, Mueser KT. Eye movement desensitization: A critique of the evidence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1992;23(3):169-74.
135. Shapiro F. Alternative stimuli in the use of EMD(R). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1994;25(1):89.

136. Hill MD. Adaptive Information Processing Theory: Origins, Principles, Applications, and Evidence. *J Evid Based Soc Work* (2019). 2020 May-Jun;17(3):317-331.
137. Bower GH. Mood and memory. *American Psychologist*. 1981;36(2):129-48.
138. Lang PJ. A Bio-Informational Theory of Emotional Imagery. *Psychophysiology*. 1979;16(6):495-512.
139. Russel, MC. Towards a neuropsychological approach to PTSD: An integrative conceptualization of etiology and mechanisms of therapeutic change. Unpublished doctoral dissertation, Pacific Graduate School of Psychology, Palo Alto, CA, 1992.
140. Stickgold R. EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*. 2002;58(1):61-75.
141. Armstrong MS, Vaughan K. An orienting response model of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1996;27(1):21-32.
142. De Jongh A, Ten Broeke E, Renssen MR. Treatment of Specific Phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*. 1999;13(1-2):69-85.
143. Uribe MER, Ramírez EOL, Mena IJ. Effect of the EMDR Psychotherapeutic Approach on Emotional Cognitive Processing in Patients with Depression. *The Spanish Journal of Psychology*. 2010;13(1):396-405.
144. Marsden Z, Lovell K, Blore D, Ali S, Delgadillo J. A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2018;25(1):e10-8.
145. Abel NJ, O'Brien JM. EMDR Treatment of Comorbid PTSD and Alcohol Dependence: A Case Example. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2010;4(2):50-9.
146. Bloomgarden A, Calogero RM. A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eat Disord*. 2008 Oct-Dec;16(5):418-27.
147. Schneider J, Hofmann A, Rost C, Shapiro F. EMDR in the Treatment of Chronic Phantom Limb Pain. *Pain Medicine*. 2008;9(1):76-82.
148. Foster S, Lendl J. Eye movement desensitization and reprocessing: initial applications for enhancing performance in athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*. 1995, 7 (Supplement), 63.
149. Foster SL. Integrating positive psychology applications into the EMDR Peak Performance protocol. *European Review of Applied Psychology*. 2012;62(4):213-7.
150. Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Dellucci H, et al. Chapitre 5. Indications et contre-indications de l'EMDR. In: *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Paris : Dunod. 2017, p. 45-57. Disponible sur : <https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie-emdr--9782100737802-page-45.htm> .

151. Norcross JC, Shapiro F. Integration and EMDR. In: EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism. Washington DC : American Psychological Association. 2002, p. 341-356 [En ligne] Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10512-014>.
152. Mollon, P. (2007). Thought field therapy and its derivatives: Rapid relief of mental health problems through tapping on the body. *Primary Care & Community Psychiatry*, 12(3-4), 123-127.
153. McCord K. Applied kinesiology : in retrospect [En ligne]. 2021. Disponible sur: <https://theneuropath.com/wp-content/uploads/2021/02/Muscle-Testing-History-Info.pdf>.
154. ICAK-USA. What is ICAK-USA [En ligne]. Disponible sur: <https://www.icakusa.com/what-is-icak-usa>.
155. Gueguen J, Bui TV, Gouaux L, Barry C, Falissard B. Evaluation de la kinésiologie appliquée et des kinésiologies énergétiques : fiabilité et validité du test musculaire manuel, efficacité et sécurité des pratiques. Mai 2017. [En ligne] Disponible sur: <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-12/inserm-rapportthematique-evaluationkinesiologies-2017-0.pdf>.
156. Diamond J. BK-behavioral kinesiology - how to activate your thymus and increase your life energy. New York: Harper & Row. 1979, 142 p.
157. Diamond J. The Therapeutic Power of Music. In: *Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health* [En ligne]. Elsevier. 2002, p. 517-537. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/B978-012638281-5/50025-5>.
158. Diamond J. Introduction - Dr. John Diamond | Healing from Within [En ligne]. Disponible sur: <https://drjohndiamond.com/path/introduction/>.
159. Callahan R. Thought Field Therapy: The case of Mary. *Traumatology*. 1997;3(1).
160. Pignotti M. Thought Field Therapy : a former insider's experience. *Research on Social Work Practice*. 2007;17(3):392-407.
161. Craig G. Histoire de l'EFT - Centre EFT de Gary Craig [En ligne]. Disponible sur : <https://official-eft.com/centre-eft/official-eft-gary-craig/histoire-de-l-eft/>.
162. Callahan R, Trubo R. Tapping the healer within - using thought field therapy to instantly conquer your fears, anxieties, and emotional distress. Lincolnwood, IL: Contemporary Books. 2001, 224 p.
163. Callahan R, Callahan J. Stop the Nightmares of Trauma : Thought Field Therapy (TFT), the Power Therapy for the 21st century. Seattle : Parenting Press inc. 2000, 320 p.
164. Craig G. What is EFT? - Theory, Science and Uses | PART I For Everyone: The EFT Tapping Basics | Official EFT Tutorial [En ligne]. Disponible sur : <https://www.emofree.com/eft-tutorial/tapping-basics/what-is-eft.html?Itemid=0>.
165. Craig G. Scientific evolution of EFT from TFT | General | Articles & Ideas [En ligne]. Disponible sur: <https://www.emofree.com/articles-ideas/general-ideas/scien-i-article.html>.

