

L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse

Fondements et enjeux

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

- Applications en thérapie familiale systémique*, par K. ALBERNHE, T. ALBERNHE. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2008, 288 pages.
- DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, par l'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Traduction coordonnée par J.D. GUELF. 2003, 2^e édition, 1120 pages.
- Freud. Choix de textes*, par M.-H. LAVEYSSIERE. Collection « Médecine et psychothérapie ». 1997, 260 pages.
- L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie*, par M.-C. HARDY-BAYLE, J.-M. CHABOT. Collection « CPNLF ». 2008, 112 pages.
- L'évaluation en art-thérapie*, par R. FORESTIER. 2007, 200 pages.
- Les thérapies comportementales et cognitives*, par J. COTTRAUX. Collection « Médecine et psychothérapie ». 2004, 4^e édition, 416 pages.
- Les thérapies familiales systémiques*, par K. ALBERNHE, T. ALBERNHE. Collection « Médecine et psychothérapie ». 2008, 3^e édition, 320 pages.
- Manuel de psychiatrie*, coordonné par J.D. GUELF, F. ROUILLON. 2007, 816 pages.
- Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, par R. ROUSSILLON. Collection « Psychologie ». 2007, 720 pages.
- Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*, par J. C. PERRY, J. D. GUELF, J.-N. DESPLAND, B. HANIN, C. LAMAS. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 2^e édition, 184 pages.
- Soigner par l'hypnose*, par G. SALEM, É. BONVIN. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 4^e édition, 344 pages.
- Thérapies brèves : principes et outils pratiques*, par Y. DOUTRELUGNE, O. COTTENCIN. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2008, 2^e édition, 224 pages.
- Thérapies brèves : situations cliniques*, coordonné par Y. DOUTRELUGNE, O. COTTENCIN. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 224 pages.

L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse

Fondements et enjeux

Georges Fischman

F. Advenier, C. Baruch, B. Brusset, J.-P. Chartier, Y. de Roten,
J.-N. Despland, N. Duruz, B. Falissard, R. Gori, P. Grosbois,
J.D. Guelfi, É. Laurent, A. Ogien, R. Perron, M. Robert,
J.-M. Thurin, M. Thurin, D. Widlöcher.



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ISBN : 978-2-294-08337-2

ELSEVIER MASSON SAS – 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

Préface

Aux controverses sur la validité scientifique et la pratique de la psychanalyse a fait suite un débat sur le bien-fondé des évaluations cliniques. Celui-ci suppose que l'on s'entende sur ce que l'on attend d'un traitement psychanalytique. Parlons ici de traitement au sens le plus général du terme, c'est-à-dire l'accomplissement d'un certain travail de la pensée rendu possible dans le cadre de la psychanalyse. Il y a bien entendu l'arrière-pensée que ce traitement donne des effets heureux sur la vie psychique du sujet, en particulier dans des cas de souffrance psychique caractérisée. Tout cela pourrait paraître d'une absolue banalité si ce n'était pourtant à partir de là que les divergences se font jour. Le débat est ici nécessaire parce que ces divergences nécessitent des engagements scientifiques et des pratiques de recherche. Divergences à partir d'une commune problématique de fond, tel est le premier constat que l'on peut tirer de l'ouvrage dirigé avec soin par Georges Fischman.

Ces divergences portent sur des questions de méthode. Les pratiques psychanalytiques s'inscrivent dans un champ que caractérisent la complexité extrême des processus, la prise en compte du long terme et la nature souvent préventive du traitement. Comment se situer entre l'empirisme expérimental des méthodes naturalistes (à l'image des traitements médicamenteux) et les démarches conjecturales des pratiques sociales (à l'image des recherches en matière d'économie ou de pédagogie) ?

Les divergences portent aussi sur des questions de principe. Que cherche-t-on à évaluer ? S'agit-il du processus de connaissance de soi (avec une expérience ouverte sur l'inconnaissable en soi) ou d'effets plus modestement et plus directement thérapeutiques ? Ici se profile la demande sociale. Celle-ci peut être vue comme la légitime requête de la société quand il s'agit de juger l'utilité des actions proposées ou comme l'exigence abusive d'une société d'économie marchande, plus intéressée par des profits en terme d'efficacité que par la découverte des fragilités de la vie psychique. Il ne s'agit sans doute pas de dégager à tout prix un compromis, encore moins de se livrer sans retenue au conflit idéologique, mais bien de guider, avec mesure, les choix que nous jugerons les mieux appropriés à ce qui répond en fin de compte à l'éthique du psychanalyste.

C'est à partir de cette analyse qu'une lecture de l'ouvrage permet d'accéder à une connaissance approfondie de la situation présente, tant pour ses applications cliniques que pour les méthodologies d'évaluation. On ne peut plus actuellement nier la nécessité de fonder les pratiques psychanalytiques

dans leur application aux soins sur la mise au point de procédures d'évaluation. Il nous faut montrer, tant aux responsables de la santé mentale qu'aux usagers, en quoi la pratique de la psychanalyse et ses applications en psychopathologie constituent un des outils majeurs dans le domaine du soin en santé mentale. C'est donc un devoir pour les psychanalystes de porter témoignage de leur expérience. Le grand mérite de cet ouvrage est d'en être l'expression la mieux adaptée à la situation présente.

L'avenir de ces pratiques repose bien entendu sur cette évaluation du présent, mais elle a des implications sur la formation des praticiens. C'est préparer cet avenir que de former aujourd'hui les praticiens de demain. L'intérêt pédagogique de l'ouvrage doit être souligné, aussi bien par les connaissances qu'il apporte que par les convictions scientifiques et cliniques de ceux qui ont collaboré à sa rédaction.

DANIEL WIDLÖCHER

Liste des auteurs

Frédéric Advenier : psychiatre, doctorant à l'Institut d'histoire et de philosophie des sciences et des techniques (IHPST), Paris.

Clarisse Baruch : professeur émérite de l'université Paris Ouest Nanterre-La Défense ; psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Paris, membre du Laboratoire des atteintes somatiques et identitaires (LASI, EA3460).

Bernard Brusset : psychiatre, psychanalyste, professeur émérite de l'université Paris-Descartes ; membre titulaire de la Société psychanalytique de Paris.

Jean-Pierre Chartier : psychanalyste, membre du Quatrième Groupe, Organisation psychanalytique de langue française ; directeur de l'École de psychologues praticiens (Paris-Lyon).

Yves de Roten : docteur en psychologie, privat-docent et chargé de cours à la faculté de psychologie ; privat-docent et maître d'enseignement et de recherche, faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne ; directeur du Centre de recherche en psychothérapie de l'Institut universitaire de psychothérapie du CHUV de Lausanne.

Jean-Nicolas Despland : psychiatre psychothérapeute FMH, professeur à la faculté de biologie et de médecine, université de Lausanne ; directeur de l'Institut universitaire de psychothérapie du département de psychiatrie du CHUV de Lausanne.

Nicolas Duruz : psychologue spécialiste en psychothérapie, Fédération suisse des psychologues (FSP) ; professeur émérite de psychologie clinique, université de Lausanne.

Bruno Falissard : pédopsychiatre, professeur de biostatistiques à l'université Paris-Sud, directeur de l'unité INSERM U669 (Santé mentale et santé publique).

Georges Fischman : psychiatre des hôpitaux, service hospitalo-universitaire de santé mentale et de thérapeutique (Pr J-P Olié), centre hospitalier Sainte-Anne, Paris ; psychanalyste, membre participant du Quatrième Groupe, Organisation psychanalytique de langue française.

Roland Gori : professeur de psychopathologie clinique, université d'Aix-Marseille ; psychanalyste, Espace analytique ; président du Séminaire inter-universitaire européen d'enseignement et de recherche psychanalytiques (SIUEERP).

Philippe Grosbois : docteur en psychologie, maître de conférences, Institut de psychologie et sociologie appliquées, université catholique de l'Ouest-Angers ; ancien président du *Standing Committee on Psychotherapy* de la Fédération européenne des associations de psychologues ; membre du Conseil de la Fédération internationale de psychothérapie.

Julien Daniel Guelfi : professeur de psychiatrie, université Paris-Descartes, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME, Pr F. Rouillon), centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

Éric Laurent : psychologue, doctorat de psychanalyse (Paris VIII - Vincennes-Saint-Denis) ; psychanalyste, analyste membre de l'École de la Cause freudienne ; président de l'Association mondiale de psychanalyse ; enseignant à la section clinique du département de psychanalyse de l'université de Paris VIII-Vincennes-Saint-Denis.

Albert Ogien : sociologue, directeur de recherches au CNRS, Institut Marcel Mauss – École des hautes études en sciences sociales, Paris.

Roger Perron : directeur de recherches honoraire au CNRS, membre titulaire de la Société psychanalytique de Paris.

Marianne Robert : psychiatre des hôpitaux, EPS Maison-Blanche, psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Paris.

Jean-Michel Thurin, psychiatre-psychanalyste ; président de l'École de psychosomatique, enseignant Paris V, VI et VII ; co-coordonateur du Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques (Inserm, FFP) ; rédacteur en chef de *Pour la recherche* et de www.techniques-psychotherapiques.org.

Monique Thurin, psychologue clinicienne, docteur en Sciences du langage, Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques (Inserm FFP).

Daniel Widlöcher, professeur émérite de psychiatrie, université Pierre et Marie Curie ; ancien président de l'Association internationale de psychanalyse ; membre de l'Association psychanalytique de France.

Avant-propos

L'évaluation expérimentale des psychothérapies constitue une problématique ardue qui, par l'expectative de clarification ainsi suscitée mais aussi en raison des certitudes et des croyances mises à l'épreuve, génère des débats de grand intérêt clinique et épistémologique. Ceux-ci ont acquis ces dernières années une ampleur internationale et, plus récemment, au sein de l'espace public français, une dimension passionnée. Il est devenu ainsi indispensable, après une période tumultueuse de confrontations, de proposer aux lecteurs une approche globale des fondements des recherches sur les psychothérapies, notamment celles relevant de la psychanalyse appliquée, afin de mieux comprendre les positions soutenues tant par les cliniciens du champ psychanalytique que par les chercheurs autour de cette discipline difficile.

Les interrogations à ce sujet concernent les attentes légitimes des patients tout autant que les indications et les objectifs posés par les professionnels dans l'anticipation des résultats thérapeutiques. En effet, le souci de l'évaluation clinique n'est pas une préoccupation nouvelle et ce questionnement a marqué dès l'origine l'histoire des approches psychanalytiques, donnant sens à l'accroissement créatif des démarches thérapeutiques innovantes.

Cependant, les critères de cette évaluation ne sont plus les mêmes et le modèle issu de l'*evidence-based medicine* est devenu dominant sur le plan de la recherche. À partir de ce nouveau paradigme, certains soulignent la nécessité de fournir des données probantes de l'efficacité des psychothérapies selon ce modèle. D'autres espèrent démystifier les approches psychanalytiques, considérant qu'elles ne parviendront pas à surmonter l'épreuve des évaluations méthodiques et objectives. Des pièces à conviction devraient donc être présentées afin de valider de façon « scientifique » les certitudes subjectives soutenues par les cliniciens. Pourtant, l'examen attentif de cette exigence montre que cette attente reste justifiée bien qu'illusoire.

En France, dans le cadre du projet de réglementation du champ professionnel des psychothérapies initié récemment, évaluer les psychothérapies serait devenu pour certains une « urgence de santé publique ». Dans ce contexte, l'analyse de la bibliographie réalisée sous l'égide de l'Inserm en 2004 sur l'évaluation comparée de leur efficacité a mis en avant des résultats concernant des techniques psychodynamiques qui seront contestés par les praticiens. Critiquée dans ses principes mêmes, cette expertise s'est inscrite dans une suite des rapports scientifiques controversés qui ont motivé une mobilisation sans précédents des cliniciens.

Pour répondre au défi lancé, il faudra expliciter clairement l'objet de cette évaluation afin de déterminer ce qu'on souhaite réellement évaluer du travail psychothérapique. Puisque l'évaluation des psychothérapies est devenue le terrain de la mise en concurrence stérile des conceptions psychopathologiques opposées au sein de l'espace sanitaire, social et universitaire, évaluons avant tout les critères de crédibilité de ces évaluations. En effet, la standardisation des données en psychopathologie quantitative suppose le recours à des instruments de mesure des symptômes. Cette quantification du subjectif est inhérente à la démarche empirique propre à la recherche en médecine psychiatrique. Néanmoins, une interrogation revient de manière récurrente : est-il possible d'étendre les mêmes méthodologies pour évaluer l'émergence des changements psychiques subtils, lors des interactions créées dans le champ relationnel intersubjectif proprement psychanalytique ? C'est sur ce plan que la réduction de la complexité rend certaines recherches problématiques et équivoques. Or, deux écueils sont à éviter : un formalisme pseudo-scientifique occultant, sous l'objectivité des preuves, la déconsidération des indéterminations singulières qui donnent à la vie psychique sa spécificité ; et une cristallisation des positions psychanalytiques réfractaires à tout dialogue avec d'autres disciplines qui appartiennent au même champ de rationalité.

Ainsi, un des objectifs qui nous a guidé dans l'élaboration de ce recueil était de ne pas céder à la facilité de réunir des textes univoques. Il s'agit au contraire d'explicitier la confrontation des positions plurielles, complémentaires ou antagoniques, défendues par les acteurs principaux de ce débat. Notre propos n'a pas été de dégager un consensus de pure forme, mais de mettre en évidence les paradigmes en opposition et de livrer au lecteur une pensée argumentée. Du côté de la psychanalyse, la dialectique générée par des points de vue divergents rend compte de la diversité des justifications de ses pratiques cliniques face aux contestations dont elle a été l'objet.

Les travaux présentés ici sont issus initialement des rencontres du Séminaire d'épistémologie que nous dirigeons à l'hôpital Sainte-Anne, au sein des activités d'enseignement du Service hospitalo-universitaire de santé mentale et de thérapeutique. Celui-ci a constitué le cadre propice à la rencontre des spécialistes de la recherche psychiatrique, des psychothérapeutes cliniciens et des praticiens du champ psychanalytique.

Recouvrant un vaste champ, quatre axes de réflexion se sont organisés autour de cette problématique : celui de la rationalité à l'œuvre dans la recherche empirique, de la compréhension critique extensive au champ social, de l'explicitation des méthodologies propres à la recherche, et enfin, des projets concrets actuellement en cours dans notre univers francophone. Ainsi nous aborderons les positions que ces recherches suscitent à l'intérieur du champ psychanalytique et nous développerons les conceptions épistémologiques impliquées dans les divers modèles de validation des pratiques psychothérapiques. Il était important d'intégrer au recueil les procédés des recherches expérimentales appliquées à la thérapeutique. Dans cette perspective, le lecteur pourra s'initier aux principes

de mesure de la subjectivité, ce qui contribuera au dialogue fructueux avec ceux qui rendent concevable la recherche empirique appliquée au domaine psychothérapique.

Cependant, ces logiques extracliniques suscitent des réserves fondamentales chez ceux qui soutiennent la validation des pratiques centrée exclusivement sur la clinique psychanalytique. Or, notre positionnement rend nécessaire l'extension de cette réflexion au cadre socioculturel dans lequel l'évaluation des pratiques psychothérapiques a surgi, c'est-à-dire l'emprise d'une certaine notion de l'efficacité en économie de la santé sur les critères de l'évaluation des soins psychiques et la réglementation législative de l'exercice professionnel des psychothérapies en cours. L'accès à cette dimension d'ordre socioculturel voire anthropologique nous permettra de comprendre les effets des technosciences tant dans nos conceptions psychopathologiques que dans les stratégies d'adaptation sociale intégrées à notre perception contemporaine de la santé mentale.

Un chapitre sera consacré exclusivement à la recherche empirique en psychanalyse. Cet aperçu qui retrace, depuis les premières évaluations réalisées par les disciples de Freud, l'histoire de ces études nous apportera une synthèse des références concernant les programmes de recherche actuels dans la littérature psychanalytique internationale. Enfin, le développement des nouveaux protocoles d'évaluation, adaptés à notre contexte culturel, ainsi que les expériences de recherche psychothérapique menées dans l'univers francophone, notamment par nos collègues de l'Institut psychothérapique de Lausanne, compléteront le recueil.

Conscients de l'ampleur de la tâche, nous souhaitons que cet ouvrage puisse apporter des réponses, approfondies et complémentaires, à beaucoup des interrogations soulevées et qu'il puisse devenir, par sa structure multidisciplinaire, un outil de référence contribuant *in fine* à une meilleure qualité des soins pour chacun de nos patients.

Nous tenons à formuler notre reconnaissance aux professeurs Jean-Pierre Olié et Henri Lôo, chefs du service hospitalo-universitaire de santé mentale et de thérapeutique à l'hôpital Sainte-Anne, pour leur soutien à l'essor du séminaire d'épistémologie ainsi que notre pensée amicale au Dr André Galinowski avec qui nous avons partagé tous nos efforts pour donner vie, depuis une dizaine d'années, à ces réunions d'études. Nous exprimons toute notre gratitude aux auteurs qui ont contribué à la réussite collective de cet ouvrage et répondu patiemment à nos sollicitations continues. Nous remercions spécialement le Pr Julien-Daniel Guelfi pour son aide sans réserves à notre projet éditorial, nos amis, en particulier le Dr Bernard Odier, pour leurs remarques constructives et nos proches pour leur précieuse compréhension. Notre reconnaissance va également aux éditeurs de Masson, Mme Fabienne Roulleaux et M. Mathieu Gousse pour leur cordial savoir faire dans la concrétisation de notre projet.

Liste des abréviations

ACR :	<i>American College of Rheumatology</i>
Afnor :	Agence française de normalisation
Afssaps :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
APA :	<i>American Psychological Association/American Psychiatric Association</i>
API :	Association psychanalytique internationale
APS :	<i>Analytic Process Scales</i> (Échelles de processus analytique)
CAMP :	<i>Collaborative Analytic Multi-site Project</i> (Programme analytique multi-site collaboratif)
CARR :	<i>Configuration Analysis and Role Relationship model</i> (Modèle de l'analyse de configuration et de la relation de rôle)
CCRT :	<i>Core Conflictual Relationship Theme</i> (Thème relationnel conflictuel central)
CDPS :	<i>Capacity for Dynamic Process Scale</i> (Échelle des capacités dynamiques)
CGI :	<i>Clinical Global Impression</i> (Échelle d'impression clinique globale)
CIM :	Classification internationale des maladies
CMP :	centre médico-psychologique
DGS :	Direction générale de la santé
DMRS :	<i>Defense Mechanism Rating Scales</i> (Échelle d'évaluation des mécanismes de défense)
DPV :	<i>Deutsche Psychoanalytische Vereinigung</i> (Association psychanalytique allemande)
DSM :	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSM-III :	<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i> , 3 ^e édition
DSM-IV :	<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i> , 4 ^e édition

EBM :	<i>evidence-based medicine</i>
EBP :	<i>evidence-based practice</i>
ECR :	étude contrôlée randomisée
EEG :	électro-encéphalogramme
EPP :	évaluation des pratiques professionnelles
EST :	<i>evidence supported therapy</i>
FRAMES :	<i>Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures</i> (Structures émotionnelles répétitives et inadaptées fondamentales)
HAS :	Haute autorité de santé
HSCED :	<i>Hermeneutic Single-Case Efficacy Design</i> (Protocole herméneutique d'efficacité de cas singuliers)
HSCL :	<i>Hopkins Symptom Check-List</i>
ICF :	<i>Idiographic Conflict Formulation</i> (Formulation idiographique des conflits)
Inserm :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPA :	<i>International Psychoanalytic Association</i>
IPB :	intervention psychodynamique brève
IPTAR :	<i>Institute for Psychoanalytic Training and Research</i> (Institut pour la formation et la recherche psychanalytiques)
KAPP :	<i>Karolinska Psychodynamic Profile</i> (Profil psychodynamique de Karolinska)
MCT :	<i>Multiple Code Theory</i> (Théorie du code multiple)
MFP :	médecine fondée sur les preuves
MMPI :	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> (Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota)
MSI :	<i>McGlashan semistructured interview</i> (Interview semi-structuré de McGlashan)
NIMH :	<i>National Institute of Mental Health</i> (Institut National de Santé Mentale)
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONDAM :	Objectif national de dépenses d'Assurance maladie
OPD :	<i>Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik</i> (Diagnostic psychodynamique opérationnalisé)
ORI :	<i>Object Relations Inventory</i> (Inventaire des relations d'objet)
PDM :	<i>Psychodynamic diagnostic manual</i>
PIRS :	<i>Psychodynamic Intervention Rating Scales</i> (Échelle d'évaluation des interventions psychodynamiques)

PQS :	<i>Psychotherapy Process Q-Set</i> (questionnaire sur le processus psychothérapeutique)
PRP :	<i>Psychotherapy Research Project</i> (Projet de recherche sur la psychothérapie)
SNPPsy :	Syndicat national des praticiens en psychothérapie relationnelle et psychanalyse
SPC :	<i>Scales of Psychological Capacities</i> (Échelles de capacités psychologiques)
SSS :	<i>Stanford Sleepiness Scale</i> (Échelle de somnolence de Standford)
STIPO :	<i>Structured Interview for Personality Organization</i> (Interview structuré d'organisation de la personnalité)
SWAP :	<i>Shedler-Westen Assessment Procedure</i> (Procédure d'évaluation de Shedler-Westen)
TCC :	thérapie cognitivo-comportementale
TDCRP :	<i>Treatment of Depression Collaborative Research Program</i> (Programme de recherche collaborative sur le traitement de la dépression)
TOC :	trouble obsessionnel compulsif
TRIP :	<i>Treatment Intervention Project</i> (Projet d'intervention thérapeutique)
VEMS :	volume expiré maximum seconde

CHAPITRE 1

Fondements épistémologiques et modèles de validationG. Fischman

L'évaluation de la thérapeutique psychanalytique s'intègre dans le vaste champ des recherches empiriques sur les psychothérapies ouvert il y a déjà depuis un demi-siècle. En tant que pratique de soins, elle a toujours fait l'objet d'évaluation clinique par les praticiens. Le questionnement sur sa place et ses indications dans l'ensemble des options thérapeutiques existantes est devenu progressivement un enjeu concernant aussi le champ social et culturel. Plus qu'un questionnement clinique impliquant les patients et les professionnels, l'évaluation des psychothérapies est devenue, dans le contexte français actuel, non seulement un enjeu de débat « scientifique », mais également une affaire de société. Une attente légitime se manifeste pour soumettre toutes les pratiques psychothérapeutiques aux mêmes vérifications, selon des critères de validation opposables, afin d'apporter des preuves objectives de leurs effets qui dépassent les positions subjectives soutenues par les cliniciens. Or, le modèle de l'expertise scientifique générera l'illusion d'extraire cette discipline de ses arcanes pour la rendre aussi efficiente et pragmatique que des interventions biomédicales. Des anciennes questions formulées par les cliniciens rejoignent ce mouvement : effectivement, toutes les souffrances sont-elles accessibles à une même approche psychothérapeutique ? Quelle thérapie est la plus utile pour tel patient et pour telle pathologie ? Telle demande pourra-t-elle être mieux satisfaite avec une technique directive brève plutôt que par une approche patiente ? Dans l'univers de la psychiatrie et de la santé mentale, ces questions ne pouvaient pas rester en marge d'une politique de soins et, surtout, l'extension massive des demandes d'aide psychologique n'échappe pas à la problématique de leur financement. Les psychothérapies, généralement jugées incertaines et coûteuses, ont acquis une importance cruciale en raison de leur prise en charge par

des fonds mutualisés ou publics ; en conséquence, l'évaluation de leur efficacité devient un enjeu de taille dans les préoccupations des patients et des acteurs des soins. Aux États-Unis, la pression des assureurs privés a été le principal moteur du développement des recherches sur les psychothérapies et des évaluations de leur rapport coût/bénéfice. Cette réalité a contraint les soignants américains à créer des thérapies brèves ou même à cautionner les interventions ultracourtes, ce qui explique, en partie, les réticences dans le champ psychanalytique vis-à-vis de la démarche évaluative, souvent synonyme de condamnation associée aux sanctions des pratiques (Lesage et al., 2001 ; Lambert et al., 2004 ; Persons et Silberschatz, 2003).

Dans ce contexte, la coexistence traditionnelle des écoles psychothérapeutiques est passée de la complémentarité à une confrontation concurrentielle dans l'espace public. Ainsi, notamment dans les pays anglophones, la recherche sur les psychothérapies s'est développée, immergée dans cette culture pragmatique, sur l'opposition de paradigmes entre un « sujet psychanalytique » et un « sujet cognitif ».

En France, la situation des psychothérapies a été fortement marquée, en février 2004, par le rapport d'évaluation de l'Inserm sur l'efficacité comparée des psychothérapies (Inserm, 2004). Commandé par le ministère de la Santé dans le cadre de la structuration du champ des professionnels des psychothérapies, ce rapport, faisant une revue de la bibliographie internationale sur les évaluations d'efficacité des psychothérapies, selon les principes de *evidence-based medicine*, a suscité une vive contestation concernant l'absence de résultats positifs attribués aux psychothérapies psychodynamiques. Le débat professionnel engagé a conduit à une polémique sans précédents sur la scène médiatique et au retrait spectaculaire final du rapport du site ministériel par le ministre de la Santé. En proposant des techniques psychothérapeutiques brèves, réputées efficaces sur le plan symptomatologique, les auteurs revendiquent, notamment, l'appartenance de ces techniques au champ de la thérapeutique médicale, leur attachement à la vérification objective des résultats et l'extension de leur reconnaissance publique.

Le ton sera donné, peu après la parution du rapport Inserm, par Jean de Kervasdoué¹, professeur d'économie de la santé, venu à la rencontre des psychiatres afin d'aborder des « sujets qui fâchent » autour de l'évaluation. Nous résumons l'état d'esprit dont il témoigne quand il évoque, au sujet des soins au long cours, les problèmes de la reconnaissance de l'utilité sociale et de remboursement qui constituent les deux dimensions de la légitimité politique d'une pratique des soins :

1. Jean de Kervasdoué (2004) écrit : « La psychanalyse parisienne tient de l'histoire des religions plus que de l'histoire des sciences, de la conviction plus que de la preuve ; en cas de désaccord théorique, ce n'est pas la recherche qui tranche, mais la foi. Les scientifiques des autres disciplines sont souvent en désaccord profond, mais ils communiquent, publient dans la même revue, acceptent des expériences communes pour trancher leurs différends... » (Nous espérons, bien sûr, que cet ouvrage puisse le convaincre du contraire.)

Au nom de quoi tu soignes ton malade ? [...] La théorie psychanalytique qui a dominé pendant un demi-siècle le champ de la psychiatrie [...] perd de sa superbe [...] souvent comparée à l'homéopathie, aux médecines douces, elle a longtemps eu le bénéfice du doute et son efficacité n'a jamais été démontrée [...] Un assureur peut « renverser la charge de la preuve » et argumenter qu'il faut démontrer que les dépenses à engager pour tel malade se révèlent supérieures à d'autres moins onéreuses, sinon la compagnie ne les remboursera pas [...] (de Kervasdoué, 2004, p. 134-136).

Les praticiens se référant à des approches psychanalytiques se trouveraient-ils alors en état de siège ? Dans ce champ, les réactions se sont limitées pendant une longue période soit à une persistante indifférence, soit à un repli défensif reposant sur des bastions acquis, légitimés dans un *entre-soi* confortable et rassurant. Après le rapport de l'Inserm, le débat a donné lieu à un clivage idéologique, et à des positions défensives, alors que l'enjeu de fond requiert une stratégie argumentative claire et l'adoption d'une démarche « offensive » exposant les raisons qui lui sont propres (Duclos, 2006). Il s'agit donc de présenter ici la conception psychanalytique des méthodologies de l'évaluation de l'efficacité et de la spécificité de la recherche empirique appliquée aux traitements psychanalytiques².

1. La clinique et la recherche : un fossé infranchissable ?

La *thérapeutique psychanalytique*, terme qui laisse entre parenthèses la distinction entre cure psychanalytique et psychothérapie psychanalytique, se fonde sur une rationalité relevant des conceptualisations multiples du psychisme. Cette complexité conceptuelle, expression de l'objet dont elle rend compte, explique aisément l'absence d'une systématisation réductrice. Cette raison psychanalytique a toujours maintenu le questionnement sur ses propres fondements et son rapport à la scientificité et, quelles que soient ses références, a assujéti les praticiens à une démarche de justification de leurs concepts et de leurs actions (Hoffmann, 2005).

Ce riche corpus théorique a rendu les praticiens du champ dit psychodynamique éloignés de toute démarche méthodologique standardisée de type quantifiable. Tout autant sa « philosophie spontanée » que sa visée

-
- Alain Ehrenberg (2004), sociologue spécialiste de la santé mentale, caractérise les débats dans la profession comme des « guerres du sujet », autour de la psychanalyse, menées sur deux fronts : d'un côté, celui de l'historiographie freudienne, et de l'autre, celui de la médicalisation de l'évaluation de la psychanalyse. En ce qui concerne le rapport de l'Inserm, il écrit : « Les psychanalystes ont réagi en adoptant principalement une réaction morale [...] la défense d'un "sujet" resté dans la plus grande obscurité face à l'offensive évaluative étatique [...] Au lieu de réagir avec des arguments techniques et cliniques, on a assisté à une polémique métaphysique sur le Sujet et à la rhétorique de la résistance à l'objectivisme médical. Les psychanalystes ont plus d'arguments à fournir que ces fragiles postures morales... »

exclusivement psychique ont forgé les réticences des cliniciens face à des perspectives considérées comme réductrices, qu'elles relèvent tant des prémisses organiques que de tout autre détermination partielle du sujet.

Même jugées hétéroclites et dérivées des modèles théoriques divers, ces approches rendent compte des réalités cliniques multiples, et leur validation reste conditionnée à l'évaluation critique renouvelée lors du travail singulier du cas. Pourtant, cette expérience clinique ne suffirait pas à lui valoir le statut de savoir objectif « scientifiquement prouvé » (Schachter et Luborsky, 1998 ; Waldron et al., 2004 ; Wallerstein, 2006 ; Widlöcher, 1994).

Aux certitudes rassurantes des praticiens du champ psychanalytique, devraient se substituer les résultats des vérifications par des méthodes objectives. En effet, à l'instar de l'action médicale accomplissant un geste de haute technicité, il faudrait, pour certains auteurs, être apte à prouver ses résultats scientifiquement, à « mesurer » son efficacité par l'administration de preuves objectives et à soutenir sa légitimité sociale par des études de rapports coûts/bénéfices méthodologiquement irréprochables. Qui ne serait pas sensible à cette exigence de bon sens ? Il n'empêche qu'aucune psychothérapie ne répond aux standards de la science expérimentale. Toutes les psychothérapies se sont constituées sans apport d'études scientifiques véritables et sans l'aide de protocoles de vérification quantitative de résultats. La validité de ce savoir s'est soutenue de sa valeur *heuristique*, seule référence de son approche technique. Il ne nous échappera pas qu'une confusion persiste entre la vérification d'efficacité, l'élucidation des interrogations cliniques et la justification des théories. C'est le problème de la confusion entre ce qui est vérifiable par l'expérience, le niveau des effets psychiques des changements et le niveau métapsychologique, dont aucune preuve empirique ne pourra confirmer ou réfuter expérimentalement la pertinence. Le processus d'*investigation heuristique* de la clinique ne doit pas être confondu avec la méthodologie de la recherche standardisée (Gori, 1999 ; Hoffmann, 2005). Nous ferons référence ici, en effet, à des recherches conçues pour accéder à une évaluation objective des psychothérapies. Plusieurs terminologies en ont rendu compte : *recherches extracliniques*, *planifiées*, *objectives*, *quantitatives* ou *empiriques*. Ce dernier terme, malgré son inadéquation, s'impose dans la littérature internationale et nous le retiendrons ici dans les réflexions qui suivent (Gérin et Dazord, 1997).

2. Recherches empiriques et psychothérapies

Pendant la première période des recherches, les études portaient sur la nécessité de vérifier l'utilité des psychothérapies, leurs indications et leurs associations à d'autres moyens thérapeutiques. Largement développé dans la culture anglo-saxonne, où le pragmatisme épistémologique a facilité son essor depuis une cinquantaine d'années, ce type de recherche utilisant des outils standardisés est resté limité, en France, aux travaux pionniers de Gérin et Dazord (Gérin et Dazord, 1997 ; Lambert et al., 2004).

De manière schématique, on distingue les études :

- sur le *processus psychothérapique* : actions et interactions survenant dans la dyade patient–psychothérapeute, alliance thérapeutique, rôle du cadre, interventions et dérivés des techniques invoquées ;
- sur les *résultats cliniques* attendus sur un échantillon représentatif des patients. On a institué ainsi la distinction entre l'*efficacité potentielle* (*efficacy*), déterminée dans le cadre des protocoles expérimentaux et l'*efficacité réelle* (*effectiveness*) où les résultats sont obtenus dans des protocoles « naturalistiques » ou en pratique clinique courante (Lambert et al., 2004 ; Kazdin, 1981) ;
- enfin, sur le *processus-résultats*, lien causal entre actions techniques spécifiques ou *facteurs communs* de changements en rapport avec les effets psychothérapeutiques évalués.

Si l'utilité des psychothérapies a bien été prouvée, les recherches comparatives des différentes approches (psychanalytique, cognitivo-comportementale, counseling) n'auraient pas permis de prouver la supériorité, statistiquement significative, d'une technique sur une autre (Elkin et al., 1989), ce qui a été désigné par l'expression « *paradoxe de l'équivalence* » (Smith et al., 1980 ; Stiles et al., 1986). Pourtant, on s'interroge : comment des interventions aussi différentes peuvent produire des effets apparemment semblables ?

Les recherches empiriques en psychothérapie sont définies par l'utilisation d'outils standardisés d'évaluation aptes à l'opérationnalisation. L'action psychothérapique devrait être susceptible d'être étudiée comme on évalue les résultats thérapeutiques dans la recherche biomédicale lors des essais pharmacologiques : usage d'outils d'évaluation choisis en fonction de leurs qualités métrologiques, fidélité interjuges et traitement statistique des données³.

Le problème méthodologique crucial de toutes les recherches empiriques est d'évaluer d'une part la *validité interne*, extension avec laquelle une étude est adaptée à ce qui doit être mesuré, et d'autre part la *validité externe*, mesure dans laquelle un protocole peut justifier de la généralisation des résultats de l'étude. Une difficulté majeure est la contradiction apparente entre ces deux formes de validité. En effet, il existe un hiatus entre les études « naturalistes » avec *validité interne* réduite, et les essais « expérimentaux » dans lesquels la *validité externe* est, en revanche, compromise par des critères trop restreints, les éloignant, par leur artificialité, de la pratique psychothérapique réelle (Kendall et al., 1994).

2.1. De l'*evidence-based medicine* à l'*empirically supported psychotherapy*

La multiplication des études dont les qualités méthodologiques étaient contestées a conduit à l'établissement de *normes de qualité* témoignant d'une sophistication et d'une rigueur méthodologique croissantes. À l'instar de l'*evidence-based medicine* (EBM), fut établie la nécessité de hiérarchiser

3. Pour une étude globale sur les méthodes d'évaluation voir Thurin et Thurin, 2007.

les études afin de décider de l'efficacité des psychothérapies « empiriquement prouvées » pour chaque pathologie donnée. Issus par conséquence de cette culture médicale – louable dans son intention première tout à la fois didactique et d'aide à la décision thérapeutique –, se sont imposés les principes de la « psychothérapie empiriquement fondée » ou « *empirically supported psychotherapy* » (Chambless et Hollon, 1998). Seules les psychothérapies ayant prouvé leur efficacité par des études bien contrôlées méthodologiquement mériteraient ce label de qualité présumée auprès des professionnels et des organismes de financement des soins.

En théorie, les *études contrôlées randomisées* (ECR), selon le modèle issu des essais en pharmacothérapie, devraient assurer la fiabilité des protocoles et répondre à ces attentes d'objectivité par le respect des exigences suivantes :

- sélection des patients selon des *critères d'inclusion sévères* afin de maximiser l'homogénéité diagnostique et de minimiser la survenance des conditions d'accroissement des variables ;
- *randomisation des traitements* alloués de manière aléatoire entre les sujets, afin de comparer leurs avantages et de décider des meilleures indications possibles ;
- constitution de *groupes contrôles* avec des sujets recevant un autre traitement ou bien utilisant d'autres moyens comparatifs (listes d'attente prolongées, etc.) ;
- usage d'un *manual d'intervention* codifié auquel le praticien doit soumettre ses interventions, visant à isoler un mode thérapeutique épuré afin de contrôler l'adhésion du praticien aux préceptes de son orientation psychothérapeutique et de neutraliser les facteurs thérapeutiques non spécifiques (effets spontanés de la personnalité du thérapeute, écoute empathique) ;
- recours aux *méta-analyses* – méthode augmentant la puissance statistique – des faits analysés dans les études comportant des échantillons de petite dimension par le regroupement d'un nombre important d'études primaires intégrant alors dans l'analyse de très nombreux, voire des milliers de, sujets (Inserm, 2004 ; Cucherat et Cialdella, 1996).

Les défenseurs des ECR jugent d'une valeur inestimable l'utilité de ces protocoles de recherche (Persons et Silberschatz, 2003). En effet, la question essentielle à laquelle seules les ECR auraient apporté une réponse est la suivante : « Le traitement A et le traitement B sont-ils également efficaces pour le traitement du trouble X ? » Elles constitueraient en conséquence « l'étalon or » de la recherche psychothérapeutique, irremplaçables et éthiquement nécessaires. Dès lors, les psychothérapies « sans fondement empirique » devraient être considérées comme un ensemble de suppositions non prouvées qui conduiraient vers une forme de thérapie qui « manque d'efficacité ». En revanche, les approches correspondant aux études selon l'*empirically based psychotherapy* seraient supposées « objectives et validées par des recherches scientifiques rigoureusement contrôlées ».

Les experts de l'Association américaine de psychologie (American Psychological Association [APA])⁴ ont ainsi établi des normes reposant sur les principes d'une *hiérarchie de preuves*, suivant les critères de l'EBM, déterminant ainsi un ordre de fiabilité des résultats apportés. Citons par ordre décroissant de valeur : 1) les essais contrôlés et randomisés ; 2) les essais contrôlés non randomisés ; 3) les études quasi expérimentales ; 4) l'étude des cohortes étudiées dans un seul centre ; 5) les études de cas regroupées dans un protocole de cas unique ; 6) les études descriptives de cas sur la base de l'expérience ou des convictions personnelles des experts. Les psychothérapeutes seraient ainsi logiquement contraints de s'orienter vers l'application des techniques correctement prouvées, suivant les conclusions issues des essais contrôlés. L'objectif des normes de l'*empirically supported psychotherapy* ou de l'*evidence-based psychotherapy* est de fournir un traitement ayant démontré scientifiquement sa supériorité selon les critères de l'EBM. Autrement dit, les cliniciens seraient dans l'obligation d'exercer une psychothérapie fondée sur des preuves, une « *evidence-based practice* » sur la base des listes labellisées de « traitements empiriquement fondés » (Kendall et al., 1994).

2.2. Les objections et les réticences aux psychothérapies fondées sur les preuves

Quelle validité accorder aux psychothérapies fondées empiriquement ? De l'objectif initial d'accéder à l'utilisation des données probantes dans la prise de décision thérapeutique, on a glissé progressivement vers un dogmatisme artificiel voire une orthodoxie méthodologique. Cette « méthodolâtrie », privilégiant les résultats des protocoles de laboratoire, a creusé dans le champ de la recherche sur les psychothérapies le fossé entre chercheurs et cliniciens.