166. Craig G. How to do the EFT Tapping Basics - The Basic Recipe [En ligne]. Disponible sur: <https://www.emofree.com/eft-tutorial-en/tapping-basics-en/how-to-do-eft-en.html?Itemid=0>.
167. Irgens AC, Hoffart A, Nysæter TE, Haaland VØ, Borge FM, Pripp AH, et al. Thought Field Therapy Compared to Cognitive Behavioral Therapy and Wait-List for Agoraphobia: A Randomized, Controlled Study with a 12-Month Follow-up. *Frontiers in Psychology* 2017;8.
168. YouTube. EFT (Tapping) Intro by Gary Craig, EFT Founder. [En ligne] Disponible sur: <https://youtu.be/5r4kVp1yf5E>.
169. Church D. The Effect of EFT (Emotional Freedom Techniques) on Athletic Performance: A Randomized Controlled Blind Trial. *The Open Sports Sciences Journal*. 2009;2(1).
170. Arenson G. EFT for Procrastination. Nashville : Cumberland House Publishing. 2009, 217 p.
171. Gurret JM. Je maigris durablement avec l'EFT : régulez vos émotions et retrouvez la ligne avec la méthode mental slim. Paris : éditions Leduc. 2019, 214 p.
172. Church D. EFT for PTSD. Fulton : Energy Psychology Press. 2017, 410 p.
173. Flint GA, Lammers W, Mitnick DG. Emotional Freedom Techniques: A Safe Treatment Intervention for Many Trauma Based Issues. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. mai 2006;12(1-2):125-50.
174. Sebastian B, Nelms J. The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Explore (NY)*. 2017;13(1):16-25.
175. Rosen, G. M., & Lohr, J. Can eye movements cure mental ailments? *Newsletter of the National Council Against Health Fraud*. 1997, 20, 1.
176. Klerman GL. The efficacy of psychotherapy as the basis for public policy. *American Psychologist*. 1983;38(8):929-34.
177. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les dépenses de santé depuis 1950. [En ligne] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-depenses-de-sante-depuis-1950>.
178. MacLean BA. Diagnosis-related groups (DRGs): What they are and how they impact treatment in the psychiatric setting. *The Arts in Psychotherapy*. 1987;14(3):249-53.
179. McGovern MP, Lyons JS, Pomp HC. Capitation payment systems and public mental health care: Implications for psychotherapy with the seriously mentally ill. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1990;60(2):298-304.
180. DeLeon PH, VandenBos GR, Cummings NA. Psychotherapy—is it safe, effective, and appropriate? The beginning of an evolutionary dialogue. *American Psychologist*. 1983;38(8):907-11.
181. Magruder KM, McLaughlin KA, Elmore Borbon DL. Trauma is a public health issue. *Eur J Psychotraumatol*. 2017 Oct 9;8(1):1375338.

182. Haslam, N. Concept creep: Psychology's expanding concepts of harm and pathology. *Psychological Inquiry*. 2016 ; 27(1), 1–17.
183. Vylomova E, Murphy S, Haslam N. Evaluation of Semantic Change of Harm-Related Concepts in Psychology. In: *Proceedings of the 1st International Workshop on Computational Approaches to Historical Language Change*. 2019, p. 29-34 [En ligne]. Disponible sur: <https://aclanthology.org/W19-4704.pdf>.
184. Pinker S. *The better angels of our nature - Why Violence has Declined*. New York, Penguin Books. 2011, 802 p.
185. Sunstein, CR. *The power of the normal*. Social Science Research Network. 2018. Disponible sur : <https://doi.org/10.2139/ssrn.3239204>.
186. Haslam N, Dakin BC, Fabiano F, McGrath MJ, Rhee J, Vylomova E, et al. Harm inflation: Making sense of concept creep. *European Review of Social Psychology*. 2020; 31:1, 254-286.
187. Organisation Mondiale de la Santé. *Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*. 2013, 75 p. [En ligne]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099_fre.pdf.
188. Ministère de la Santé et de la Prévention. *Les pratiques de soins non conventionnelles* [En ligne]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>.
189. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Quelle place pour les médecines complémentaires ?* [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html>.
190. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Les pratiques de soins non conventionnelles et leurs dérives - État des lieux et propositions d’actions* [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/4xh6th/cnom_psnnc.pdf.
191. Maynié-François C, Tudrej B, Tawil E, Naudet F, Huas C, Pouchain D, et al. Quality of evidence of the efficacy of therapeutic interventions on patient-important outcomes in Cochrane’s systematic reviews’ abstracts: A survey. *Therapies*. 2021;76(5):403-8.
192. Howick J, Koletsi D, Ioannidis JPA, Madigan C, Pandis N, Loeff M, et al. Most healthcare interventions tested in Cochrane Reviews are not effective according to high quality evidence: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2022;148:160-9.
193. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). *Définition de VITALISME* [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/vitalisme>.
194. Reynaud M. *Quelle réponse des pouvoirs publics à l’engouement pour les médecines non conventionnelles ? Commissariat général à la prospective et à la stratégie, note d’analyse 290, octobre 2012*.
195. IFOP. *Les Français et les médecines naturelles* [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-les-medecines-naturelles/>.

196. Berna F, Florens N, Verneuil L, Paille F, Berna C, Nizard J. “An explosion of alternative medicines in France!”: media-biased polyphonic epidemiology vs. evidence-based data. Disponible sur : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.09.03.23294995v1>
197. Coulter I, Willis E. Explaining the growth of complementary and alternative medicine, *Health Sociology Review*. 2007 ;16:3-4, 214-225,
198. Eastwood, H. Why are Australian GPs using alternative medicine? Postmodernisation, consumerism and the shift towards holistic health. *Journal of Sociology*. 2000; 36(2), 133-156.
199. Robertson R. *Globalization: Social Theory and Global Culture*. Newbury Park : Sage Publications Ltd. 2000, 211 p.
200. Canullo C, Jobez R, Verhagen E. POSTMODERNISME [En ligne]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/postmodernisme/>.
201. Siahpush, M. Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies. *Journal of Sociology*. 1998; 34(1):58–70.
202. Furnham A, Forey J. The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine. *Journal of Clinical Psychology*. 1994;50(3):458-69.
203. Astin JA. Why Patients Use Alternative Medicine. *JAMA*. 1998;279(19):1548.
204. Association francophone de Psychologie Énergétique Clinique. APEC - Présentation et fondements [En ligne]. Disponible sur: <https://energypsy.org>.
205. Langevin HM, Wayne PM. What Is the Point? The Problem with Acupuncture Research That No One Wants to Talk About. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2018 Mar;24(3):200-207.
206. De Vernejoul P, Albarède P, Darras JC. Etude des méridiens d'acupuncture par les traceurs radioactifs [Study of acupuncture meridians using radioactive tracers]. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 1985 Oct;169(7):1071-5.
207. Lazorthes Y, Esquerré JP, Simon J, Guiraud G, Guiraud R. Acupuncture meridians and radiotracers. *Pain*. 1990;40(1):109-12.
208. Simon J, Guiraud G, Esquerre JP, Lazorthes Y, Guiraud R. Les méridiens d'acupuncture démythifiés. Apport de la méthodologie des radiotraceurs [Acupuncture meridians demythified. Contribution of radiotracer methodology]. *Presse Med*. 1988 Jul 2;17(26):1341-4.
209. Saraví, F. D. Energy and the brain: Facts and fantasies. In : *Mind myths: Exploring popular assumptions about the mind and brain*. Hoboken : John Wiley & Sons Ltd. 1999, p. 43-58.
210. Haas M, Cooperstein R, Peterson D. Disentangling manual muscle testing and Applied Kinesiology: critique and reinterpretation of a literature review. *Chiropractic & Osteopathy*. 2007;15:11.

211. Lüdtkke R, Kunz B, Seeber N, Ring J. Test-Retest-Reliability and Validity of the Kinesiology Muscle Test. *Complementary Therapies in Medicine*. 2001;9(3):141-5.
212. Kenney JJ, Clemens R, Forsythe KD. Applied kinesiology unreliable for assessing nutrient status. *Journal of the American Dietetic Association*. 1988;88(6):698-704.
213. Feinstein D. Acupoint Stimulation in Treating Psychological Disorders: Evidence of Efficacy. *Review of General Psychology*. 2012;16(4):364-80.
214. Fang J, Jin Z, Wang Y, Li K, Kong J, Nixon EE, et al. The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: Limbic-paralimbic-neocortical network modulation. *Human Brain Mapping*. 2009;30(4) : 1196-206.
215. Hui KK, Liu J, Makris N, Gollub RL, Chen AJ, Moore CI, Kennedy DN, Rosen BR, Kwong KK. Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects. *Human Brain Mapping*. 2000;9(1):13-25.
216. Ruden RA. A Neurological Basis for the Observed Peripheral Sensory Modulation of Emotional Responses. *Traumatology*. 2005;11(3):145-58.
217. McCaslin DL. A review of efficacy claims in energy psychology. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2009;46(2):249-56.
218. Pignotti, M. (2005). Thought Field Therapy Voice Technology vs. Random Meridian Point Sequences: A Single-blind Controlled Experiment. *The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, 4(1), 38–47.
219. Hooke W. A review of Thought Field Therapy. *Traumatology*. 1998;3(2).
220. Bakker GM. The current status of energy psychology: Extraordinary claims with less than ordinary evidence. *Clinical Psychologist*. 2013;17:91-99.
221. Pignotti M, Thyer B. Some comments on « Energy psychology: A review of the evidence »: Premature conclusions based on incomplete evidence? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2009;46(2):257-61.
222. Gilomen SA, Lee CW. The efficacy of acupoint stimulation in the treatment of psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2015;48:140-8.
223. Church D, Stapleton P, Yang A, Gallo F. Is Tapping on Acupuncture Points an Active Ingredient in Emotional Freedom Techniques? A Systematic Review and Meta-analysis of Comparative Studies. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2018;206(10):783-93.
224. Bériault M, Larivée S. French review of EMDR efficacy: Evidences and Controversies. *Revue de psychoéducation*. 2005;34(2):355.
225. Lohr JM, Lilienfeld SO, Tolin DF, Herbert JD. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*. 1999;13(1-2):185-207.