Ce type d'essais correspond-il aux conditions des pratiques psychothérapeutiques réelles ? La réponse est généralement négative. En effet, on peut constater l'opposition entre le type de traitement étudié dans les ECR et le monde de la clinique courante (Westen et al., 2004). Les principales réserves sont décrites ci-après.

- *L'homogénéité des patients*, par les critères d'inclusion et la distribution randomisée de la prestation thérapeutique, constitue sans doute le grand mythe de l'uniformité de la recherche en psychothérapie. Que vaut réellement ce principe ? Les échantillons de population des ECR répondent à des critères d'inclusion qui évacuent les comorbidités et ne correspon-

4. En 1995, l'Association américaine des psychologues a fixé des *listes de traitements* réunissant ces réquisits et a promu l'usage des manuels de formation et d'entraînement (Chambless et Hollon, 1998). Ce rapport a créé une forte contestation, car il correspondait à la volonté des membres de la Task Force Commission de promouvoir les thérapies cognitivo-comportementales et l'usage des manuels soutenus par ses membres. La position de l'Association américaine a évolué depuis une dizaine d'années face à l'ampleur des critiques suscitées (Lambert et al., 2004 ; Levant, 2005).

dent pas à la réalité « de terrain » : patients polysymptomatiques avec des attentes diverses qui sont réélaborées au cours du travail clinique.

- Les *manuels de traitement*, tel un catalogue de prescriptions d'exercices comportementaux ou telles des recettes figées, fonctionneraient comme une camisole de force ou, tout au plus, comme un vade-mecum didactique plutôt que comme un guide de pratiques. En effet, cette conception simplificatrice et « techniciste » des échanges patient-thérapeute incite à la réduction de l'acte psychothérapeutique à une instrumentalisation réifiante. La singularité de l'alliance thérapeutique personnelle est alors déniée, au profit d'un modèle de standardisation des interactions supposées quantifiables et reproductibles.
- La constitution des *groupes contrôles* a soulevé de nombreuses réserves, notamment quand on néglige les différents objectifs spécifiques des techniques psychothérapeutiques : l'action ciblée sur les symptômes ou bien un travail sur la structure de la personnalité.
- En ce qui concerne les *méta-analyses*, elles comportent le risque de biais méthodologiques divers que l'on n'abordera pas ici. La question de la pertinence des regroupements des études (effets « pommes-oranges ») par ces outils statistiques est retenue avec des réserves : risque de répétition des erreurs d'analyse des études primaires ou de manipulation des données comme dans d'autres disciplines.
- Il existe enfin le problème de la *durée* : les résultats d'efficacité prouvée empiriquement dans le temps restreint des études ECR ne permettent pas de comparer les études avec une durée ouverte et en pratique courante. Par ailleurs, dans une perspective au long cours, il existe des données très limitées des effets des psychothérapies, et celles-ci montrent que la supériorité et l'efficacité initiale d'un procédé psychothérapeutique peuvent ne pas se maintenir au-delà de 2 à 5 ans après le suivi. Bien que l'on ait constaté une réduction des symptômes, même substantielle, il en persiste des résiduels amenant à la poursuite des psychothérapies supplémentaires ou de substitution durant les années suivant la fin du premier traitement, même conduit dans des conditions optimales (Westen et al., 2004).

En ce qui concerne le moment conclusif de la démarche, l'établissement des « listes de psychothérapies empiriquement prouvées », de fortes réserves apparaissent sur la validité scientifique de ces études montrant la supériorité d'une technique sur l'autre quand on prolonge la durée des observations (Ablon et Jones, 2002). Malgré tout, l'idée reçue que les traitements courts seraient supérieurs en efficacité et rentabilité perdure. Pourtant, l'« absence de preuves », selon les protocoles ainsi conçus, signifie-t-elle l'absence d'arguments forts en faveur d'une efficacité réelle ? En effet, il y a un pas très étroit et trop rapidement franchi entre le constat de l'*absence de preuves*, selon ces critères, et l'affirmation de l'*absence de valeur* clinique. À l'inverse, la notion d'efficacité *potentielle* des ECR n'est pas une véritable garantie d'*efficacité réelle* dans la clinique courante pour un patient pris en charge individuellement.

Ce rappel nous a permis de comprendre que les principes canoniques des psychothérapies empiriquement prouvées s'adressent à des thérapeutes supposés identiques et homogènes qui fourniraient une technique identique et homogène à des patients supposés identiques et homogènes, organisés en échantillons de groupes également homogènes. Alors, quelle est la transposabilité des ECR et de leurs résultats en terme d'*efficacité potentielle* à la pratique courante ? Après plus de 20 ans d'ECR, des chercheurs reconnus s'interrogent sur la généralisation de ces résultats⁵.

Les approches psychanalytiques, éloignées de toute tradition d'évaluation standardisée des résultats, sont donc moins représentées dans les méta-analyses, ce qui entraîne un biais statistique certain dans leurs résultats (Guelfi, 2004). L'inférence selon laquelle, à partir des résultats des protocoles ECR, on pourrait conclure à l'*efficacité réelle* des techniques psychothérapeutiques brèves sur des populations de patients en pratique courante reste dès lors très incertaine⁶ (Lambert et al., 2004).

Ces méthodologies de recherche – opération d'isolement des variables, simplification de la complexité, uniformisation des différences, homogénéisation des profils des sujets – nourrissent ainsi la fiction d'une instrumentalisation médicale de la relation psychothérapeutique.

3. Remarques épistémologiques

3.1. Les postulats du naturalisme physicaliste

Quel est le fondement épistémologique des postulats de l'*empirically supported psychotherapy*⁷ ? Certaines interrogations sur les limites de l'évaluation quantitative standardisée s'imposent, en effet, devant l'insatisfaction que suscitent nombre de recherches.

Les critères des psychothérapies empiriquement fondées, devenus pendant une vingtaine d'années l'axe central de la recherche, en raison de leur extrapolation du domaine médical, adoptent des postulats néopositivistes et physicalistes dont ils représentent la traduction méthodologique.

-
5. D. Western et al. (2004) interrogent : pour quel type de population doit-on espérer que les résultats soient généralisables ? Quel a été le niveau de qualification et d'expérience des thérapeutes participant à l'étude ? Les équipes de recherche appartiennent-elles à la même orientation psychothérapeutique ? Dans quelles conditions l'étude a-t-elle été conduite ? Les patients sont-ils des étudiants universitaires et ont-ils été rémunérés (ce qui a été souvent le cas) ? A-t-on suivi les patients à long terme ? Sait-on si les patients ont cherché à entreprendre un autre traitement par la suite ?
 6. Dix ans après avoir prôné les critères EBM en psychothérapie, la Commission de l'APA affirme la nécessité d'adapter à chaque cas individuel les données issues de la recherche, et que la décision d'appliquer ces résultats à un patient singulier revient au praticien : « Les patients pris individuellement peuvent nécessiter des décisions et des interventions qui ne sont pas directement orientées par les recherches disponibles » (Levant, 2005).
 7. Ces réflexions reprennent des éléments partiels de notre communication à la Société médico-psychologique, en avril 2005 (Fischman, 2005).

Ce courant physicaliste, dont les principes ont été exposés par Rudolf Carnap (2004), prône le développement d'une *science unifiée* dans une langue universelle au travers de la logique mathématique et déconsidère tout autre alternative possible aux sciences de l'homme⁸.

Selon le paradigme *néo-positiviste* présent dans ces normes, cinq postulats naturalistes solidaires, selon la perspective de Brent Slife (2004), doivent être acceptés impérativement :

- l'*objectivisme* requiert que la méthode applicable à la recherche doive nécessairement éviter les biais subjectifs et que les données doivent être reproductibles ;
- le *matérialisme physicaliste* traduit l'immatériel en fait observable par le biais de l'*opérationnalisme* afin de rendre quantifiables des phénomènes non matériels ;
- un *hédonisme naïf* soutient que l'on peut atteindre un épanouissement univoque et a-conflictuel dont la thérapie doit assumer le modèle ;
- l'*atomisme* soutient que l'humain est délimité dans son être même ; l'unité de base des psychothérapies est donc un *individu* que l'on pourrait isoler des interactions et de toute intersubjectivité générée dans le processus psychothérapeutique ;
- l'*universalisme*, postulat le plus important sans doute, postule que les connaissances issues de la méthode scientifique sont fondamentalement non contextuelles et immuables au travers du temps et de l'espace, d'où l'importance de la réplication des normes. La recherche doit appliquer ces principes, car un manque de reproductibilité signifiera un manque de prédictibilité scientifique⁹.

La psychothérapie empiriquement fondée pourrait ainsi accomplir sa mission en apportant les preuves que la rigueur de sa méthode nous laisse espérer. Le savoir scientifique, en effet, devra formuler les généralisations qui autorisent la prescription et la reproduction des effets prévisibles, d'où la *fonction nomothétique* de ces protocoles. Autrement dit, à partir des déterminations *probabilistiques* des résultats, on conclura à des *conventions normatives* auxquelles on assignera, par un glissement logique, la valeur de « loi » universelle ou de connaissance *nomologico-déductive*, selon les termes de Carl Hempel (1972).

8. Christine Chauviré (2000, p. 88-89) nous éclaire : « Fait remarquable aux États-Unis, le thème de l'unité de la science et la vogue du physicalisme auront parfaitement survécu au déclin de la philosophie des sciences néopositivistes [...] Fondre les sciences de l'esprit dans celles de la nature, tel est bien en effet la teneur du programme naturaliste [...] et il s'agit de naturaliser non seulement les sciences de l'esprit, mais l'esprit lui-même, ce qui est bien plus audacieux. »

9. Pour B. Slife (2004, p. 70), « l'idéal pour cette perspective universaliste est l'agencement des universaux. Des catégories diagnostiques immuables et universelles devraient correspondre avec des techniques immuables et universelles, d'où un traitement administré mécaniquement et par manuel, peut être prescrit pour des troubles connus et prédictibles. »

3.2. Scientificté, rationalité et pseudo-sciences

Le clinicien, même en l'absence de toute régularité prédictible, serait-il pour autant livré à des postulats invérifiables ou à des théories cliniques dépourvues de toute rationalité ? La démarche psychanalytique rejoint ici, bien entendu, le questionnement épistémologique de l'ensemble des disciplines traitant de l'homme¹⁰, dont la problématique est d'explicitier de quel type de « science » leur savoir se réclame.

Est-il pertinent de reléguer à la dernière place l'expérience clinique et d'affirmer que *seules* les connaissances expérimentalement fondées seront justifiées à se proclamer vraies ? Sur le même plan, comment ne pas tenir compte des réserves que le constructivisme épistémologique a formulées au sujet de la transformation des « artefacts » en « faits scientifiques » (Latour, 1996) ?

Si l'on accepte la grande division entre sciences « dures » et sciences « molles », qu'est-ce qui les différencie ? En physique, par exemple, une théorie vérifiée est censée exprimer une nécessité invariable dont la validité universelle s'impose en termes de « loi ». Dans les sciences humaines, en revanche, les connaissances ne produisent que des « énoncés » d'un contenu très général dont l'application sera vraie tant que « toutes les autres conditions restent égales ». Ces « lois » des sciences humaines sont donc des théories constituées essentiellement par cet ordre de propositions qualifiées de type « *ceteris paribus* ». ¹¹ Autrement dit, elles ne peuvent être vraies que si tous les facteurs impliqués dans leur domaine d'application restent inchangés. Bien que l'on ne puisse pas faire de ces clauses les *critères de démarcation* exclusifs entre les sciences « dures » et « molles », un degré de normativité *ceteris paribus* pourra être accordé à la rationalité de la clinique psychanalytique. C'est donc cette manière alternative de mettre en évidence la valeur du singulier qui constitue l'objet même de la thérapeutique psychanalytique.

Dans le cadre de sa formulation des *programmes de recherche*, Imre Lakatos (1994), suivant les critères de Karl Popper (1963), souligne que toute théorie scientifique doit définir le niveau d'acceptation de ses propres clauses *ceteris paribus*, c'est-à-dire expliciter les conditions dans lesquelles ces connaissances seront réfutables par une situation singulière. Il distingue en fonction du degré d'acceptation des réfutations en leur sein, du plus fermé au plus ouvert, trois types de *falsificationnisme* : dogmatique,

10. Voir Delattre-Derec (1998) et Bouveresse (1991).

11. D'après Daniel Andler (2002), « une loi *ceteris paribus* est une loi qui ne vaut que pour un certain type de situations que l'on veut ou l'on peut caractériser en relation à la situation ou qui ne s'applique qu'approximativement ou en probabilité ». Ces lois caractéristiques des sciences humaines ne sont pas spécifiques, puisque certaines disciplines produisent des énoncés nomologiques avec des clauses *ceteris paribus*, propres à des systèmes complexes ou multifactoriels. Certes, on sait que, dans les sciences de la matière, il y a aussi des clauses *ceteris paribus*, mais elles doivent rester *ceteris absentibus*.

méthodologique et sophistiqué. Nous relient l'empirisme des postulats de l'*empirically supported psychotherapy* à ce « falsificationnisme dogmatique » pour qui moins il y aura d'expériences de réfutation singulières, plus une méthode psychothérapique répondra aux critères scientifiques. On devra alors considérer qu'un énoncé clinique n'est vrai que s'il est prouvé de manière factuelle, c'est-à-dire que toute théorie exposée à quelques études ou expériences de laboratoire dont les résultats contredisent ces énoncés doit être abandonnée¹². Ces axiomes, reposant sur les énoncés propres aux réfutations du falsificationnisme dogmatique, affirment qu'il existe une frontière nette entre théories et données d'observation et qu'un élément empirique de contre-épreuve est l'unique arbitre qui puisse juger d'une théorie.

Mais que resterait-il de l'orthodoxie de l'*empirically supported psychotherapy* si l'on appliquait en retour, à cet empirisme implacable, la même rigueur qu'il applique au savoir clinique ? Selon ses propres critères, si dans l'*expérience cruciale* de la pratique, l'application d'un tel « falsificationnisme féroce » est réfutée, alors ses constats devraient être également rejetés du champ des sciences. Cette analyse est précisément la source de la thèse de l'*a-scientificité* assumée des théories cliniques psychanalytiques au regard des critères de la science poppérienne (Dor, 1988).

3.3. Le statut des preuves et les logiques de confirmation

L'EBM et ses dérivés, les recommandations de l'*empirically supported psychotherapy*, exigent des niveaux de preuve d'efficacité, devant guider les « bonnes pratiques » psychothérapiques. Néanmoins, nombre de praticiens contestent ces postulats, et dénoncent leur manque de crédibilité dans le champ des psychothérapies psychanalytiques (Leichsenring, 2005).

Quel est le statut de ces preuves empiriques ? Peut-on inférer, selon la *moyenne statistique* d'un échantillon supposé homogène d'une population hétérogène, l'efficacité d'une approche pour un sujet singulier complexe ? Dans notre problématique de cliniciens, assigner à ces normes statistiques, réductrices de la complexité des psychothérapies, la valeur d'une preuve de premier ordre néglige que son application probabiliste à un sujet acquiert nécessairement un caractère fortement aléatoire. Nous soutenons que le *degré de confirmation* de la prédiction d'efficacité réelle en clinique

12. Imre Lakatos (1994, p. 12) évoque le genre particulier de propédeutique à laquelle le falsificationnisme dogmatique a recours pour s'astreindre à la certitude scientifique : « Chaque école de justificationnisme moderne se caractérise par la psychothérapie particulière qu'elle propose pour préparer l'esprit à recevoir la grâce de la vérité prouvée au cours d'une communion mystique. En particulier pour les empiristes classiques, l'esprit est [...] libéré de tout préjugé de théorie. Mais les travaux de Kant et de Popper – et ceux de psychologues qui ont subi leur influence – indiquent qu'une psychothérapie empiriste de ce genre ne pourra jamais réussir. Car il n'existe pas de démarcation naturelle (c'est-à-dire psychologique) entre propositions d'observation et propositions théoriques. »

ne peut pas se satisfaire du seul principe du calcul statistique. Les thèses de K. Popper, allant à l'encontre des seuls critères probabilistes en tant que source privilégiée de vérification des hypothèses, confortent ces positions critiques. Ces développements nous paraissent parfaitement applicables à la spécificité des recherches évaluatives en thérapie psychanalytique. Selon le rationalisme poppérien, la vérification scientifique d'une hypothèse ne relève pas tant de la confirmation par induction statistique et par la logique des probabilités que de sa *réfutabilité*. Celle-ci dépend à son tour du degré de testabilité de l'hypothèse plutôt que du calcul probabiliste. On peut ainsi retenir que si le savoir scientifique vise à atteindre un degré élevé de confirmation des hypothèses, il ne faudrait pas identifier *degré de confirmation* et *probabilité d'occurrence*. Ce rapport peut même être *paradoxalement inversé* parce que plus le contenu affirmé dans l'énoncé d'une hypothèse est complexe, moins cet énoncé est « statistiquement » probable¹³. Ainsi, atteindre un degré élevé de confirmation par le biais des tests rigoureux nécessite la formulation d'énoncés avec un contenu informatif élevé, c'est-à-dire avec des assertions impliquant une capacité prédictive, donc d'une probabilité absolue faible. C'est le contraire de la thèse qui identifie *confirmation* et *probabilité*.

En effet, puisque, en clinique, on est confronté à des situations de grande complexité conduisant à émettre des hypothèses de « contenu élevé » ou complexe, on ne recherchera pas leur corroboration par une probabilité statistique élevée, mais plutôt leur réfutabilité. Ainsi, la poursuite de la « *testabilité* » (Popper, 1963) intersubjective de telles hypothèses devra se fonder nécessairement sur une expérience thérapeutique singulière partagée, même si cela comporte de diminuer leur *probabilité d'occurrence* dans d'autres situations cliniques.

Or, les trivialisés, à l'évidence hautement probables, résultant de certaines recherches empiriques ne peuvent exprimer plus qu'une pâle confirmation « expérimentale » – certes méthodologiquement sophistiquée – des intuitions les plus élémentaires des cliniciens, et ne peuvent susciter chez eux qu'un intérêt cliniquement négligeable. À l'opposé, des conjectures cliniques de faible probabilité inductive et pourtant théoriquement bien étayées pourront se révéler d'une valeur clinique prédictive certaine.

Au lieu de retenir les niveaux de preuves selon le dogme de l'*empirically supported psychotherapy*, il paraît plus pertinent de tenir compte des trois conditions d'authentification qui doivent s'articuler, d'après F. Gil (1999), pour un savoir réellement fondé sur les preuves et qui correspondent à

13. Karl Popper (1963, p. 420-421) affirme : « La probabilité logique d'un énoncé x par rapport à des données empiriques y décroît lorsque le contenu informatif de x augmente. Or cela suffit à montrer que l'obtention d'une probabilité élevée ne saurait constituer l'un des objectifs de la science. Les savants s'intéressent avant tout aux théories dont le contenu est important. Ils ne cherchent pas à formuler des assertions triviales d'une probabilité élevée, mais des hypothèses audacieuses qu'on puisse tester de manière rigoureuse. »

la complexité d'une compréhension globale des approches psychothérapeutiques :

- une condition de vérité, émergeant d'une vérification, qu'elle soit déductive ou inductive ;
- une condition d'explicitation logique et argumentative entraînant la conviction ;
- enfin, une condition d'étaillage dans le champ de la rationalité propre à la communauté à laquelle ces approches s'adressent.

Dès lors, les critères de l'*empirically supported psychotherapy* ne peuvent pas constituer les seules preuves d'efficacité scientifiquement acceptable dans le champ de la clinique. L'intelligibilité des résultats des études quantitatives standardisées nécessite leur intégration dans un champ de validation clinique plus large et ouvert, dans lequel les données statistiques ne forment qu'un des éléments référentiels dont la valeur prédictive restera peut-être médiocre pour un cas singulier.

3.4. Les mesures du subjectif

Une des questions qui mobilisent les plus sérieuses réticences chez les praticiens est la capacité d'opérationnaliser le psychisme. Les qualités du subjectif sont-elles intégralement mesurables¹⁴ ? Les propriétés des états psychiques que l'on mesure dans les études quantitatives sont-elles véritablement objectivées par des mesures ? Pour répondre, il ne s'agira pas de s'égarer dans une métaphysique du sujet qui, supposée superflue et encombrante selon la conception positiviste, ne serait exhumée qu'à des fins rhétoriques pour clamer l'opposition de principe à toute évaluation des soins et dont le praticien « pragmatique » devrait s'empresse de s'éloigner. Il s'agit d'exprimer les réserves indispensables à soulever face à un réductionnisme physicaliste qui prive les recherches sur le psychisme de leur complexité. Or – c'est une question fondamentale, posée à toute évaluation quantitative standardisée du subjectif – : qu'est-ce qu'on souhaite mesurer et pour répondre à quelles interrogations ? Les instruments sont-ils suffisamment valides, fidèles et sensibles pour permettre la traduction de la subjectivité en langage des nombres ?

Nous ne donnerons donc qu'un aperçu des positions divergentes sur cette problématique. Pour Jacques-Alain Miller (2004, p. 75) dans l'idéologie de l'évaluation, il s'agit de la

transformation du sujet en « unité comptable » du nouveau signifiant maître sous la forme la plus stupide, mais également le plus élaborée puisque nettoyée de toute signification : le chiffre 1 qui domine dans la société ou la gestion sociale passe par l'évaluation comptable. La marchandisation passe par la spiritualisation du chiffre 1.

14. Pour une approche approfondie de la problématique de la mesure, nous renvoyons le lecteur à Falissard (2001) et Martin (1997).

C'est une position proche que défend Bruno Latour (1996), dans un essai aujourd'hui classique¹⁵.

Plus favorable à l'opérationnalisation, François Dagognet, soutient que c'est la distinction entre la *subjectivité* et ses *attributs* qui déterminera l'attitude envers la mesure du subjectif. Ainsi, il récuse la position *épiphénoméniste* pour laquelle les attributs du sujet, séparés de ce qui les engendre, pourraient ne pas se manifester car placés sous le signe de l'insignifiance, voire du secondaire :

Si au contraire, nous acceptons de reconnaître les capacités de la substance, non à s'isoler mais à s'exprimer, il convient d'accorder tout son prix à l'image grapho-numérique qui la révèle. (Dagognet, 1996, p. 60-61).

C'est ainsi que l'on pourra comprendre la position de Julien Daniel Guelfi (1978), qui signale la nécessité théorique, en psychopathologie quantitative, de substituer l'antinomie « *subjectif-objectif* » par celle de « *l'exprimé-observé* ». Il deviendrait ainsi concevable de retenir la *mesure objective* de ce que le sujet exprime, aussi bien que la *mesure objective* de ce que le clinicien observe.

Pourtant, on atteint ici les limites de ce que le mesurable peut apporter à l'évaluation du sujet. Le recours à l'analyse sémantique des récits devient ainsi incontournable. En effet, la logique psychanalytique explicite que le changement psychique ne sera ni nécessairement exprimé par le sujet, ni factuellement observé par le clinicien, mais pourra être inféré à partir de la représentation de ses formations psychiques inconscientes.

3.5. Le singulier et l'universel

Est-il possible d'identifier le sujet singulier à une *moyenne*, figure déduite des procédés du calcul ? Des réserves essentielles avaient été élaborées à ce sujet par Georges Canguilhem autour des notions de *normalité* et de *normalité*. Ainsi, une conception d'un sujet irréductible à la normalisation rend difficile l'acceptation de résultats issus d'études comparant des groupes. Ceux qui pensent qu'il ne faut pas céder, tel Ulysse attaché au mât, au chant des sirènes des évaluations s'insurgent contre une telle scientificité au nom de l'irréductibilité du sujet à la normalisation¹⁶.

15. Bruno Latour (1996, p. 75) écrit : « On pourrait bien sûr se passer tout à fait de l'intériorité en naturalisant la vie intérieure [...] Rien de plus facile que de faire du sujet l'effet superficiel d'un jeu de langage, la capacitance provisoire qui émergerait d'un réseau neuronal, le phénotype d'un génotype, le conscient d'un inconscient, l'idiote culturel d'une structure sociale, le consommateur d'un marché mondial. Couper bras et jambes aux sujets : nous avons tous appris ces amputations-là en lisant les journaux. On se prépare à la mort de l'homme dès le DEUG. Heureusement, ces procédures nous sont interdites, depuis [...] la *felix culpa* de l'anthropologie des sciences. »

16. C'est la position de P.-L. Assoun (2006).

Quelques éclaircissements seront ici nécessaires. Les principes de l'évaluation psychologique renvoient, comme dans les sciences sociales, à la dichotomie, devenue classique, proposée par W. Windelband (1894), entre les *sciences nomothétiques*, cherchant à établir des lois universelles en parlant des phénomènes reproductibles, et les *sciences idiographiques* consacrées à l'individuel, au non-reproductible voire à l'unique. Au-delà de cette division, il est possible d'envisager, à partir de méthodologies différentes, des liens entre elles. Les recherches en psychopathologie quantitative visent à établir des connaissances nomothétiques de valeur universelle prouvées, en tenant compte de la reproductibilité méthodique des études réalisées sur un nombre élevé de sujets supposés homogènes, et vérifiées de manière objective. En revanche, la méthode du cas clinique part du trait singulier afin de construire un paradigme modélisable. Ici, la formulation d'*hypothèses nomothétiques* sur la base des *données idiographiques* requiert la création de dispositifs tels que la constitution des « *types idéaux* » expliquant les régularités catégorielles des sujets.

Quelles sont alors les raisons qui rendent la démarche évaluative si complexe et les prédictions des effets thérapeutiques aléatoires ? Les difficultés rencontrées lors de l'évaluation des psychothérapies risquent de confondre la qualité propre à la *normativité subjective* avec la normativité objective des moyennes statistiques. Cela s'explique clairement par le fait que l'on se trouve dans ce domaine plus proche du *singulier idiographique* que du *multiple nomothétique*. Le rapport vécu à ces symptômes, affirme Canguilhem, émerge de l'action que sa propre normativité singulière exerce sur la normativité érigée par l'autre. La conscience du *normal* ou du *pathologique*¹⁷, à l'origine de toute demande, relève des normes individuelles qui échappent aux généralisations prédictibles, de surcroît susceptibles d'être imposées en tant que règle de normalisation sociale.

4. Perspectives sur la recherche empirique en thérapeutique psychanalytique

L'attitude dominante dans le débat qui a parcouru la psychanalyse contemporaine sur les positions à adopter face à la recherche empirique s'est limitée longtemps à un repli défensif ou bien à un scepticisme revendiquant son extraterritorialité. Face à des études présentées comme une disqualification des approches psychanalytiques, une stratégie plus efficace consisterait à rétablir de la rationalité dans le champ de la recherche psychothérapique. Il est ainsi nécessaire d'explicitier, d'une part, quelle faisabilité comportent ces recherches et quel intérêt accorder à leurs résultats, et d'autre part, sous quelles conditions la recherche empirique en psychanalyse pourra répondre aux questionnements qui lui sont propres. Autrement dit, quels sont les fon-

17. Voir Canguilhem (1966). Concernant la pensée de Canguilhem, on se rapportera aussi au travail de Le Blanc (2002).

dements des positions sceptiques opposées aux évaluations empiriques, et quels sont les critères d'évaluation de l'action thérapeutique spécifique des approches psychanalytiques ? Nous décrivons brièvement ici les deux paradigmes opposés de *validation*. Pour les défenseurs de la *méthodologie herméneutique*, la validation des interactions complexes ne peut se produire qu'au travers de l'*interprétation des cas cliniques singuliers* en rapport avec la cohérence de la théorie et sa déduction clinique. Ceux qui se positionnent de manière favorable par rapport au *potentiel de vérification empirique* soulignent, eux, la nécessité de renouer, même partiellement, avec les autres disciplines connexes et d'apporter les preuves de l'*efficacité réelle* des thérapeutiques psychanalytiques selon les critères de légitimation en vigueur (Westen et al., 2004 ; Widlöcher, 1994 ; Fonagy, 2001 ; Blatt et Averbach, 2003).

4.1. Modèle herméneutique et méthodes logico-constructivistes

Ces praticiens considèrent les vérifications empiriques de la thérapie psychanalytique comme une impasse méthodologique, car la clinique fondée sur le récit du cas et sur l'intersubjectivité, dans le cadre d'une relation analytique, reste la principale source de légitimité. Ce processus de validation s'intègre dans le statut épistémique du champ herméneutique¹⁸. Rappelons ici d'une part que les sciences humaines disposent de méthodes de *compréhension* directe, dont l'objet est saisi sans médiation, différant ainsi de l'*explication* indirecte ou médiatisée de vérification des sciences empiriques ; et d'autre part que les *faits* manipulés par ces sciences concernent aussi une production historique d'*artefacts* plutôt que de *réalités factuelles*. Ces artefacts doivent se comprendre dans le cadre d'une *construction sociale* culturellement déterminée.

Le modèle herméneutique, intriqué à une culture interprétative, relié à une théorie de la justification fondée sur sa cohérence déductive, est attaché traditionnellement aux études de cas singuliers et orienté vers les recherches de type qualitatif. La méthode clinique de validation procède d'un savoir acquis par l'expérience cumulative et par les diverses théorisations auxquelles le praticien adhère. Cette *méthode hypothético-déductive* établit des corrélations avec un modèle général et confronte la singularité du patient à un « *prototype narratif* » à partir duquel est déduit un modèle structural et psychodynamique. C'est le *procédé idiographique* de vérification qui parcourt d'abord l'analyse sémiologique et psychopathologique, et qui conclut à la confrontation du sujet à la représentation d'un *patient*

18. L'herméneutique est retenue ici dans l'acception prise du langage de la recherche psychanalytique internationale : le champ épistémologique qui rassemble toutes les philosophies des sciences anti-positivistes (histoire, sociologie, psychologie) utilisant un système de justification propre aux sciences de l'homme. Certes, il s'agit d'un usage paradoxal, puisque ces formulations théoriques sont anti-herméneutiques, au sens phénoménologique, car elles développent un traitement logique ou psychogénétique de la causalité structurale en psychopathologie.

type. Ce statut épistémologique correspond à la notion d'« idéal-type » que Max Weber¹⁹ a proposée initialement dans le cadre des sciences sociales et historiques.

La perspective, à la fois critique et herméneutique, de validation des énoncés psychanalytiques la plus élaborée pour nous reviendra à J. Habermas (1976, 2005). Il assigne à la dimension naturaliste de la théorie freudienne la valeur d'une « *mécompréhension scientiste* » dans la justification de la théorie psychanalytique. C'est, en revanche, dans le cadre d'une herméneutique des « *interprétations générales* », soutient Habermas, que les pratiques interprétatives *particulières* vont se construire en tant que dérivées et qu'elles doivent être validées. Les « *interprétations générales* » sont le résultat des anticipations herméneutiques, mais à la différence de l'herméneutique historiciste, toute interprétation doit être confirmée par des « *prévisions déduites* » de la métapsychologie qui condense ces hypothèses fondamentales. Elle constitue une « *méta-théorie* » ou mieux encore une « *méta-herméneutique* » qui élucide les conditions dans lesquelles une connaissance psychanalytique est possible : « La métapsychologie développe la logique de l'interprétation dans la situation analytique de dialogue » (Habermas, 1976, p. 286). Néanmoins, les interprétations particulières ne peuvent être effectivement vérifiées que par le sujet qui en est le destinataire, donnant son assentiment par un travail d'auto-réflexion dans le cadre de son « processus de formation », c'est-à-dire à partir de sa propre « causalité de destin ». En définitive, si dans les « théories scientifiques », la vérification est le résultat d'une application instrumentale falsifiable, la validation des « interprétations générales » relève d'une « application herméneutique » qui complète le monde narratif du sujet.

C'est cette qualité précisément subjective de l'*auto-réflexion*, imprégnée des mécanismes suggestifs, qui est source de critiques en tant que procédé de *vérification*. En effet, à partir d'une position scientifique positiviste, quelle valeur objective pourra-t-on accorder à la validation du processus psychanalytique par l'assentiment du sujet à une « pure » *construction intersubjective* ? Ces modèles herméneutiques ont suscité chez un Adolphe Grünbaum (1993) des critiques portant sur la fiabilité des monographies cliniques, parce que la validation des hypothèses cardinales de Freud « doit provenir principalement d'études extra-cliniques, épidémiologiques ou même expérimentales ». Détracteur de l'herméneutique psychanalytique,

19. Max Weber a introduit la notion d'idéal-type, afin d'analyser des phénomènes d'ordre historique : « L'idéal-type est un tableau de pensée, un concept limite idéal, auquel on mesure la réalité pour clarifier le contenu empirique de certains de ses éléments importants, et avec lequel on la compare [...] la sociologie est obligée d'élaborer de son côté des types ("idéaux") "purs" de chacune de ces sortes de structures qui révèlent chacune pour soi l'unité cohérente d'une adéquation significative aussi complète que possible, mais qui, pour cette raison, ne se présentent peut-être pas davantage dans la réalité sous cette forme "pure" absolument idéale [...] Ce n'est que sur la base de ce pur type ("idéal") qu'une casuistique sociologique est possible » (Weber, 1922, p. 49).

Grünbaum récuse la théorie des « interprétations générales » de Habermas et considère l'approche herméneutique comme une « idéologie stérile et étrangère à la psychanalyse²⁰ ».

Les psychanalystes H. Thöma et H. Kächele (1975) s'inscrivent dans une position critique vis-à-vis de J. Habermas : le jugement de « mécompréhension scientiste » du naturalisme freudien témoignerait, chez le philosophe de Francfort, de l'indistinction entre *concepts métapsychologiques* et *données de la théorie clinique*. Pour ces auteurs, la *dimension herméneutique* de la théorie psychanalytique ne devrait pas s'opposer à la vérification objective de la *dimension empirique* de son action thérapeutique, susceptible d'être réfutée par l'expérience. On trouverait dans la méthode scientifique son « correctif indispensable », à condition d'éclaircir précisément quels aspects de la psychanalyse peuvent être l'objet des vérifications empiriques. Il est nécessaire, selon les différenciations retenues par H. Thöma et H. Kächele²¹, de distinguer :

- les *données d'observation*, reliées à l'interprétation clinique individuelle ;
- les *généralisations cliniques* à partir de ces données d'observation ;
- le niveau de la *théorie de la clinique*, constituée des concepts théoriques, à partir des interprétations cliniques individuelles et des généralisations cliniques (refoulement, régression) ;
- les *concepts métapsychologiques* (libido, Eros, surmoi, pulsion de mort, etc.).

Or, ce ne sont pas les concepts métapsychologiques et les propositions logiques qui structurent la théorie qui seront méthodologiquement accessibles à une vérification empirique, mais uniquement le niveau de la « *théorie clinique* » auquel on associe l'*observation* systématique du développement de l'enfant afin de valider les hypothèses de niveau psychogénétique.

4.2. Modèle empirique et méthodes standardisées

Contrairement à ceux qui pensent que le récit de cas constitue une preuve en soi et que le cadre psychanalytique assure une situation de nature expérimentale, plusieurs auteurs avancent que ces affirmations n'ont pas suffi à persuader les sceptiques de leur véracité (Blatt, 2006 ; Galatzer-Lévy et al., 2000 ; Leichsenring, 2005 ; Schachter et Luborsky, 1998 ; Shedler, 1998 ; Waldron et al., 2004). Même en reconnaissant qu'atteindre le prestige d'une science reste illusoire, ces auteurs soutiennent que l'attachement des psychanalystes aux récits de cas n'a pas répondu aux attentes des études

20. Conscients des critiques défavorables, Freud et successeurs ont esquivé la réfutation en recourant à « la stratégie de l'analyste herméneute qui a ses bons côtés, entre autres celui de donner l'assurance réconfortante que l'analyste praticien est à l'abri des sarcasmes des critiques qui remettent en question la rentabilité de sa thérapie. Même pour les psycho-historiens freudiens, l'herméneute apporte une bonne nouvelle : ils peuvent dorénavant marcher la tête haute, en devenant les protagonistes d'un type nouvellement légitimé de discipline humaniste » (Grünbaum, 1993 p. 76). Voir aussi à ce sujet, la position herméneutique de Roy Schafer (1988).

21. Les auteurs renvoient au schéma de R. Waelder (1962).

de « vérification objective » de l'efficacité thérapeutique. Pour ces psychanalystes affirmant la nécessité des recherches empiriques, la confirmation de la validité de la théorie psychanalytique reste une tâche à l'intérieur de la communauté scientifique et la psychanalyse devrait se prêter en conséquence à ces méthodes d'investigation (Thöma et Kächele, 1975 ; Roth et Fonagy, 2005 ; Wallerstein, 2006).

Les objections faites, dans cette perspective, à la prétention d'assigner une valeur probante à des analyses des récits de cas ne déconsidèrent pas leur fonction dans le processus de création des hypothèses, le *contexte de découverte*, mais affirment que ces études, dont la valeur heuristique est reconnue, ne s'élèvent pas au niveau requis pour les positionner dans un *contexte de justification* scientifique et autorisant la généralisation de ces données dans le *contexte d'application* thérapeutique (Blatt 2006 ; Luyten et al., 2006).

Connu pour son engagement dans le développement de la recherche empirique, Peter Fonagy affirme que la psychanalyse se trouve dans une impasse face aux disciplines scientifiques connexes. Conséquence de son « *inductivisme énumératif* » expliquant les multiples théorisations psychanalytiques, la faiblesse des théories résiderait, selon lui, tant dans l'excès de confiance apportée à l'induction que dans leur échec à constituer une base intégrée de connaissances, pouvant atteindre l'objectivité qui régule le savoir dans les sciences (Fonagy, 2001).

4.3. Approche de la standardisation des données psychanalytiques

Les auteurs sont unanimes pour expliciter que toute recherche empirique possible dans ce domaine nécessite un abord proprement psychanalytique de la recherche (Ablon et Jones, 2005 ; Leuzinger-Bohleber et al., 2002 ; Waldron et al., 2004 ; Blatt et Averbach, 2003). Un bref rappel de ces enjeux nous paraît un préalable à ces questionnements d'ordre méthodologique.

Tout d'abord, en ce qui concerne la définition de la thérapeutique à évaluer de manière objective : s'agit-il d'une technique correctrice des défauts du développement, d'une méthode concentrée sur la quête des effets de *vérité du sujet*, ou bien d'une expérience destinée à réduire les conflits et à assouplir les défenses du moi ? Quelles différences doit-on retenir aujourd'hui entre une « cure » et une psychothérapie psychanalytique : est-ce le nombre institué de séances, la durée du travail, la position sur le divan ou en face à face, la place accordée au transfert (Brusset, 2004) ? Quelles seraient les *mesures adéquates* d'évaluation des effets psychanalytiques en fonction des définitions de ces objectifs ? À quelle distance du travail psychanalytique faut-il en évaluer les effets durables (Blomberg et al., 2001) ? Une psychanalyse réussie apporte-t-elle aussi un bénéfice indirect à l'entourage du patient ou débloque-t-elle des énergies pour l'action ? Si ce n'est pas l'effacement du symptôme, mais la qualité de vie qui doit être évaluée : est-elle évaluable par des questionnaires individuels, ou bien faut-il aussi la mettre en évidence par des indicateurs indirects ? L'évaluation sera-t-elle

mieux accomplie par des mesures du sujet prises individuellement ou bien ouvertes également au champ extraclinique, sanitaire et social (voir l'étude multidimensionnelle de Leuzinger-Bohleber et al., 2002) ?