226. Rosen GM. On the origin of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1995;26(2):121-2.
227. Acierno R, Tremont G, Last C, Montgomery D. Tripartite assessment of the efficacy of eye-movement desensitization in a multi-phobic patient. *Journal of Anxiety Disorders*. 1994;8(3):259-76.
228. Devilly GJ, Spence SH, Rapee RM. Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy*. 1998;29(3):435-55.
229. Foley T, Spates CR. Eye movement desensitization of public-speaking anxiety: A partial dismantling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1995;26(4):321-9.
230. Carrigan MH, Levis DJ. The Contributions of Eye Movements to the Efficacy of Brief Exposure Treatment for Reducing Fear of Public Speaking. *Journal of Anxiety Disorders*. 1999;13(1-2):101-18.
231. Lytle RA, Hazlett-Stevens H, Borkovec TD. Efficacy of Eye Movement Desensitization in the treatment of cognitive intrusions related to a past stressful event. *Journal of Anxiety Disorders*. 2002;16(3):273-88.
232. Montgomery RW, Ayllon T. Eye movement desensitization across subjects: Subjective and physiological measures of treatment efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1994;25(3):217-30.
233. Wilson DL, Silver SM, Covi WG, Foster S. Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1996;27(3):219-29.
234. Lee CW, Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2013;44(2):231-9.
235. Andrade J, Kavanagh D, Baddeley A. Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. 1997;36(2):209-23.
236. Zara-Jouillat E, Zara-Jouillat E, Haour F. Évaluation scientifique de la psychothérapie EMDR pour le traitement des traumatismes psychiques. *European Psychiatry*. 2014;29(S3):657-657.
237. Nieuwenhuis S, Elzinga BM, Ras PH, Berends F, Duijs P, Samara Z, et al. Bilateral saccadic eye movements and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval. *Brain and Cognition*. 2013;81(1):52-6.
238. De Jongh A, Ernst R, Marques L, Hornsveld H. The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2013;44(4):477-83.

239. Van den Hout MA, Engelhard IM, Rijkeboer MM, Koekebakker J, Hornsveld H, Leer A, et al. EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*. 2011;49(2):92-8.
240. Wittfoth D, Beise J, Manuel J, Bohne M, Wittfoth M. Bifocal emotion regulation through acupoint tapping in fear of flying. *NeuroImage: Clinical*. 2022;34:102996.
241. Bergmann U. EMDR's Neurobiological Mechanisms of Action: A Survey of 20 Years of Searching. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2010;4(1):22-42.
242. Lansing K, Amen DG, Hanks C, Rudy L. High-Resolution Brain SPECT Imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Police Officers With PTSD. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005;17(4):526-532.
243. Pagani M, Högberg G, Salmaso D, Nardo D, Sundin Ö, Jonsson C, et al. Effects of EMDR psychotherapy on 99mTc-HMPAO distribution in occupation-related post-traumatic stress disorder. *Nuclear Medicine Communications*. 2007;28(10):757-65.
244. Oh DH, Choi J. Changes in the Regional Cerebral Perfusion After Eye Movement Desensitization and Reprocessing: A SPECT Study of Two Cases. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2007;1(1):24-30.
245. Pagani M, Di Lorenzo G, Verardo AR, Nicolais G, Monaco L, Lauretti G, et al. Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *PLoS ONE*. 26 sept 2012;7(9):e45753.
246. Devilly, G. J. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: A Chronology of Its Development and Scientific Standing. *The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, 1(2), 113–138.
247. Pignotti, M. (2004-2005). Thought Field Therapy in the Media: A Critical Analysis of One Exemplar. *The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, 3(2), 60–66.
248. Callahan RJ. The impact of Thought Field Therapy on heart rate variability. *Journal of Clinical Psychology*. 2001;57(10):1153-70.
249. Callahan RJ. Raising and lowering of heart rate variability: Some clinical findings of Thought Field Therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2001;57(10):1175-86.
250. Servant D, Lebeau JC, Mouster Y, Hautekeete M, Logier R, Goudemand M. La variabilité cardiaque. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2008;18(2):45-8.
251. Beauchaine TP, Thayer JF. Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology. *International Journal of Psychophysiology*. 2015;98(2):338-50.
252. Berntson GG, Stowell JR. ECG artifacts and heart period variability: Don't miss a beat! *Psychophysiology*. 1998;35(1):127-32.

253. Herbert JD, Gaudiano BA. The search for the holy grail: Heart rate variability and Thought Field Therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2001;57(10):1207-14.
254. Callahan RJ. Thought Field Therapy: Response to our critics and a scrutiny of some old ideas of social science. *Journal of Clinical Psychology*. 2001;57(10):1251-60.
255. Church D. Clinical EFT as an Evidence-Based Practice for the Treatment of Psychological and Physiological Conditions. *Psychology*. 2013;4(8):645-54.
256. Church D, Stapleton P, Mollon P, Feinstein D, Boath E, Mackay D, et al. Guidelines for the Treatment of PTSD Using Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques). *Healthcare*. 2018;6(4):146.
257. Church D, Stapleton P, Vasudevan A, O'Keefe T. Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:951451.
258. National Institute for Health and Care Excellence. Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults [En ligne]. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-d-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-treatment-of-ptsd-in-adults-pdf-6602621008>.
259. Maxfield L, Melnyk WT. Single Session Treatment of Test Anxiety with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *International Journal of Stress Management*. 2000;7(2):87-101.
260. Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogradniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71(2):330-8.
261. Ironson G, Freund B, Strauss JL, Williams J. Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*. 2002;58(1):113-28.
262. Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B, Pynoos JD, Zatzick DF, Benedek DM, McIntyre JS, Charles SC, Altshuler K, Cook I, Cross CD, Mellman L, Moench LA, Norquist G, Twemlow SW, Woods S, Yager J; Work Group on ASD and PTSD; Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11 Suppl):3-31.
263. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress. Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Defence. 2004.
264. Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I., & Shalev, A. A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health : Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community. 2002.

265. United Kingdom Department of Health. Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline. 2001.
266. National Institute for Clinical Excellence. Post traumatic stress disorder (PTSD): The management of adults and children in primary and secondary care. 2005.
267. Organisation Mondiale de la Santé. L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>.
268. Herbert J. Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing Implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*. 2000;20(8):945-71.
269. Lohr JM, Montgomery, RW, Lilienfeld SO, Tolin, DF. Pseudoscience and the commercial promotion of trauma treatments. In : *Response to Disaster*. 2013, p. 291-326.
270. Leskowitz E. How Tapping into "Energy" Can Trigger a Paradigm Shift in Biomedicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2018;24(6):525-527.
271. Shapiro, F. EMDR: In the eye of a paradigm shift. *The Behavior Therapist*. 1994;17: 153-157.
272. Shapiro F. Errors of context and review of eye movement desensitization and reprocessing research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1996;27(3):313-7.
273. McNally RJ. EMDR and Mesmerism. *Journal of Anxiety Disorders*. 1999;13(1-2):225-36.
274. Pratkanis, A. How to sell a pseudoscience. *Skeptical Inquirer*. 1995;19(4): 19-25.
275. Craig G. Centre EFT de Gary Craig - Gary Craig [En ligne]. Disponible sur: <https://official-eft.com/a-propos/gary-craig/>.
276. Lipke, H. Survey of practitioners trained in eye movement desensitization and reprocessing. Article présenté au Congrès Annuel de l'American Psychological Association en 1994.
277. Waite LW, Holder MD. Assessment of the emotional freedom technique: An alternative treatment for fear. *Scientific Review of Mental Health Practice*. 2003; 2:20-26.
278. Office de tourisme du Sancy. Samadhi Travel - EFT Pleine Nature [En ligne]. Disponible sur: https://www.sancy.com/fr/fiche/commerce-et-service/samadhi-travel-eft-pleine-nature-mont-dore_TFO5855477/.
279. Danan G, Teschke R. RUCAM in Drug and Herb Induced Liver Injury: The Update. *International Journal of Molecular Sciences*. 2015;17(1):14.
280. Craig G. The Unseen Therapist by Gary Craig. [En ligne] Ouvrage disponible sur: <https://emofree.com/unseen-therapist/read-this-first.html>.
281. Schopenhauer A, Plard H. L'art d'avoir toujours raison ou Dialectique éristique. Saulxures: Circé; 1999. (Circé-poche).