En ce qui concerne les *données spécifiquement psychanalytiques*, s'agira-t-il de relever la dynamique des défenses, d'analyser les formations imaginaires et le contenu des rêves, de décrire la dyade transférentielle ou d'évaluer les relations d'objet ? Qu'est-ce qui caractérise un *processus analytique* : les associations libres, l'*insight*, la traversée du fantasme ? Les moyens pour y accéder ne seront pas les mêmes selon qu'on se focalise sur la consistance narrative et la coconstruction de son récit (Schafer), sur la capacité adaptative face à des situations socioaffectives (ego-psychologie), sur la réduction de l'anxiété dépressive et persécutive (Klein), ou encore sur la conscience du manque (Lacan). En tout cas, les évaluations uniquement limitées à la réduction des symptômes à court terme n'ont pas de validité suffisante pour mesurer l'action thérapeutique générale. Les résultats des traitements seront mieux évalués avec la prise en compte de l'évolution des *capacités psychologiques globales* du patient, du *rapport à soi et à l'autre*, de la *qualité des relations affectives et interpersonnelles*, et de l'*évolution de la dynamique* propre de la personnalité.

Réduire la souffrance reste l'objectif de toute approche thérapeutique, mais ce souci primordial exige de mettre en œuvre, à l'intérieur mais aussi à l'extérieur du cadre psychothérapique, toutes les actions pour qu'un processus psychodynamique adapté devienne possible. Ainsi, la clinique ne peut pas être contenue dans un protocole invariable avec une fixité des interventions préétablies en tant que *variable dépendante*. Si « aller mieux dans la vie » ne peut pas être uniquement une quantité, de même une « normalité » associée au stade zéro de la conflictualité psychique serait fort probablement le signe d'une carence personnelle. L'évolution diachronique fournira les contours du contenu d'une évaluation clinique au singulier, faisable et réaliste, de l'*efficacité réelle* de tel processus. Cette complexité conceptuelle explique les difficultés d'application des formulations psychanalytiques à la recherche standardisée, puisque la construction des instruments standardisés dépend bien évidemment des réponses apportées à ces interrogations (Bachrach, 1985 ; Blatt et Averbach, 2003 ; Shedler, 2003).

Les outils adaptés à une analyse qualitative et à un traitement standardisé des données ont été construits sur la base des concepts psychanalytiques. Citons, parmi ceux qui nous semblent les plus représentatifs : le Psychotherapy Process Q-Set (PQS) d'Enrico Jones, adaptable à des prototypes d'intervention des méthodes thérapies cognitivo-comportementales tout aussi bien que psychodynamiques (Ablon et Jones, 2002 ; Jones et Windholz, 1990) ; le Hermeneutic Single-Case Efficacy Design (HSCED ; Protocole herméneutique d'efficacité de cas singuliers ; Elliot, 2002) ; l'Idiographic Conflict Formulation (ICF ; Formulation idiographique des conflits ; Perry, 1994) ; l'analyse configurationnelle (Horowitz et Eells, 2007) ; les études de valeurs (Walsh, 1995) ; le Core Conflictual Relationship Theme (CCRT ; Thème relationnel conflictuel central ; Luborsky, 1984) ; la Procédure d'évaluation

de Shedler-Westen (Shedler-Westen Assessment Procedure [SWAP]) 2000 (Shedler et Westen, 2003) ; l'inventaire des relations d'objet comprenant : les échelles de différenciation-relation, les échelles de niveau conceptuel, de description de l'autre significatif et l'échelle du fonctionnement réflexif (*Object Relation Inventory : Differentiation-Relatedness Scale, Conceptual Level Scale for descriptions of self and object representations, thematic content scales for the description of significant others, Reflecting Functioning*) (Blatt et Averbach, 2003) ; la Capacity for Dynamic Process Scale (CDPS ; Échelle des capacités dynamiques ; Høglend, 2000), les échelles du processus analytique (Analytic Process Scales) (Waldron, 2004).

La sophistication de ces outils standardisés semble les rendre suffisamment aptes à modéliser la spécificité des critères psychanalytiques et laisse actuellement ouverte, sur le plan strictement méthodologique, la possibilité du développement propre des recherches susceptibles d'apporter ce que l'on peut espérer de ces procédés empiriques.

4.4. Modèle idiographique et méthodes de cas singuliers

Depuis une dizaine d'années, une nouvelle conception scientifique prend une importance incontournable comme modèle alternatif de la recherche psychothérapique : l'étude de cas singulier ou *single-case design*. En effet, ce nouveau paradigme issu des postulats idiographiques considère la nécessité de reconnaître le singulier comme source de connaissance valable, tout autant dans la recherche neuropsychiatrique que dans les études des processus psychothérapiques (Widlöcher, 1990). À la différence d'un *protocole extensif* concernant un groupe où l'on cherche l'homogénéité de l'échantillon et la généralisation statistique, dans un *protocole intensif de cas singulier* on cherche l'approfondissement systématique d'un cas unique. Actualisant la valeur de l'étude approfondie d'un seul sujet, le protocole de l'étude de cas singulier n'a cependant rien d'une monographie clinique classique ; il est de nature standardisée, selon le principe de l'objectivité expérimentale. L'individu est pris comme unique unité du protocole, une étude scientifique d'échantillon $n=1$ (le cas Amalia est un exemple de référence de l'application de ces protocoles expérimentaux²² [Kächele et al., 2006]).

22. Voir le cas Amalia (Kächele et al., 2006), étude de cas unique, micro-analytique, multi-niveaux : 517 séances enregistrées en cassettes audio. 1^{er} niveau : étude clinique par les notes du thérapeute. 2^e niveau : description systématique par des méthodes structurées multiples. Mesures prises à intervalles réguliers, par blocs de 5 séances, toutes les 20 séances, comprenant la description de la situation externe de la patiente, le transfert-contre-transfert, l'alliance thérapeutique, les relations d'objets externes, les épisodes importants toutes les 5 séances. 3^e niveau : procédures guidées d'évaluation qualitative systématique, et traitement statistique par des tests paramétriques et non paramétriques des variables suivantes : 1) changement de

Ces modèles de synthèse thérapeutique peuvent être qualitatifs, et répondre au problème de la reproductibilité objective et de l'identification des régularités (Ablon et Jones, 1998). Ce modèle résulte du refus d'enfermer la recherche psychothérapique dans un dogme normalisant et s'oppose, point par point, aux critères des ECR de l'*empirically supported psychotherapy* :

- les études concernent des patients de la pratique courante ;
- les psychothérapeutes sont des professionnels dans leur activité normale ;
- le matériel est utilisé en dehors du cadre du déroulement du travail par matériel enregistré ;
- les évaluations sont quantifiées et plusieurs observateurs indépendants en deviennent les juges ;
- le seul contrôle est l'individu lui-même à un temps $T_0... T_n$ des *séries temporelles de l'étude des variables* à partir d'une ligne de base ;
- si les études précédentes de groupe privilégiaient faussement la validité externe, ici c'est la validité interne qui est privilégiée par la diversification des outils appliqués aux multiples variables (Hilliard, 1993 ; Morgan et Morgan, 2003) ;
- l'agrégation de cas pour des études comparatives est tout à fait possible, mais chaque patient est évalué de manière indépendante ; des répliques peuvent se développer également par comparaison avec d'autres cas ;
- on souligne que les limites de ces études résident dans leur faible validité externe puisque les résultats ne seraient pas généralisables ; néanmoins c'est la *valeur idiographique* de la recherche qui est primordiale (Kazdin, 1981).

Véritable troisième voie qui permettrait de dépasser le fossé entre cliniciens et chercheurs, ces méthodologies paraissent particulièrement appropriées à la recherche psychothérapique. Les études de cas singuliers, d'une profondeur inestimable, permettraient d'inférer un nombre considérable de constats car l'individu représente ici la totalité de la population analysée. Or, les différentes conclusions pourront se formuler sur la base de *types* cliniques de sujets, et non en fonction de *normes* de « cas moyens ».

5. Conclusion

Pour clore ici notre analyse, une dernière remarque concernera les logiques implicites dans l'évaluation des psychothérapies. Dans *La Condition*

l'insight émotionnel (Hohage et Kübler) ; 2) changement de l'estime de soi (Neudert) ; 3) type de souffrance subjective (Neudert et Hogage) ; 4) changements dans les rêves (Leuzinger-Boheleber et Kachèle) ; 5) thème relationnel conflictuel central (Luborsky et Albani) ; 6) pauses pendant le traitement (Jiménez) ; 7) évaluation de la technique par le Psychotherapy Process Q-sort. 4^e niveau : analyse linguistique du récit assistée par ordinateur. Ce compte-rendu nous apprend que ce travail, sans créer aucune nouvelle connaissance heuristique, a permis de tester et de transcrire le processus psychanalytique dans un protocole standardisé.

postmoderne, en 1979, Jean-François Lyotard réalisait une analyse lucide, qu'il nous semble utile de rappeler, en raison de son actualité, sur la délégitimation des récits du savoir humaniste par la « performativité » technologique. Il remarquait que les techniques :

ne prennent de l'importance dans le savoir contemporain que par la médiation de l'esprit de performativité généralisée où [...] l'administration de la preuve [...] passe sous le contrôle d'un autre jeu de langage, où l'enjeu n'est pas la vérité mais le meilleur rapport *input/output*. (Lyotard, 1979, p. 75-76).

Cette performativité a modifié les critères de vérité : le rapport se déplace de la « *normativité du savoir* » vers la « *performativité des procédures* » : le contrôle du contexte de la production du savoir devient une « *légitimation par le fait* » ou encore une « *légitimation par la puissance* ». Les rapports de la science et de la technique seront ainsi inversés. La bonne « performativité » n'est plus au service de la vérité, mais devient le « bon verdict » ; elle s'auto-légitime comme un système auto-régulé sur l'optimisation de ses propres performances. En conséquence, dans le régime postmoderne, les secteurs liés à la production des savoirs qui ne plaideront pas leur contribution à la performativité seront « voués à la sénescence ».

Est-il possible d'observer des effets sur ce même registre dans le domaine des soins psychiques ? Dans notre champ, cette performativité technologique et la rationalité économique cherchent à justifier leurs impératifs en s'appuyant à la fois sur deux logiques convergentes : celle du *principe de scientificité* de l'*evidence-based medicine* et celle de la *représentation médicale* de l'efficacité transposée à la vie psychique et relationnelle. Les « preuves factuelles » issues des principes de l'*empirically supported psychotherapy* composent alors, sous la forme d'une extrapolation dogmatique, la caution idéologique légitimant le rapport pragmatique du vrai à l'immédiateté de l'utile. Le souci de l'efficacité vise ici, surtout à *calculer* économiquement la relation d'aide et à dévoyer la relation psychothérapeutique vers un procédé d'*accréditation et de maîtrise comptable*. Ce projet de légitimation de la qualité des soins psychiques fondé exclusivement sur leur quantification standardisée crée un fossé avec la tradition humaniste du champ psychiatrique (Odier, 2004).

Les psychothérapies constituent un domaine plein de subtilité où la *théorie de la technique* paraît jouer un rôle bien plus incertain que ce que l'on croit. Certes, le « paradoxe de l'équivalence » de l'efficacité des procédés, au regard des indices de satisfaction exprimée, fait illusion d'égaliser les processus de changement et tend à relativiser les convictions des praticiens. Pourtant, ainsi que certaines recherches expérimentales récentes le réaffirment, les instances de la personnalité et les compétences cognitives mobilisées ne sont pas les mêmes (Nilson et al., 2007). Dans tous les cas, le cabinet d'un psychothérapeute est un lieu d'incertitude et de découverte ; ce n'est sûrement pas une salle d'intervention chirurgicale où

l'on pratique ablations ou greffes, comme l'inexpérience ou le vain désir de certains experts, par la méprise à laquelle leur langage techno-médical induit, pourrait le laisser imaginer. Ainsi, accéder à plusieurs rencontres psychothérapeutiques, même partiellement concluantes, deviendra une expérience d'intérêt évident et une source motivante pour poursuivre l'approfondissement de son travail thérapeutique, souvent par une approche psychanalytique, quand celle-ci devient possible.

Quant à l'évaluation des psychothérapies, un hiatus profond a clivé ces temps-ci en France l'univers des cliniciens des méthodes de la recherche psychothérapeutique. C'est l'effet d'une collusion entre les divers tenants des paradigmes d'une naturalisation du psychisme qui est allé à l'encontre de la validation clinique des approches psychothérapeutiques à laquelle se réfèrent les soignants dans le champ de la santé mentale. Nous ne doutons pas que l'association entre chercheurs et cliniciens puisse être productive, bien qu'il faille éviter les pièges que nous avons déjà amplement signalés. En effet, des recherches adaptées, respectant les conditions de la clinique réelle, pourront apporter des réponses complémentaires aux questions que la communauté des cliniciens se pose sur la nature du processus psychothérapeutique et sur l'évaluation des effets des moyens thérapeutiques employés. Notamment, des protocoles spécifiques comme ceux d'études de cas singuliers, idiographiques et qualitatifs, semblent aptes à étudier le processus thérapeutique psychanalytique.

Nous avons tenté de mettre ici en perspective l'arsenal épistémologique diversifié dont les cliniciens disposent pour relever le défi des temps postmodernes. La validation globale de la thérapeutique psychanalytique requiert donc actuellement une stratégie complexe, comportant une pluralité de méthodes de vérification, à la fois théoriques et empiriques, qui permettront d'assurer le maintien de la qualité des soins psychothérapeutiques pour le plus grand nombre de nos patients.

Bibliographie

- ABLON J., JONES E.E. (1998), « How expert clinician's prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy », *Psychotherapy research*, n° 8 (1), p. 71-83.
- ABLON J., JONES E.E. (2002), « Validity of controlled clinical trials of psychotherapy : findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program », *Am J Psychiatry*, n° 1 (59), p. 775-783.
- ABLON J., JONES E.E. (2005), « On analytic process », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, n° 53 (2), p. 2-42.
- ANDLER D. (2002), « L'Ordre humain », in *Philosophie des sciences II*, Paris, Gallimard, coll. « Folio-Essais ».
- ASSOUN P.-L. (2006), « Malaise de la recherche, recherche sur le malaise. Le normal et le pathologique en psychanalyse », *Recherches en Psychanalyse*, n° 5, p. 9-23.
- BACHRACH H. (1985), « On specifying the scientific methodology of psychoanalysis », *Psychoanalytic Inquiry*, n° 9, p. 228-304.

- BLATT S., AVERBACH J. (2003), « Psychodynamic measures of therapeutic change », *Psychoanal Inq*, n° 23, p. 268-307.
- BLATT S., AVERBACH J., ZUROFF D., SHAHAR G. (2006), « Evaluating efficacy, effectiveness, and mutative factors in psychodynamic psychotherapies », in *Psychodynamic diagnostic manual*, Silver Spring, Alliance of Psychoanalytic Organisations, p. 537-572.
- BLOMBERG J., LAZAR A., SANDELL R. (2001), « Long-term outcome of long term psychoanalytically oriented therapies : first findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study », *Psychotherapy Research*, n° 11, p. 361-382.
- BOUVERESSE J. (1991), *Philosophie, mythologie et pseudo-science. Wittgenstein lecteur de Freud*, Paris, Éditions de l'Éclat.
- BRUSSET B. (2004), « L'Or et le cuivre. La psychothérapie peut-elle être et rester psychanalytique ? », in DENIS P., JANIN C. (dir.), *Psychothérapie et psychanalyse*, Paris, PUF.
- CANGUILHEM G. (1966), *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF, coll. « Quadrige ».
- CARNAP R. (2004), « La Tâche logique de la science », in LAUGIER S., WAGNER P. (dir.), *Philosophie des sciences*, Paris, Vrin.
- CHAMBLESS D., HOLLON S. (1998), « Defining empirically supported psychological interventions », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 66 (1), p. 7-18.
- CHAUVIRE C. (2000), « La Conception scientifique du monde et sa version américaine. De 1936 à nos jours », in *La Philosophie dans la boîte noire*, Paris, Kimé.
- CUCHERAT M., CIALDELLA P. (1996), « La Méta-analyse des essais thérapeutiques : applications en psychiatrie », *L'Encéphale*, n° 22, p. 378-387.
- DAGOGNET F. (1993), *Réflexions sur la mesure*, Fougères, Encre Marine.
- DELATTRE-DEREC N. (1998), « Sciences humaines, sciences de l'homme, sciences de la nature : le laboratoire transversal de Freud », in EWALD F., FERRY L., GOUYON P.-H., LECOURT D. (dir.), *Les Sciences humaines sont-elles des sciences de l'homme ?*, Paris, PUF.
- DOR J. (1988), *L'a-scientificité de la psychanalyse*, Paris, Éditions Universitaires, 2 vol.
- DUCLOS D. (2006), « De l'agressivité du sujet scientifique et de la placidité du maître gestionnaire », *Recherches en Psychanalyse*, n° 5, p. 53-61.
- EHRENBERG A. (2004), « Les Guerres du sujet », *Esprit*, n° 309, p. 74-85.
- ELKIN I., SHEA M.T., WATKINS J., et al. (1989), « Treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments », *Arch Gen Psychiatry*, n° 46, p. 971-982.
- ELLIOT R. (2002), « Hermeneutic single-case efficacy design », *Psychotherapy Research*, n° 12 (1), p. 1-21.
- FALISSARD B. (2001), *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique*, Paris, Masson.
- FISCHMAN G. (2005), « Évaluation des psychothérapies selon l'evidence-based medicine. Enjeux et scientificité du rapport de l'Inserm », *Annales Médico-Psychologiques*, n° 163 (9), p. 719-780.
- FONAGY P. (2001), *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*, Londres, IPA, trad. fr. par J.-M. Thurin in <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation>.
- GALATZER-LEVY, BACHRACH H., SKOLNIKOFF A., WALDRON S. (2000), *Does psychoanalysis work ?*, Yale University Press.

- GERIN P., DAZORD A. (1997), *Recherches cliniques « planifiées » sur les psychothérapies. Méthodologie*, Paris, INSERM.
- GIL F. (1999), « La Preuve », in LECOURT D. (dir.), *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*, Paris, PUF, p. 755-759.
- GORI R. (1999), « La Destitution de la preuve par la parole dans les sciences modernes », in GORI R., HOFFMANN C. (dir.), *La Science au risque de la psychanalyse*, Ramonville-Saint-Agnes, Erès, p. 285-318.
- GRÜNBAUM A. (1993), *La Psychanalyse à l'épreuve*, Paris, Éditions de l'Éclat.
- GUELF J.-D. (2004), « Psychiatres et psychanalystes d'aujourd'hui », *Topique*, n° 8, p. 57-64.
- GUELF J.-D., DREYFUS J.-F., PULL C.-B. (1978), *Les Essais thérapeutiques en psychiatrie. Méthodologie, éthique et législation*, Paris, Masson.
- HABERMAS J. (1976), « La Mécompréhension scientiste de la métapsychologie par elle-même : pour une logique des interprétations générales », in *Connaissance et intérêt*, Paris, Gallimard, coll. « Tel », p. 278-304.
- HABERMAS J. (2005), « Le dualisme des sciences naturelles et des sciences humaines », in *Logique des sciences sociales et autres essais*, p. 7-59, Paris, PUF, coll. « Quadrige ».
- HEMPEL C. (1972), *Éléments d'épistémologie*, Paris, Armand Colin.
- HILLIARD R. (1993), « Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 61 (3), p. 373-380.
- HOFFMANN C. (2005), « Science, idéologie et évaluation », *Cliniques Méditerranéennes*, n° 71, p. 129-141.
- HØGLEN P., BOGWALD K., AMLO S., et al. (2000), « Assessment of change in dynamic psychotherapy », *J Psychother Pract Res*, n° 9 (4), p. 190-199.
- HOROWITZ M., EELLS T. (2007), « Configurational analysis. States of mind, person schemas and the control of ideas and affect », in EELLS T. (ed), *Handbook of psychotherapy case formulation*, New York, Guilford Press, p. 136-163.
- INSERM (2004), *Psychothérapie. Trois approches évaluées* (CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B., FLAMENT M.), Paris, INSERM.
- JONES E.E. (1993), « How will psychoanalysis study itself ? », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, n° 415, p. 91-108.
- JONES E.E., WINDHOLZ M. (1990), « The Psychoanalytic case study : toward a method for systematic inquiry », *J Amer Psychoanal Assn*, n° 38, p. 985-1015.
- KACHELE H., ALBANI C., BUCHHEIM A., et al. (2006), « The German specimen case, Amalia X : Empirical studies », *Int J Psychoanal*, n° 87, p. 809-826.
- KAZDIN A. (1981), « Drawing valid inferences from case studies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 49, p. 183-192.
- KENDALL C., HOLMBECK G., VERDUIN T. (1994), « Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research », in *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, John Wiley & Sons.
- KERVASDOUE J. de (2004), « L'Avenir de la psychiatre », *Psychiatries*, n° 142, p. 129-147.
- LAKATOS I. (1994), *Histoire et méthodologie des sciences*, Paris, PUF ; trad fr. de *The methodology of scientific research programmes (Philosophical Papers, vol 1)*, Cambridge, Cambridge University Press, 1968.
- LAMBERT M., BERGIN A., GARFIELD S. (2004), « Introduction and historical overview », in *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, John Wiley, & Sons, p. 3-15.

- LATOUR B. (1996), *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- LE BLANC G. (2002), *La Vie humaine. Anthropologie et biologie chez Georges Canguilhem*, Paris, PUF.
- LEICHSENRING F. (2005), « Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective ? », *Int J Psychoanal*, n° 86, p. 841-869.
- LESAGE A., STIP E., GRUNBERG A. (2001), « What's up doc ? Le contexte, les limites et les enjeux de la médecine fondée sur les données probantes pour les cliniciens », *Rev Can Psy*, n° 46, p. 396-402.
- LEUZINGER-BOHLEBER M., STHUR U., RÜGER B., BEUTEL M. (2002), « How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients well-being : a representative, multi-perspective follow-up study », *Int J Psychoanal*, n° 84, p. 263-290.
- LEVANT F. (2005), *Report of the 2005 presidential task force on Evidence-based practice*, American Psychological Association, <http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf>.
- LUBORSKY L. (1984), *Principles of psychoanalytical psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*, New York, Basic Books ; trad. fr. : *Principes de psychothérapie analytique*, Paris, PUF, 1996.
- LUYTEN P., BLATT S., CORVELEYN J. (2006), « Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research », *Journal of Amer Psychoanal Assoc*, vol. 54 (2), p. 571-610.
- LYOTARD J.-F. (1979), *La Condition postmoderne*, Paris, Minuit.
- MARTIN O. (1997), *La Mesure de l'esprit. Origines et développements de la psychométrie 1900-1950*, Paris, L'Harmattan, coll. « Histoire des Sciences Humaines ».
- MILLER J.-A. (2004), « L'Ère de l'homme sans qualités », *La Cause Freudienne*, n° 57, p. 73-97.
- MORGAN D., MORGAN R. (2003), « Single-case research design : bringing science to managed care », in KAZDIN A. (ed), *Methodological issues and strategies in clinical research*, Washington, APA, p. 635-654.
- NILSON T., SVENSSON M., SANDELL R., CLINTON D. (2007), « Patient's experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy : a qualitative comparative study », *Psychotherapy Research*, vol. 17, n° 5, p. 553-566.
- ODIER B. (2004), « La Psychiatrie à l'épreuve du scientisme », *L'Information Psychiatrique*, n° 80, p. 557-565.
- PERRY J.C. (1994), « Assessing psychodynamic patterns using the idiographic conflict formulation method », *Psychotherapy Research*, n° 4, p. 239-252.
- PERRY J.C., GUELFI J.-D., DESPLAND J.-N., HANIN B. (2004), *Échelles d'évaluation des mécanismes de défense*, Paris, Masson.
- PERSONS J.B., SILBERSCHATZ G. (2003), « Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists ? », in KAZDIN A. (ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research*, Washington, APA.
- POPPER K. (1985), « La Démarcation entre la science et la métaphysique », in *Conjectures et réfutations*, Paris, Payot, p. 373-429 ; trad. fr. de *Conjectures and refutations*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1963.
- ROTH A., FONAGY P. (2005), *What works for whom ? A critical review of psychotherapy research*, 2nd ed., Londres The Guilford Press.
- SCHACHTER J., LUBORSKY L. (1998), « Who's afraid of psychoanalytical research ? », *Int J Psycho-Anal*, n° 79, p. 965-969.
- SCHAFFER R. (1988), *L'Attitude analytique*, Paris, PUF.

- SHEDLER J. (2003), « A new language for psychoanalytic diagnosis », *J Amer Psychoanalytic Association*, n° 50 (2), p. 426-456.
- SLIFE B. (2004), « Theoretical challenges to therapy practice and research : the constraint of naturalism », in *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, John Wiley & Sons, p. 44-83.
- SMITH M., GLASS G., MILLER T. (1980), *The benefits of psychotherapy*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- STILES W., SHAPIRO D., ELLIOT R. (1986), « Are all psychotherapies equivalent ? », *Am Psychol*, n° 41, p. 165-180.
- THOMA H., KACHELE H. (1975), « Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research », *Annual of Psychoanalysis*, n° 3, p. 49-119.
- THURIN J.-M., THURIN M. (2007), *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*, Paris, Dunod.
- WÄELDER R. (1962), « Psychoanalysis, scientific method and philosophy », *J Amer Psychoanal Assn*, n° 10, p. 617-637.
- WALDRON S., SHARE R., HURST D., et al. (2004), « What happens in a psychoanalysis ? », *Int J Psychoanal*, n° 85, p. 443-466.
- WALLERSTEIN R. (2006), *Psychoanalytic therapy research : its history, present status, and projected future in Psychodynamic diagnostic manual*, Silver Spring, Alliance of Psychoanalytic Organisations, p. 511-535.
- WALSH R. (1995), « The study of values in psychotherapy : A critique and call for an alternative method », *Psychotherapy Research*, n° 4, p. 313-326.
- WEBER M. (1922), « Les concepts fondamentaux de la sociologie », *Économie et société*, Paris, Pocket, 1995.
- WESTEN D., NOVOTNY C., THOMPSON-BRENNER H. (2004), « The Empirical status of empirically supported psychotherapies : assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials », *Psychological Bulletin*, vol. 4, p. 631-663 ; reproduit in *Psychodynamic diagnostic manual*, Silver Spring, Alliance of Psychoanalytic Organisations.
- WIDLÖCHER D. (1994), « A case is not a fact », *Int J Psycho-Anal*, n° 75, p. 1233-1244.
- WIDLÖCHER D. (1990), « Le cas, au singulier », in « Histoire de cas », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 42, p. 285-302.
- WINDELBAND W. (1894), « Sciences de l'histoire et sciences de la nature » (trad. fr. S. Mancini), in *Les Études philosophiques*, janvier-mars 2000, p. 1-16.

CHAPITRE 2

Le concept d'efficacité en mode gestionnaire

A. Ogien

Quelle que soit l'appellation sous laquelle elle se présente, l'évaluation tient, depuis les années 1970 au moins, une place cruciale dans le dispositif de gouvernement moderne. Ce que ce terme recouvre est une procédure de quantification qui, fondé sur la mise en place d'un système d'information, permet de fixer des objectifs chiffrés à l'activité des administrations d'État et d'opérer un contrôle rigoureux et suivi sur leur bonne réalisation.

Un premier constat s'impose : l'évaluation est d'abord une technique de gouvernement qui vise à soumettre l'activité politique à l'objectivité du chiffre dans l'intention de se prononcer sur l'efficacité des politiques publiques. De ce point de vue, mesurer l'efficacité, c'est tout à la fois se donner les moyens de contrôler la dépense publique en donnant un caractère rationnel aux décisions législatives et réglementaires prises par les gouvernants ; et apporter un surcroît de légitimité à l'action des dirigeants en réduisant les écarts régulièrement observés entre ces décisions et leur traduction concrète dans le quotidien des citoyens. Il ne faut donc pas confondre ce type d'évaluation avec un autre : la démarche autonome émanant d'un corps de praticiens qui se penche collectivement sur ses manières de faire afin d'améliorer l'ordinaire de ses interventions et ses prises de décision. Pour comprendre la vocation politique de l'évaluation, il est nécessaire d'analyser la signification d'usage qui est attribuée à la notion d'efficacité dans le cadre conceptuel que propose le raisonnement gestionnaire. Tel est en tout cas l'idée que je vais défendre dans ce texte.

1. L'efficacité en mode gestionnaire

Il existe une définition simple de l'efficacité : est efficace ce qui marche. Cette définition est manifestement insuffisante puisqu'elle ne nous dit

ni comment quelque chose qui marche s'y est pris pour marcher, ni si la manière dont elle marche est vraiment celle qui avait été prévue, ni même ce qu'on entend par « marcher » dans un tel ou tel cas particulier. Relever ces incertitudes conduit à admettre que se servir du concept d'efficacité oblige à préciser, ne serait-ce qu'approximativement, à partir de quand, dans quelles conditions, jusqu'où et avec quel degré de réussite une intention déclarée a été réalisée ; bref, à fixer des critères pour organiser le jugement qui décrète l'efficacité d'une action accomplie.

Or, ces critères peuvent être de plusieurs types : *critères d'utilité* (réaliser un objectif) ; *critères de rationalité ou de moralité* (respecter des valeurs et des principes, même si ce respect est déconnecté de la réalisation de l'objectif poursuivi) ; *critères esthétiques* (réaliser un objectif d'une manière élégante). Une série de critères tend aujourd'hui à prendre un caractère dominant : ce sont ces *critères de quantification* qui permettent d'émettre un jugement d'efficacité sur la base de données qui indiquent le degré de réussite de réalisation d'un objectif préalablement chiffré.

Définir ces critères : telle est la tâche première des techniques de l'évaluation lorsqu'elles sont appliquées au travail d'une administration d'État ou d'une institution sanitaire ou sociale. Sur quelle base cette définition se réalise-t-elle ?

Dans le raisonnement économique, l'efficacité est le complément logique d'une idée : une allocation de ressources (ou une décision) peut être optimale, c'est-à-dire la meilleure possible relativement aux conditions qui définissent un « état du monde » et à l'« information » disponible sur cet état. L'efficacité se déduit de l'observation des statistiques produites par un appareil de quantification qui permet d'établir un rapport brut entre une action – réduite à une série d'objectifs chiffrés – et sa réalisation. En mode gestionnaire, être efficace veut donc le plus souvent dire : faire évoluer les chiffres dans le sens que les dirigeants ont défini comme positif. Il n'y a alors rien de bien surprenant à noter que, en ce cas, le jugement d'efficacité en vient insensiblement à ne porter que sur la réalisation de l'objectif, sans considérer la manière dont cette réalisation est obtenue ni le sens que celle-ci peut avoir.

Avancer l'argument de l'efficacité sert donc un projet, que les méthodes du management public expriment clairement : soumettre les décisions de politique publique à un calcul permettant d'établir une relation quantifiée entre un résultat anticipé et son coût probable. Plus cette prescription est rigidement respectée, plus l'exercice du pouvoir se rapproche de cet idéal gestionnaire qui voudrait que l'activité politique réponde exactement à une « logique de résultat ». Des nombreuses analyses menées, depuis une vingtaine d'années déjà, sur la mise en œuvre des techniques de l'évaluation en politique, on peut tirer trois conclusions :

- le souci de réaliser une quantification exhaustive et incontestable en vient subrepticement à se substituer à l'appréciation morale sur le sens des objectifs poursuivis, donc sur la décision qui a présidé à leur fixation ;

- l'orientation du jugement d'efficacité s'inverse : au lieu d'évaluer la réussite d'une action a posteriori, la quantification l'organise a priori (en fixant des objectifs prévisionnels et en donnant les moyens d'assurer l'accomplissement de la prévision) ;
- une fois fixés les indicateurs censés mesurer la performance, il devient possible de comparer les résultats d'une unité de production avec ceux d'autres unités qui, parce qu'elles sont soumises à la même mesure, se transforment en « compétiteurs » sur une échelle d'excellence définie à leur insu.

Voilà, en quelques traits, ce qu'être efficace veut dire en mode gestionnaire, c'est-à-dire dans le contexte de l'évaluation des politiques publiques. Pour donner un contenu plus concret à cette analyse, je vais considérer un exemple, qui n'est pas complètement étranger aux préoccupations des psychiatres : celui de la politique de maîtrise des dépenses de santé.

2. L'efficacité en matière de santé

À en croire les manuels de management public, une administration se montre efficace lorsqu'elle parvient à rendre chaque dépense qu'elle engage exactement ajustée à ce qu'il faudrait qu'elle fût. Pour atteindre cette efficacité, les dirigeants doivent fixer les normes (en fait, les buts d'une politique poursuivie) qui guideront la quantification et l'évaluation des sommes engagées. Toutefois, la définition de ces normes pose un tout premier problème : celui des finalités en fonction desquelles l'efficacité doit être appréciée. Dans le cas de la politique de santé, cette évaluation peut porter sur une parmi trois finalités distinctes : 1) la performance globale ; 2) la santé publique ; 3) la qualité des soins. Or, chacune de ces finalités donne lieu à une forme de quantification de nature spécifique.

Dans la première (la performance globale), on part d'un principe : les États sont aujourd'hui placés en situation de concurrence et le poids des prélèvements obligatoires est une variable importante de leur compétitivité. La santé est ici conçue comme une « fonction collective » qui absorbe des sommes importantes sans que le bénéfice qui en est tiré soit précisément connu. Mesurer l'efficacité se présente alors comme le moyen de contenir ces sommes à l'intérieur d'un certain pourcentage des dépenses publiques. Et on observe qu'une quantification permet, depuis 1995, à la représentation nationale de fixer, en votant la loi de financement de la Sécurité sociale, l'enveloppe budgétaire consacrée chaque année au système de soins : l'Objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM). Pour réaliser ce programme, le texte définit des « objectifs quantifiés nationaux » assignés à chacun des secteurs de l'activité médicale (hôpital, médecine de ville, soins infirmiers, examens de laboratoire, pharmacie, etc.). Dans ce cadre, une question définit l'activité de quantification : *comment parvenir à réaliser la prévision budgétaire ?*

Dans la deuxième forme de jugement (la santé publique), il s'agit de savoir si les sommes consacrées à la santé produisent des effets escomptés en termes de garanties optimales d'hygiène publique, d'amélioration du

bien-être physique des citoyens, de « couverture » de leurs besoins en la matière, de capacité à fréquenter un système de prise en charge. Le jugement d'efficacité porte plus ici sur les inégalités de santé et d'accès au meilleur soin, les disparités régionales ou locales d'allocation de ressources, les effets sanitaires des restrictions de conditions de remboursement, etc. La question qui se pose alors à l'activité de quantification est la suivante : *comment mettre en œuvre une politique volontariste de santé sans attenter aux principes de la liberté individuelle (dont fait évidemment partie celle des médecins) ?*

Dans la troisième forme (la qualité des soins), il faut établir, de la façon la plus juste possible, le rapport entre un acte médical et son coût présumé, et utiliser cette donnée à des fins de comparaison et de régulation. L'activité de quantification vise ici à répondre à la question suivante : *quel est le mécanisme le plus approprié pour obtenir une modification des comportements des médecins et les faire participer à la rationalisation de leur domaine d'activité ?*

3. Les antinomies d'une politique de santé

Cette description de la disparité des finalités n'est pas purement analytique. En effet, même si les trois problèmes qui viennent d'être distingués participent conjointement aux tâches imparties à un ministère de la Santé, on observe que le travail administratif que ce ministère déploie pour y apporter des réponses s'organise, pour chacun de ces problèmes, de façon relativement autonome en mobilisant des personnels appartenant à des services différents, ne communiquant pas nécessairement entre eux. À ce problème organisationnel déjà compliqué – celui de la cohérence de l'activité d'un ministère – s'en ajoute un autre, plus fondamental et pas moins embarrassant : *comment savoir si l'efficacité relevée dans un des secteurs de l'action publique de santé (performance globale, santé publique, qualité des soins) ne s'obtient pas au détriment de celle qui devrait également prévaloir dans un autre ?* Ce problème est sans solution simple.

Une deuxième difficulté entrave la définition des critères de quantification permettant d'évaluer une politique de santé. On s'accorde en effet à dire que, en matière de santé, l'efficacité est un rapport entre une amélioration ou un rétablissement de l'état sanitaire d'un individu et le prix de cette amélioration ou de ce rétablissement. Et on admet généralement que la conséquence de l'acte médical et son coût sont difficiles à apprécier de façon objective à la fois parce que :

- lorsqu'un résultat se calcule en terme de santé, les gradients de l'échelle de mesure sont nécessairement fixés sur la base d'un choix de paramètres et de variables qui est toujours susceptible de soulever la critique scientifique ou des réticences morales ;
- le calcul d'un coût moyen pour un acte médical est difficile à produire du fait de la singularité essentielle de l'acte médical et de la décision thérapeutique.

En matière de santé, le jugement d'efficacité semble ainsi devoir tenir compte de la part laissée à l'aléatoire de la décision individuelle du médecin. Ici cependant, les interprétations divergent. Pour les uns, cette part est irréductible, et la tâche des techniciens consiste à l'intégrer dans les procédures de quantification, pour en limiter l'impact ou la cantonner dans les marges de l'évaluation. Pour d'autres, il n'y a aucune raison de penser que même la partie de l'acte médical la plus apparemment rebelle à la quantification – le diagnostic et la décision thérapeutique – ne puisse faire l'objet d'une mesure objective.

Une troisième difficulté trouble la formulation d'un jugement d'efficacité en matière de santé : l'ensemble de ceux qui mettent en œuvre la politique de maîtrise des dépenses ne partage pas un avis unanime sur la meilleure manière de le faire. S'ils admettent tous que le financement du système de soins doit remplir une double exigence : réduire ou contenir les dépenses sans dégrader la qualité des soins, ils se divisent quant au modèle d'allocation qu'il faut retenir pour accomplir ce double objectif. Trois modèles sont en concurrence, et chacun repose sur un pari différent.

- Le premier modèle prône la réduction des coûts par la régulation de l'offre : en contrôlant strictement la démographie, la compétence ainsi que la répartition des professionnels de santé par zone géographique et par spécialité, on devrait parvenir à contenir les dépenses ; l'attention portée à l'efficacité de la performance assurerait, comme mécaniquement, la qualité des soins.
- Le deuxième modèle privilégie l'amélioration de la qualité par l'institution de mécanismes d'évaluation : la description objective des pratiques médicales permet, par la comparaison compétitive (*benchmarking*), de ne retenir que celles qui manifestent le meilleur rapport coût/efficacité. Ici, la maîtrise des dépenses est la conséquence directe de la recherche systématique de la qualité.
- Le troisième modèle engage à tirer le plus grand avantage de l'exploitation de l'information, en construisant un système de financement en « coûts par pathologie » (et le principe de tarification à la pathologie qui en découle), censé remplir simultanément les objectifs de maîtrise des dépenses et de qualité de soins.