282. IFPEC. Institut Francophone de Psychothérapie Émotionnelle et Cognitive [En ligne]. Disponible sur: <https://ifpec.org/a-propos/ifpec-formation-eft-psychologie-energetique/>.
283. Quantum Way. Congrès français de psychologie énergétique - Quantum Way. [En ligne]. Disponible sur: <https://quantum-way.com/evenements/congres-francais-de-psychologie-energetique/>.
284. L'Obs. « Envoyé Spécial, cher sommeil » sur France 2: j'ai découvert les méthodes pour mieux dormir [En ligne]. Disponible sur: <https://leplus.nouvelobs.com/contribution/1267471-envoye-special-cher-sommeil-sur-france-2-j-ai-decouvert-les-methodes-pour-mieux-dormir.html>.
285. FauxPsycho.com. L'EFT, thérapie à la mode ou manipulation? [En ligne] Disponible sur: <https://fauxpsycho.wordpress.com/2013/06/07/left-therapie-a-la-mode-ou-manipulation/>.
286. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Quelles sont les méthodes les plus répandues? [En ligne]. Disponible sur: <https://www.miviludes.interieur.gouv.fr/quest-ce-quune-d%C3%A9rive-sectaire/o%C3%B9-la-d%C3%A9celer/les-d%C3%A9rives-sectaires-dans-le-domaine-de-la-sant%C3%A9/quell>.
287. Institut de formation en EMDR et cohérence cardiaque. Qui sommes-nous? [En ligne] Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/qui-somme-nous/institut-francais-demdr/>.
288. Le Figaro.fr. Les vautours du 13 novembre [En ligne]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2016/02/07/01016-20160207ARTFIG00136-les-vautours-du-13novembre.php>.
289. Juignet P. Science (définition) [En ligne]. Disponible sur: <https://philosciences.com/vocabulaire/21-science-definition>.
290. Debray S. «Pseudoscience (GP)», dans Maxime Kristanek (dir.), l'Encyclopédie philosophique [En ligne]. Disponible sur : <https://encyclo-philo.fr/pseudoscience-gp>.
291. Le Figaro. Manifeste contre les pseudosciences en santé [En ligne]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/sciences/manifeste-contre-les-pseudosciences-en-sante-20201019#:~:text=TRIBUNE%20%2D%20Ce%20n%27est%20plus,personnes%20que%20nous%20pouvons%20nommer>.
292. Juignet P. Karl Popper et les critères de la scientificité [En ligne]. Disponible sur: <https://philosciences.com/philosophie-et-societe/112-karl-popper-et-les-criteres-de-la-scientificite>.
293. Cabot, Y. Le critère de démarcation de Popper et la thèse de Duhem-Quine. *Philonsorbonne*. 2021;(15):11-29.
294. Laudan L. The Demise of the Demarcation Problem. In : *Physics, Philosophy and Psychoanalysis*. Boston Studies in the Philosophy of Science, vol 76. Dordrecht : Springer. 1983.
295. Pigliucci M. *Philosophy Of Pseudoscience : Reconsidering The Demarcation Problem*. Chicago :The University of Chicago Press. 2013, 480 p.

296. Bhakthavatsalam S, Sun W. A Virtue Epistemological Approach to the Demarcation Problem. *Science & Education*. 2021;30(6):1421-52.
297. Fasce, Angelo. What do we mean when we speak of pseudoscience? The development of a demarcation criterion based on the analysis of twenty-one previous attempts. *Disputatio. Philosophical Research Bulletin*. 2017; 6 (7):459-488.
298. Thurin JM. Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles : une nouvelle génération des recherches en psychothérapies. *Bulletin de psychologie*. 2012;486(6):575-584.
299. Stirman SW, DeRubeis RJ, Crits-Christoph P, Brody PE. Are Samples in Randomized Controlled Trials of Psychotherapy Representative of Community Outpatients? A New Methodology and Initial Findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71(6):963-72.
300. Beutler L. Empirically based decision making in clinical practice. *Prevention and Treatment*. 2000;3(1),27a.
301. Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM, Honyashiki M, Shinohara K, Imai H, et al. Waiting list may be a placebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014;130(3):181-92.
302. Morrison KH, Bradley R, Westen D. The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2003;76(2):109-32.
303. Schneider RA, Grasso JR, Chen SY, Chen C, Reilly ED, Kocher B. Beyond the Lab: Empirically Supported Treatments in the Real World. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1969.
304. Freire ES. Randomized Controlled Clinical Trial in Psychotherapy Research: An Epistemological Controversy. *Journal of Humanistic Psychology*. 2006;46(3):323-335.
305. Zimmermann G, Pomini V. Méta-analyse et efficacité des psychothérapies : faits et fictions. *Psychologie Française*. 2013;58(3):167-75.
306. Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2005;77(1):1-9.
307. Laroche P. L'exploration statistique du biais de publication. *Journal de la Société Française de Statistique*. 2007. [En ligne] Disponible sur : <http://digamoo.free.fr/laroche07.pdf>.
308. Matt G. What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects: A review and future directions. *Clinical Psychology Review*. 1997;17(1):1-32.
309. Berna F, Boussageon R, Falissard B. Le scientisme : une tâche aveugle dans la formation au raisonnement scientifique en médecine ? *La Presse Médicale Formation*. 2023;4(2):153-60.

310. Berg H. Evidence-Based Practice in Psychology Fails to Be Tripartite: A Conceptual Critique of the Scientocentrism in Evidence-Based Practice in Psychology. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:2253.
311. McHugh HM, Walker ST. “Personal Knowledge” in Medicine and the Epistemic Shortcomings of Scientism. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2015;12(4):577-85.
312. De Roten Y. Évaluation ou dévaluation ? Quelques malentendus entre chercheurs et cliniciens sur la recherche empirique. *Psychothérapies*. 2021;Vol. 41(4):209-17.
313. Spielmans GI, Parry PI. From Evidence-based Medicine to Marketing-based Medicine: Evidence from Internal Industry Documents. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2010;7(1):13-29.
314. Fishman DB. L'étude de cas pragmatique : une méthode de recherche rigoureuse et systématique qui parle aux praticiens. *Psychothérapies*. 2013;Vol. 33(1):3-12.
315. Stiles WB. Numbers can be enriching. *New Ideas in Psychology*. 2006;24(3):252-62.
316. Elliott R, Fischer CT, Rennie DL. Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*. 1999;38(3):215-29.
317. Audet C, Bouchard MA. Pour un paradigme intensif et pluraliste (quantitatif et qualitatif) dans l'étude du processus psychothérapeutique. *Psychothérapies*. 22(4):199-212.
318. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*. 2004;33(7):14-26.
319. Souto RQ, Khanassov V, Hong QN, Bush PL, Vedel I, Pluye P. Systematic mixed studies reviews: Updating results on the reliability and efficiency of the mixed methods appraisal tool. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(1):500-1.
320. Marich J, Dekker D, Riley M, O'Brien A. Qualitative Research in EMDR Therapy: Exploring the Individual Experience of the *How* and *Why*. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2020;14(3):118-34.
321. Dunne T, Farrell D. An Investigation Into Clinicians' Experiences of Integrating EMDR Into Their Clinical Practice. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2011;5(4):177-88.
322. Patterson SL. The effect of emotional freedom technique on stress and anxiety in nursing students: A pilot study. *Nurse Education Today*. 2016;40:104-10.
323. Snyderman R, Weil AT. Integrative Medicine. *Archives of Internal Medicine*. 2002;162(4):395.
324. Parrat E, François H, Courtois C, Yue S, Lutringer-Magnin D, Giroud M. Médecine intégrative. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*. 2019;11(3):444-8.
325. Pélissier-Simard L, Xhignesse M. Qu'est-ce que la médecine intégrative ? 2008. [En ligne]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Luce-Pelissier-Simard/publication/242686650_Qu%27est-

ce_que_la_medecine_integrative/links/55439eb50cf24107d3963256/Quest-ce-que-la-medecine-integrative.pdf.

326. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional Medicine in the United States -- Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *New England Journal of Medicine*. 1993;328(4):246-52.
327. Institute of Medicine (US), Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academies Press. 2001.
328. Le Monde.fr. En Suisse, les médecines alternatives sont plébiscitées [En ligne] Disponible sur: https://www.lemonde.fr/vous/article/2009/05/22/en-suisse-les-medecines-alternatives-sont-plebiscitees_1196724_3238.html.
329. Devillard A. L'Allemagne – pays de prédilection pour la médecine alternative. Une vue panoramique. *Allemagne d'aujourd'hui*. 2019;229(3):73-8.
330. Boissinot E. Place des médecines complémentaires et alternatives. *Hegel*. 2020;N° 2(2):143.
331. Université de Strasbourg. Création d'un Observatoire de l'enseignement des thérapies complémentaires à la Faculté de médecine, maïeutique et sciences de la santé de l'Université de Strasbourg [En ligne]. Disponible sur: <https://www.unistra.fr/communiques-presse/detail-des-communiques-et-dossiers/21677-creation-dun-observatoire-de-lenseignement-des-therapies-complementaires-a-la-faculte-de-medecine-maieutique-et-sciences-de-la-sante-de-luniversite-de-strasbourg>.
332. Académie nationale de médecine. Thérapies complémentaires en France : La science doit être au centre de toutes les initiatives [En ligne]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/therapies-complementaires-en-france-la-science-doit-etre-au-centre-de-toutes-les-initiatives/>.
333. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour les médecines complémentaires [En ligne]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf.
334. Sarris J, Gerbarg PL, Brown RP, Muskin PR. *Integrative and Complementary Medicine in Psychiatry*. In : *Psychiatry*. John Wiley & Sons. 2015, 2768 p.
335. Bachelart M. L'approche intégrative en psychothérapie. *Psychothérapies*. 2017;Vol. 37(3):171-81.
336. Glass CR, Victor BJ, Arnkoff DB. Empirical Research on Integrative and Eclectic Psychotherapies. In : *Comprehensive Handbook of psychotherapy integration*. Boston : Springer. 1993, p.9-25.
337. Norcross JC. A Primer on Psychotherapy Integration. In: *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press. 2005, p. 3–23.