4. Peut-on quantifier une valeur collective ?

Rendre les dépenses de santé efficaces reste une affaire de choix et de cohérence des dispositions prises en relation avec l'orientation retenue. Si le secours de données chiffrées est d'une certaine aide dans des choix d'allocation de ressources localisés, il reste modeste lorsqu'il s'agit de prendre une décision concernant l'orientation même de l'action publique. C'est que, d'une part, ce genre de décision a un caractère proprement « politique », au sens où il dépend souvent d'un rapport de force, et que l'anticipation des effets qu'il risque de porter est jugée en termes de polémiques et de récriminations publiques (ou, pour être clair, par la crainte de voir tel ou tel

groupe de professionnels de santé exprimer sa revendication dans la rue ou dans les médias). D'autre part, et de façon à mon avis bien plus fondamentale, la santé est, comme l'éducation, la justice, la défense ou la sécurité, un domaine d'action publique directement lié à une valeur, qui est aussi un droit constitutionnel dont le plein exercice doit être garanti à tout citoyen. Or, les valeurs collectives ne peuvent, à proprement parler, donner lieu à une mesure d'efficacité puisqu'elles résistent au découpage en variables et paramètres alimentant une statistique. Pourquoi ? Tout simplement parce qu'associer un taux de réussite à la vie, à la santé (mentale ou physique), à la liberté, à la démocratie ou à l'égalité n'a guère de sens.

Il n'y a pas de degrés en matière de valeur collective : celle-ci vaut absolument, et s'annule totalement lorsqu'elle est appliquée de façon restrictive. Par exemple : restreindre le vote populaire à une série de villes et de bureaux statistiquement représentatifs pour faire des économies abolit la démocratie ; renoncer à instruire les dossiers de plaignants à partir du mois de novembre au prétexte que les crédits annuels ont été épuisés détruit la notion de justice. Les plus pragmatiques rétorqueront qu'il ne sert à rien d'être aussi strict et qu'il faut admettre de saisir les valeurs collectives sous un autre angle : en considérant les modalités sous lesquelles elles se traduisent en mesures financières décrétées dans le cadre d'une politique publique. Dans cette perspective, procéder à une quantification et prendre des mesures de rationalisation n'a rien de scandaleux, pour autant que cela soit légalement contrôlé. Cette façon de faire conduit à se demander quelle catégorie d'ayants droit reçoit effectivement quoi, dans quelles conditions, pour quelles raisons, avec quelles conséquences ; et à appliquer, dans les limites du raisonnable et de l'acceptable, la matrice de l'analyse coûts-avantages (ou d'autres procédés de quantification plus adaptés au domaine d'activité à évaluer) pour maîtriser la dépense publique.

Mais ce recours à la quantification pose deux délicats problèmes. Le premier est moral : lorsqu'une politique publique n'est plus évaluée qu'à l'aune des prestations qu'elle sert et des effets qu'il faut en escompter, elle en vient rapidement à s'organiser en fonction d'un critère d'équité : l'attention se focalise sur les individus les plus défavorisés, en faisant varier le seuil de qualification du démuné en fonction des ressources financières disponibles. En démonétisant le recours à un critère d'égalité, ou en « personnalisant » les politiques publiques, l'action publique cesse insensiblement de faire référence à un univers de valeurs collectives qui inscrit les citoyens dans une communauté de destin. Le second problème est plus technique : par le truchement de sa quantification, une forme d'action publique précédemment tenue à la seule obligation de moyens (la médecine par exemple) peut soudain être sommée de respecter une obligation de résultats. L'opération est risquée lorsqu'elle ignore le fait, évoqué plus haut, que l'introduction d'une obligation de résultats dans l'action publique pose toujours un problème : celui de la distance entre la valeur collective mise en acte (éducation, santé, sécurité, justice, etc.) et les indicateurs construits pour mesurer l'efficacité de cette mise en acte.

5. La primauté du moral

Dans le modèle gestionnaire d'exercice du pouvoir dont je viens rapidement de brosser le tableau, la quantification remplit une double fonction : réaliser un contrôle a priori de la validité des décisions prises en anticipant les conséquences, et permettre de suivre, en continu et, idéalement, en temps réel, la mise en œuvre d'une politique publique. Une condition essentielle pour remplir cette double mission est de disposer d'un appareillage statistique, construit de manière à instaurer une parfaite congruence entre le calculé et le calculable, et donnant les moyens – aux dirigeants et aux échelons intermédiaires d'une hiérarchie – de faire correspondre le résultat avec ce que l'on escompte qu'il sera.

Dans ce système, la recherche de l'efficacité est un impératif un peu paradoxal. D'une part, elle réclame la production d'une description globale de la forme d'activité administrative soumise à contrôle (engagements, prestations, allocations, prises en charge, etc.) dont l'intérêt est de gommer les distinctions de détail tout en étant pertinente au plan d'ensemble. D'autre part, parce que cette description reconnaît à chaque unité élémentaire distinguée une pareille importance dans le résultat visé par la forme d'activité considérée, elle s'accompagne de la mise en place d'un dispositif de contrôle permettant d'exercer une égale surveillance sur chacune de ces unités afin d'atteindre les objectifs fixés. Cette double exigence institue une sorte d'équivalence entre le tout (une valeur collective) et les parties qui le composent (les éléments censés l'actualiser dans le cadre d'une politique publique). Cette égalité de traitement du tout et de chacune de ses parties contribue à délier l'efficacité de tout contenu autre qu'une injonction à être efficace ; et cette injonction se réduit elle-même à l'observation de l'évolution positive d'un indicateur sans qu'il soit vraiment nécessaire de savoir ce que cette évolution indique exactement.

Le dispositif gestionnaire provoque, presque mécaniquement, une transformation de l'efficacité en valeur en soi. Mais d'où procède cette transformation ? Une partie de la réponse à cette question tient au fonctionnement routinier des administrations publiques ; une autre réside dans ce qu'il convient d'appeler la *logique de la quantification*, c'est-à-dire les conséquences que produit, dans l'appréhension ordinaire du monde, le seul fait de disposer de cette description abstraite d'une activité sociale que fournit la statistique. L'analyse montre en effet que la quantification de l'activité des administrations d'État :

- réalise une *objectivation* (en naturalisant les phénomènes faisant objet d'une mesure) ;
- favorise la *neutralisation* des enjeux sociopolitiques (par l'opération de mesure) ;
- provoque une *stabilisation* des facteurs à prendre en considération dans la formation d'un jugement (du fait que l'obligation de constituer des séries de longue durée fixe les catégories descriptives qui définissent le domaine de la description) ;

- induit une *a-moralisation* des critères de jugement, puisque la décomposition d'un phénomène en facteurs faisant l'objet d'une quantification fait perdre l'habitude de saisir ce phénomène en sa globalité (parler de justice n'est pas la même chose que mesurer la rapidité du traitement des dossiers, le nombre de greffiers, le taux de contestation des décisions, etc.).

Un des effets les plus notables de la quantification de l'action publique est l'écart qu'elle contribue à créer entre la description « objective » du monde que produit la statistique de pouvoir et le monde vécu de ceux dont les activités quotidiennes tombent sous cette description. Cet écart, qui va s'accroissant avec la multiplication et l'affinement des critères de quantification que suscite l'augmentation de la puissance de traitement des ordinateurs équipant aujourd'hui les administrations, porte deux conséquences de nature politique :

- l'objectivité s'oppose aux catégories descriptives de la rationalité morale ordinaire : lorsqu'on soumet un principe moral ou politique à quantification (quand on troque, par exemple, l'égalité pour l'équité, la liberté pour l'autonomie ou l'universalité pour l'efficacité), on le détruit, on le relativise ou on ouvre une voie au cynisme.
- la substitution, aux critères de jugement ordinaire, de critères de quantification réduit le moral et le politique à ce qui peut en être mesurable. Dans certaines circonstances, cette réduction pose un problème essentiel : on exclut de la mesure ce qui donne précisément sa signification à ce qui fait l'objet de la mesure.

Ces conséquences peuvent s'observer, par exemple, dans la politique de santé. On constate en effet que la volonté obstinée des responsables des pouvoirs publics d'imposer un système d'information de santé unique et exhaustif accroît la distance qui les sépare des médecins et des professionnels. Si tel est le cas, c'est que le besoin gestionnaire de soumettre l'activité médicale à quantification entre en contradiction avec l'idée commune qu'on se fait de la dimension humaine inévitablement attachée au fait de soigner (c'est-à-dire l'ensemble de ces obligations engagées dans les relations qui lient un médecin à son patient – confiance, souffrance, intimité, questions de vie et de mort – et qui résistent, en tant que telles, à la réduction en chiffres). Et cet écart se creuse d'autant plus que les dirigeants croient que cette contradiction sera précisément évacuée par la production des données de quantification qu'ils s'efforcent d'instituer. Or, c'est précisément l'inverse qui se produit : les professionnels de santé s'opposent fermement aux tentatives de quantification de leur activité. Et s'ils le font, c'est parce qu'ils n'admettent ni la validité ni la légitimité de la forme gestionnaire que prend actuellement en France la construction du système d'information de santé, dans laquelle ils voient la négation de ce qui, à leurs yeux, donne sens à l'exercice de leur métier. Et voilà bien ce que les responsables politiques et administratifs semblent être encore incapables de saisir.

6. Conclusion

La courte analyse conceptuelle que j'ai proposée dans ces pages a essayé de fonder une proposition : le jugement d'efficacité est irrémédiablement

subordonné à un jugement moral. Elle a en effet montré comment un jugement d'efficacité ne saurait s'autoriser de lui-même sans entrer immédiatement en contradiction avec l'idée même que nous nous faisons de ce qu'est une action humaine (et, dans le cas examiné, de ce qu'est l'activité médicale). Autrement dit, l'invocation de l'efficacité ne peut, ni grammaticalement ni pratiquement, justifier à elle seule une forme d'action publique. Dans l'ordre du politique, l'orientation par rapport à une valeur collective est toujours première, l'évaluation de la réussite toujours seconde. Il arrive cependant que l'activité des agents d'une administration obéisse à la seule injonction : « Soyez efficaces ! » On note, en ce cas, que cette activité est vite guidée par l'évolution d'une série d'indicateurs de performance, sans trop de considération pour ce que cette évolution recouvre (l'injonction se comprend souvent ainsi : « Faites du résultat ! » – ce qui n'est jamais bien difficile à faire). Ce constat laisse à penser que la neutralisation de la valeur collective à laquelle conduit une quantification obsédée par la quête du résultat contient un risque : oublier le sens de l'action au nom de laquelle une administration conduit une politique. Cet oubli contribue à rendre leur travail un peu moins intelligible à ceux-là mêmes qui l'accomplissent.

Il existe probablement des circonstances dans lesquelles un jugement d'efficacité n'engage pas un rapport à une valeur collective. Peut-être est-ce le cas lorsqu'un savant cherche à rendre compte d'un phénomène physique ou biologique ; mais il semble bien alors que l'efficacité se confonde purement et simplement avec la fonction d'une propriété (ou la finalité qu'un élément remplit dans un système). Existe-t-il des cas de ce type dans le domaine de l'administration des affaires humaines ? Bien des arguments laissent à penser que non, mais, pour ne pas paraître trop dogmatique, on peut préférer dire que la question demeure ouverte...

Pour en savoir plus

- ANSCOMBE G.E.M. (2002), *L'Intention*, Paris, Gallimard.
- BRUNO I. (2008), *À vos marques, prêts, cherchez ! La stratégie européenne de Lisbonne, vers un marché de la recherche*, Broissieux, Éditions du Croquant.
- CASTIEL D. (1995), *Équité et santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP.
- COLLIOT-THELENE C. (1992), *Le Désenchantement de l'État*, Paris, Minuit.
- DAVIDSON D. (1991), *Paradoxes de l'irrationalité*, Combas, Éditions de l'Éclat.
- DURKHEIM É. (1985), *Éducation et sociologie*, Paris, PUF [1^{re} éd. : 1922].
- ELSTER J. (1986), *Le Laboureur et ses enfants*, Paris, Minuit.
- GANDOIS J. (Commission présidée par) (1992), *France : le choix de la performance globale*, Paris, La Documentation Française.
- ISRAËL G. (1996), *La Mathématisation du réel*, Paris, Le Seuil.
- KLETZ J., MOISON J.-C., ENGEL F. (1995), « Les Volontés du savoir. Transformations de la régulation du système hospitalier », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 76.
- MALINVAUD E. (1993), *Voies de la recherche macroéconomique*, Paris, Le Seuil, coll. « Points ».

- MONGIN P. (1986), « Simon Stigler et les théories de la rationalité limitée », *Informations sur les Sciences Sociales/Social Science Information*, n° 25 (3), p. 505-606.
- MONNIER E. (1987), *L'Évaluation de l'action des pouvoirs publics*, Paris, Economica.
- OCDE (1990), *Les Systèmes de santé à la recherche d'efficacité*, Paris, OCDE.
- OGIEN A. (1995), *L'Esprit gestionnaire*, Paris, EHESS.
- OGIEN A. (2000a), « Médecine, santé et gestion. Le travail de l'information médicale », in CRESSON G., SCHWEYER F.-X. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions de l'ENSP.
- OGIEN A. (2000b), « La Volonté de quantifier. Conceptions de la mesure de l'activité médicale », *Annales*, n° 55, 2, p. 283-312.
- OGIEN A. (2001), « Qu'est-ce qu'un problème de santé publique ? », in FAUGERON C., KOKOREFF M. (dir.), *Société sans drogues*, Ramonville-Saint-Agnes, Erès.
- OGIEN A. (2007), « La Gouvernance, ou le mépris du politique », *Cités*, n° 32 (4), p. 137-156.
- PELLET R. (1995), « Les Clairs-obscurables comptables et financiers de la réforme de la Sécurité sociale », *Droit Social*, n° 1, p. 76-84.
- « La Protection sociale : handicap ou atout économique ? », *Problèmes Économiques*, n° 2493-2494, 1996.
- SEN A. (1995), *Éthique et économie*, Paris, PUF.
- WACQUANT L., CALHOUN C. (1989), « Intérêt, rationalité et culture », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 78, p. 41-60.

CHAPITRE 3

L'action des thérapies comportementales et cognitives du point de vue psychanalytique

B. Brusset

Les psychanalystes informés des problèmes de la psychiatrie savent que les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont des indications, souvent, par l'impossibilité des traitements psychanalytiques. Elles peuvent trouver place dans un projet global qui prenne en compte toute l'étendue et la complexité des problèmes posés par le cas clinique, ce qui suppose une investigation qui ne saurait se réduire aux questionnaires et aux catégories descriptives d'objectivation simple et prétendument « athéorique » des troubles, ni à la description des « troubles de la personnalité ».

L'évolution contemporaine des TCC tend à les affranchir du simplisme initial des thérapies comportementales tributaires du béhaviorisme originaire pour lequel il n'y a plus de psychisme, plus de psychopathologie, plus de théorie, plus de science, rien que de la technique. Ce que les spécialistes des TCC appellent des « troubles » qu'il faut faire disparaître représente pour les psychanalystes des symptômes qu'il faut d'abord interroger en tant que témoin du fonctionnement psychique et de l'économie pulsionnelle. Ce point de vue requiert une méthode d'investigation et de traitement spécifiques. Peut-il rendre compte de l'efficacité et des échecs des TCC ?

Dans le but de clarifier les enjeux et les différences, je propose ici une lecture psychanalytique simple des traitements par les TCC de certains « troubles », tels qu'ils sont rapportés par des auteurs assez clairement éloignés de la psychanalyse pour que leur technique soit sans ambiguïté. Ils sont surtout extraits du livre de Swendsen et Blatier (1996). Les exemples donnés dans cet ouvrage comme dans d'autres couvrent une gamme très large et non limitative de pratiques diverses ordonnées, au même but réparateur,

normalisateur et rassurant. Elles ont comme dénominateur commun d'exclure la confrontation du sujet à lui-même et à l'altérité en lui-même.

En première approximation, les effets de ces techniques sont d'induire le renforcement de la pensée consciente et des raisonnements au service des contre-investissements et des mécanismes de défense. Mais il peut y avoir une dimension de plus dans la sollicitation d'une attitude active vis-à-vis de soi, de raisonnement sur les raisonnements habituels, de passage des cognitions à des métacognitions. Pour autant que l'on admette cette distinction, on peut dire que le sujet est induit à un regard critique et à un dégageant par rapport à lui-même. Ce dernier point de vue permet, dans une certaine mesure, des rapprochements avec ce qu'il en est en psychothérapie psychanalytique.

Il est clair que l'indication des TCC se fonde logiquement sur l'exclusion de la psychanalyse et réciproquement. Si les buts généraux sont communs en tant que thérapie, les moyens sont diamétralement opposés et les résultats très différents. L'objectivation de ceux-ci échoue à rendre compte de cette différence qui ressort clairement de l'expérience clinique et des témoignages. Une première difficulté tient au fait que psychanalystes et thérapeutes du comportement et des cognitions ne voient guère que les échecs les uns des autres, mais ceux-ci sont instructifs.

Il serait trop facile de prendre pour exemple les manipulations grossières ou de disqualifier ces méthodes par leur origine historique dans le béhaviorisme et l'expérimentation animale de laboratoire, et aussi, d'ironiser sur le traitement comportemental de la phobie des araignées souvent prise pour type, mais il y a plus sérieux. L'exemple (donné par Swendsen et Blatier) de l'homme devenu impuissant avec sa femme (pourtant désirée et aimée) quand il est question d'avoir un enfant est très illustratif : le thérapeute interdit au couple les relations sexuelles auxquelles sont substitués des massages sensuels. La transgression de l'interdit prescrit guérit l'impuissance du mari. On peut supposer l'allègement de l'interdit interne par l'interdit prescrit par le thérapeute en position de tiers. La relaxation est ensuite utilisée pour induire le patient à rectifier ses « pensées erronées » au sujet de l'impuissance sexuelle occasionnelle qui ne doit plus lui donner l'idée qu'il n'est plus un homme. Le lien évident entre relation sexuelle et paternité est ainsi dénié. Ce patient, « réfractaire à la psychologie », ne peut accepter qu'une aide brève et qui ne le mette pas en question. La seule méthode possible serait celle qui entérine le refoulement des représentations activées en lui par l'idée de paternité et donne une certaine réparation narcissique. La rectification des « pensées erronées » va dans le sens d'une valorisation narcissique, que l'on pourrait considérer comme renforcement du moi, de la force du moi. La formulation en termes comportementaux ou cognitifs entérine le déni du sens inconscient et va dans le sens d'une rassurante psychologie de sens commun, gage de « normalité ».

D'une manière générale, sont encouragés les désirs de ne rien savoir de soi, de son passé, et d'être pris en charge comme un enfant avec des devoirs à faire, des conseils, un encadrement de la vie quotidienne pour

un objectif focal. C. André écrit en 2004 : « Voilà pour ma part ce que je rappelle à mes patients à propos de leurs troubles... Vous n'êtes pas des *névrosés*. Vous n'êtes pas des *phobiques*. Vous êtes des personnes normales qui souffrent de phobies. Comme il y des gens qui souffrent de diabète ou d'hypertension. Ne perdez pas votre temps à savoir d'où ça vient et pourquoi vous êtes comme ça ». Le déni du sens est prescrit.

1. L'objet des thérapies comportementales et cognitives

1.1. Les phobies

L'origine de la phobie de l'ascenseur serait dans le traumatisme comme « événement de vie » isolé, ou plutôt dans l'angoisse de mort survenue dans un ascenseur en panne. Il faut noter que le traitement vise seulement à éviter la réactivation de l'angoisse dans certaines situations significatives pour le sujet du fait du contexte perceptif (surtout visuel) de l'événement initial : la cause est extérieure, exogène, le traitement aussi. L'investigation clinique classique à la recherche d'autres phobies possibles, de rêves d'angoisse ou de cauchemars antérieurs ou simultanés qui pourraient être associés n'a pas de place. Il s'agirait alors d'une autre maladie, d'une « comorbidité ».

La phobie du cheval du petit Hans ne serait due qu'à la présence de chevaux devant chez lui et à la chute de l'un d'eux. Quelles que soient les critiques méthodologiques que l'on peut légitimement faire à ce cas décrit par Freud, il demeure exemplaire de ce que la clinique psychanalytique ne cesse de vérifier. On se rappelle que la phobie du cheval est précédée d'un cauchemar de séparation d'avec sa mère, puis d'une agoraphobie. Par la phobie, un danger interne de l'ordre du fantasme, de la représentation, est transformé par projection en danger externe de l'ordre de la perception, donc évitable, mais la cause de l'angoisse est le fantasme comme « corps étranger interne » et ses symbolisations : l'attaque du moi par la pulsion. Si, plus tard, le petit Hans craint que le cheval n'entre dans sa chambre, c'est une métaphore de son moi attaqué, menacé d'invasion par le réseau fantasmatique organisé en phobie.

Toute phobie incite à se demander quelle est la fantasmagorie inconsciente activée par des perceptions actuelles. Comme tout symptôme névrotique, elle est surdéterminée après coup, et les facteurs de sa constitution sont multiples. La phobie permet de localiser et de focaliser l'angoisse rendant possible l'évitement. Le postulat fondateur de la psychanalyse est l'existence de la mémoire inconsciente, agissante, symbolisante par le jeu des processus primaires de déplacement et de condensation et ses effets après coup. Mais, vis-à-vis du symptôme phobique, le secours peut être trouvé dans les défenses secondaires : le défi contra-phobique qui peut être encouragé par le compagnon contra-phobique (la mère dans

la mémoire de l'affrontement des situations anxiogènes de toute enfance ou encore le double narcissique spéculaire). D'où l'idée que le thérapeute peut être utilisé comme compagnon contra-phobique, quel que soit le traitement. Il peut aussi être incitateur au défi contra-phobique, ou, au moins, à l'affrontement actif de la situation ou de l'objet phobogène, mais en renforçant l'ignorance de la vraie nature du danger, en renforçant le refoulement : les causes persistent et risquent fort de se manifester autrement.

La thérapie cognitive selon Beck comporte une attitude pédagogique et de relation interpersonnelle d'aide décrite comme « empirisme collaboratif », recourant à des conseils, à des prescriptions (parfois de type comportemental et même scolaire : tenue d'un agenda, travail à la maison, etc.). Le traitement est bref, en 12 séances, mais suivi de consultations ultérieures de « regonflage » (sic !) mensuel, puis deux fois par an. La technique cherche à corriger la pensée dichotomique (le clivage manichéen), la surgénéralisation, l'abstraction sélective, l'exagération des aspects négatifs des expériences, à remplacer les cognitions négatives par des cognitions positives. Freud indiquait déjà que le moment venu, c'est-à-dire après un travail psychanalytique suffisant, le patient devait affronter activement ses phobies. Les phobies peuvent aussi devenir obsédantes et se poursuivre en obsessions, comme on le voit souvent chez l'enfant avec l'entrée en période dite de latence.

1.2. La notion de trouble obsessionnel compulsif

La notion de trouble obsessionnel compulsif (TOC) résulte de la réduction à ses symptômes de la névrose obsessionnelle décrite et théorisée par Freud. Ses conceptions initiales portaient de l'idée que, comme les hystériques, les obsédés souffrent de réminiscences. L'événement traumatique infantile subi prend valeur traumatique après coup lors de sa répétition active comme agression sexuelle d'un tiers. La représentation n'est pas tant refoulée, comme dans l'hystérie, que dissociée de l'affect (c'est l'isolation). Par la suite (après 1897), à la séduction active se substituent les fantasmes sadiques en rapport avec le stade anal, donc la régression de la libido devant le conflit œdipien (décrite à propos de l'« Homme aux rats », 1908). La représentation pulsionnelle est alors considérée comme subissant le refoulement, l'isolation, mais aussi des mécanismes plus primitifs, le renversement en son contraire (de l'activité à la passivité ou de l'amour à la haine) et le retournement sur la personne propre (l'auto-agression).

Le symptôme obsessionnel est le type même du symptôme névrotique par formation de compromis entre désir et défense. Cette structure bi-face rend compte de la jouissance éprouvée qui, sous la négativité apparente d'un trouble intolérable, est d'ordre sadomasochiste. Elle suppose l'activité d'un moi capable de symbolisation mais piégé dans la conflictualité intrapsychique. Elle est de ce fait typique des modes de manifestation de l'inconscient.

Au bout d'un certain temps d'évolution, compte tenu de l'automatisme de l'habitude, la dimension compulsive prend le pas sur l'obsession. Il arrive que les chimiothérapies et les TCC soient alors seules possibles. Les spécialistes des TCC ont alors beau jeu d'accuser la psychanalyse d'inefficacité. L'absence de prise en compte de la dimension inconsciente les conduit à l'idée que la psychanalyse ignore les TOC sans obsession et la composante cyclothymique qui justifie la chimiothérapie antidépressive et neuroleptique. Ils vont jusqu'à penser que, puisque les obsessionnels peuvent être agressifs et coléreux, il n'y a pas de refoulement de l'agressivité...

Les TCC reprennent sur un mode codifié et quantifié bien des aspects des psychothérapies empiriques traditionnelles (Brusset, 2005), celles-là mêmes qui constituaient le traitement moral utilisé par Esquirol, avant que Pinel ne l'introduise à la Salpêtrière : la suggestion, la réassurance, la recherche d'un effet cathartique (le théâtre moral), le redressement des erreurs de raisonnement. Ces méthodes peuvent maintenant être rationalisées en référence aux modèles animaux du conditionnement et avoir sans doute plus d'efficacité qu'alors. Elles vont dans le même sens que l'isolation et l'annulation obsessionnelles. Leur effet est de réduire le symptôme à l'insignifiance, l'idée obsédante, la compulsion ou le rite à un conditionnement fâcheux en rapport avec des événements anxiogènes. Il s'agit toujours de les désaffecter, de les désubjectiver, de les ramener à un phénomène parasite qu'il faut oublier, faire disparaître en l'isolant des émotions et de la vie psychique. La technique en jeu permet de les annuler avec l'aide de quelqu'un qui en a pouvoir et autorité, qui s'en porte garant, autorise, encourage et évalue les résultats sur les symptômes.

Il reste que les TCC ont pour but la disparition du symptôme par renforcement des défenses, alors que le traitement psychanalytique a une visée de direction exactement opposée. Son indication dépend moins de la gravité manifeste des symptômes que de la possibilité de les mobiliser, c'est-à-dire d'avoir accès à la conflictualité intrapsychique qui se joue tant au niveau des fantasmes inconscients que des affects pulsionnels. On retient comme clause de réserve l'existence de traits psychotiques, de phénomènes de dépersonnalisation-déréalisation, l'importance du masochisme. Le pronostic thérapeutique est fonction de la richesse de la vie mentale, des intérêts, des affects et des relations, du caractère cohérent et localisé du processus névrotique et de l'importance du noyau hystérique, qui – Freud l'avait noté – ne manque jamais. Le pronostic dépend aussi de la demande, des capacités de transfert et des expériences thérapeutiques antérieures du patient.

Ces éléments montrent bien que l'ancienneté de la névrose obsessionnelle est un facteur majeur de mauvais pronostic pour le traitement psychanalytique. Aux effets de l'isolation et de l'habituation s'ajoutent les bénéfices primaires et secondaires d'ordre sadomasochiste, dont celui de la mise en échec des médecines et des thérapeutes ; d'où l'importance d'un diagnostic précoce dès l'enfance et l'adolescence. Le travail psychanalytique permet la prévention du développement extensif du processus obsessionnel, dont la logique est l'invalidité croissante.

Chez une patiente, la multiplication des TOC résultait de la TCC qui redoublait avec d'autres moyens l'emprise dirigiste de sa mère sur sa vie. La centration exclusive sur la mise en œuvre de la technique occultait le sens qu'elle prenait pour la patiente, d'où ses effets inverses.

Se placer en position de maître, d'instructeur, de correcteur des comportements et des « pensées erronées », même en les attribuant à des défauts d'apprentissage, peut induire des mouvements transférentiels et entraîner le thérapeute à s'aventurer dangereusement sur d'autres plans que celui de sa technique. Le quiproquo anachronique du transfert lui assigne une place qui n'est pas celle qu'il souhaite et qu'il croit avoir.

1.3. Les addictions

La théorie de l'alcoolisme comme conséquence de l'évitement de situations désagréables, anxiogènes (Nollet et Thomas, 2001) est d'une grande naïveté : un facteur, parce qu'il est objectivable, devient une cause. Pour Swendsen (Swendsen et Blatier, 1996), plus modestement, certaines configurations perceptives actuelles expliqueraient la rechute après sevrage réussi. L'évitement est supposé suffire à prévenir la rechute... C'est ce que suggère le simple bon sens, mais comment l'obtenir : à quelles conditions ? La prescription peut-elle suffire ? Probablement davantage les bonnes dispositions du patient, et la suggestion que comporte l'action thérapeutique.

Chez un être vivant capable de langage, il est difficile de s'en tenir au modèle venu de la psychologie animale de laboratoire d'un comportement déclenché par des stimuli spécifiques ou conditionnés. Avec le cognitivisme, le problème peut être formulé en terme de traitement de l'information. Il se complique si, avec le connexionnisme, on envisage la pluralité des réseaux et leur simultanéité. Outre les évocations subjectives, affectives, fantasmatiques, identitaires, identificatoires que peuvent déclencher certaines perceptions, interviennent évidemment les facteurs internes. Du point de vue psychanalytique, force est de prendre en compte les fonctions de la prise de toxique dans l'économie psychique, dans le rapport plaisir/déplaisir, moi-plaisir/moi-réalité et dans le déni de la dépendance affective aux objets, c'est-à-dire aux personnes aimées (Brusset, 2004). L'abandon de l'addiction suppose le désir du sujet d'être délivré de cette contrainte qui n'est plus perçue comme indispensable. L'expérience montre qu'il entraîne des modifications du fonctionnement psychique et relationnel, sauf s'il s'agit d'un comportement automatique résiduel ou, peut-être, d'une addiction surtout induite par un contexte extérieur, sociogénique, familio-génique, de signification identificatoire, réactionnelle ou post-traumatique, cas dans lesquels les psychothérapies non spécifiques et les TCC trouvent leur meilleure indication.

Une jeune femme qui m'a été adressée au décours d'une hospitalisation pour dépression grave avait été traitée, pendant 2 ans et demi à deux séances par semaine, pour boulimie par un spécialiste des TCC dans cette

forme d'addiction, auteur de plusieurs ouvrages sur ce sujet. Sortie de la dépression, elle estimait avoir été aggravée par ce thérapeute. Elle exprimait une grande hostilité vis-à-vis de lui, perçu comme voulant la séparer de sa mère. Les comportements alimentaires anormaux avaient été analysés sur le seul plan de la relation actuelle avec la mère dans la réalité. Il n'aurait jamais été question des traumatismes de son histoire infantile, ni de ses rêves, ni de ses fantasmes, ni même de ses désirs conscients. Mais, surtout, par l'absence d'interrogation du thérapeute sur la place et le rôle qu'il avait par-delà la centration sur les comportements actuels, ses meilleures intentions thérapeutiques avaient produit des effets négatifs. Pour elle, il critiquait sa mère et voulait l'en séparer. Sans doute la limitation des objectifs devrait-elle aller de pair avec la limitation de la durée de la prise en charge. L'évolution en psychothérapie psychanalytique a été entièrement favorable, bénéficiant, au début, du transfert très négatif vis-à-vis du thérapeute précédent. C'est un effet heureux des TCC, mais à quel prix de souffrance accrue et de temps perdu !

Du point de vue psychanalytique, l'addiction, quelle qu'en soit la forme, n'est pas assimilable à un symptôme névrotique (voir Brusset, 2004). En tant que conduite agie, elle a des fonctions diverses simultanées ou successives dans l'économie psychique : de substitution, de régulation, de défense par expulsion anti-pensée, par anesthésie, etc. Elle est en elle-même un processus fondé sur le clivage selon différentes formules possibles. Ses enjeux narcissiques et objectaux tendent à disparaître par un effet d'abrasement et d'occultation de la vie imaginaire. Il arrive que l'addiction, comme certaines phobies, persiste alors même que, du fait notamment du travail psychanalytique, elle n'a plus les mêmes fonctions, devenant une mauvaise habitude. Dans ce cas, la thérapie comportementale trouve tout son intérêt pour aider le patient à réaliser son désir d'y mettre fin dès lors qu'il a trouvé ou retrouvé d'autres formes de satisfaction dans la vie.

Les effets biologiques et psychiques des comportements addictifs induisent des modifications de l'économie pulsionnelle, et réciproquement. En deçà de la spécification sexuelle par les buts pulsionnels, et de l'activité fantasmatique correspondante, le pulsionnel trouve issue non pas ou pas seulement dans le somatique, mais dans ces comportements qui ont pour caractéristiques de comporter une dimension biologique, métabolique et neurochimique inductrice de sensations corporelles et psychiques. Ces sensations psychiques appellent à la répétition de l'expérience dans la logique du principe de plaisir, même quand celui-ci s'inverse en souffrance. Elles ont des rapports de conjonction et de disjonction avec l'économie pulsionnelle qu'elles tendent à ramener à des formes primitives caractérisées par la violence et par la prédominance de la quantité aux dépens des qualités et des significations : déliaison, désobjectalisation et compulsion de répétition sont ici des concepts clé qui déterminent l'orientation thérapeutique. L'expérience analytique ouvre la voie du rétablissement des connexions avec les fantasmes, la sexualité interdite et dangereuse, la mémoire et l'histoire.

1.4. La dépression

Pour s'entendre sur le terme de dépression, force est de distinguer le ralentissement dépressif, les affects dépressifs et l'intrasubjectivité dépressive comme réaction à la perte d'objet (le deuil et la mélancolie : le travail de deuil et son échec). Puisque les évitements aggravent la dépression, la TCC a pour but d'empêcher le déprimé de rester inactif. Cette sollicitation est aussi, souvent, celle de l'entourage. Semblable à celle-ci et non moins ressentie comme une preuve d'incompréhension du vécu dépressif, elle peut le renforcer, à moins que l'autorité du thérapeute et le transfert qui lui correspond permettent une forte suggestion contre-dépressive. Cet abord de la dépression par les évitements qu'elle entraîne se limite au ralentissement qui relève précisément des antidépresseurs, alors que sont ignorées l'organisation psychique dépressive et sa logique propre. L'absence d'abord du problème là où il se trouve explique le « cercle vicieux » des échecs.

En psychanalyse, l'attention est portée aux réactions à la perte d'objet comme également perte de soi, donc au processus de deuil et à ce qui l'entrave : l'investissement narcissique de l'objet perdu et l'ambivalence pulsionnelle, mais aussi les rapports avec les pertes et les séparations antérieures : la généalogie des pertes, des réactions dépressives et anxieuses, etc. Il s'agit toujours du rapport du sujet à lui-même : il est en position de surmoi agresseur vis-à-vis du moi identifié à l'objet perdu, et de ce fait, haï et indispensable. L'auto-accusation mélancolique illustre bien le conflit narcissique intrapsychique et intrasubjectif entre d'un côté l'objet perdu incorporé et identifié au moi, et de l'autre le surmoi, idéal du moi. D'où la question suivante : quelle est la réponse des TCC à l'auto-accusation du mélancolique en proie à l'envie de mourir, sinon la suggestion ?

Force est d'admettre que la thérapie du patient déprimé (telle celle de Beck) suppose la guérison au moins relative du ralentissement dépressif, l'absence d'auto-accusation mélancolique et d'envie de mourir, de sorte que soit suffisant le désir du patient de mettre en question ses modes de raisonnement.

1.5. Synthèse

En somme, qu'il s'agisse de la phobie, des TOC, des addictions ou de la dépression, les TCC cherchent à agir soit sur les facteurs extérieurs et actuels de déclenchement, d'activation du comportement, soit sur la cognition considérée comme cause du comportement anormal. Dans le premier cas, le fondement théorique est le conditionnement, dans le second le traitement de l'information. Celui-ci requiert d'entrer dans la « boîte noire » entre les entrées et les sorties. Le cognitivisme s'est constitué en opposition déclarée au béhaviorisme (comme pour A. Ellis, créateur des premières thérapies cognitives), dans une position épistémologique fort différente, sauf à considérer les modes de raisonnement comme des conditionnements (les « pensées automatiques »).

En fait, la question se complique, car les sciences cognitives actuelles, libérées de la référence simple à l'informatique, ne se réfèrent pas au modèle animal du conditionnement, difficilement compatible avec le fonctionnement de l'esprit et pas davantage aux premiers modèles du traitement de l'information de type « intelligence artificielle ». Les TCC ne concerneraient que le fonctionnement procédural opposé au déclaratif, que les systèmes périphériques opposés aux systèmes centraux dans la conception modulaire de l'esprit (J. Fodor).

Swendsen et Blatier (1996) rapportent des recherches qui ont montré que le niveau d'action des TCC était identique à celui des chimiothérapies, d'ordre neurochimique : elles pourraient théoriquement s'y substituer avantageusement. Ils écrivent (p. 128) :

Il est également nécessaire, toujours sur un plan d'investigation, d'examiner comment les TCC agissent sur le plan neurochimique pour mieux percevoir quels sont les mécanismes précis du changement.

Les mécanismes précis du changement sont donc neurochimiques. Les bases théoriques deviendraient-elles neurochimiques ? Quel est donc le niveau de fonctionnement correspondant ? Il n'y a plus de psychisme et pas non plus de psychologie, ni de psychopathologie : le niveau explicatif est biologique ; aux neurosciences de répondre. Mais, loin de là, elles ne peuvent rendre compte que de phénomènes élémentaires d'un tout autre niveau.

2. Comment comprendre l'action des thérapies comportementales et cognitives ?

On sait qu'il y a un effet propre de la prise en charge quelle qu'elle soit. L'effet placebo, accru de « l'attente croyante » vis-à-vis de la science, ou plutôt de la technique, ou encore de l'expert supposé savoir, produit des effets magiques. Mais on peut supposer plusieurs facteurs liés aux caractéristiques de la pratique des TCC.

Du point de vue psychanalytique, la première hypothèse est le renforcement des défenses : le déni, le clivage, le refoulement, l'isolation, la déconnexion de l'ensemble de la vie psychique, du domaine du sens, de l'histoire, de la mémoire, de la signification relationnelle, et encore davantage intrapsychique. L'évitement « psychophobique » ainsi consolidé accroît la méconnaissance de soi comme contrepartie obligée d'une meilleure adaptation sociale ; d'où l'implication éthique dans la hiérarchie des valeurs, celle de l'homme du néolibéralisme économique, de la performance individuelle, de la compétence professionnelle et de l'enrichissement financier aux dépens de la connaissance et de la réalisation de soi dans plus de vérité.

La psychanalyse, dans les diverses formes de sa pratique, requiert l'engagement à long terme, l'implication personnelle, l'expérience originale de l'association des idées dans le cadre spécifique, l'affrontement

et l'élucidation des conflits internes et de leurs sources infantiles à partir de leur actualisation transférentielle dans la relation avec l'analyste. Les TCC s'y opposent diamétralement par le but étroitement défini limité aux conduites anormales (qui ne sont pas considérées comme des symptômes renvoyant ailleurs, mais comme des anomalies dépourvues de sens), par la focalisation a priori, la durée limitée à l'avance, et l'application d'une technique plus ou moins codifiée. Le « trouble » est considéré comme localisé et isolé, sans correspondance avec d'autres (on parle de « comorbidité » à défaut de percevoir le lien), ni avec des conflits, des fantasmes, des enjeux relationnels conscients et inconscients. C'est une anomalie à faire disparaître. Le « trouble » est jugé extérieur au sujet qui le subit et veut en être débarrassé dans la mesure où il gêne son adaptation sociale ; le type en est le handicap, le trouble « instrumental » imputé à une anomalie organique inconnue ou à un défaut d'apprentissage, modèle qui, par extrapolation, est considéré comme pertinent dans les troubles névrotiques et addictifs. Le traitement est de l'ordre de la rééducation.

La centration exclusive sur le comportement objectif, mesurable et, par simple transposition, sur le schème cognitif à corriger accentue la mise à l'écart du « trouble », son exclusion du sens et donc de la participation du sujet dans les bénéfices primaires et dans les bénéfices secondaires (l'effet sur l'entourage par exemple). D'où l'effet de déculpabilisation, la reconnaissance de l'irresponsabilité, la légitimité des exemptions et des soins, la réassurance par l'aspect technique et l'apparente garantie scientifique du modèle de la médecine somatique. L'absence de prise en compte des intentionnalités inconscientes va dans le sens de la psychologie de sens commun, du bon sens populaire, des traditions éducatives. Le patient peut avoir une représentation claire et rassurante du traitement proposé.

L'action purement technique n'implique personnellement, en principe, ni le patient ni le thérapeute (ou il n'en tient pas compte) : sa disponibilité, comme l'investigation, est limitée a priori. Le patient est à l'abri par exemple de ses désirs inconscients de dépendance régressive et de passivité. L'action thérapeutique à court terme s'accroît alors de ses limites. Il est évident que certains patients, hostiles à tout abord psychologique personnel, ou déçus par des traitements et des thérapeutes antérieurs, ne peuvent accepter qu'un programme de travail qui ne les implique pas. Ils redoutent l'activation d'affects négatifs, de souvenirs gênants, coupables, honteux ou traumatiques. La peur des affects, surtout si elle a les dimensions de la peur phobique d'être débordé, de perdre le contrôle ou de devenir fou, est conjurée par un traitement limité a priori au plan de la rationalité : celle du comportement et celle de la cognition. Ils sont rassurés de ne pas avoir à parler d'eux, mais seulement de leurs difficultés du point de vue de l'adaptation « normale », alors que d'autres supportent mal d'en être privés. Cela les amène ensuite chez le psychanalyste.

Cependant, l'expérience de la levée des symptômes sous l'influence d'une technique mais aussi de l'intervention de quelqu'un, d'un thérapeute capable de produire des effets heureux, a des résonances sur d'autres plans

(« effet boule de neige ») et peut modifier le mode d'investissement du symptôme non seulement par la mise à distance des fantasmes, mais aussi par la satisfaction de la relation. Une praticienne de thérapie comportementale disait : « Je vois bien que ceux qui guérissent sont ceux qui veulent me faire plaisir. »

La relation de parole et la communication extravertale que comporte la technique sont inductrices de mouvements transférentiels de la part du patient vis-à-vis de quelqu'un qui s'occupe de lui, et réciproquement de la part du thérapeute vis-à-vis de son patient. L'écran technique ne requiert pas la robotisation, ni l'indifférence ; peut-être au contraire parfois.

Dans les meilleurs cas, à la faveur d'un mouvement transférentiel, le patient devient son propre thérapeute en identification avec son instructeur qui sollicite une position active et adaptée à la réalité extérieure. Le sujet prend distance avec certains de ses modes de raisonnement et, les mettant en question, il est aidé à rompre avec les automatismes de l'habitude. En d'autres termes, on peut dire que, en vue de la « restructuration cognitive », le thérapeute fait alliance avec la partie adulte et responsable contre la partie enfant ou la partie malade. La réparation narcissique et la gratification régressive sont augmentées par la relaxation rationnellement finalisée par la rectification des « pensées erronées ». Mais surtout, la « post-éducation » affranchit de la fidélité aux parents, à l'histoire infantile et aux désirs anachroniques qui y sont liés. L'interdit prescrit allège l'interdit interne, d'où l'effet de libération qui rend possible l'abandon de certains symptômes et l'investissement accru de la réalité actuelle. Ainsi, l'effet thérapeutique incontestable des TCC sur la suppression des symptômes, au moins à court terme et sous cette forme, est souvent imputable à une action sur des plans différents de celui que rationalisent les formulations et le simplisme théorique.

Les spécialistes s'interrogent de plus en plus sur ce mystérieux « facteur relationnel non spécifique ». Un raisonnement fondé sur les réponses à des questionnaires lui donne une grande importance en le considérant comme commun à toutes les formes de psychothérapie et qui compterait plus que la méthode. Le schématisme de ces enquêtes accrédite le relativisme sceptique, légitime les méthodes brèves et peu coûteuses, et surtout ces enquêtes servent à disqualifier la psychanalyse. Les témoignages quotidiens montrent bien les limites de ce point de vue. En effet, beaucoup de patients venus à l'analyse après diverses formes de psychothérapie disent leur constatation de la différence : « L'effet heureux n'était que provisoire, rien en changeait vraiment. Avec l'analyse, je me sens différent et cependant davantage moi-même, plus heureux, plus vrai, plus libre. Je me sens cent fois mieux même si je garde tel ou tel symptôme qui a perdu son importance. Je me suis réconcilié avec moi-même, avec mon passé et avec la vie. »

3. Le problème épistémologique fondamental

La position épistémologique fondamentale de la psychanalyse est l'existence du pulsionnel, en rapport avec le corps, à l'origine des représentations et de l'activité de penser aux différents niveaux de l'organisation

psychique, dont la mémoire inconsciente. Sa pertinence est dans la théorie de la pratique par son pouvoir d'introduire de l'intelligibilité dans un objet de connaissance complexe. Contrairement au point de vue scientifique, un surcroît de scientificité résulte de la prise en compte de l'ensemble empirique sans réduction a priori, et de celle de l'effet de l'observation et de l'observateur dans l'observation clinique. Les constructions sont indispensables pour rendre compte des effets de l'inconnu inconnaissable. L'écoute métapsychologique de la pensée associative du patient requiert la suspension initiale de la théorie, d'où l'écart entre la théorie et les données empiriques. Ainsi sont évités, en principe, le dogmatisme, le système, et la théorisation est à refaire pour chaque cas en analyse (voir Borch-Jacobsen et Fischman, 2005). Les enjeux politiques, idéologiques, et la hiérarchie des valeurs sont évidemment très différents de ceux des TCC.

4. L'évolution actuelle des thérapies cognitives

À Paris (mais d'abord au Canada semble-t-il), les thérapies cognitives tendent à rompre avec la notion de conditionnement et avec les thérapies comportementales (ou qui considèrent la cognition sur le même modèle comme un comportement intériorisé sous forme de schéma inscrit). Dès lors qu'elles se soucient de la dimension relationnelle, elles se diversifient et tendent à perdre leur spécificité. En fait, certaines ne sont pas sans ressemblance avec les manipulations improvisées de l'empirisme anarchique d'un M.H. Erikson, à moins que, faisant place au temps, au silence et à l'écoute, elles se rapprochent de l'éthique de la psychanalyse. L'utilisation de la relaxation, suivie de la verbalisation de l'expérience subjective, permet une évaluation critique des modes de raisonnement et de perception du sujet par lui-même. Ces nouvelles thérapies cognitives sollicitent une réflexion par laquelle le sujet est amené à s'interroger sur la représentation qu'il a de lui-même par dédoublement réflexif activement soutenu par le thérapeute. L'association des idées est ainsi limitée, cadrée dans un programme thérapeutique bref, par exemple d'une séance de 2 heures tous les jours pendant une semaine. Il semble que des résultats positifs résultent d'une induction de pensées permettant la réparation de la mésestime de soi, d'une mise en mots de l'angoisse, notamment celle de mort, et l'analyse rationnelle de celle-ci.

Ainsi, des pratiques en thérapie cognitive recourent ou empruntent certains aspects de la psychanalyse, mais vus de l'extérieur (que reste-t-il de la notion de transfert hors la référence à l'inconscient pulsionnel et à la mémoire inconsciente ?). De même, des tentatives d'élaborer une psychopathologie cognitive recourent par exemple à la notion de « mécanismes de défense » dont le sens est élargi et transformé, mais devient incompréhensible dès la première question : mécanisme de défense, mais défense contre quoi ? En l'absence d'une théorie de la conflictualité intrapsychique, on suppose la défense vis-à-vis de la communication avec autrui. De plus, la notion de transfert est tantôt retenue tantôt récusée au profit de « l'alliance thérapeutique ». En fait, les thérapies cognitives se développent dans des

orientations différentes dans un empirisme apparemment athéorique. Le pragmatisme qui caractérise la pratique conduit à utiliser de manière diverse et ajustée au cas particulier les ressources du conseil, de la prescription d'interdits, de comportements, parfois de la relaxation, parfois des institutions dans un but éducatif, mais toujours en évitant l'interrogation sur les intentionnalités, sur le sens des conduites (même quand elles sont évidentes pour un témoin extérieur). Mais le plus grand danger est certainement leur évolution du côté des thérapies dites « éclectiques et intégratives », notamment celles qui, dans une position d'omnipotence, prétendent dépasser la psychanalyse tout en intégrant, à partir d'une connaissance seulement livresque, quelques-uns de ses apports. Or, la deuxième règle fondamentale de la psychanalyse c'est l'analyse personnelle de l'analyste. Comme l'a écrit Freud : « Aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne le lui permettent » (1912, « Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique »). Il mettait en garde contre « l'analyse sauvage » et refusait que la psychanalyse soit la « bonne à tout faire » de la psychiatrie.

Mais, en France, pour les plus militants, la promotion des TCC se fonde souvent sur la disqualification de la psychanalyse et la répudiation de toute psychopathologie. Pour certains, la psychanalyse est considérée comme philosophie, comme si elle n'était pas d'abord une méthode et une théorie ouverte qui récuse tout système, et comme si les dimensions nécessaires de toute psychopathologie, assumant ses applications anthropologiques, n'étaient pas justement celles qui sont dépréciativement qualifiées de « philosophie ». Elles sont fondatrices de l'ordre de l'humain aussi bien que de toute psychopathologie.

5. Conclusions

Les évaluations de la pratique des TCC depuis plus de 30 ans en France et les nouvelles recherches aux États-Unis permettent de constater une révision en baisse de leurs ambitions thérapeutiques. Ces thérapies n'en sont que plus crédibles. Leurs bases théoriques demeurant d'une grande naïveté et d'un grand simplisme, elles apparaissent comme des pratiques empiriques en quête de théorisation. Leur prétendue scientificité se limite à la technique, aux méthodes d'évaluation de leurs effets sur les symptômes considérés comme troubles, désordres, anomalies à faire disparaître pour améliorer l'adaptation sociale. Le réductionnisme est à la mesure de la prédominance de ce souci d'objectivation de type expérimental des résultats, en quoi se résume pour beaucoup d'auteurs la référence à la psychologie dite scientifique.

La thérapie comportementale théoriquement fondée sur le modèle des conditionnements recourt à des moyens qui sont ceux du système punition-récompense de l'éducation la plus commune, de la tradition pédagogique. Cette technique a été considérablement transformée par association avec les thérapies dites cognitives. À défaut de fondement dans les sciences de la

cognition, tantôt celles-ci gardent des liens avec les modèles béhavioristes comme une sorte de garant de scientificité, tantôt, de plus en plus souvent désignées comme « psychothérapies cognitives », elles tendent à s'émanciper du comportementalisme pour prendre comme objet les modes de raisonnement et le rapport à la réalité, et pour revendiquer une grande place dans les traitements à long terme et dans la prévention.

Dans la pratique actuelle, les psychothérapies cognitives adoptent des techniques très diverses, et de plus en plus hétérogènes, allant du conseil à la prescription, aux interventions sur l'entourage, sur les institutions mises à contribution : tous les petits moyens qu'inspire une prise en compte de bon sens de l'ensemble des problèmes posés et non plus d'un comportement choisi et isolé.

Dans cette voie qui a comme principale caractéristique de se situer dans l'ordre exclusif de la rationalité consciente et du rapport à la réalité de la psychologie de sens commun, les psychothérapies cognitives sont diamétralement opposées aux psychothérapies qui cherchent à enrichir l'expérience émotionnelle et affective. A fortiori, en excluant toute prise en compte des intentionnalités, des conflits, des affects et du corps, elles sont, par rapport à la psychanalyse, d'orientation inverse.

Bibliographie

- ANDRÉ C. (2004), *Psychologie de la peur. Craintes, angoisses et phobies*, Paris, Odile Jacob.
- BORCH-JACOBSEN M., FISCHMAN G. (2005), *Constructivisme et psychanalyse* (débat entre Mikkel Borch-Jacobsen et Georges Fischman, animé par Bernard Granger), Paris, Le Cavalier Bleu Éditions.
- BRUSSET B. (2004), « Dépendance addictive et dépendance affective », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 2, p. 405-420.
- BRUSSET B. (2005), *Les Psychothérapies*, 2^e ed., Paris, PUF, coll. « Que-Sais-Je ? ».
- COTTRAUX J. (2001), *Les Thérapies cognitives. Comment agir sur nos pensées et nos émotions*, Paris, Retz.
- COTTRAUX J. (2004), *Les Thérapies cognitives et comportementales*, 4^e éd., Paris, Masson.
- FODOR J. (1996), *La modularité de l'esprit : essai sur la psychologie des facultés*, Paris Minuit.
- FREUD S. (1912), « Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique », *Œuvres complètes XI, 1911-1913*, Paris, PUF, 143-155.
- NOLLET D., THOMAS J. (2001), *Dictionnaire de psychothérapie cognitive et comportementale*, Paris, Ellipses.
- SWENDSEN J., BLATIER C. (1996), *Psychopathologie et modèles cognitivo-comportementaux. Les recherches récentes*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

CHAPITRE 4

Quels liens entre le raisonnement pratique et la théorie ? Le cas de la psychanalyse

F. Advenier

La recherche scientifique sur les psychothérapies est un courant de pensée qui s'est bien structuré depuis les années 1970. Par « recherche scientifique », nous entendons que les chercheurs en ce domaine empruntent une méthode commune pour tendre globalement vers le même but, celui de la constitution d'un savoir unifié et vérifié, qui serait le support d'une théorie et d'une pratique clinique psychothérapeutique, l'*evidence supported therapy* (EST) (Lambert, 2004) ou *evidence-based medicine* (EBM) (Giraud et al., 2000). Ce terme peut être traduit par une thérapeutique fondée sur des preuves ou des faits (Tyrrell et Poussin, 2005), ou par une « psychologie du vérifiable » (Reuchlin, 1973). L'unité et la cohérence de ce savoir sont obtenues par les méthodes de production des connaissances qui sont mises en œuvre. La *vérification* d'une proposition est une opération centrale dans cette activité de recherche. Elle définit et produit ce qui est considéré comme vrai et donc ce qui peut être mis en pratique. Il en découle que les propositions qui peuvent rentrer dans cette procédure sont formulées de manière à être vérifiées ; qu'elles concernent les résultats et les processus thérapeutiques ; que chaque clinicien doit s'y reporter pour régler les problèmes de sa pratique.

Les méthodes de vérification reposent sur des expériences reproductibles et objectives. Elles sont reproductibles car elles sont objectives et peuvent être décrites, enseignées et appliquées par des personnes différentes. Elles aboutissent à des résultats qui peuvent être comparables. Elles sont objectives pour trois raisons ; il est possible de :

- quantifier par des tests statistiques les risques d'erreur de mesure des résultats observés ;

- s’assurer de la permanence de l’objet étudié par sa définition via des échelles psychométriques et des critères diagnostiques consensuels et standardisés ;
- dépasser les variabilités individuelles en étudiant des groupes de patients rendus comparables entre eux et dévoiler les tendances générales qui se révèlent par l’étude de ces groupes.

Globalement, ces méthodes tendent à limiter le poids de la subjectivité du clinicien et du chercheur quand il produit un énoncé à partir des phénomènes qu’il a observés. Idéalement, elles permettent de trancher ou de ponctuer un débat public quant à la véracité ou la fausseté d’un fait.

Par « courant de pensée », nous entendons d’abord l’école anglo-saxonne où ces recherches sont dominantes. Des sociétés comme la Society for Psychotherapeutic Research (Goldfried, 2000) ou l’American Psychological Association ont un poids important dans le débat public et les choix de politique de santé publique, via la production et la divulgation d’études de synthèse de recherches portant sur les résultats des thérapies (Inserm, 2004 ; Inouye, 1983 ; Strupp, 1986). Ce terme de « courant de pensée » nous semble également refléter le fait que l’orientation qui a été prise vers l’EST et les critères qui en découlent pour fonder une psychologie clinique représente aussi des idées, des modèles et des valeurs plus globales et implicites : tout d’abord, l’ambition de voir progresser les connaissances par l’accumulation et l’unification ; ensuite, la volonté d’apporter la preuve qu’en moyenne un individu s’améliore quand il recourt au service d’un psychothérapeute, et que ce dernier peut rendre compte de manière objective et quantifiée de cette amélioration, sans rentrer dans un discours réservé à des initiés ; enfin, l’idée que les problèmes pratiques rencontrés par le clinicien peuvent à terme, et avec les progrès des méthodes d’évaluation, être mis en forme de la même manière que les problèmes traités dans le champ de la recherche scientifique sur les psychothérapies.

C’est cette idée d’équivalence entre les manières de résoudre des problèmes rencontrés dans la recherche empirique et dans la pratique que nous discuterons. Poser l’équivalence de ces deux méthodes pose problème. Comment une pratique clinique, singulière, peut se déduire d’énoncés issus d’expérimentations reproductibles sur des populations ? Des énoncés formulés de manière à être vérifiés et rendus publics peuvent-ils être repris « tels quels » dans la conduite d’une pratique thérapeutique quotidienne ? Que faire des a priori d’un praticien, de ses valeurs, ses réactions, en séance et dans l’élaboration des connaissances sur sa pratique ? Peuvent-ils être « gommés » au profit d’énoncés considérés comme neutres, ou être eux-mêmes sources de connaissances (Bernardi, 2003) ?

Ce problème prend une importance dans le débat polémique portant sur l’évaluation des effets des psychothérapies et sur la validité des connaissances qui les supportent. Nous allons dans un premier temps décrire plus en détail les procédures de l’EST et les implicites qui les sous-tendent. Dans

un deuxième temps, nous nous intéresserons aux objections qui sont faites à cette méthode d'évaluation pour la psychanalyse. Enfin, nous tenterons de soutenir l'hypothèse que, dans ce débat, deux conceptions de la pratique s'affrontent.

1. Les spécificités de la recherche empirique, expérimentale et reproductible, appliquée aux psychothérapies

Evidence supported therapy (EST) renvoie à la définition de la pratique comme une science, un savoir général fait d'un ensemble de concepts logiquement articulés entre eux et vérifiés par des expériences reproductibles. Nous sommes dans une logique où concordent idéalement une théorie préétablie et son application. L'art du praticien reste dans sa capacité à établir l'applicabilité d'une technique aux résultats préétablis et prédictibles à une situation singulière au sein de laquelle sont données à voir les conditions d'applicabilité (ou de non-applicabilité) de la technique.

Ainsi, l'objectif principal de l'EST est que le praticien utilise des arguments pratiques reposant sur des faits compris et connus avec la plus grande certitude possible et avec la plus grande objectivité. Cela implique que ses valeurs, ses pensées, ses affects ne doivent pas rentrer dans l'analyse d'une situation clinique et dans la conduite d'un traitement. L'objectivité des connaissances de l'EST est garantie par la définition la plus neutre et la plus universelle possible des variables qu'il va rechercher en pratique. Cette certitude porte principalement sur l'effet d'une technique thérapeutique sur un trouble spécifique. Elle est obtenue via la synthèse des résultats d'études expérimentales, répliquées un grand nombre de fois, sur des populations de patients et dont les résultats sont validés par le moyen de tests statistiques. La synthèse de ces résultats est effectuée par des méthodes statistiques et des consensus d'experts. Le clinicien doit se méfier des généralités qu'il a à l'esprit et qui reposent sur son expérience accumulée ou celle de ses pairs.

Ce mode de raisonnement implique plusieurs points quant à la définition d'un patient, d'un trouble et d'une psychothérapie (Ablon et Jones, 2002 ; Dazord, 1997 ; Lamboy et Villamaux, 2003). Le clinicien raisonne en fonction d'un *patient moyen* dont les symptômes sont définis par des critères standardisés, et leur intensité par des échelles psychométriques. La maladie est définie comme un trouble caractérisé par un *groupe de symptômes*. La validité de ce regroupement est statistique ou liée à un consensus d'experts. Les thérapies sont catégorisées comme différentes les unes des autres et par leur « marque de fabrique » en fonction de leur *modèle théorique*. Leur mise en pratique est définie a priori par un manuel de techniques d'intervention, auquel le thérapeute doit s'ajuster. Enfin, l'effet d'une thérapie est appréhendé comme *l'effet d'un médicament*. La « dose

de thérapie » est assimilée au nombre des séances pratiquées ; le principe actif est l'acte technique spécifique. Les réactions singulières du patient face au thérapeute et à la technique ne sont pas prises en compte ; elles sont « gommées » par l'utilisation de deux groupes de patients rendus comparables. Idéalement, le cadre expérimental permet de dévoiler les effets spécifiques de ce traitement sur le trouble, lui-même spécifique et dégagé des contingences individuelles.

Le raisonnement implique aussi que le dispositif expérimental doit être en mesure de dévoiler plusieurs phénomènes qui ont des qualités particulières. D'abord, un *lien causal fort* doit être modélisé entre une technique psychothérapeutique spécifique, dont les procédures sont établies a priori, et son effet sur le trouble étudié ; il s'agit donc d'un lien causal fort entre un processus technique spécifique et isolé et les résultats mesurés. Ensuite, il doit être possible d'observer cet effet comme une *tendance globale* sur une population, sans l'interférence des réactions idiosyncrasiques des patients et des thérapeutes. Les réactions individuelles des patients sont estompées par la création de groupes de patients rendus comparables par la randomisation. Les écarts des thérapeutes par rapport à la bonne application des actions techniques spécifiées dans le manuel sont limités par le contrôle d'experts qui supervisent en direct ou revoient des séances enregistrées.

Le raisonnement de l'EST engage donc une vision de la situation pratique psychothérapeutique particulière. Elle est modélisée en fonction d'un patient et d'un thérapeute moyens et stables, ainsi que de processus spécifiques reproductibles qui ont des effets spécifiques sur un trouble.

2. Les objections à l'application de l'EST à la pratique psychanalytique

2.1. L'art d'entrevoir et de traduire

Nous nous reportons aux travaux de Vassali (Vassali, 2002) pour aborder les spécificités de la pratique analytique. Le type spécifique d'activité qui donne accès aux processus psychiques est l'*investigation clinique*. Celle-ci est le fondement et la précondition du traitement, et donne naissance à une théorie. Freud n'utilise pas la méthode expérimentale ; il travaille en *déduisant*, en *devinant* et en *construisant*. Chacun de ces trois procédés doit être testé dans l'exploration et le traitement de la psyché.

Dès 1895, alors qu'il est toujours inspiré par les techniques de suggestion hypnotique dans le traitement de l'hystérie, Freud remarque que la thérapie repose essentiellement sur la capacité du médecin à deviner la nature du cas et les motifs de défense à l'œuvre. Interpréter devient un accès spécifique aux processus psychiques inconscients. Quand on a interprété juste, la résistance disparaît et le patient devient capable de reproduire

les impressions pathogènes et de les articuler avec une émotion. Cette activité liée à l'art d'entrevoir, de découvrir et d'interpréter se précise par la suite avec le concept de *construction analytique* (Freud, 1937). Cette hypothèse n'est qu'un travail préliminaire et n'a toujours que la valeur d'une conjecture incertaine. Elle doit être énoncée au patient quand celui-ci est prêt à l'entendre ou sur le point de la découvrir (ou redécouvrir) par lui-même. Si cette construction tombe juste, elle produit alors un effet sur le patient, lance ou relance une série d'associations, qui font place à une conviction. Pressentir et entrevoir, deviner et traduire, détecter et expliquer au bon moment, tel est le travail du praticien. Il ne correspond pas à l'application d'une théorie logiquement construite sur des faits univoques, avec des effets prédictibles. Le praticien ne sait pas comment les choses vont se remanier chez le patient, comment il va les utiliser. Il n'est pas maître du jeu. Il navigue dans l'obscurité.

Les concepts psychologiques issus de cette pratique sont donc à comprendre comme une tentative de faire coïncider avec des modèles ou des représentations ce qu'enseigne l'expérience. Les concepts métapsychologiques

ont en toute rigueur, le caractère de conventions, encore que tout dépend du fait qu'elles ne sont tout de même pas choisies arbitrairement, mais au contraire se trouvent déterminées par l'importante relation des matériaux empiriques, relation que l'on croit deviner avant même de pouvoir les reconnaître et en faire la démonstration. (Freud, 1915).

Les concepts ne sont donc jamais purement vrais ou faux ; ils sont toujours plus ou moins appropriés aux propriétés de ce qui est perçu en séance, et restent incertains.

Comment définir à partir de certains travaux actuels les spécificités du traitement analytique ?

2.2. Une pensée à deux

La situation clinique psychanalytique en face à face ou en cure type ressemble à un colloque singulier. Cette conversation est rendue non ordinaire par la règle fondamentale (Freud, 1904). Avec ce procédé, des phénomènes spécifiques à cette situation sont produits et vont être interprétés dans ce même cadre. Ces événements sont liés à des processus non directement conscients, ceux du psychanalyste et du patient. L'objet qui se construit progressivement en séance et est étudié n'est donc ni le psychisme du patient, ni celui de l'analyste, mais l'interaction de ces deux psychismes. Du point de vue intersubjectif, nous sommes dans une situation qui reflète une pensée à deux, une *copensée* (Jeannerod et Georgieff, 2000 ; Widlöcher et Delattre, 2003) qui n'est ni prédéterminée, ni reproductible, ni statique. Elle se construit au fur et à mesure des séances et est spécifique du patient, de l'analyste et de leurs échanges. Deux forces sont en jeu : l'affect et la représentation mentale.

De façon opératoire, Devereux (Devereux, 1980) définit ce que l'on peut appeler en séance « l'inconscient », par une séquence dynamique, un échange qui se manifeste chaque fois qu'un patient fait une remarque apparemment significative. La pensée consciente de l'analyste en perçoit l'irrationalité formelle. Mais au même moment, l'analyste a une réaction affective brève et/ou il lui vient momentanément un bref fantasme qui lui est propre. Celui-ci représente une réponse à l'énoncé du patient. Ce matériau constitue une *donnée fondamentale* qui peut être alors soumise à l'analyse logique et traitée comme un énoncé sur l'énoncé de l'analysé. Cela revient à transformer un fantasme inintelligible en un récit intelligible, ce qui correspond à une traduction ou un décodage. La tâche principale de l'analyste est de permettre aux énoncés du patient de heurter directement son inconscient, sans qu'ils soient traités ou déformés par son conscient ou sa rationalité.

L'étude des mécanismes et des effets d'une psychothérapie psychanalytique se situe donc au niveau de cet échange par inductions réciproques et des changements que peuvent induire les paroles et la dynamique de l'échange. Le but et le moyen thérapeutique de la psychanalyse sont spécifiquement *psychiques*, et consistent en un changement dans les pensées et les manières de penser. Idéalement, un traitement analytique permet d'acquérir un fonctionnement psychique marqué par une plus grande fluidité des opérations mentales, une plus grande liberté de penser et de ressentir ce qui fait penser, et ce qui peut amener, secondairement, à une décision d'agir autrement.

2.3. Les points d'opposition

Les concepts théoriques permettent ici de rendre compte après coup, au cas par cas, et approximativement des échanges singuliers qui se jouent et des évolutions positives ou négatives du patient. Ces concepts sont des constructions abstraites et simplifiées qui permettent d'articuler des phénomènes entre eux, d'attribuer des actions et rétroactions observées en séances. Ils ne sont pas un exposé du réel, mais sont là pour doter l'exposé du clinicien de moyens d'expression univoques. Ils ne sont pas des hypothèses à vérifier, mais permettent au clinicien d'élaborer des hypothèses à partir du cas qu'il traite.

Les concepts cliniques et métapsychologiques permettent donc aux psychanalystes de discuter de situations singulières, de leur faire penser à certaines situations qu'ils rencontrent. Ces situations se créent à mesure et ne renvoient pas à l'application d'un savoir reproductible préétabli. Cette manière de pratiquer ne peut alors rentrer dans les canons de l'évaluation de l'EST. Le raisonnement clinique du psychanalyste envers son patient ne renvoie pas à un raisonnement statique autour d'un patient moyen, défini par des variables standardisées et applicables à une population.

La définition du patient est également différente. Le patient est acteur et de son trouble et dans la thérapie. Pour le praticien qui s'inspire de

la psychanalyse, les indices qui définissent le fonctionnement psychique du patient ne se limitent pas aux symptômes manifestes, observables sans l'intervention de sa propre subjectivité. Les données fondamentales qu'il utilise sont les phénomènes psychiques préconscients qu'il perçoit en lui et qui sont les effets des propos et attitudes du patient. Ces phénomènes sont en lien avec les processus de penser du patient, qui vont s'éclaircir au fur et à mesure des séances et, dans l'idéal, être remaniés par le patient. Les faits en séances sont donc singuliers et ne peuvent être répliqués dans le but d'un processus de vérification (Viderman, 1970). Ils peuvent être comparés non pas en cherchant à mettre de côté la subjectivité de l'observateur, mais en la mettant en avant.

3. Deux conceptions de la pratique qui s'affrontent

La recherche empirique expérimentale et reproductible, et le raisonnement pratique qui en découle, est en rupture avec le mode de raisonnement pratique classique, que nous allons décrire à partir des travaux de Jonsen et Toulmin (Jonsen et Toulmin, 2005).

3.1. Le raisonnement pratique classique

Dans le raisonnement pratique classique, l'appréhension des faits s'effectue par l'intermédiaire de l'expérience acquise par le praticien. La certitude que nous avons de ces faits ne requiert pas une appréhension préalable de définitions, de principes généraux ou d'axiomes, mais dépend de l'expérience accumulée au gré de situations particulières. Cette expérience acquise apporte une sorte de discernement ou de *prudence* qui est différente de la *certitude* de l'appréhension abstraite et logique des phénomènes associés à la science.

Pour résoudre un problème clinique, le jugement pratique porte sur des faits immédiats et des individus dans des situations particulières. Le pouvoir des arguments pratiques pour résoudre un dilemme pratique dépend du degré de similarité des circonstances précédentes pour lesquelles ce type particulier d'arguments a été conçu à l'origine. La solidité de l'argument ne dépend pas de la validité formelle de l'inférence, mais de l'assurance que le cas en question bénéficie d'une description aussi complète et précise que l'exigent les objectifs d'une action, les risques et les bénéfices prévisibles de celle-ci. Les idées générales sont sollicitées pour trouver ce qui pourrait aider à traiter ce cas spécifique ou pour améliorer la description de la situation. La résolution d'un problème est donc présomptivement valide, et dépend des similarités entre le cas présent et les précédents. Sa justesse peut être remise en question ou réfutée dans des situations reconnues comme exceptionnelles ou finalement non similaires à celles auxquelles on se référerait.

Les énoncés et arguments pratiques ont ainsi un caractère concret, temporel et présomptif. Leur caractère vrai repose sur l'expérience directe. Ils

sont vrais à certains moments et vraisemblables pour un cas particulier. Ils peuvent être l'objet de réfutation (le cas inhabituel). L'explication de ce fait peut être très différente de celle que nous donnons ; elle est même inconnue dans la plupart des cas. Par exemple, on peut savoir que tel traitement est utile pour guérir un patient qui présente telle maladie, mais cela est différent du fait de savoir ce qui fait qu'il est curatif.

Dans le cadre du raisonnement clinique, la fiabilité du jugement et de l'argumentation n'est pas fondée sur la référence à des propositions formelles vérifiées et standardisées ; des propositions qui peuvent exclure toute équivoque. Elle se fonde sur la qualité de la description du cas et de ses similitudes ou non à des cas antérieurs, des références concrètes et empiriques du praticien, des effets attendus et des risques d'une éventuelle action ad hoc engagée pour résoudre le problème. Tout ceci nous semble correspondre à la pratique psychanalytique que nous avons décrite.

3.2. Une logique de prescription versus une logique de recomposition

Deux conceptions du jugement pratique sont sous-jacentes au débat sur l'évaluation d'une thérapie. Chacune décrit une même opération mentale complexe, qui consiste à penser un cas particulier en fonction de généralités.

Dans le cadre de l'EST, les généralités sont déjà connues et données, via un corpus de connaissances validées par un dispositif expérimental, qui permet la reproduction d'un phénomène. Une action thérapeutique est déductible de ce savoir. Nous sommes dans une *logique de prescription*. Le praticien a à abstraire de son contexte le cas qu'il traite, pour identifier des variables prédéterminées, dont on connaît l'évolution moyenne via des corrélations statistiques, et qui lui permettront d'adopter la meilleure thérapeutique, de manière logiquement articulée avec des connaissances. Il agit avec le plus de certitude possible sur un cas, en référence à un savoir scientifique qui est remis en cause par des protocoles quantitatifs et répliquatifs.

Dans le cadre de la pratique analytique telle que nous l'avons décrite, les généralités ne sont pas connues à l'avance et ne sont pas utilisées dans le but de déduire de manière nécessaire une action thérapeutique. Les concepts sont utilisés pour formuler le plus justement une ou plusieurs hypothèses ad hoc, qui s'appliquent le plus finement à la singularité du cas et du contexte d'intervention du praticien. Nous sommes dans une *logique de recomposition* d'une situation et de comparaison de celle-ci avec des cas similaires ou non. Le praticien agit dans l'incertitude, mais est guidé par une prudence et un discernement appliqués à la situation.

Même si, dans les deux cas, il s'agit de tirer des conclusions pratiques à partir d'indices cliniques, les problèmes pratiques ne se formulent donc pas du tout de la même manière.

4. Conclusion

Notre point de départ était un problème méthodologique. Notre interrogation portait sur le problème de l'évaluation d'une pratique thérapeutique. La question était de savoir si les réponses que l'on pouvait trouver à des problèmes posés par la pratique quotidienne, singulière, et les réponses obtenues pour des problèmes formulés par méthode expérimentale et reproductible portant sur des populations étaient équivalentes. Pour répondre à cette question, nous avons abordé le cas de l'évaluation des effets d'une psychothérapie et le débat polémique qui s'y joue entre les tenants de l'EST et ceux d'une certaine pratique psychanalytique. Cela nous a amené à cerner différents points incommensurables : une pensée par cas qui s'oppose à une pensée sur des populations ; une action guidée par des concepts utiles pour formuler des hypothèses adaptées à une situation singulière et une action déduite d'une théorie révisable et qui vise une prédictibilité ; une action mesurée par la prudence et l'incertitude et une action autorisée par la plus grande certitude possible et limitée par l'objectivation quantitative.

Mais nous arrivons maintenant à d'autres questions : comment débattre publiquement des effets d'une action psychothérapeutique et de l'explication des effets de celle-ci ? Comment confronter des faits qui peuvent être repris dans des contextes scientifiques, économiques ou sociaux ? Comment ne pas se limiter à une approche technique, et donc à un choix entre deux conceptions de la technique ? La question des valeurs et des croyances qui sous-tendent l'engagement d'un individu dans un processus thérapeutique, de l'engagement d'un psychothérapeute dans ce processus, de la notion de santé mentale et du contexte social où ce traitement a lieu sont des points incontournables, dont la complexité ne se laisse pas saisir par la seule évaluation des résultats d'une technique.

Bibliographie

- ABLON J.S., JONES E.E. (2002), « Validity of controlled clinical trials of psychotherapy : findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program », *Am J Psychiatry*, n° 159-5, p. 775-783.
- BERNARDI R. (2003), « What kind of evidence makes the analyst change his or her theoretical and technical ideas ? », In LEUZINGER-BOHLEBER M., DREHER A.U., CANESTRI J., WIDLÖCHER D. (eds), *Pluralism and unity ? Methods of research in psychoanalysis*, Londres, The International Psychoanalytical Association, p. 125-136.
- DAZORD A. (1997), « Évaluation des effets des psychothérapies », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Elsevier, Paris), *Psychiatrie*, 37-802-A-10, 1997, 10 p.
- DEVEREUX G. (1980), *De l'angoisse à la méthode*, Paris, Flammarion.
- FREUD S. (1904), *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953.
- FREUD S. (1915), *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll. « Folio Essais », 1986.
- FREUD S. (1937), « Construction dans l'analyse », in *Résultats, Idées, Problèmes II - 1921-1938*, Paris, PUF, 1985.
- GIRAUD A., BOISSEL J.-P., FERVERS B., et al. (2000), *La Nouvelle évaluation médicale. Pour une méthode de la pratique clinique*, Paris, Medica Éditions.
- GOLDFRIED M.R. (2000), « Consensus in psychotherapy research and practice : where have all the findings gone ? », *Psychotherapy Research*, n° 10, p. 1-16.
- INOUE D.K. (1983), « Mental health care : access, stigma, and effectiveness », *American Psychologist*, n° 38 (8), p. 912-917.
- INSERM (2004), *Psychothérapie. Trois approches évaluées* (CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B., FLAMENT M.), Paris, INSERM.
- JEANNEROD M. et GEORGIEFF N. (2000), « Psychanalyse et science(s) », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Elsevier, Paris), *Psychiatrie*, 37-811-A-30, 11 p.
- JONSEN A.R., TOULMIN S. (2005), « À quoi sert la casuistique », in PASSERON J.-C. et REVEL J. (dir.), *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 95-127.
- LAMBERT M.J. (2004), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5^e éd., New York, John Wiley & Sons.
- LAMBOY B. et VILLAMAUX M. (2003), « Entretien avec Alice Dazord », *Synapse*, n° 192, p. 5-13.
- REUHLIN M. (1973), « Clinique et vérification », *Bulletin de Psychologie*, n° 26, p. 550-563.
- STRUPP H.S. (1986), « Psychotherapy : research, practice, and public policy (how to avoid dead ends) », *American Psychologist*, n° 41, p. 120-130.
- TYRRELL J., POUSSIN G. (2005), « Quelques réflexions sur l'avenir en France des traitements appuyés sur les preuves », *Psychologie Française*, n° 50 (4), p. 487-500.
- VASSALI G. (2002), « La Psychanalyse naît de l'esprit même de la technique grecque », *Penser/Rêver*, n° 1, p. 211-256.
- VIDERMAN S. (1970), *La Construction de l'espace analytique*, Paris, Denoël.
- WIDLÖCHER D., DELATTRE N. (2003), *La Psychanalyse en dialogue*, Paris, Odile Jacob.

CHAPITRE 5

Prêt-à-porter ou sur mesure ? Évaluation et standardisation des soins

D. Widlöcher

Rien n'irrite plus un psychanalyste que les termes « standard » et « standardisation ». Ils sonnent en écho d'un contexte d'autoritarisme bureaucratique et de rigidité. Rien ne semble plus éloigné de ce qui fonde sa pratique, qui tend le plus possible à l'écoute de l'individuel et dont la difficulté majeure tient précisément à des choix « techniques », à des prises de risque. Ce que l'on propose au patient c'est une manière d'écouter ce qui se passe en lui, de la lui faire partager autant que possible en lui permettant d'en tirer profit pour se dégager de difficultés qui le font souffrir. Paraphrasant Diderot, on pourrait dire de la psychothérapie psychanalytique qu'on ne sait au départ ce qui va en être fait, ni à l'arrivée ce que l'on en a fait réellement.

Pourtant, il y a au départ une demande d'aide et un engagement thérapeutique dont il faudra bien à terme évaluer les effets. Cela présuppose que l'on puisse rendre compte de ce qui a été fait.