338. Wachtel PL, Kruk JC, McKinney MK. Cyclical Psychodynamics and Integrative Relational Psychotherapy. In : Handbook of psychotherapy integration. Oxford University Press. 2005, p. 172–195.
339. Ryle A. Cognitive Analytic Therapy. In : Handbook of psychotherapy integration. Oxford University Press. 2005, p.196-217.
340. Shapiro F. EMDR as an integrative psychotherapy approach : experts of diverse orientations explore the paradigm prism. Washington, DC: American Psychological Association. 2002, 441 p.
341. Rydberg JA, Machado J. Integrative psychotherapy and psychotherapy integration: The case of EMDR. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2020;4(3):100165.
342. Krupnik V. Differential Effects of an Evolutionary-Based EMDR Therapy on Depression and Anxiety Symptoms: A Case Series Study. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2018;12(2):46-57.
343. Coulter I. Integration and paradigm clash: the practical difficulties of integrative medicine. In : *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*. Londres, New York : Routledge. 2003, p. 103-119.
344. Zhang D, Lee EKP, Mak ECW, Ho CY, Wong SYS. Mindfulness-based interventions: an overall review. *British Medical Bulletin*. 2021;138(1):41-57.
345. Cornu P. Bouddhisme et pleine conscience. *Etudes*. 2016;(9):67-78.
346. Steiler D, Tarquinio C, Grégoire S, Strub L, Kotsou I. Les dangers liés à l'instrumentalisation de la pleine conscience. *Ad machina*. 2018;(2):73-84.
347. Cabaniss DL, Moga DE, Oquendo MA. Rethinking the biopsychosocial formulation. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(7):579-81.
348. Havelka M, Lucanin JD, Lucanin D. Biopsychosocial model--the integrated approach to health and disease. *Collegium antropologicum*. 2009;33(1):303-310.
349. Benning TB. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Advances in Medical Education and Practice*. 2015;6:347-52.
350. Lake J. The integrative management of PTSD: A review of conventional and CAM approaches used to prevent and treat PTSD with emphasis on military personnel. *Advances in Integrative Medicine*. 2015;2(1):13-23.
351. Franceinfo.fr. VIDEO. Pour Étienne Klein, « les gens qui parlent sans nuance donnent l'impression d'avoir raison » [En ligne] Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sciences/video-pour-etienne-klein-les-gens-qui-parlent-sans-nuance-donnent-l-impression-d-avoir-raison_4342961.html.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

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

Nom : HANSMÄNNEL Prénom : Gabriel

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 10/09/2013

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

RÉSUMÉ :

Le trouble stress post-traumatique (TSPT) est un diagnostic relativement récent, introduit en 1980 dans la 3^{ème} édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Suite à son apparition, de nombreuses méthodes de psychothérapie ont vu le jour afin de traiter les individus souffrant de symptômes liés à un psychotraumatisme. Parmi celles-ci, les *Power Therapies*, présentées comme ayant une action rapide et efficace sur de nombreux troubles psychiques, ont fait l'objet d'une vive controverse au sein de la communauté scientifique.

L'auteur s'intéresse à trois d'entre elles – l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), la *Thought Field Therapy* (TFT) et l'*Emotional Freedom Technique* (EFT) – en comparant leurs fondements théoriques, leurs trajectoires de développement scientifique respectives ainsi que leurs stratégies de promotion. En effet, l'EMDR est une méthode aujourd'hui reconnue et recommandée par de nombreuses institutions de santé aussi bien nationales qu'internationales. La TFT et l'EFT, quant à elles, restent qualifiées de « pseudosciences ».

Le travail est divisé en trois parties. La première partie propose une analyse critique des concepts de psychothérapie, d'évaluation scientifique et de psychotraumatisme qui seront repris dans la suite du travail. La seconde partie effectue une analyse comparée, scientifique et sociologique, des conditions de développement de l'EMDR, de la TFT et de l'EFT. Enfin, la troisième partie propose une discussion critique sur les critères qui permettent à une psychothérapie d'être validée scientifiquement. L'auteur soutient que les trois méthodes auxquelles il s'intéresse partagent des caractéristiques pseudoscientifiques, mais qu'en parallèle, elles ont stimulé la recherche dans le domaine du psychotraumatisme. En ce sens, elles semblent avoir aussi adopté certains traits de la démarche scientifique.

Rubrique de classement : D.E.S de Psychiatrie

Mots-clés : psychothérapie ; médecine fondée sur les preuves ; psychotraumatisme ; Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ; Thought Field Therapy (TFT) ; Emotional Freedom Technique (EFT) ; évaluation scientifique ; thérapies complémentaires ; médecine intégrative ; pseudoscience.

Président : Pr BERTSCHY Gilles

Assesseurs :

Pr BERNA Fabrice

Dr BOUSSUGE Pierre-Olivier

Dr MENGIN Amaury

Adresse de l'auteur : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg : 1, place de l'hôpital, BP 426
67091 Strasbourg