1. Hétérogénéité des pratiques et standardisation des soins

La standardisation des soins est la condition nécessaire pour toute tentative d'évaluation des méthodes et des pratiques thérapeutiques. Qu'il s'agisse en effet de juger de l'efficacité d'une méthode ou de ses résultats en pratique, rien ne peut être entrepris sans que l'on définisse la technique et que l'on s'assure que les praticiens l'utilisent de la même manière. Cela semble aller de soi. Le modèle médical très généralement adopté (et on ne voit pas comment s'en passer à partir du moment où l'on prétend soigner) est celui

du médicament. Or la prescription du médicament laisse peu de place à des variations individuelles à partir du moment où l'on contrôle l'effet placebo. Les biais existent, certes ; ils tiennent à l'administration du traitement et à la relation entre le malade et le soignant. Cela a sans doute peu d'importance pour des essais contrôlés, mais joue beaucoup dans l'évaluation des pratiques. En revanche, dans les études contrôlées, c'est la sélection des patients qui dépend de facteurs implicites. Une enquête que nous avons menée il y a une quinzaine d'années auprès de services hospitaliers parisiens nous avait montré que, pour l'expertise d'une nouvelle molécule antidépressive étaient écartés de l'inclusion les malades les plus gravement atteints et les parents de soignants ! D'ailleurs, l'intérêt que l'on porte actuellement au critère d'efficience risque fort de donner plus de poids à ces variantes individuelles et à leur contrôle méthodologique.

Mais cette question de la standardisation de la pratique se pose évidemment avec beaucoup plus d'acuité dans le domaine des soins qui relèvent du cadre social et des liens interpersonnels. On doit prendre alors en compte les processus de communication, les relations affectives et les structures de l'environnement. On pense ici à l'évaluation des pratiques institutionnelles et sociales. Les comparaisons et les décisions dans ce domaine ne peuvent pas ne pas tenir compte de la complexité des facteurs en cause et de la diversité des situations individuelles, d'où la nécessité de stratégies flexibles et de la nature quelque peu conjecturale des choix décisionnels. Doit-on conseiller à ce patient de reprendre son travail et à cet autre de s'éloigner de ses parents ? En terme de politique de santé, les options sont tout aussi ouvertes ; les choix budgétaires en dépendant, à quelles priorités devra-t-on obéir en terme d'attribution de moyens, etc. ?

Les psychothérapies au sens large s'inscrivent entre ces deux perspectives, celle du biologique et celle du social. Il est facile aux praticiens des thérapies comportementales et cognitives de se réclamer de la première perspective. Le ciblage précis des symptômes à modifier, le codage aussi précis que possible des gestes à accomplir par le thérapeute permet de neutraliser des sources de variation indésirables. À l'opposé, les psychothérapies psychodynamiques, et en particulier celles se fondant sur la méthode psychanalytique, s'inscrivent dans la seconde perspective. La plupart des patients vus dans le cadre de ces psychothérapies ont des problèmes multiples, souvent connexes. Notons ici quelques-uns des facteurs qui confèrent au traitement de chaque cas individuel des exigences techniques propres.

Une étude réalisée par Stirman et al. (2003) a montré qu'à partir de 347 patients sélectionnés de façon aléatoire dans une population de consultants de centres de soins, 67 % d'entre eux ne réunissaient pas les conditions pour être inclus dans une étude randomisée contrôlée parce qu'ils présentaient des troubles de l'adaptation relatifs à des difficultés multiples.

En psychiatrie, un trouble isolé comme la phobie sociale peut avoir une signification tout à fait différente selon qu'il s'inscrit isolément ou qu'il s'associe à un trouble psychotique ou à une dépression, à une problématique névrotique ou narcissique.

Dans la mesure où les psychothérapies dynamiques prennent en compte la complexité de la structure pathologique, les mêmes effets thérapeutiques au niveau des symptômes et des comportements sociaux peuvent tenir à des évolutions diverses de la personnalité. En outre, les buts du traitement ne se limitent pas au soulagement symptomatique, mais portent aussi sur une amélioration plus générale, un sens de bien-être, une qualité des relations interpersonnelles et de la compréhension de soi, voire un changement plus structural de la personnalité qui découragent toute tentative de codage. Notons également le rôle de l'environnement social, le fait que les psychothérapies dynamiques s'inscrivent dans des programmes thérapeutiques de longue durée et que les techniques peuvent varier selon le moment de l'évolution auquel on les applique. Ce point est très souvent insuffisamment pris en compte. Certes, il y a des indications de psychothérapie qui s'ajustent au plus près d'une situation présente. Mais, le plus souvent, les indications ont une visée préventive ; aider le patient c'est le protéger pour l'avenir en lui permettant de se dégager du passé et de surmonter le présent.

La comparaison avec de larges domaines des sciences de l'action humaine est ici tout à fait pertinente. Dans le champ des sciences économiques, il est bien rare qu'une prise de décision puisse relever de preuves qui déterminent le choix. C'est dans une perspective plurifactorielle que s'inscrivent le jugement et la décision finale. C'est encore plus évident dans le champ du politique. La nature conjecturale du raisonnement et la flexibilité des stratégies n'ont guère à faire avec une étude en double aveugle ni à l'évidence fondée sur la preuve.

Or les psychothérapies psychodynamiques relèvent des mêmes principes. Les patients, même quand, après sélection d'un échantillon, ils ont pu être rangés sous une catégorie diagnostique identique, présentent des traits de personnalité, des modes de relation avec l'environnement, une histoire personnelle dont la diversité ne se « neutralise pas » dans la perspective thérapeutique. Il est difficile de se limiter à la considération d'un symptôme, ni même d'un syndrome, pour juger des effets thérapeutiques ; les effets obtenus chez un patient auront dépendu d'un changement sur un certain plan, alors que les mêmes effets obtenus chez un autre patient seront liés à des changements structuraux d'autre nature. La flexibilité de la stratégie thérapeutique tient en partie à ces déterminants propres à chaque patient. Elle relève ainsi des choix du thérapeute. Pour un même patient, deux thérapeutes n'opteront pas pour la même stratégie. De plus, l'évolution qu'ils observent ne les conduira pas nécessairement aux mêmes décisions stratégiques. Si quelques directives générales et des principes de base sont requis, leur application reste soumise à des jugements et des choix individuels. Ceux-ci sont certes liés à la compétence du thérapeute, à son tact, mais aussi à la manière dont s'organise la relation thérapeutique.

Il faut tenir compte aussi bien de variantes techniques propres à différentes écoles de praticiens ainsi qu'à des déterminants individuels qui s'inscrivent dans le cadre des relations de transfert, de contre-transfert, et plus fondamentalement d'effets d'induction entre la pensée du patient et

celle du thérapeute. Blatt (1992) avait montré que, pour des pathologies identiques, les patients répondaient plus favorablement à certaines formes d'intervention selon un certain profil de personnalité (personnalités analytiques tournées vers autrui et les conséquences des symptômes vis-à-vis de l'entourage, et personnalités introjectives centrées sur leur propre état mental). Plus généralement, les patients ne réagissent pas tous de la même manière au traitement (alliance thérapeutique, transfert, etc.).

Il est bon ici d'établir une nette distinction entre la cure psychanalytique et les psychothérapies qui s'en inspirent. La cure psychanalytique s'inscrit dans un cadre strict. Celui-ci peut varier d'une « école » à l'autre, mais il est établi de manière permanente et stable pour le patient. Il n'est pas seulement matériel mais présuppose des modalités d'écoute et des modes d'intervention de la part de l'analyste en écho au travail de pensée du patient.

Face à ce « prêt-à-porter de luxe » que constitue la « cure type », les psychothérapies se présentent comme des opérations « sur mesure ». On ne saurait ici décrire toutes les variations qui caractérisent ces pratiques (variations du cadre proprement dit, références à la réalité matérielle, aux processus psychiques préconscients, à des productions de la réalité psychique, etc.). Ce sont elles qui contribuent à la flexibilité de la pratique et qui légitiment par conséquent leur diversité. Quand nous considérons la nécessité de tenir compte de l'hétérogénéité des pratiques, il ne s'agit donc pas de plaider pour des écarts incidents, mais bien de tenir compte de la structure même de la pratique thérapeutique qui limite considérablement les possibilités de définir ce qui est constant dans les techniques de prise en charge.

2. Pistes pour surmonter les obstacles à l'évaluation des soins en psychothérapie

Ces difficultés n'autorisent pas l'attitude radicale qui consisterait à dénier, à partir d'elles, toute possibilité d'évaluation des soins. Des études concernant les processus thérapeutiques observables au cours des séances sont donc indispensables, permettant de répondre entre autres à la question de savoir ce que font réellement les psychothérapeutes et s'ils appliquent bien les modèles qu'ils sont supposés appliquer. Cela n'est pas seulement vrai pour les thérapeutes, mais également pour les patients. Les psychothérapeutes sont souvent étonnés de la manière dont leurs anciens patients parlent de leur traitement et des prises de conscience qui les ont le mieux aidés (Gabbard, 2006).

Dans une étude menée sur les critères d'indication d'une psychothérapie dynamique (Widlöcher et al., 2004), nous avons pu montrer qu'il y avait une réelle différence entre les critères de jugement utilisés pour l'indication et ceux que le clinicien croyait utiliser. L'idée, tenue par certains comme la seule solution, serait d'objectiver la pratique par des méthodes d'enregistrements vocaux ou audiovisuels. La divergence ici est radicale entre partisans

et adversaires. Ce qui rend présentement le débat impossible, c'est que les partisans de l'une récusent tout autre démarche et que les adversaires ne veulent pas en tenir compte. La méthode du cas unique a au moins l'avantage de contourner la difficulté, mais l'avantage de son emploi demeure limité. Il est vain d'espérer que toutes le recours à des échantillons de grande taille puisse neutraliser ces variantes individuelles. Nous sommes donc condamnés à des demi-mesures. Cela ne doit pas nous décourager et nous devons nous rappeler que toutes les sciences humaines de la complexité sont exposées aux mêmes limitations. La solution la plus simple à la question est évidemment le recours à la méthode du cas unique. Je ne reviendrai pas ici sur l'intérêt et les limites de la méthode. Il est clair que surmonter cet obstacle de la définition du soin est sans doute un de ses avantages. C'est ce que rappellent les auteurs d'un travail récent (Lopez-Morens et al., 2005). En affinant l'analyse quantitative des dimensions propres au changement, en se servant du travail de supervision comme base de données pour évaluer ces variables dimensionnelles, les auteurs montrent surtout l'intérêt de confronter technique psychothérapeutique et processus de changement.

Une littérature récente importante montre bien que l'obstacle peut être plus aisément contourné dans l'évaluation à partir des pratiques que dans celle fondée sur une programmation a priori et sur les principes de l'*evidence-based medicine*. A. Kazdin et P.C. Kendall (1998) et J.-M. Thurin (2006) ont montré l'intérêt d'une forme de recherche qui consiste à démontrer la preuve par la pratique avant de justifier la pratique par la preuve : identification des dysfonctionnements clés et de leur fréquence dans une population de malades, mise en relation d'une procédure technique et du trouble identifié, recueil des données pour s'assurer de la validité de cette mise en relation, vérification éventuelle par des études contrôlées. À partir des pratiques, une série d'opérations permet de limiter le biais de l'hétérogénéité des stratégies thérapeutiques. Ces opérations prennent place avant, pendant et après l'étude. Avant, il s'agira de définir au mieux les grands cadres de la thérapie et les limites des écarts techniques dont le dépassement nécessiterait de retirer le cas de l'enquête. On veillera évidemment à ce que les praticiens, impliqués dans la recherche, aient des habitudes thérapeutiques voisines. Mais c'est durant l'étude que l'on s'efforcera de faciliter ce voisinage technique en recourant à des échanges réguliers entre praticiens, des audits sur le modèle de ce qui devra se faire dans le cadre des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Il s'agira d'une sorte d'auto-évaluation par des supervisions collectives et réciproques entre quatre à cinq thérapeutes exposant la clinique de leurs cas en traitement. Cela leur permettra de mieux comprendre le sens des différences dans leurs modes d'écoute et d'intervention. On pourra ainsi décrire des profils de pratique et des variations de stratégie en fonction des cas (et des thérapeutes !). Le grand avantage de recourir à des méthodes d'évaluation collective est de renforcer la cohésion du groupe des thérapeutes et de développer en cours même de recherche une plus grande cohérence des traitements et des stratégies utilisées.

Dans une perspective de recherche, on aura aussi recours à des *questionnaires* dont le plus prometteur semble être actuellement le Psychotherapy Process Q-Set (PQS) mis au point par E.E. Jones (2000). Ce questionnaire se compose de 100 items qui décrivent des comportements ou des attitudes du thérapeute, du patient ou d'experts extérieurs, exprimés dans un langage très concret qui évite toute référence à une théorie particulière. Chaque item est classé en 9 catégories allant du « pas du tout » à « très caractéristique de la séance ». On obtient ainsi une description de ce qui s'est passé au cours d'une séance.

Sont plus discutées les méthodes qui, à défaut d'objectiver les séances de traitement elles-mêmes, tentent de le faire soit par l'établissement d'un manuel technique dans lequel chaque clinicien devra mouler sa pratique, soit par l'enregistrement vidéo des séances d'audit et leur réexamen ultérieur par des observateurs neutres. Enfin, après l'étude, un réexamen des stratégies thérapeutiques permettra de définir les variantes techniques, éventuellement des profils de stratégie qui permettent de vérifier la représentativité des cas et de prendre en compte ces différences dans la discussion des résultats.

Les évaluations des pratiques donnent donc plus de souplesse à ces mesures d'évaluation des pratiques individuelles de soin. Plus de liberté est ici donnée au tact du thérapeute. Demeure bien entendu la question de savoir dans quelle mesure le clinicien est capable de décrire ce qu'il fait et non ce qu'il croit faire.

3. Conclusion

En définitive, ce qui demeure la pierre de touche est la qualité clinique, la compétence, du praticien. Le degré de liberté laissé à chaque thérapeute inspirera moins de doute sur la validité d'une certaine standardisation des soins si on a confiance dans les compétences, l'expérience et le tact des thérapeutes. Cela fait appel à ce qui pourrait être l'autre versant de la question, la qualité de la formation. Le « sur-mesure » de la psychothérapie nécessite encore plus d'expérience et de tact qu'un « prêt-à-porter » quand celui-ci n'est pas d'excellente qualité.

Bibliographie

- BLATT S.J. (1992), « The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients : the Meninger Psychotherapy Research Project Revisited », *J Am Psychoanal Association*, n° 40, p. 698-724.
- GABBARD G. (2006), « When is transference work useful in dynamic psychotherapy ? », *Am J Psychiatry*, n° 163, p. 1667-1669.
- JONES E.E. (2000), *Therapeutic action : a guide to psychoanalytic therapy*, Northvale, N.J., Jason Aronson.
- KAZDIN A.E., KENDALL P.C. (1998), « Current progress and future plans for developing effective treatments : comments and perspectives », *Journal of Clinical Psychology*, n° 27 (2), p. 217-226.
- LOPEZ-MORENS C.M., SCHALAYEFF C., ACOSTA S., et al. (2005), « Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a two years treatment, a simple case study », *Psychiatry Research*, n° 15 (3), p. 199-209.
- STIRMAN S.W., DERUBEIS R.J., CRITS-CHRISTOPH P., BRADY A. (2003), « Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients ? A new methodology and initial findings », *J of Consulting and Clinical Psychology*, n° 71 (6), p. 963-972.
- THURIN J.-M. (2006), « Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles : une nouvelle génération des recherches en psychothérapie », *Bull Psychologie*, n° 59, p. 575-584.
- WIDLÖCHER D., KOSMADAKIS S.C., BRACONNIER A., et al. (2004), « La Pratique des entretiens préliminaires de psychothérapie psychanalytique. Critères d'évaluation. Étude quantitative », *Ann Med Psychol*, n° 162, p. 271-278.

CHAPITRE 6

Méthodologie d'évaluation des psychothérapies : la question des mesures subjectives

B. Falissard

L'évaluation des thérapeutiques à l'aide d'essais cliniques est aujourd'hui considérée comme une évidence. La sortie de l'expertise Inserm (2004) sur l'évaluation des psychothérapies a cependant relancé la polémique sur l'applicabilité de ces essais cliniques à la psychiatrie, et en particulier à l'évaluation des psychothérapies.

L'objectif est ici de montrer que c'est l'évaluation d'une thérapeutique en général qui pose problème (problème qui n'est d'ailleurs pas encore totalement réglé) ; le domaine de la psychiatrie et des psychothérapies en particulier a des spécificités, c'est incontestable, mais celles-ci ne sont somme toute que marginales.

Pour atteindre cet objectif, nous allons considérer successivement quatre grands types de problèmes méthodologiques inhérents à l'évaluation de toute thérapeutique (Falissard, 2005) : la définition des prises en charge à comparer, la définition des critères d'inclusion et d'exclusion des sujets inclus dans les études, la comparabilité des différents groupes de traitement, et la définition des critères d'efficacité. Nous insisterons tout particulièrement sur ce dernier point : en effet, il a été régulièrement suggéré que « La souffrance psychique n'est ni évaluable, ni mesurable » (Dousté-Blazy, 2005). Si tel est le cas, il est illusoire de tenter de définir un critère d'efficacité d'une psychothérapie. Nous verrons cependant qu'une telle affirmation, pourtant assez intuitive, ne résiste pas à l'analyse.

1. Définition des prises en charge à comparer

Contrairement à ce que l'on pense souvent, la définition des traitements à comparer pose souvent problème dans les essais cliniques, y compris en médecine somatique. En cancérologie par exemple, les pratiques de référence ne sont pas toutes consensuelles : doit-on comparer un nouveau produit à une première, deuxième, troisième ligne de chimiothérapie, et à quelle posologie ? Doit-on associer au médicament une radiothérapie ou une chirurgie ?

Pour une thérapeutique psychiatrique, la question prend souvent la même allure. Pour une psychothérapie, la situation est peut-être encore plus complexe : il existe plusieurs centaines d'approches psychothérapeutiques ; à la limite, chaque psychothérapeute pratique sa propre forme de thérapie. Certes, cela complique singulièrement la méthodologie. Il n'y a pourtant là rien de rédhibitoire ; en effet :

- l'hétérogénéité des pratiques n'est tout de même pas totale ; il existe bien un noyau commun aux différentes thérapies comportementales et cognitives, et il en est de même pour les thérapies psychanalytiques brèves ;
- les psychothérapies ne sont pas les seules thérapeutiques à présenter cette spécificité : les chirurgiens ont une pratique qui s'inscrit aussi dans la singularité ; personne ne considère cependant que les interventions chirurgicales ne peuvent (ou ne doivent) pas être évaluées ;
- si évaluer une psychothérapie impose effectivement de définir avec un minimum de précision les cadres thérapeutiques à comparer, l'expérience prouve qu'un tel effort de mise à plat des pratiques est souvent salutaire et source de progrès.

2. Définition des critères d'inclusion et d'exclusion des sujets inclus dans les études

Cette question renvoie à la notion de phénotype clinique, de maladie. On remarquera à ce propos que la nature catégorielle des phénotypes ou des maladies n'est pas une évidence ; en effet, les processus physiopathologiques sous-jacents aux maladies obéissent souvent à une logique dimensionnelle. Il en est d'ailleurs de même pour de nombreux troubles : l'asthme, la dépression, l'arthrose de hanche peuvent être considérés avec une gradation d'intensité. Cela peut se concevoir également pour des pathologies cancéreuses, où les formes *in situ*, voire les simples dysplasies, peuvent être considérées comme d'intensité intermédiaire.

En fait, c'est la thérapeutique, et non la physiopathologie, qui a dicté le caractère catégoriel des maladies. Si, dans l'arthrose de hanche, on peut envisager un continuum d'intensité de la pathologie (correspondant à un continuum de destruction du cartilage), la décision de poser une prothèse totale de hanche ne pourra être, elle, que binaire, donc catégorielle.

Ainsi, c'est dans le but de faciliter l'opérationnalisation de la décision thérapeutique que la nosographie médicale est construite sur la base de catégories.

La caractérisation des maladies, la définition de critères diagnostiques est une tâche qui passionne les cliniciens et l'on dispose aujourd'hui, en médecine somatique comme en psychiatrie, de systèmes critériologiques opérationnels, sinon consensuels. On pensera par exemple à la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les sociétés savantes sont aussi très actives dans ce domaine ; on pensera ici à l'American College of Rheumatology (ACR) et à sa liste bien connue de 11 critères pour établir un diagnostic de lupus érythémateux disséminé. L'American Psychiatric Association (APA) a élaboré, quant à elle, un *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM), lui aussi très utilisé.

Si ces systématisations manquent souvent de finesse dans l'explicitation des tableaux cliniques, elles ont la vertu d'homogénéiser les diagnostics et sont de ce fait très utiles pour la recherche. Qui plus est, elles bénéficient généralement d'un minimum de validation expérimentale, sur la base d'une bonne homogénéité des patients au sein des catégories diagnostiques choisies et d'une capacité discriminante intéressante en termes de choix thérapeutique et de pronostic.

Ces classifications doivent cependant éviter le piège de l'excès d'académisme. Les noms des maladies sont en effet non seulement utilisés par les acteurs de la recherche clinique et épidémiologique, mais aussi par les médecins praticiens et par les citoyens. Il est indispensable que ces derniers ne perdent pas complètement leurs repères à l'occasion d'une évolution de la nosographie. On pensera à ce propos à la quasi-disparition des notions de névrose et de psychose dans le DSM.

Revenons maintenant à l'objet de cette partie : quels patients doit-on inclure dans les études d'évaluation des thérapeutiques psychiatriques, en particulier les études évaluant les psychothérapies ? Pour les études médicamenteuses, les critères du DSM sont généralement utilisés tels quels ; ils ont le mérite d'être le plus souvent simples et raisonnables. En ce qui concerne les psychothérapies, il faut utiliser des critères de sélection compatibles avec les cadres conceptuels que les psychothérapeutes utilisent au quotidien ; il faut en outre que ces critères soient suffisamment reproductibles. La tâche est d'autant plus ardue que des cadres psychothérapeutiques différents peuvent s'intéresser à des aspects différents de la souffrance psychique : symptômes ou mal-être existentiel par exemple ; ils relèvent donc potentiellement de critères de sélection différents. De prime abord, le challenge est impossible à tenir. En pratique, les critères du DSM sont généralement utilisés ici aussi. On pourrait sûrement espérer mieux. Ces critères ont cependant l'avantage de permettre les comparaisons de résultats d'études réalisées dans des pays différents ; ils sont par ailleurs assez efficaces pour caractériser les pathologies psychiatriques les plus classiques (troubles dépressifs,

anxieux, schizophréniques). Au demeurant, cela n'empêche pas de promouvoir la réalisation d'études où les critères d'inclusion seraient moins standardisés et plus proches de ceux utilisés par les psychothérapeutes. On remarquera que l'évaluation du médicament évolue d'ailleurs actuellement dans cette direction, en psychiatrie ainsi que dans les pathologies somatiques : les autorités de santé imposent de plus en plus la réalisation d'études dites « en vie réelle ».

3. La comparabilité des différents groupes de traitement

Dans un essai thérapeutique, la comparabilité des groupes de sujets est traditionnellement garantie par le recours à la statistique ainsi que par l'attribution aléatoire des traitements à comparer. Ce tirage au sort, utile car il permet d'éliminer la quasi-totalité des sources de biais, peut poser problème : les patients ne sont a priori pas neutres vis-à-vis des différentes modalités de prise en charge psychothérapeutique ; ne pas les laisser libres de leur choix, c'est interférer avec le processus de soin et donc modifier potentiellement son efficacité. Il y a du vrai dans un argument de ce type. Si le tirage au sort est considéré comme insupportable, il est toujours possible de réaliser des études non randomisées : les résultats sont plus délicats à interpréter, les analyses sont plus complexes, mais c'est incontestablement bien mieux que de ne rien faire.

4. La définition des critères d'efficacité

Il est d'usage de considérer que les critères d'efficacité utilisés dans les essais portant sur des pathologies psychiatriques sont subjectifs, alors qu'ils seraient objectifs dans les essais portant sur des pathologies somatiques. C'est en réalité inexact.

Dans l'asthme, par exemple, les critères d'efficacité des thérapeutiques sont actuellement le VEMS (volume expiré maximum seconde) et la qualité de la vie. Ces deux types de critère correspondent à deux situations fort différentes. Dans le premier cas, il s'agit effectivement d'une variable biologique objective ; dans le second cas, il s'agit d'un concept subjectif assez vague. Les notions de subjectivité et d'objectivité introduites ici le sont d'ailleurs bien à propos : l'adjectif « subjectif » est en effet défini comme « ce qui concerne le sujet en tant qu'être conscient » (*Le Petit Robert*) ; on oppose ainsi classiquement la subjectivité (relative au sujet pensant) à l'objectivité (relative à l'objet pensé). Le VEMS est bien relatif au poumon et à son fonctionnement (objet pensé), la qualité de la vie, elle, ne peut être que celle d'un sujet pensant.

Bien entendu, la place de la subjectivité est centrale en psychiatrie, alors qu'elle est peut-être simplement importante dans les pathologies

somatiques. Une question se pose à ce stade : en recherche médicale, les mesures subjectives peuvent-elles revendiquer un statut de scientificité comparable à celui des mesures objectives ? Autrement dit, peut-on mesurer la subjectivité ?

5. Mesurer la subjectivité : définitions

S'interroger autour du thème de la mesure de la subjectivité implique de définir deux termes : subjectivité et mesure. Ces deux mots apparaissent au premier abord d'un niveau de difficulté différent. Cela se vérifie bien à la réflexion, la surprise venant néanmoins du terme facile à définir et de celui au sens plus délicat...

On oppose classiquement la subjectivité (relative au sujet pensant) à l'objectivité (relative à l'objet pensé). Tout est dit en ces quelques mots. On constatera notamment que le subjectif n'est pas réductible à l'objectif. Certains pourraient, en effet, être tentés de résoudre la question des mesures subjectives en cherchant une mesure objective pouvant faire office de mesure de référence ; cela n'est pourtant pas aussi simple. Prenons l'exemple de la somnolence. La somnolence est un authentique attribut subjectif et il existe des questionnaires (nous en verrons un plus loin) permettant d'interroger un sujet sur son niveau de somnolence. Il est, en outre, possible d'envisager une mesure objective de somnolence en ayant recours à la mesure d'une latence d'endormissement objectivée par un électroencéphalogramme (EEG). En fait, les deux mesures s'intéressent à des entités différentes : le questionnaire évalue le niveau de somnolence ressenti par le patient (mesure subjective), alors que la latence d'endormissement évalue la rapidité d'endormissement (mesure objective ; on s'intéresse ici au cerveau et non au sujet « pensant »). On ne peut donc pas véritablement considérer qu'une de ces deux mesures puisse servir de référence (même si l'existence d'une corrélation forte entre les deux sera, bien sûr, très intéressante en pratique).

Curieusement, les difficultés sont bien plus grandes quand on s'interroge sur la définition d'une mesure, et cela n'est pas propre au domaine des mesures subjectives. Ainsi, les physiciens des particules reconnaissent souvent qu'il leur est impossible de définir véritablement ce qu'est une mesure, tout en précisant, cependant, que cela ne les empêche nullement d'en réaliser (Brezin, 1997).

Il existe une définition courante : « une mesure, c'est la quantification de l'attribut d'un objet (ou d'un sujet en ce qui nous concerne) ». Ainsi, dire d'un sac qu'il pèse 10 kg, c'est bien quantifier (attribuer un nombre) l'attribut (la masse) d'un objet (le sac). Cette définition est pourtant peu satisfaisante : à quoi correspond cette quantification (tout est là) ? Quelle est la « réalité » de l'attribut d'un objet ou d'un sujet ? (Qu'est-ce qu'une masse ? Quelle est la réalité de la tristesse d'un sujet ? Masse et tristesse sont-elles plus que des mots ? Assurément, mais en quoi ?)

En fait, plusieurs tentatives de définition du concept de mesure ont pu être proposées, chacune ayant des implications épistémologiques différentes. Dans le domaine de la subjectivité, trois grandes approches sont souvent présentées (Dickes et al., 1994).

1. L'approche classique est celle des physiciens. Dans ce cas, la mesure est un nombre, qui va pouvoir être manipulé au moyen de formules, et ce afin de construire des lois, permettant d'expliquer et de prédire les phénomènes que l'on observe (si l'on sait mesurer une longueur et une durée, il est possible d'élaborer une théorie de la gravitation, qui permettra de prédire la survenue d'éclipses, de fortes marées, etc.). Mais comment espérer raisonnablement écrire des équations incluant des paramètres comme la tristesse ?
2. L'approche opérationnelle dépasse, en abstraction, le point de vue classique. La mesure devient une simple opération, un processus qui conduit à un nombre (je me refuse à comprendre la nature du temps et de l'espace, j'utilise simplement les valeurs numériques que me donnent mes instruments – horloges, balances, etc. – dans le but d'élaborer des théories, purement formelles, dont l'unique intérêt est de me permettre de construire des ponts, d'aller sur la lune, etc.). Poussée à l'extrême, une telle approche aboutit à se priver de toute possibilité d'interprétation : si j'explore la tristesse d'un sujet au moyen d'instruments de mesure subjective, mes conclusions ne pourront pas, en principe, porter sur les sentiments ressentis par le sujet, mais seulement sur les valeurs numériques fournies par les instruments. Alors, à quoi sert l'expérience ? Ce qui nous intéresse, c'est bel et bien ce que ressent le sujet et non les scores obtenus à des instruments dont on ne peut interpréter le sens intrinsèque.

S'interdire le recours à toute interprétation peut, certes, parfois avoir un sens en physique. L'infiniment petit ou l'infiniment grand a bien peu de signification pour un être humain ; en physique des particules, l'interprétation naît ainsi directement du formalisme mathématique (ce sont les modèles mathématiques qui permettent au physicien de se représenter la réalité qu'il tente d'appréhender). C'est en revanche une attitude difficile à admettre dans des disciplines dont l'objet est la subjectivité.

3. Une troisième approche du concept de mesure est l'approche représentationnelle, pour laquelle « la mesure est la représentation numérique de faits empiriques » (Dickes et al., 1994) La mesure est donc avant tout une commodité, un outil qui permet de mieux se représenter les faits que l'on étudie. Cette définition, séduisante par sa simplicité, a néanmoins l'inconvénient de recourir au terme de « représentation », dont le sens est pour le moins vague ; mais peut-être est-il difficile de faire autrement ?

S'il fallait retenir une définition du mot « mesure », c'est peut-être cette dernière que nous choisirions. Elle a, en effet, le grand mérite de nous rappeler qu'une mesure n'est pas une fin en soi, qu'elle a pour simple but de faciliter la compréhension de phénomènes trop complexes pour être appréhendés directement. Dans le domaine des mesures subjectives

en particulier, la mesure a ainsi pour ultime ambition de s'effacer afin de permettre la révélation du concept qu'elle représente.

6. Mesures subjectives et mesures objectives : les différences

Au premier abord, les différences entre ces deux types de mesure conduisent à la même conclusion pessimiste : une mesure subjective, contrairement à une mesure objective, ne peut raisonnablement pas accéder à un statut scientifique. Curieusement, cependant, dès que l'on examine les arguments pouvant nous venir à l'esprit en faveur de cette impression, le point de vue n'apparaît plus aussi tranché.

- *1^{er} argument* : « un attribut subjectif ne correspond à rien de concret, tout juste à un mot, qui plus est au sens généralement imprécis ». Il serait donc illusoire d'espérer en obtenir une mesure scientifiquement acceptable. Prenons l'exemple de la tristesse. Il est vrai que, curieusement, il est difficile d'en obtenir une définition²³, mais est-ce pour cela que le sens de ce mot est imprécis ? Bien au contraire. La tristesse est un sentiment élémentaire que tout être humain a déjà éprouvé. Il suffit, en fait, que je dise : « je suis triste » pour que n'importe quelle personne sache exactement ce que je ressens. Pour le moins, on ne peut voir ici aucune imprécision.
- *2^e argument* : « par définition, un élément subjectif est relatif à ce que ressent un individu ; or il est impossible d'avoir la moindre preuve qu'une personne ressent bel et bien ce qu'elle dit ressentir » (si tant est que « ressentir bel et bien quelque chose » ait un sens). Il serait donc de nouveau impossible d'espérer obtenir une mesure scientifiquement acceptable de l'élément subjectif en question. Trois objections peuvent néanmoins être formulées à l'encontre de cet argument.
 - La première objection est classique mais peu satisfaisante : on pourrait ne travailler que sur ce que dit l'individu et non pas sur ce qu'il est censé ressentir. Nous retrouvons ici une attitude proche de celle préconisée par les tenants de la théorie opérationnelle de la mesure, théorie que nous avons écartée plus haut : cela ne sert à rien de demander à quelqu'un s'il est triste, si c'est pour discuter du seul contenu de son discours et s'interdire de faire la moindre interprétation des sentiments qu'il dit éprouver.
 - La deuxième objection à opposer au manque de crédibilité d'un sujet dont on étudie certains paramètres subjectifs est pratique. Pour

23. Bien souvent, des synonymes tels que « chagrin » ou « mélancolie » sont proposés, termes eux-mêmes définis à partir des mots « triste » ou « attristé ». *Le Petit Robert* évite cet écueil en suggérant la définition : « état affectif pénible, calme et durable ». On remarquera cependant que le remords, par exemple, obéit à la même définition ; or remords et tristesse sont des sentiments clairement distincts. Enfin, on propose parfois : « état affectif associé à la perte d'objet » ; très séduisante, cette approche a néanmoins le désavantage de recourir implicitement à une théorie (psychanalytique), ce qui ne va pas sans poser problème pour une définition.

des questions sans véritable enjeu, si la réponse est recueillie dans un environnement de confiance, il est peu probable que le sujet exprime quelque chose de véritablement différent de ce qu'il éprouve.

- La troisième objection consiste en un artifice méthodologique, celui de l'hétéroévaluation (terme signifiant que la mesure sera effectuée à partir de l'observation d'un tiers et non à partir de l'évaluation du sujet par lui-même). Le principe d'une mesure subjective obtenue par hétéroévaluation repose sur une aptitude humaine largement partagée : l'empathie. Quand deux personnes discutent suffisamment longtemps, en toute confiance, dans un environnement calme et sécurisant, elles parviennent chacune, plus ou moins consciemment, à ressentir intérioritément, a minima, ce que l'autre ressent. Pour évaluer une caractéristique subjective de l'une, il peut suffire, alors, d'interroger l'autre ; si cette dernière fait en outre partie des expérimentateurs, on peut alors espérer que ce qu'elle rapporte est un fidèle reflet de ce qu'elle perçoit.

Le biais du manque de crédibilité du sujet exploré est ainsi, en théorie, en grande partie éliminé. On pourra remarquer qu'un tel type de mesure, s'il peut paraître surprenant (le sujet exploré étant, a priori, le plus apte à rapporter ce qu'il ressent), est parfois particulièrement adapté aux mesures effectuées en médecine : en psychiatrie, c'est souvent une évidence (un patient mélancolique et délirant aura bien du mal à se représenter et à rapporter avec justesse la qualité de ses émotions) ; plus généralement, le fait même d'être malade est susceptible de biaiser l'appréciation que le sujet porte sur certains de ses états propres subjectifs.

À titre d'anecdote, on remarquera que le principe d'une mesure obtenue seulement de façon indirecte – comme c'est le cas dans une hétéroévaluation – se retrouve souvent dans le cadre des mesures physiques. Il en est ainsi, notamment, du fonctionnement du thermomètre à mercure : par contact, l'objet à mesurer et le mercure arrivent à la même température ; c'est finalement la température du mercure qui sera mesurée en évaluant l'importance de sa dilatation.

Enfin, une mesure effectuée par hétéroévaluation bénéficie d'une propriété scientifique fondamentale : la possibilité d'en estimer la variabilité et donc de disposer d'un ordre de grandeur de l'erreur de mesure. En pratique, cette variabilité est estimée au moyen d'un protocole où plusieurs expérimentateurs évaluent le même sujet. Il est très difficile – voire impossible – d'obtenir une telle estimation de l'erreur de mesure dans le cadre d'une autoévaluation.

- 3^e *argument* susceptible d'opposer les mesures subjectives aux mesures objectives : « quelle qu'en soit la cause, les mesures subjectives ne disposeront jamais d'un niveau de précision comparable à celui de la physique, par exemple ; l'écart est tel qu'aucune discipline de la subjectivité ne pourra espérer atteindre un stade véritablement scientifique ». Il est vrai que le niveau actuel de précision des mesures subjectives (en santé tout particulièrement), quand on peut le déterminer, est souvent médiocre ou mauvais. Mais cela est-il rédhitoire quant à la scientificité des

disciplines de la subjectivité ? Rien n'est moins sûr, et ce d'autant plus que l'on observe une évolution parallèle des paradigmes²⁴ de mesure dans les disciplines de la subjectivité et dans les sciences les plus « objectives », la physique notamment.

7. Mesures subjectives et mesures objectives : les convergences

Dans ce qui suit, nous allons voir comment les méthodes de mesure objectives ou subjectives traduisent au départ une simple impression ; on peut alors parler de mesure « impression ». Ces méthodes évoluent ensuite en recourant à un étalonnage ; on peut parler ici de mesure « étalon ». Finalement, la méthode de mesure s'intègre dans un système théorique où l'on ne peut plus différencier les processus de mesure des concepts à mesurer ; d'où, cette fois, le terme de mesure « théorie ».

Imaginons l'expérience suivante : on vous présente un sac rempli d'objets divers. Vous le soupesez et devez vous prononcer sur sa lourdeur. Si l'on vous interdit de vous référer même indirectement à une unité de poids, comme le kilogramme, vous allez devoir vous contenter d'expressions du type : « c'est très lourd », « peu lourd », etc. En fin de compte, cela ne vous éloignera pas beaucoup de certains instruments de mesure subjective couramment utilisés dans le domaine de la santé ; c'est le cas, par exemple, d'une échelle d'impression clinique globale comme la Clinical Global Impression scale (CGI ; Guelfi, 1993). Dans le cas de la dépression, cette échelle prend la forme reproduite dans la figure 6.1.

Revenons à notre expérience imaginaire de pesée. Pour se prononcer sur la lourdeur du sac, on peut, dans le but de préciser notre impression, indiquer qu'il est lourd « comme deux ou trois dictionnaires ». Cependant, on introduit alors implicitement l'ébauche d'un système d'étalonnage, ce qui constitue un saut qualitatif indéniable dans la conceptualisation de la notion de mesure : cette dernière n'est plus la simple appréciation d'une impression du type « c'est très lourd », « peu lourd », etc., mais une comparaison avec la lourdeur d'objets de référence. Si l'on conçoit le stade de l'étalonnage²⁵ comme un nouveau paradigme de mesure, on remarquera que les mesures

24. Dans son sens courant, le terme « paradigme » désigne un « mot type qui est donné comme modèle pour une déclinaison, une conjugaison (le paradigme de la conjugaison des verbes du premier groupe est le verbe “chanter”) » ; il est, en ce sens, synonyme de modèle ou d'exemple. En épistémologie, il a été utilisé par Kuhn pour désigner les accomplissements passés pouvant servir d'exemples et remplacer les règles explicitées, en tant que bases de solution pour les énigmes qui subsistent dans la science normale [1] ; par exemple, l'expérience dite du labyrinthe en « T » est un paradigme de la théorie du conditionnement opérant de Skinner, l'auscultation est le paradigme de l'examen clinique tel qu'on le pratique depuis Laennec. C'est en ce sens que ce mot est utilisé ici.

25. Le terme d'étalonnage est entendu ici dans son sens métrologique (repères fixes auxquels se réfèrent la mesure) et non dans son sens de normalisation ou standardisation d'une mesure à partir d'une population de référence.

En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patient, quel est le niveau de gravité de l'état dépressif du patient ?		
Non évalué	<input type="checkbox"/>	0
Normal, pas du tout malade	<input type="checkbox"/>	1
À la limite	<input type="checkbox"/>	2
Légèrement malade	<input type="checkbox"/>	3
Modérément malade	<input type="checkbox"/>	4
Manifestement malade.....	<input type="checkbox"/>	5
Gravement malade.....	<input type="checkbox"/>	6
Parmi les patients les plus malades.....	<input type="checkbox"/>	7

FIGURE 6.1. ÉCHELLE DE LA DÉPRESSION.

subjectives ne manquent pas d'y recourir. À titre d'exemple, on peut citer un questionnaire de mesure de la somnolence : le Stanford Sleepiness Scale (SSS ; Hooddes et al., 1973 ; Schulz et al., 1982), présenté dans la figure 6.2.

Chacune des modalités de réponse de cet instrument peut être considérée comme la référence d'un certain niveau de somnolence ; cela correspond bien au principe d'un d'étalonnage. Ce dernier, il est vrai, est assez limité. Un expérimentateur désireux de l'améliorer pourrait multiplier le nombre

Choisissez la phrase correspondant au mieux à votre état de somnolence actuel :		
Énergique, tout à fait réveillé	<input type="checkbox"/>	1
État d'éveil très bon, mais pas le meilleur. Capable de me concentrer.....	<input type="checkbox"/>	2
Décontracté, éveillé, conscient de l'environnement	<input type="checkbox"/>	3
Légère sédation, pas au maximum de ma forme, je laisse aller	<input type="checkbox"/>	4
Sédation moyenne. Je commence à perdre l'envie de rester éveillé, je suis ralenti	<input type="checkbox"/>	5
Je me sens endormi. Je préfère être couché.		
Je combats l'endormissement. Vaseux	<input type="checkbox"/>	6
Je dors presque. J'ai perdu l'énergie de rester éveillé	<input type="checkbox"/>	7

FIGURE 6.2. LE QUESTIONNAIRE DE LA SOMNOLENCE STANFORD SLEEPINESS SCALE (SSS).

de références ; on comprend néanmoins que cela risque d'être rapidement difficile. Qui plus est, un certain niveau d'indécision apparaît généralement si l'on augmente le nombre de modalités de réponse : il devient en effet difficile de déterminer avec certitude le niveau qui correspond le mieux à notre sentiment intérieur quand les échelons sont trop peu différents.

Dans un même ordre d'idée, on remarquera que les physiciens ont rencontré des difficultés avec le paradigme d'étalonnage (pour des niveaux de précision radicalement différents, bien entendu) : le mètre, défini en 1799 au moyen d'un prototype unique déposé au pavillon de Breteuil, a, au fil des ans, posé des problèmes de reproductibilité rendant difficiles certaines expériences de physique de haute précision. Une nouvelle définition a été adoptée en 1983 ; le mètre devient alors la longueur du trajet parcouru dans le vide par la lumière pendant une durée de $1/299.792.458$ de seconde. Cette nouvelle définition marque une rupture épistémologique majeure en métrologie : l'étalon n'est plus un simple niveau de référence auquel on peut comparer l'objet que l'on souhaite mesurer ; l'étalon fait partie intégrante d'une théorie au sens fort du terme. En effet, cette définition du mètre implique que la vitesse de la lumière dans le vide est une constante, ce qui est un postulat tellement peu anodin qu'il est en totale contradiction avec le sens commun. La vitesse d'un objet n'a, en effet, de sens que par rapport à un observateur donné : une voiture roule à 100 km/h par rapport à un observateur immobile sur la route, alors que la vitesse de cette même voiture est nulle par rapport à l'un de ses passagers. Il est donc nécessaire de montrer que la vitesse de la lumière est une constante ; mais cela ne peut se faire que très indirectement, par exemple en observant, dans des conditions expérimentales précises, les franges d'interférence d'une lumière monochromatique (expérience de Michelson). Or, l'interprétation d'une telle expérience n'est possible qu'en acceptant le fait que la lumière présente, au moins pour certains de ces aspects, un caractère ondulatoire ; ce qui, de nouveau, doit être prouvé, etc. Qui plus est, ces expériences nécessitent toutes la mesure de distances, ce qui implique en particulier de disposer d'une définition du mètre !

En fin de compte, actuellement, la validité de la méthode de référence utilisée pour mesurer une longueur, voire le concept de longueur lui-même, est totalement dépendante de la validité de la théorie physique contemporaine dans son ensemble. Nous sommes donc en présence d'un nouveau type de paradigme de mesure, fondé sur une théorie de la grandeur que l'on souhaite mesurer. De nombreux instruments de mesures subjectives relèvent d'un tel paradigme ; c'est notamment le cas des instruments à plusieurs items, dépendant étroitement d'une théorie définitoire (celle qui a présidé au choix des items constituant l'instrument).

8. Mesures subjectives : synthèse

À la lumière de ces réflexions, nous constatons que si l'on entend parfois à propos de l'évaluation des thérapeutiques en psychiatrie, en particulier des psychothérapies, que « la souffrance psychique ne peut se mesurer »,

il s'agit là d'un malentendu (doublé parfois d'une attitude défensive vis-à-vis de la chose numérique). La souffrance psychique ne peut se résumer à un nombre, bien évidemment. En revanche, il nous arrive tous les jours de considérer que « Mme X va beaucoup mieux » ou que « Mme X va plus mal ». Plutôt que de se limiter à de tels qualificatifs, on peut aussi tenter de représenter numériquement l'amélioration ou la dégradation de Mme X. Ces évaluations numériques ont pour avantage de faciliter la comparaison de groupes de patients ; elles ont pour principal inconvénient de ne pas être congruentes avec nos représentations habituelles de l'état psychique de nos patients. Bien sûr, la prudence s'impose lors du choix et de l'interprétation de telles mesures qui, on ne le répétera jamais assez, ne sont que de simples représentations du niveau de souffrance psychique (par exemple) du sujet.

Pour clore ce paragraphe, rappelons enfin que la question du critère d'efficacité se pose de façon tout aussi aiguë dans les spécialités somatiques : que vaut une augmentation de survie de 3 mois quand elle est au prix d'un traitement entraînant pendant 6 mois des effets secondaires majeurs ? Rappelons aussi que si le nombre est définitivement considéré par certains comme incompatible avec les problématiques de santé mentale, rien ne les empêche d'utiliser des critères d'évaluation moins controversés comme la survenue d'une rechute, d'une tentative de suicide ou d'une hospitalisation.

9. Conclusion

L'évaluation d'une thérapeutique est toujours un problème complexe, qui ne possède, en médecine somatique comme dans le domaine des thérapeutiques psychiatriques médicamenteuses ou des psychothérapies, aucune solution définitive. L'étude de cas cliniques, de trajectoires de patients en cours de thérapie est parfois source de renseignements intéressants ; elle ne peut cependant se substituer à la comparaison de groupes de patients pris en charge selon des modalités différentes. Il arrive que les limites méthodologiques que nous venons d'examiner rendent l'interprétation des résultats difficile, voire impossible. Il arrive tout aussi souvent que, malgré ces mêmes limites, les conclusions soient claires. Par ailleurs, l'évaluation des thérapeutiques en médecine somatique, en particulier les prises en charge chirurgicales, pose elle aussi question ; personne ne remet pourtant en doute l'utilité des essais cliniques dans ces spécialités. Il faut donc arrêter de se plaindre, à juste titre du discrédit des psychothérapies dans le système de soin français. Il faut plutôt mettre en place des protocoles d'évaluation compatibles avec les pratiques psychothérapeutiques françaises pour prouver leur valeur à la collectivité et en tirer les conclusions politiques qui s'imposent quant à la nécessité de les prendre en charge par la collectivité.

Bibliographie

- BREZIN E. (1997), communication orale, Colloque de la Société française de physique, « Prédiction et probabilité dans les sciences », 22 janvier.
- DICKES P., TOURNOIS J., FLIELLER A., KOP J.-L. (1994), *La Psychométrie*, Paris, PUF.
- DOUSTE-BLAZY P. (2005), discours du 4 février, disponible sur http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_050204pdb.htm
- FALISSARD B. (2005), *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie*, 3^e éd., Paris, Masson.
- GUEIFI J.-D. (1993), *L'Évaluation clinique standardisée*, Castres, Éditions Médicales Pierre Fabre.
- HOODDES E., ZARCONI V., SMYTHE H., et al. (1973), « Quantification of sleepiness : a new approach », *Psychophysiology*, n° 10, p. 431-436.
- INSERM (2004), *Psychothérapie. Trois approches évaluées* (CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B., FLAMENT M.), Paris, INSERM.
- KUHN Th. (1983), *La structure des révolutions scientifiques* (trad. fr.), Paris, Flammarion.
- ROBERT P. (1996), *Le Nouveau Petit Robert*, Paris, Dictionnaires Le Robert.
- SCHULZ P., WALZER A., MEYER J.J., et al. (1982), « Traduction française de la Stanford Sleepiness Scale (SSS) et utilisation de cette échelle de sédation après dose unique de midazolam ou d'amitriptyline », *Agressology*, n° 24, p. 357-359.

Pour en savoir plus

- BERTHIER M. (1999), *Physiopathologie du psoriasis : une évolution discontinue des connaissances ?*, thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de médecine Necker-Enfants-Malades.
- FALISSARD B. (2001), *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique*, Paris, Masson.
- MICHELLI J. (1986), « Measurement scales and statistics : A clash of paradigms », *Psychological Bulletin*, n° 100, p. 398-407.

CHAPITRE 7

L'évaluation des psychothérapies dans la psychiatrie contemporaine

J. D. Guelfi

Les polémiques développées autour du thème de l'évaluation des psychothérapies dans la psychiatrie tiennent à ce que le champ des psychothérapies – et celui de la psychanalyse – déborde largement celui de la médecine.

Pour certains, la psychiatrie est une branche de la médecine et les psychothérapies sont des variétés de traitement qui doivent obéir aux mêmes règles que celles qui régissent l'ensemble des autres thérapeutiques.

Pour d'autres, le modèle médical représente une entrave voire un abus de pouvoir dans le domaine des psychothérapies. L'évaluation du résultat au sens où on l'entend généralement n'est qu'un leurre et une illusion scientifique.

En tant que médecin psychiatre, je me situe délibérément – et a priori – parmi les partisans de l'évaluation des psychothérapies. Toutefois, la spécificité de ce domaine mérite très vraisemblablement une approche méthodologique originale. En effet, l'immense majorité des psychothérapeutes – quelle que soit leur orientation théorique – se rejoignent pour admettre que la nosographie psychiatrique n'est pas d'une grande aide pour fixer les indications thérapeutiques et il n'est pas établi que le modèle « pharmacoclinique », qui permet de juger des effets d'un médicament, soit le meilleur modèle à appliquer aux évaluations des psychothérapies.

J'aborderai tout d'abord les enjeux de la polémique actuelle et les solutions envisageables. Je pense qu'il existe une troisième voie entre le front du refus systématique de toute évaluation et l'adoption sans nuance du modèle médical traditionnel, et que l'opposition entre les approches quantitatives et qualitatives de l'évaluation n'est pas inéluctable (Perron, 2006).

1. Les enjeux du débat sur les méthodes évaluatives

Les principales variétés de psychothérapie ont aujourd'hui fait la preuve de leur efficacité. Mais il est nécessaire de mieux en cerner les indications thérapeutiques et de mieux établir les critères de choix d'une technique à préconiser pour aboutir à une « décision empirique raisonnée ».

Les éléments déterminants du choix d'une méthode thérapeutique ne dépendent guère de la nosographie mais plutôt des capacités de changement, des désirs, conscients et inconscients, de changement ; ils dépendent aussi de la marge de manœuvre qui existe au sein des dimensions psychologiques de flexibilité et de rigidité, de la richesse de la fantasmatisation, des aptitudes verbales, de la variété privilégiée de l'expression corporelle, des capacités à établir avec tel thérapeute une « alliance thérapeutique » de qualité. Ces différents facteurs sont évaluables ; la majorité des médecins et des psychothérapeutes font d'ailleurs quotidiennement ce type d'évaluation sans obligatoirement en avoir clairement conscience. Tout choix repose en réalité sur une évaluation. Lorsque je préconise telle approche thérapeutique plutôt qu'une autre, c'est parce que j'estime que tel traitement a plus de chances d'être efficace que tel autre. J'ai effectué ce choix avec les éléments à ma disposition, avec mon expérience, mes connaissances, celles que j'ai du patient, des attentes que j'ai perçues chez lui, les miennes, etc. Cela est une estimation probabiliste, systématique lors de tout choix thérapeutique.

Les principaux arguments des adversaires de l'évaluation concernent le caractère « pseudo-scientifique » de celle-ci et les risques d'une médicalisation excessive de la société (Gori et Del Volgo, 2005), avec la disparition du sujet dans toute démarche de classement de groupes d'individus. Il est exact que l'utilisation d'instruments comme les échelles d'évaluation ou les listes de critères diagnostiques comprend inévitablement des risques d'instrumentalisation et de schématisation, de réductionnisme, mais cela ne condamne pas pour autant la démarche elle-même.

Les fondements de la méthodologie de l'évaluation des psychothérapies sont en réalité bien connus depuis plus de cinquante années. Les premières recherches ont en effet été développées à partir des travaux de R.S. Wallerstein et L. Luborsky en 1956 (Wallerstein et al., 1956), des études de la Menninger Clinic aux États-Unis dans les années 1970 (Luborsky, 1975), des textes de S.L. Garfield et A.E. Bergin (1971, 1978), du livre français de P. Gérin *L'Évaluation des psychothérapies* (1984), suivi de *Psychothérapies et changements. Méthodologie de leur évaluation* (Gérin et al., 1991). (Voir aussi infra le chapitre 11 de M. Robert.)

Le débat sur la pertinence des évaluations des psychothérapies est le même que celui qui oppose les défenseurs et les pourfendeurs de l'organisation d'un système de soins. Toute organisation impose des règles. Plus un système est complexe, plus les règles qui le concernent le sont. Cette complexité impose inéluctablement des catégorisations et des lois.

2. Le rapport de l'Inserm : réactions, résultats et leçons

Le rapport de l'Inserm de 2004 a permis d'établir que, sur 16 troubles fréquemment rencontrés en psychiatrie, l'efficacité de la thérapie pouvait être considérée comme *établie* pour 15 d'entre eux avec la thérapie comportementale et cognitive, pour 5 avec la thérapie familiale et pour un seul avec la psychanalyse. Cela ne signifie assurément pas – contrairement à ce que l'on a voulu faire dire à cette analyse – que la psychanalyse est dénuée d'efficacité pour les 15 autres troubles, mais seulement que son efficacité n'a pas été établie par un nombre suffisant d'études dans lesdites indications.

2.1. Biais statistiques, erreurs et préjugés

Le niveau des critiques adressées au rapport de l'Inserm est évidemment variable. Il y a eu certes le mouvement emporté du ministre de la Santé de l'époque, Philippe Douste-Blazy, le 5 février 2005 à la Mutualité : « La souffrance psychique est difficilement communicable, elle n'est en tout cas ni évaluable, ni mesurable » ; il y a eu des qualificatifs et termes désobligeants les plus divers à propos du rapport Inserm : « honteux », « imposture intellectuelle », « stupide », etc. Mais il y a eu aussi des positions mesurées et des débats utiles comme la critique, pourtant violente, de Roger Perron et al. (2004). Philippe Cialdella a de son côté publié, en 2007, dans l'*Encéphale*, une réponse à ce dernier par un argumentaire en dix points.

Ainsi, selon Perron et al., le rapport de l'Inserm est bien peu scientifique, rempli de « biais statistiques » ; les critères cliniques du DSM-IV « favoriseraient les thérapies comportementales et cognitives » dans la mesure où ils privilégient des comportements manifestes. À juste titre, Cialdella a rappelé dans sa réponse que l'expertise de l'Inserm est une « revue de la littérature » et non une étude scientifique par elle-même, que le terme de biais statistique est inadéquat dans ce contexte, et que, en revanche, l'existence de préjugés non scientifiques est inévitable chez tout un chacun. Aucune recherche n'en est totalement exempte. Il est néanmoins souhaitable de limiter ceux-ci au strict minimum. Pour ce faire, la meilleure technique consiste à éviter tous les biais évitables et à répartir de façon équitable les autres dans les différents groupes de traitement que l'on souhaite comparer.

2.2. Utilisation des méta-analyses

La méta-analyse, un autre point de controverse, est présentée, dans le commentaire de Perron et al. (2004), comme une méthode « qui majore ou grossit les biais ». Il ne faut pas confondre en réalité la méta-analyse, qui est un procédé statistique dont l'usage est licite dans certaines conditions, avec le simple assemblage (ou *pooling*) d'études disparates. La méta-analyse permet justement de pouvoir dépasser les biais éventuels des études individuelles et de *minimiser* les insuffisances méthodologiques des études (Cucherat et Cialdella, 1996).

2.3. Comparabilité des groupes de sujets

En ce qui concerne les études comparatives, il est tout à fait juste de dire que la comparabilité est toujours difficile à garantir et que la vérification préalable d'une comparabilité initiale de groupes de patients juste « suffisante » est indispensable. Le procédé de la randomisation reste à ce jour inégalé pour avoir les meilleures chances d'assurer une bonne comparabilité entre un groupe expérimental et un groupe contrôle. La randomisation ne témoigne pas d'une quelconque *insensibilité du thérapeute à la demande du patient*. Randomiser entre deux stratégies thérapeutiques susceptibles d'être efficaces lorsqu'on ignore si une technique thérapeutique est supérieure à une autre ne témoigne en rien d'une *insensibilité du thérapeute*, mais d'une élémentaire précaution prise pour avoir une chance de pouvoir répondre à la question posée lors de la comparaison.

2.4. Conception des études et justesse des évaluations

Une autre difficulté méthodologique est l'inégalité du nombre d'études réunies pour les différentes variétés d'approches thérapeutiques. Cette inégalité entraîne en effet un manque de puissance statistique, mais cela n'est ni un biais ni un artéfact. De plus, la position de refus de réaliser des études ne peut qu'aggraver cette situation en avantageant le groupe thérapeutique pour lequel les études sont les plus aisées à réaliser (études courtes, appréciation exclusive des symptômes manifestes). À propos des symptômes, on a régulièrement opposé les psychothérapies psychodynamiques et les psychothérapies cognitivo-comportementales, en considérant que l'analyse ne vise pas les symptômes alors que les thérapies cognitivo-comportementales ne visent que les symptômes. Cette opposition caricaturale est largement infondée. La psychanalyse à but thérapeutique vise aussi, bien évidemment, les symptômes puisqu'elle cherche à faire acquérir au patient un meilleur fonctionnement, et que les thérapies cognitivo-comportementales ne visent pas exclusivement les symptômes (Van Rillaer, 2004).

Si l'on tient malgré tout à maintenir cette opposition, il reste la possibilité d'adopter comme critère d'évaluation un critère plus général, qui puisse convenir aux différentes variétés de thérapies comparées.

- Vise-t-on un fonctionnement global plus harmonieux ? Adoptons alors un critère de fonctionnement global, ou utilisons une échelle d'adaptation sociale.
- Craint-on les évaluations biaisées par des expérimentateurs insuffisamment objectifs ? Retenons alors les jugements subjectifs des patients et évaluons cette subjectivité, une « mesure » quantitative étant aussi envisageable à ce propos (Falissard, 2007).
- Vise-t-on « seulement » une plus grande souplesse dans le fonctionnement ? Employons alors des échelles d'évaluation des mécanismes de défense du moi ! On peut même envisager d'évaluer la diversité des

défenses utilisées et la fréquence avec laquelle les principales défenses sont mises en œuvre dans des situations diverses (Perry et al., 2004).

- Pense-t-on que toute observation, évaluative ou non, modifie le phénomène observé dans le cas particulier du processus analytique ? Préconisons alors des évaluations réalisées avant et après traitement par des tiers extérieurs à la conduite de la thérapie. Des explorations peuvent ainsi porter – aussi bien chez les analysants que chez les thérapeutes – sur les attentes conscientes et inconscientes de chacun.

En définitive, comme l'a souligné à juste titre Roger Perron :

un traitement est réussi – utile, efficace ; ou comme on voudra le dire – lorsque les relations interpersonnelles s'assouplissent et se déconflictualisent, lorsque les processus intra-psychiques se font eux-mêmes plus souples et plus mobiles, lorsque s'apaise le tumulte des guerres intérieures, lorsque l'énergie est mieux ou plus économiquement employée, bref lorsque le patient en vient à être plus heureux ou moins malheureux...

L'ensemble de ces paramètres peuvent faire l'objet d'évaluations psychométriques (Guelfi et al., 1993).

3. La croisée des chemins

À ce stade de la réflexion, les psychothérapeutes candidats chercheurs sont à une véritable croisée des chemins.

- La première voie consiste à se lancer dans des études longues et difficiles, pour des résultats attendus qui risquent d'être très modestes.
- La deuxième voie – déjà évoquée – est celle du refus pur et simple.
- La troisième – qui n'est pas exempte d'embûches – est celle de la réflexion sur une nouvelle génération de recherches en psychothérapie susceptibles de représenter une alternative aux essais comparatifs randomisés qui ont montré leurs limites (Fischman, 2005).

3.1. Refus de l'évaluation

Les arguments des partisans du refus sont connus : la méthodologie des essais comparatifs correspond à une fausse science, à un scientisme, à une « imposture intellectuelle ». « Il y a une part d'indécidable et d'inévaluable en psychanalyse » (Le Blanc, 2004 ; Abelhauser, 2006) ; « il ne faut pas céder aux tentations de la médicalisation totalitaire » (Gori et Del Volgo, 2005), etc.

Des positions radicales ont pu être exprimées par certains psychanalystes comme Éric Laurent de l'École de la cause freudienne ou Jacques-Alain Miller et Jean-Claude Milner (2004). Dans la bouche d'Éric Laurent*, la démarche de l'Inserm est fondamentalement erronée. Pour lui, il est impossible de « mesurer » le fonctionnement d'une personne. Vouloir objectiver dans ce domaine est une absurdité, car la bonne voie est exactement la voie inverse : il faut toujours « subjectiver » davantage.

* Conférence à Sainte-Anne, 2004.

Le refus de la psychométrie qui est « l'art d'imposer aux opérations de l'esprit la mesure et le nombre », selon la définition de F. Galton, son créateur, coupe évidemment court à toute discussion dans le domaine qui nous occupe qui devient sans objet. Pour certains, l'idée même d'interroger un patient sur ses symptômes avant une thérapie est suspecte. Pour J. A. Miller,

dans la psychanalyse on s'attache à l'unique, on ne compare pas, la méthode exclut la comparaison. On accueille chaque sujet comme si c'était la première fois, comme incomparable. On l'accueille sans mémoire disait Bion. Il était donc fatal que les analystes se choquent avec les évaluateurs.

Cette image de l'analyste non évaluateur, qui ne compare l'analysant à rien, même pas à lui-même en un autre temps puisqu'il est sans mémoire, cette image-là me laisse perplexe.

3.2. L'autre voie

Il existe pourtant une autre voie de la recherche clinique en psychanalyse (Guelfi, 2004) avec des auteurs américains comme Glenn Gabbard et John Gunderson (Gabbard et al., 2002), anglais comme Peter Fonagy, suisses avec Jean-Nicolas Despland et Yves de Rotten (Despland et al., 2001 ; de Roten et al., 2005 ; de Roten, 2006), allemands comme Marianne Leuzinger-Bohleber (2007), ou français comme Daniel Widlöcher (Widlöcher et al., 2006), Georges Fischman (2005) ou Jean-Michel Thurin.

Les psychothérapies ont une efficacité d'ensemble aujourd'hui bien établie (Lambert et Ogles, 1978) et l'amplitude du résultat obtenu peut être considérée comme importante. En revanche, lorsqu'on compare différentes psychothérapies entre elles, les différences observées sont souvent nulles ou minimales. Plusieurs études ont montré que la nature de la technique utilisée n'est, en fait, pas le facteur le plus important dans le résultat obtenu. Les qualités personnelles du thérapeute et l'alliance thérapeutique, par exemple, sont des facteurs plus importants (Krupnick et al., 1996 ; Despland et al., 2001). Plusieurs travaux ont montré que les interprétations sont bien associées au développement de l'alliance pour autant qu'elles soient adaptées au niveau défensif et ciblées par rapport aux conflits intrapsychiques des sujets (Despland et al., 2001).

4. Perspectives d'avenir et conclusion

La recherche en matière d'évaluation des psychothérapies aborde une nouvelle phase de son développement. Les études randomisées comparant l'efficacité ou l'efficience de plusieurs variétés de psychothérapie sont désormais peu utiles (Wampold, 2001) et non généralisables (Ablon et Jones, 2002).

J.-M. Thurin a récemment proposé diverses recommandations pour les prochaines générations de recherches (Thurin, 2005, 2006). Parmi les études innovantes, j'ai trouvé particulièrement intéressant le principe des approches de Gabbard et al. (2002) qui évaluent le processus à l'aide

du Psychotherapy Process Q-Set de Jones (2000), les travaux centrés sur l'amélioration lors des thérapies des « capacités psychologiques » (de Witt et al., 1991), l'utilisation des échelles de J.C. Perry sur les Defense Mechanism Rating Scales (DMRS) (Perry et al., 2004), ou encore les évaluations mixtes – quantitatives et qualitatives – de M. Leuzinger-Bohleber (2007) (suivi de 401 patients traités, avec 129 catamnèses). Cette dernière recherche a montré les avantages d'un suivi psychanalytique prolongé et elle est une réponse sans appel à ceux qui continuent d'opposer les deux types, subjectif et objectif, de méthodes d'évaluation.

Le savoir psychiatrique est encore dans un état préscientifique (Odier, 2004) et il est souvent plus aisé de montrer l'effet d'un traitement que de le démontrer de façon scientifique (Perron, 2006).

Il n'est cependant pas interdit – et il paraît même vivement conseillé – d'utiliser des techniques à prétention scientifique dans le champ d'application de cette discipline médicale. Par ailleurs, à défaut de preuves – telles qu'elles peuvent être identifiées dans les sciences exactes –, les sciences de la nature doivent parfois se contenter d'arguments comme la convergence des indices. Le pluralisme scientifique est sans doute plus de mise à propos de la psychanalyse que l'idéal scientifique des sciences dites exactes, avec leurs lots de concepts comme la répétabilité, la prédictivité ou la réfutabilité. Des auteurs comme André Green ou Roger Perron se réfèrent désormais à ce pluralisme de façon explicite (Emmanuelli et Perron, 2007).

Des recherches empiriques doivent permettre de répondre à des questions comme : existe-t-il des pratiques psychanalytiques préférables à d'autres en fonction des différents types de transfert établis ? ou : est-il utile et possible de catégoriser les réactions des analysants aux premiers essais d'interprétations ?

Sans doute y a-t-il lieu – comme René Roussillon le préconise (Emmanuelli et Perron, 2007) – de distinguer les recherches « portant sur » la psychanalyse et les recherches « en » psychanalyse. La psychanalyse est et restera une aventure singulière entre tel analyste et tel sujet. Cela n'interdit pas que des recherches puissent porter sur la pratique psychanalytique. La question de l'efficacité thérapeutique de la psychanalyse peut être abordée par les chercheurs en psychanalyse et par ceux dont les travaux portent sur la psychanalyse. La confrontation de leurs approches respectives est susceptible d'avoir une valeur heuristique dont les patients seront les premiers bénéficiaires.

Bibliographie

- ABELHAUSER A. (2006), « La Psychanalyse “inévaluable” ? », *Bulletin de Psychologie*, n° 59, p. 571-574.
- ABLON J.S., JONES E.E. (2002), « Validity of controlled clinical trials of psychotherapy. Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program », *Am J Psychiatry*, n° 159, p. 775-783.
- CIALDELLA P. (2007), « Réponse à Perron et al. concernant leur texte : “Quelques remarques méthodologiques à propos du rapport INSERM. Psychothérapie. Trois approches évaluées” », *L'Encéphale*, n° 33 (5), p. 783-790.

- CUCHERAT M., CIADELLE P. (1996), « La Méta-analyse des essais thérapeutiques : application en psychiatrie », *L'Encéphale*, n° 22, p. 378-387.
- DE ROTEN Y. (2006), « Ce qui agit affectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques », *Bulletin de Psychologie*, n° 59, p. 585-590.
- DE ROTEN Y., MICHEL L., DESPLAND J.-N. (2005), « La Recherche sur le processus psychothérapeutique : l'exemple du modèle de l'adéquation », *Pour la Recherche*, n° 44, p. 11-13.
- DE WITT K.N., HARTLEY D.E., ROSENBERG S.E., et al. (1991), « Scales of psychological capacities. Development of an assessment approach », *Psychoanal and Contemporary Thought*, n° 14, p. 343-361.
- DESPLAND J.-N., DE ROTEN Y., DEPARS J., et al. (2001), « Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation », *J Psychotherapy Practice and Research*, n° 10, p. 155-164.
- EMMANUELLI M., PERRON R. (dir.) (2007), *La Recherche en psychanalyse*, Paris, PUF.
- FALISSARD B. (2007), « La Mesure de la subjectivité », in GUELFY J.-D., ROUILLON F. (dir.), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, p. 112-117.
- FISCHMAN G. (2005), « Évaluation des psychothérapies selon les principes de l'Evidence-Based-Medicine. Enjeux et scientificité du rapport de l'INSERM », *Ann Médico-Psychologiques*, n° 163, p. 769-779.
- GABBARD G.O., GUNDERSON J.G., FONAGY P. (2002), « The place of psychoanalytic treatments within psychiatry », *Arch Gen Psychiatry*, n° 59, p. 505-510.
- GARFIELD S.L., BERGIN A.E. (1971), « Personal therapy, outcome and some therapist variables », *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, n° 8, p. 251-253.
- GARFIELD S.L., BERGIN A.E. (1978), *Handbook of psychotherapy and behavior therapy change*, New York, John Wiley & Sons, 2004.
- GERIN P. (1984), *L'Évaluation des psychothérapies*, Paris, PUF.
- GERIN P., DAZORD A., SALI A. (1991), *Psychothérapies et changements. Méthodologie de leur évaluation*, Paris, PUF, coll. « Nodules ».
- GORI R. (2005), « Entretien avec A. Vanier et M. Zafiroopoulos », *Synapse*, n° 217, p. 5-17.
- GORI R., DEL VOLGO M.-J. (2005), *La Santé totalitaire*, Paris, Denoël.
- GUELFY J.-D. (dir.) (1993), *L'Évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, 2 vol., Boulogne, Éditions Médicales Pierre Fabre (hors commerce). Version remaniée et étendue, CD, Éditions Médicales Pierre Fabre, 2008.
- GUELFY J.-D. (2004), « Psychiatres et psychanalystes d'aujourd'hui », *Topique*, n° 88, p. 57-64.
- INSERM (2004), *Psychothérapie. Trois approches évaluées* (CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B., FLAMENT M.), Paris, INSERM.
- JONES E.E. (2000), *Therapeutic action : a guide to psychoanalytic therapy*, Northvale, N.J., Jason Aronson.
- KRUPNICK J.L., SOTSKY S.M., ELKIN I., et al. (1996), « The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome : findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program », *J Cons Clin Psychol*, n° 64, p. 532-539.
- LAMBERT M.J., OGLLES B.M. (2004), « The efficacy and effectiveness of psychotherapy », in GARFIELD S.L., BERGIN A.E., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, John Wiley & Sons.
- LE BLANC G. (2004), « L'Inévaluable. Actualité de Canguilhem », *La Cause Freudienne*, n° 57, p. 115-122.

- LEUZINGER-BOHLEBER M. (2007), « Un exemple de recherche en psychanalyse : le suivi de psychanalyse et thérapies psychanalytiques de longue durée », in M. EMMANUELLI, R. PERRON (dir.), *La Recherche en psychanalyse*, Paris, PUF, p. 127-148.
- LUBORSKY L. (1975), « Clinician's judgments of mental health : specimen case descriptions and forms for the Health Sickness Rating Scale », *Bull Menninger Clinic*, n° 9, p. 448-480.
- MILLER J.-A., MILNER J.-C. (2004), *Voulez-vous être évalué ?*, Paris, Grasset-Fasquelle.
- ODIER B. (2004), « La Psychiatrie à l'épreuve du scientisme », *L'Information Psychiatrique*, n° 80, p. 557-565.
- PERRON R. (2006), « Montrer, démontrer : les apories de la conviction », *Bulletin de Psychologie*, n° 59, p. 565-569.
- PERRON R., BRUSSET B., BARUCH C., et al. (2004), « Quelques remarques méthodologiques à propos du rapport INSERM », 19 mai, <http://www.techniques-psychotherapiques.org>.
- PERRY J.C., GUELFY, J.-D., DESPLAND J.-N., HANIN B. (2004), *Échelles d'évaluation des mécanismes de défense*, Paris, Masson.
- THURIN J.-M. (2005), « Le Changement de paradigme dans la recherche en psychothérapie », *Pour la Recherche*, n° 44, p. 2-4.
- THURIN J.-M. (2006), « Évaluation des processus et études de cas », in WIDLÖCHER D., MARIE-CARDINE M., BRACONNIER A., HANIN B. (dir.), *Choisir sa psychothérapie. Les écoles, les méthodes, les traitements*, Paris, Odile Jacob, p. 311-321.
- THURIN J.-M., BRIFFAULT X. (2006), « Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie », *L'Encéphale*, n° 32, p. 402-412.
- THURIN M., LAPEYRONNIE-ROBINE B., THURIN J.-M. (2006), « Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique », *Bulletin de Psychologie*, n° 59, p. 591-603.
- VAN RILLAER J. (2004), « Une légende moderne : "Les comportementalistes ne traitent que des symptômes" », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, n° 14, p. 3-7.
- WALLERSTEIN R.S. (2001), « The generations of psychotherapy research : an overview », *Psychoanal Psychol*, n° 18, p. 243-267.
- WALLERSTEIN R.S., ROBBINS L.L., SARGENT H.D., LUBORSKY L. (1956), « The psychotherapy research project of the Menninger Foundation », *Bull Menninger Clinic*, n° 20, p. 221-278.
- WAMPOLD B.E. (2001), *The great psychotherapy debate : models, methods and findings*, Mahwah, N.J. Lawrence Erlbaum.
- WIDLÖCHER D., MARIE-CARDINE M., BRACONNIER A., HANIN B. (2006), *Choisir sa psychothérapie. Les écoles, les méthodes, les traitements*, Paris, Odile Jacob.

CHAPITRE 8

**L'évaluation des psychothérapies,
où en sommes-nous ?**J.-M. Thurin

Ce chapitre traite essentiellement d'une nouvelle réalité de l'évaluation des psychothérapies, telle qu'elle se dessine à la lecture des travaux menés depuis une dizaine d'années dans ce domaine par les principales équipes internationales et de la mise en place en France d'un Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques. Un communiqué (Thurin, 2004), publié le jour de la présentation de l'expertise Inserm (2004) à la presse, souligne les limites de la méthodologie qu'elle a privilégiée, à savoir celle des traitements validés empiriquement suivant la référence quasi exclusive des essais contrôlés randomisés (ECR), tout en appelant à un véritable développement de la recherche dans ce domaine, notamment pour les psychothérapies psychanalytiques. La place de la psychothérapie dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale et son statut dans la recherche exigent ce mouvement, car les enjeux directs et indirects sont considérables.

Depuis 2004, mon travail s'est organisé suivant trois axes : resituer l'expertise dans une perspective historique et internationale, approfondir les questions méthodologiques, concevoir une méthode d'évaluation qui soit réalisable dans des conditions naturelles, c'est-à-dire, qui en respecte la nature et le processus, et qui apporte des réponses aux questions qui se posent aux cliniciens, dans le double registre des connaissances et de la pratique qui sont indissolublement liées. C'est ainsi que j'ai pu m'apercevoir qu'il existait tout un mouvement qui non seulement critiquait point par point la convenance *généralisée* des ECR pour l'évaluation des psychothérapies, mais également qui avait construit parallèlement une alternative devenant de plus en plus solide et incontournable. Cette alternative donne toute sa place à la signification clinique des résultats, en particulier en y associant le niveau fonctionnel et de santé, la durée de la psychothérapie et les facteurs

de changement, lesquels ne peuvent pas être assimilés à la réplique d'un traitement manualisé. De fait, la place accordée aux variables de processus (le patient, le thérapeute, sa technique et leur interaction) devient majeure et, par là même, celle donnée à l'étude de cas. Il en résulte que les méthodes de l'évaluation se sont rapprochées de celles déjà adoptées *en routine* par les cliniciens, tout en leur apportant une rigueur et une organisation qui leur permettent d'acquiescer une place essentielle dans la recherche et la définition de pratiques fondées sur la preuve.

En quelques années, le paysage s'est ainsi considérablement modifié. L'évaluation des psychothérapies est devenue une démarche qui n'est pas impossible, qui apporte beaucoup à la réflexion et à la pratique clinique, et qui peut reposer sur une infrastructure relativement légère et en tout cas compatible avec l'exercice clinique.

Ce chapitre comprend trois parties : la première rappelle quelques étapes de l'évaluation des psychothérapies, indispensables pour comprendre la situation actuelle ; la deuxième porte sur le mouvement de régénération des méthodologies en cours depuis une dizaine d'années dans ce champ ; la troisième porte sur l'application des principes qui en sont issus, en particulier sur le protocole que nous avons développé et mis en œuvre.

1. Repères historiques et contextuels

Sans entrer dans les détails (voir Villamaux, 2000, Thurin et Thurin, 2007), on peut souligner qu'après une première période qui s'étend sur la première moitié du siècle, où l'évaluation consiste en de simples énumérations rétrospectives de pourcentages de résultats d'amélioration (selon des critères non spécifiés) rassemblés par des praticiens ou par des centres de traitement dans les premiers instituts psychanalytiques (Knight, 1941 ; Wallerstein, 2006), la situation va se modifier considérablement avec l'arrivée des thérapies comportementales et de leur référence majeure à l'expérimentation.

C'est ainsi qu'en 1952, Eysenck déclare dans un article devenu célèbre et qui va susciter un débat important (Bergin et Lambert, 1978) que « sur une période de 2 ans et pour une population "névrotique", la psychothérapie fait légèrement moins bien qu'un suivi par le généraliste » (64 %/72 %). Il en conclut que la perception *subjective* des psychiatres et des psychologues n'est pas confirmée par les *données objectives*.

Dans les années 1980, commence le Programme de recherche collaborative sur le traitement de la dépression (Treatment of Depression Collaborative Research Program [TDCRP]) qui est financé par le National Institute of Mental Health (NIMH). Il est important de souligner les premières réflexions du directeur de ce programme, Elkin. Elles se sont révélées de plus en plus pertinentes dans les 25 ans qui vont suivre :

La question qui intéresse les chercheurs n'est plus de savoir si la psychothérapie « marche », cela a été dit et redit ; ils sont plutôt intéressés de découvrir quelles sont les formes de psychothérapie qui produisent

des changements particuliers, dans les mains de thérapeutes particuliers et dans des conditions particulières, pour des groupes spécifiques de patients. La recherche à petite échelle, initiée et conduite indépendamment n'a pas répondu à ces questions, [...] le but ultime de la recherche en psychothérapie doit être de comprendre le processus de la psychothérapie, et spécifiquement les mécanismes de changement qui affectent le résultat favorable d'un traitement. (Elkin et al., 1985).

Ce programme va produire des travaux pendant 20 ans et contribuer beaucoup, à partir de l'analyse très scrupuleuse des résultats parfois contradictoires qui en sont issus (Elkin et al., 1989, 1996), à faire avancer la recherche évaluative. La recherche sur les processus, en revanche, en sera la victime (Goldfried et Wolfe, 1996).

En 1985, le NIMH décide d'appliquer systématiquement la même méthodologie pour évaluer la psychothérapie que celle utilisée dans la recherche pour les médicaments, celle des ECR. Cette décision va être soutenue par la *task force* de la division 12 de l'Association américaine de psychologie (American Psychological Association [APA]) qui redoute de voir la psychothérapie disparaître au profit des traitements psychotropes qui sont en plein développement. S'inscrivant dans la logique de l'*evidence-based medicine* (EBM), elle établit un premier rapport dans lequel « un certain nombre d'interventions psychologiques sont identifiées comme “traitements validés (soutenus) empiriquement” [*evidence supported therapies*] (EST) » (Chambless et Ollendick, 2001). Une échelle de validité empirique est constituée qui prévoit d'attribuer le « label » aux interventions psychothérapeutiques qui auront fait la preuve de leur efficacité sur des diagnostics déterminés établis suivant les règles de l'art (c'est-à-dire en utilisant le DSM) à partir de deux sortes d'études : études de *groupes* (ECR) et protocoles *cas isolés* ($n=9$ ou plus) ayant utilisé un bon protocole expérimental et comparé l'intervention à une autre intervention. Dans les faits, ce sont quasi exclusivement des études de groupes portant sur des résultats réduits à la disparition des symptômes qui vont être réalisées. Les grands bénéficiaires vont être les thérapies comportementales et cognitives, au détriment des autres approches.

Les années 1995–2005 vont être marquées par une critique méthodologique de plus en plus solide du caractère inadapté des essais contrôlés et du DSM à l'évaluation des psychothérapies et par la recherche de méthodologies alternatives. Ce mouvement n'est pas vraiment isolé de ce qui se passe dans d'autres disciplines, notamment au niveau de l'écart entre les conditions idéales (*efficacy*) requises pour la validité interne de la recherche dans lesquelles l'efficacité des traitements est testée, et les conditions réelles où les traitements sont réalisés. Il s'exprime dans le fait qu'en 1996 le NIMH lance un appel à ce qu'il y ait davantage de recherches portant spécifiquement sur l'efficacité réelle (*effectiveness*), et qu'il organise en 2002 un séminaire : « *Psychotherapeutic interventions : how and why they work* » dont l'argument critique sévèrement les ECR. (NIMH, 2002). Mais ce mouvement initié du côté de la recherche n'interrompt pas les conséquences que la précédente

politique de recherche a engendrées dans les systèmes de soins. L'année 2002 est aussi celle durant laquelle les EST sont utilisés par les mutuelles et le Medicaid, ce qui conduit dans les faits à promouvoir de façon quasi exclusive les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) aux dépens des autres approches, mouvement qui se prolonge au Royaume-Uni (Holmes, 2002).

L'APA, prenant la mesure de ces problèmes, modifie radicalement en 2005 les bases de sa politique de pratique fondée sur la preuve (*evidence-based practice* [EBP]). Son rapport (APA, 2006) restaure l'importance de l'expertise clinique, des caractéristiques individuelles du patient et du contexte. Il propose un ensemble de méthodologies de recherches qui consacre la fin de la quasi-exclusivité des ECR et s'engage dans une perspective d'indication spécifique de chacune des méthodes dans une perspective coordonnée.

En 2006, le directeur du NIMH, souligne l'importance des « essais pratiques » réalisés dans des conditions naturelles en psychiatrie à partir de larges cohortes de patients (Insel, 2006).

2. Dix ans d'élaboration d'une seconde génération de recherches répondant aux critères de scientificité

Les critiques concernant l'utilisation de la méthodologie des études de groupes ECR-DSM ont fait l'objet d'une multitude d'articles (revue dans Thurin 2006a et 2006b) et sont désormais bien connues. Une étude sur la relative absence d'utilisation par les cliniciens des résultats de la recherche montre qu'ils considèrent que : 1) les populations traitées par les ECR sont très différentes de celles du « monde réel des patients » du fait de la focalisation sur les diagnostics DSM-IV et l'absence de prise en compte des « comorbidités », des cas complexes et des sous-types ; 2) la thérapie est manualisée, sans prise en compte des déterminants qui interviennent dans sa nécessaire flexibilité, en particulier la personnalité qui influence la dynamique de la pathologie ; 3) les objectifs se concentrent sur les symptômes et méconnaissent des aspects tels que les relations interpersonnelles et le fonctionnement général ; 4) le patient n'a pas le choix de la thérapie et du thérapeute ; 5) la façon dont les thérapies marchent n'est pas prise en compte, ni ce que l'on fait dans les impasses et les dilemmes cliniques (West et al., 1996). Du côté des chercheurs, un grand débat s'engage. Il va durer plus de 10 ans, dont émerge un ensemble de recommandations pour les futures recherches. On peut les regrouper dans les cinq axes qui suivent.

2.1. Rendre la recherche plus rigoureuse

La généralisation des résultats des études, construites sur des bases diagnostiques cloisonnées et finalement peu discriminantes, a été particulièrement critiquée. Il s'agira donc de rapporter, de justifier et d'interpréter les résultats dans le contexte des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude, ces critères étant souvent si exigeants qu'ils éliminent la majorité des patients

réellement suivis en file active. De même, on a pu constater l'existence de différences importantes dans le niveau de formation des thérapeutes, parfois entre le groupe testé et le groupe témoin. Il convient donc de décrire les cliniciens. Un autre point est le suivi précis du nombre de patients à chaque stade de la psychothérapie, ce que l'on entend par traitement terminé, le statut donné aux sorties prématurées dans le calcul des résultats, etc.

De plus, le résultat obtenu juste à la fin du traitement peut être très différent de celui qui existe après plusieurs mois. Il est donc recommandé de rapporter et d'interpréter les résultats de façon précise, notamment en post-thérapie (Westen et al., 2004).

2.2. Ramener la recherche vers la réalité clinique

Élargir le champ des domaines d'évaluation est le premier message pour améliorer la recherche sur les résultats (Kazdin et Kendall, 1998). Il est bien sûr important de suivre l'évolution des symptômes, *mais aussi* le handicap, le fonctionnement relationnel, la régulation émotionnelle, les aptitudes de réponse à la réalité, la possibilité de réfléchir et de s'observer, etc., bref les capacités fonctionnelles de la personne qui définissent finalement son niveau de santé. Par ailleurs, il est important de souligner combien les domaines et les niveaux qui sont pertinents pour une évaluation du changement varient suivant les aires de problème (par exemple autisme *versus* dépression). Plutôt que d'évaluer le changement sur une mesure unique comme la disparition d'un symptôme, l'attention à un *profil de fonctionnement* devrait être une perspective importante à atteindre. Par ailleurs, les évaluations peuvent être différentes suivant qu'elles proviennent du patient ou de son entourage, et des contextes différents peuvent se répercuter dans les résultats (dans un sens ou dans un autre). Il conviendra donc de prendre en compte plusieurs sources d'appréciation et les modérateurs (comme le soutien familial, les interactions favorables pour le patient) qui sont susceptibles d'intervenir dans les résultats. L'objectif est de travailler avec des populations cliniques et de se centrer sur des problèmes cliniques.

2.3. Intégrer dans la recherche le modèle psychopathologique et le processus de changement

Kazdin et Kendall (1998) considèrent qu'il est temps de réduire la boîte noire où l'on se contente d'apprécier un résultat succédant à l'application d'une technique sans se préoccuper vraiment de la façon dont les résultats sont obtenus, et qu'il est au contraire essentiel de se centrer sur les processus de changement à *partir d'une analyse fonctionnelle* du cas. Ils proposent ainsi une démarche en sept étapes qui peut conduire à une évaluation pertinente et utile du point de vue de la pratique et des connaissances : 1) construire un modèle conceptuel des troubles fonctionnels observés ; 2) établir les processus supposés être liés à ce dysfonctionnement (initiation, médiation, modération) et les tester ; 3) conceptualiser le traitement

(comment peut-il conduire à un changement ?) ; 4) spécifier le traitement (l'opérationnaliser dans ses grandes lignes ; 5) tester le résultat du traitement ; 6) tester les processus du traitement (actions directes, indirectes et interactions susceptibles d'intervenir sur le résultat) ; 7) tester les conditions de contexte et les modérateurs.

C'est de ce processus que peuvent émerger des recommandations qui, comme nous le verrons ultérieurement, pourront être précisées et adaptées dans une dynamique d'évaluation comparative prenant en compte les spécificités, notamment de contexte.

2.4. Élargir le champ des méthodes et spécifier leur d'application

L'APA, en 2005, a multiplié le nombre des conceptions méthodologiques de recherches susceptibles de contribuer à ancrer les pratiques sur des données prouvées. Parmi les neuf approches proposées, nous présentons les trois principales, avec leur champ d'application : les essais contrôlés, les études naturalistes et les études systémiques de cas.

- Les *essais contrôlés randomisés* (ECR) apportent une preuve d'efficacité « globale » d'un traitement, mais ils ne renseignent pas sur la façon dont les processus et les variables intermédiaires concernant le patient, le thérapeute et même le contexte sont impliqués dans la réussite du traitement. Ils n'expliquent pas pourquoi deux traitements différents obtiennent souvent des résultats sensiblement identiques. Ils ne peuvent prendre en compte que l'intervention de quelques médiateurs et modérateurs. En revanche, c'est une méthodologie utile pour des troubles isolés dont l'intervention curatrice est logiquement simple (par exemple phobie sociale spécifique), pour valider des traitements brefs, bien descriptibles, impliquant un nombre restreint d'interventions, pour évaluer des approches générales ou des principes spécifiques d'interventions, des modérateurs de résultats (Guthrie, 2000 ; Westen et al., 2004). L'utilisation des ECR devrait évoluer vers l'évaluation des mécanismes de changement (Goldfried et al, 2004), en abordant notamment le rôle des variables patient, thérapeute, d'intervention de « haute priorité », et concerner des populations cliniques (pas nécessairement DSM, comme le soulignent les auteurs, mais portant par exemple sur les dépressifs chroniques).
- Les *approches naturalistes* apportent des informations sur les populations, les déroulements et les résultats perçus dans le « monde réel ». Cette catégorie recouvre en fait des études de qualités méthodologiques très différentes, allant de « l'enquête » à des études quasi expérimentales ou de cohortes atteignant des niveaux de preuve équivalents à ceux des ECR (Seligman, 1995 ; Morrison et al., 2003 ; Westen et al., 2004).
- Les *études systémiques de cas [réunies]* permettent de suivre la chronologie des changements, de construire des hypothèses sur leurs mécanismes en relation avec les causes inférées et finalement d'affiner les modèles

théoriques (Milrod et al., 2001 ; Kazdin, 1998 ; Stiles, 2003). La courbe des effets du processus psychothérapique peut être construite à partir de données quantitatives répétées (Lambert, 2001 ; Lutz, 2002). Une analyse qualitative et quantitative du processus de la psychothérapie (ses caractéristiques à différentes étapes prenant en compte le patient, le thérapeute et leur interaction) peut être également réalisée (Edwards, 2004 ; Luyten, 2006 ; Thurin et al., 2006a, 2006b).

- La *construction ou la validation d'un modèle à partir de l'analyse de cas* a fait l'objet de très nombreux travaux. Mais la méthode n'a été formalisée qu'assez récemment. Globalement, elle peut être décrite de la façon suivante : l'évolution au cours d'une psychothérapie d'une situation (expérience traumatique) ou d'un trouble (panique, automutilation) fait l'objet d'un repérage des éléments clés de son processus. Les principales composantes de ce processus et son déroulement sont recherchés dans d'autres cas (c'est ce qu'ont fait par exemple Milrod et Shear [1991] à partir d'une revue de la littérature pour identifier les patients avec trouble panique ayant bénéficié d'un traitement psychodynamique). Soit ils confirment les données déjà constituées, soit ils diffèrent à des niveaux importants et sur des aspects bien définis. Au fur et à mesure, le modèle est affiné et les différences donnent lieu à des hypothèses et des explorations secondaires.
- Stiles (in Lampropoulos et al., 2002) a donné un exemple précis de ce type de recherche avec le *modèle d'assimilation* : une série d'études qualitatives de cas a mis au jour un ensemble d'étapes ou de niveaux à travers lesquels les expériences problématiques (par exemple souvenirs traumatiques, relations perturbées) semblent passer. Ce modèle décrit comment ces expériences sont abordées, comprises et transformées en ressources dans une psychothérapie qui réussit. Celles-ci ont été intégrées, sous forme de propositions, dans une échelle qui en décrit les différentes étapes.
- La *connaissance des facteurs de changement* est un autre axe de recherche qui intéresse directement les pratiques cliniques. Les études intensives de cas permettent de décrire les processus au cours des différentes étapes de la psychothérapie à partir de ses acteurs et de leur évolution (le patient par rapport à lui-même et en interaction, le thérapeute et sa technique, les interactions patient-thérapeute). Il devient ainsi possible de suivre à la fois l'évolution du patient (dans ses thèmes centraux, sa relation à la psychothérapie, ses interactions avec le thérapeute, etc.) et les ajustements techniques du thérapeute au-delà de sa théorie de référence.

2.5. Réduire l'écart entre les chercheurs, les cliniciens et les décideurs

Le monde des chercheurs (préoccupés par la méthodologie et les résultats de leurs études en laboratoire) et celui des praticiens (confrontés à des questions cliniques complexes que les recherches menées par les chercheurs

n'éclaircit pas ou même qui menacent la qualité de leurs soins) a suivi des chemins qui n'ont cessé de s'écarter pendant près de 30 ans. Les chercheurs ont été les premiers à prendre conscience de l'impasse dans laquelle ils s'étaient placés et de leur besoin de travailler avec les cliniciens. Dans cette perspective, Goldfried et Wolfe (1996) examinent trois possibilités pour réduire le fossé qui s'est creusé entre la recherche et la pratique :

- *élargir le paradigme actuel* à partir de quatre actions : le test des résultats en milieu naturel, l'élargissement des résultats au-delà des symptômes, la prise en compte des caractéristiques de personnalité, des événements de vie et d'autres variables pertinentes, des « comorbidités », la distinction des différentes composantes de la thérapie ;
- développer un *paradigme alternatif de recherche* : il devrait être centré sur les processus identifiables de changement et les attitudes du thérapeute qui s'y rapportent. Une telle recherche doit porter sur au moins deux éléments : les manifestations intrapersonnelles et interpersonnelles de changement chez le patient, et les actions du thérapeute qui, de façon fiable, se rapportent à ce changement. Cette recherche nécessite également que l'intervention puisse être individualisée sur la base d'une évaluation initiale et d'une formulation de cas très précise, si possible ouverte à plusieurs théories. Elle prendra en compte différents modérateurs, tels que la sévérité du problème, le handicap associé, son caractère limité ou complexe, les capacités d'adaptation interne et externe du patient. Elle s'appuiera sur des études intensives de cas que l'ascension des essais cliniques avait éclipsées. Ces études ne seront pas seulement descriptives, mais partiront de questions dont la réfutation de la réponse est possible. La généralisation de leurs résultats s'appuiera sur la réplication plutôt que sur l'agrégation ;
- développer la *collaboration clinicien-chercheur* : elle pourra s'exercer dans la sélection des thèmes, la conception et le recueil des données par les cliniciens auprès de leurs propres patients, et les publications. Elle pourra se développer dans la construction de réseaux de telle façon que les études de résultat puissent être conduites dans l'environnement clinique naturel (Audin et al., 2001).

Ces différentes propositions ont été rejointes depuis leur élaboration par d'autres auteurs, au point de devenir un paradigme de référence, comme nous allons le voir.

3. Un programme passionnant... mais comment faire ?

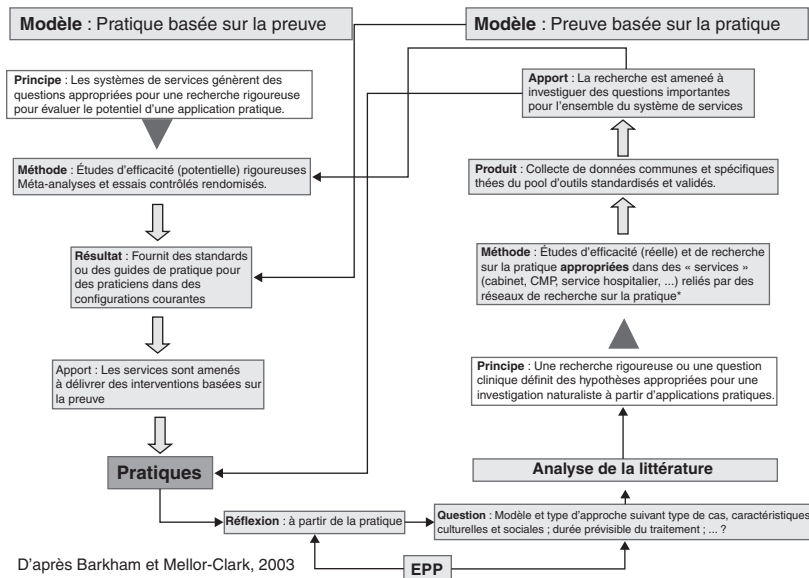
Ce qui précède montre l'importance actuelle du développement d'*études intensives de cas* dans des conditions naturelles, forme de recherche particulièrement adaptée à la clinique et susceptible de répondre aux questions qui se posent dans la pratique. Elles incluent les résultats mais pas seulement, loin s'en faut, car il y a encore beaucoup de points théorico-pratiques en suspens ; nous en avons vu quelques exemples. Peu de cas sont

actuellement rapportés dans la littérature d'une façon qui permette que leur contribution à la construction théorique soit objectivement évaluée. De plus, nous avons vu l'intérêt de la mise en relation de cas analogues (et non pas de leur agrégation simple qui, sur les échantillons relativement faibles qui caractérisent les psychothérapies, risque de ne pas permettre de prendre en compte des paramètres importants).

La recherche fondée sur le cas serait servie par le développement de bases de données comme un point de référence explicite des recherches. Cela suppose davantage de publications et une infrastructure pratique, pour la méthodologie de cas, analogue à celle de la recherche expérimentale et quantitative traditionnelle (Miller, 1999, cité par Edwards et al., 2004).

4. Une période de mutation à partir des limites des ECR

Pendant 20 ans, les ECR ont occupé une place prédominante, dans le contexte de l'EBM et de l'EBP suivant un modèle d'application de haut en bas des résultats de la recherche à la clinique (figure 8.1, partie gauche). Cette approche a montré ses limites. La tentative de transposer les



*Un réseau de recherches fondées sur les pratiques est « tout simplement un réseau de cliniciens qui collaborent pour conduire une recherche qui les informera à propos de leur pratique quotidienne » (Audin et al., 2001)

FIGURE 8.1. MODÈLE DE LA PRATIQUE FONDÉE SUR LA PREUVE ET MODÈLE DE LA PREUVE FONDÉE SUR LA PRATIQUE. CMP : CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ; EPP : ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES. (D'APRÈS BARKHAM ET MELLOR-CLARK, 2003.)

résultats issus de la recherche au « monde réel » s'est heurtée à deux problèmes majeurs : la focalisation extrême des études qui n'ont pas réussi à mimer ce qui se déroule dans une psychothérapie, et le fait que les « techniques prêt-à-porter » n'ont pas été acceptées parce que non applicables aux cas cliniques rencontrés. Il s'est même avéré qu'appliquées, ces techniques ont conduit à des résultats moins bons que ceux issus de l'attitude naturelle du praticien, qu'il s'agisse de psychothérapies psychodynamiques (Henry et al., 1993) ou cognitives (Castonguay et al., 1996).

5. Un nouveau paradigme : la preuve fondée sur les pratiques à partir d'études naturalistes

La tendance est aujourd'hui d'organiser directement dans le champ clinique des recherches sur des thèmes d'intérêt impliquant les cliniciens à chaque étape du projet, depuis sa conception jusqu'à la publication des résultats (Lampropoulos et al., 2002 ; Westen et al., 2004).

Une des méthodes proposées est de commencer par des échantillons issus de la communauté clinique qui vont faire l'objet d'un suivi systématique avec évaluations régulières (March et al., 2005 ; Insel, 2006) et ensuite se tourner vers des conceptions expérimentales, dans la communauté, dans le laboratoire, ou les deux.

Le but n'est pas [seulement] d'examiner l'opinion clinique (par exemple, au sujet de ce qui marche ou de la façon de classer la psychopathologie), mais de quantifier des données issues de la pratique clinique de façon à en extraire des généralisations scientifiquement valides à travers les cas. (Westen et al., 2004).

March et al. (2005) ont décrit dans le cadre plus large de la psychiatrie huit caractéristiques que devraient avoir ces « essais cliniques pratiques » : avoir une relation causale à la conséquence du trouble ; être cliniquement pertinents pour les cliniciens et les décideurs ; inclure à la fois des résultats comportementaux/symptomatiques et fonctionnels ; être psychométriquement robustes pour l'objectif recherché ; être aisément et précisément administrés et cotés ; être applicables aux âges concernés ; porter sur un changement sensible au traitement employé ; être aptes à décrire une différence entre des groupes de traitement. Il en ressort la nécessité de replacer les études dans le cadre plus général d'une infrastructure de réseaux de recherches fondées sur les pratiques, le réseau se définissant comme « des cliniciens qui collaborent à conduire une recherche qui les informe dans leur pratique quotidienne » (Audin et al., 2001). Cette conception et organisation générale de la recherche correspondent au modèle de la *preuve fondée sur les pratiques* (figure 8.1, partie droite). Les relations et indications des différentes méthodes ont été précisées ci-dessus.

6. Soutenir un processus de réunion de cas, à partir d'un format général de recueil et d'organisation des données en fonction de la recherche

Un format général de recueil et d'organisation des données a été proposé pour la publication par Fischman (2000) et appliqué par le journal *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. Il prend en compte la référence théorique ainsi que la dimension psychopathologique du diagnostic et comprend cinq grands axes : 1) bases théoriques et de recherche ; 2) introduction du cas, présentation des plaintes, histoire, évaluation psychopathologique, formulation de cas ; 3) déroulement du traitement ; 4) évaluation du progrès, facteurs de contexte, suivi ; 5) implications thérapeutiques du cas et recommandations pour les cliniciens et les étudiants.

Nous avons initié sur ces bases, dans le cadre de l'École de psychosomatique²⁶ (Thurin et al., 2006), une recherche pilote qui a été élargie dans un deuxième temps à d'autres groupes de pairs recrutés à partir d'un programme d'évaluation des pratiques professionnelles : « Initier une psychothérapie, en suivre l'évolution, en évaluer les résultats ». Cette recherche se déroule en deux phases.

– La première phase est consacrée à l'évaluation, par un praticien accompagné d'un groupe de pairs et dans un réseau de pratique clinique, de deux de ses cas. Les praticiens suivent une préparation méthodologique et s'inscrivent dans un groupe de pairs. Les données cliniques concernant les premiers entretiens (prises de notes extensives par le clinicien au cours des séances) sont analysées individuellement par chacun des membres du groupe de pairs, puis discutées en réunion commune. L'ensemble conduit à une définition psychopathologique du cas et à une définition d'objectifs (formulation de cas).

Au début du traitement, et à des intervalles périodiques ensuite, les données recueillies au cours des séances sont analysées à partir d'instruments portant sur l'état de santé-maladie ainsi que sur le fonctionnement psychologique et social des patients. Le suivi du processus est réalisé sur la base de deux séances consécutives à des intervalles réguliers jusqu'à ce que le traitement soit terminé, en utilisant le Psychotherapy Process Q-Set (PQS ; E.E. Jones), instrument constitué d'un ensemble de propositions caractérisant le processus psychothérapique (le patient, le thérapeute et sa technique et leur interaction) et qui sont à classer par ordre de pertinence. Une analyse des changements est menée en fin de traitement, ou chaque année s'il s'agit d'un traitement long. Elle s'appuie à la fois sur les données qualitatives de la formulation de cas, les différentes mesures enregistrées, et est rapportée aux variables de processus les plus et les moins significatives qui caractérisent

26. <http://www.ecole-psychosomatique.org>

la psychothérapie à ses phases de début, de déroulement et de terminaison. Cette phase de la recherche permet au praticien non seulement d'apprécier précisément les résultats de sa psychothérapie, mais aussi d'avoir une représentation du processus de changement, dans différents registres, ce qui enrichit la réflexion psychopathologique et ses implications pratiques.

- La deuxième phase s'appuie sur les possibilités ouvertes par la constitution d'une base de cas. Les cas isolés sont réunis dans une base de données, ce qui ouvre à une consultation par le clinicien de cas analogues et à une réunion des données sur les « façons de faire » dans des situations spécifiques, notamment celles qui posent problème. Des recherches secondaires peuvent être menées suivant les principes présentés plus haut (en laboratoire ou en conditions naturelles). Cette recherche pilote a été un des points d'appui de la présentation du Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques sélectionné par l'Inserm en janvier 2008*.

7. Pour conclure

Il est intéressant de noter qu'après avoir essayé de répondre globalement et extérieurement à la question : « Quel traitement fonctionne, pour qui et sous quelles conditions ? » suivant le modèle d'interventions simples sur des problèmes limités, les chercheurs ont adapté les protocoles et se sont rapprochés des besoins des cliniciens et des patients, c'est-à-dire des questions cliniques. Sur un fond d'efficacité potentielle démontrée, les questions que suscitent à la fois la variabilité des cas et les processus de changement dans les cas complexes amènent un renouveau de l'intérêt pour la recherche. Les études intensives de cas reprennent de l'importance. L'évaluation s'est déplacée de modèles idéalisés de ce qui devrait se produire à une approche fondée sur les réalités et le potentiel de la pratique quotidienne.

Parallèlement, les méthodes se sont affinées et on peut concevoir comment, plutôt que de s'opposer, elles se complètent. Quand la preuve issue de différentes sortes d'études est évaluée et intégrée, alors on peut parler d'interventions cliniques fondées empiriquement.

Les études processus-résultats se révèlent être aussi un moyen de progresser sur des questions pratiques et d'affiner les modèles à partir d'expériences qui ne sont plus nécessairement pour l'essentiel individuelles, mais qui peuvent se réunir et se comparer dans le cadre de réseaux de recherches fondées sur les pratiques.

Bibliographie

- ABLON J.S, JONES E.E. (2002), « Validity of controlled clinical trials of psychotherapy : findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program », *Am J Psychiatry*, n° 159, p. 775-783.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006), « Evidence-based practice in psychology », *Am Psychol*, n° 61 (4), p. 271-285. <http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf>.

*<http://www.techniques-psychotherapiques.org/reseau>

- AUDIN K., MELLOR-CLARK J., BARKHAM M., et al. (2001), « Practice research networks for effective psychological therapies », *Journal of Mental Health*, n° 10 (3), p. 241-251.
- BARKHAM M., MELLOR-CLARK J. (2003), « Bridging evidence-based practice and practice-based evidence : developing a rigor rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies », *Clin Psychol Psychother*, n° 10, p. 319-327.
- BERGIN A.E., LAMBERT M.J. (1978), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, John Wiley & Sons.
- BLAGYS M.D., HILSENROTH M.J. (2000), « Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy : a review of the comparative psychotherapy process literature », *Clinical Psychology : Science and Practice*, n° 7 (2), p. 167-188.
- CASTONGUAY L.G., GOLDFRIED M.R., WISER S.L., et al. (1996), « Predicting the effect of cognitive therapy for depression : A study of unique and common factors », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 64, p. 497-504.
- CHAMBLESS D.L., OLLENDICK T.H. (2001), « Empirically supported psychological interventions : Controversies and evidence », *Annual Review of Psychology*, n° 52, p. 685-716.
- EDWARDS D.J., DATTILIO F.M., BROMLEY D.B. (2004), « Developing evidence-based practice : the role of case-based research », *Professional Psychology : Research and Practice*, n° 35 (6), p. 589-597.
- ELKIN I., GIBBONS R.D., SHEA M.T., SHAW B.F. (1996), « Science is not a trial (but it can sometimes become a tribulation) », *J Consult Clin Psychol*, n° 64 (1), p. 92-103.
- ELKIN I., PARLOFF M.B., HADLEY S.W., AUTRY J.H. (1985), « NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan », *Arch Gen Psychiatry*, n° 42 (3), p. 305-316.
- ELKIN I., SHEA M.T., WATKINS J.T., et al. (1989), « National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments », *Arch Gen Psychiatry*, n° 46 (11), p. 971-982.
- FISHMAN D.B. (2000), « Transcending the efficacy versus effectiveness research debate : proposal for a new electronic "Journal of Pragmatic Case Studies" », *Prevention and Treatment*. <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030008a.html>.
- GOLDFRIED M.R., EUBANKS-CARTER C. (2004), « On the need for a new psychotherapy research paradigm : comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004) », *Psychological Bulletin*, n° 130 (4), p. 669-673.
- GOLDFRIED M.R., WOLFE B.E. (1996), « Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance », *American Psychologist*, n° 51 (10), p. 1007-1016.
- GUTHRIE E. (2000), « Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm », *British Journal of Psychiatry*, n° 177, p. 131-137.
- HENRY W.P., STRUPP H.H., BUTLER S.E., et al. (1993), « Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy : Changes in therapist behavior », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 61, p. 434-440.
- HOLMES J. (2002), « All you need is cognitive-behaviour therapy ? », *BMJ*, n° 324, p. 288-294.
- INSEL T.R. (2006), « Beyond efficacy : The STAR^{*}D trial », *Am J Psychiatry*, n° 163 (1), p. 5-7.

- INSERM (2004), *Psychothérapie. Trois approches évaluées* (CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B., FLAMENT M.), Paris, INSERM.
- KAZDIN A.E, KENDALL P.C. (1998), « Current progress and future plans for developing effective treatments : comments and perspectives », *Journal of Clinical Psychology*, n° 27 (2), p. 217-226.
- KNIGHT R. (1941), « Evaluation of the results of psychoanalytic therapy », *Am J Psychiatry*, n° 98, p. 434-446.
- LAMBERT M.J. (2001), « Psychotherapy outcome and quality improvement : Introduction to the special section on patient-focused research », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 69 (2), p. 147-149.
- LAMPROPOULOS G.K, GOLDFRIED M.R, CASTONGUAY L.G, et al. (2002), « What kind of research can we realistically expect from the practitioner ? », *J Clin Psychol*, n° 58, p. 1241-1264.
- LUTZ W. (2002), « Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice », *Psychotherapy Research*, n° 12 (3), p. 251-272.
- LUYTEN P., BLATT S.J., CORVELEYN J. (2006), « Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research », *JAPA*, vol. 54, n° 2, p. 571-610.
- MARCH J.S., SILVA S.G., COMPTON S., et al. (2005), « The case for practical clinical trials in psychiatry », *Am J Psychiatry*, n° 162 (5), p. 836-846.
- MILROD B., BUSCH F., LEON A.C., et al. (2001), « A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder », *J Psychother Pract Res*, n° 10, p. 239-245.
- MILROD B., SHEAR M.K. (1991), « Dynamic treatment of panic disorder : a review », *J Nerv Ment Dis*, n° 179, p. 741-743.
- MORRISON C., BRADLEY R., WESTEN D. (2003), « The external validity of efficacy trials for depression and anxiety : A naturalistic study », *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, n° 76, p. 109-132.
- NIMH (2002), *Psychotherapeutic interventions : how and why they work*, <http://www.nimh.nih.gov/scientificmeetings/interventions.cfm>.
- SELIGMAN M. (1995), « The effectiveness of psychotherapy : the consumer reports study », *American Psychologist*, n° 50, p. 965-974.
- STILES W.B. (2003), « When is a case study scientific research ? », *Psychotherapy Bulletin*, n° 38 (1), p. 6-11.
- THURIN J.-M. (2004), « À propos de l'expertise collective Inserm sur les psychothérapies », Communiqué, 26 avril, <http://www.techniques-psychotherapies.org/Documentation/ExpertiseCollective/PostScriptum.html>.
- THURIN J.-M. (2006a), « Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles ; une nouvelle génération des recherches en psychothérapies », *Bulletin de Psychologie*, n° 59 (6), p. 575-584.
- THURIN J.-M., BRIFFAULT X. (2006b), « Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie », *L'Encéphale*, n° 32, p. 402-412.
- THURIN J.-M., THURIN M., BRIFFAULT X. (2006c), « Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies », *L'Information Psychiatrique*, n° 82, p. 39-47.
- THURIN J.-M., THURIN M. (2007), *Évaluer les psychothérapies : méthodes et pratiques*. Paris, Dunod.
- THURIN M., LAPEYRONNIE B., THURIN J.-M. (2006), « Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique », *Bulletin de Psychologie*, n° 59 (6), p. 591-603.

- VILLAMAUX M. (2000), « La Recherche sur l'efficacité des psychothérapies au 20^e siècle ? Une histoire mouvementée », *Pour la Recherche*, n° 25, p. 3-4.
- WALLERSTEIN R.S. (2006), « Psychoanalytic therapy research : its history, present status, and projected future », in *Psychodynamic diagnostic manual*, Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- WEST J.C., ZARIN D.A., PINCUS H.A., MCINTYRE J.S. (1996), « Characteristics of psychiatric patients », *Psychiatr Serv*, n° 47, p. 577-580.
- WESTEN D., NOVOTNY C.M., THOMPSON-BRENNER H. (2004), « The empirical status of empirically supported psychotherapies : assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials », *Psychological Bulletin*, n° 130 (4), p. 631-663.

CHAPITRE 9

Sur les illusions de la mesure

R. Perron

1. Quelle science ?

On presse de toutes parts le psychanalyste de développer des travaux de recherche, et que ces travaux soient « scientifiques ». Qu'est-ce à dire ?

Cela peut prendre deux directions : il peut s'agir de recherches qui visent à évaluer l'efficacité des cures psychanalytiques et de techniques psychothérapeutiques inspirées de la psychanalyse ; et ce peuvent être des recherches qui portent sur le processus analytique, c'est-à-dire sur les processus psychiques du patient et leurs transformations dans le métabolisme conscient/inconscient, sur les interactions patient-analyste, etc., dans le dispositif princeps divan-fauteuil. Dans d'autres domaines, on désignerait ces dernières comme activités de « recherche fondamentale », les premières étant plutôt du type « recherche appliquée », voire « recherche-développement ». La distinction est nécessaire. Il faut cependant se souvenir que, dans le cadre même des sciences exactes, nos collègues chercheurs ne manquent jamais de souligner la nécessité de recherches fondamentales qui peuvent apparaître d'abord comme totalement « inutiles », mais sans lesquelles recherche appliquée et recherche de développement seraient à terme totalement stérilisées. Il en va nécessairement de même dans notre domaine.

Ceci précisé, je centrerai ici mon propos sur les travaux qui visent à évaluer l'efficacité des traitements. Ils sont sans aucun doute nécessaires ; la question est de savoir comment les conduire. La grande majorité de ces travaux sont conduits dans les pays anglo-saxons selon la méthodologie, importée de la médecine somatique (notamment pour les contrôles d'efficacité en pharmacologie), de la médecine fondée sur les preuves

(MFP)²⁷. Les tenants de cette méthodologie proclament haut et fort qu'elle est scientifique, et seule scientifique, et donc que ses conclusions sont irréfutables. Récemment, l'Inserm a publié un gros rapport de synthèse visant à évaluer comparativement trois types d'actions psychothérapeutiques, dites « approches psychodynamiques », « approches familiales et de groupe », « psychothérapies cognitivo-comportementales » (Inserm, 2004). Un millier d'études ont été recensées, seules étant retenues celles qui, plus ou moins bien, respectaient un protocole MFP. Conclusions : les psychothérapies cognitives et comportementales sont de loin les plus efficaces, les thérapies familiales et de groupe font moins bien... tandis que « la psychanalyse » (car un glissement subreptice fait passer de thérapies brèves dites, par leurs auteurs, « inspirées par la psychanalyse » à la psychanalyse elle-même) ne soigne pas grand-chose.

Ce rapport a été, bien entendu, très exploité par les ennemis publics de la psychanalyse²⁸. Que valait-il ? En fait, il n'est guère scientifique lui-même, car biaisé par les erreurs méthodologiques qui pèsent sur l'usage d'une médecine « fondée sur les preuves » dans le domaine des psychothérapies.

Rappelons d'abord les étapes de cette démarche dite MFP. En bref, on constitue d'abord un échantillon « homogène » de patients, souffrant, par exemple, de dépression ; on extrait de cet échantillon deux ou plusieurs sous-groupes qu'on va traiter par des techniques différentes, et souvent un groupe témoin qui reste sans traitement ou reçoit un placebo ; après un temps jugé probant, on compare les résultats dans les différents sous-groupes. La scientificité de la procédure est supposée assurée par le mode de constitution de l'échantillon originel, par la façon dont on en a extrait des sous-groupes supposés comparables, par les conditions d'application du traitement (« double aveugle » si c'est possible), par les critères d'amélioration de l'état des patients. Dans l'ensemble, on a utilisé autant qu'il est possible des notations chiffrées, et on a parlé de « mesures ».

À toutes les étapes de la procédure peuvent s'introduire, et s'introduisent souvent en fait, des biais qui risquent d'en altérer gravement la démonstrativité. J'en soulignerai deux, qui sont relatifs aux illusions de la mesure et à l'illusion de classe homogène.

2. Les illusions de la mesure

2.1. Qu'entend-on par « mesurer » ?

Il est courant de lire dans des publications qui se veulent scientifiques qu'on a effectué des « mesures » d'anxiété, de dépression, etc., au moyen

27. En anglais *evidence-based medicine* (EBM). Le sigle « EBM » semble internationalement adopté, y compris par les auteurs de langue française. Cela présente l'inconvénient – comme en bien d'autres domaines – d'authentifier un concept sous label anglo-saxon, avec le prestige douteux du « c'est nouveau, de pointe, ça vient d'Amérique ». Au risque de paraître chauvin, je préfère MFP. (Pourquoi pas ? Nous disons « ordinateur » et non pas *computer*, et nos amis canadiens ont bien raison de préférer « courriel » à *e-mail*).

28. Dont certains, plusieurs étages au-dessous, ont depuis commis un bien triste libelle sous le titre *Livre noir de la psychanalyse*.

d'échelles spécialisées, dites précisément de « mesure » de l'anxiété, de la dépression, etc. De quoi s'agit-il ?

On peut d'emblée remarquer l'usage du singulier, impliquant qu'il existe *une* réalité qualitativement homogène, nommée anxiété, dépression, etc., dont il s'agirait d'évaluer la variation quantitative. Le clinicien qui connaît bien la diversité et la complexité des états en cause s'alarme : n'est-ce pas d'entrée de jeu fausser toute recherche par une abusive simplification ? Cependant, ce clinicien est curieux de savoir ce que signifie dans ce cas « mesurer ». Il consulte un traité élémentaire de métrologie, et apprend qu'on peut distinguer quatre niveaux de mesure (clairement distingués par Siegel, 1956).

- *Le niveau nominal*. Les objets en cause sont distribués en deux ou plusieurs classes exclusives, et on compte le nombre d'objets dans chacune de ces classes. Cette opération de comptage élémentaire permet quelques démarches intéressantes. Par exemple, je peux savoir ainsi s'il y a plus ou moins de voitures immatriculées pour 1000 habitants en Corrèze qu'en Dordogne, si au volant les hommes provoquent plus ou moins d'accidents que les femmes, etc. Si je veux comparer les tailles des garçons et des filles d'une classe de CM2, je peux définir deux sous-groupes de taille, « petit » et grand », et compter combien je trouve de garçons et de filles dans chacun de ces deux sous-groupes. Dès ce niveau, toute une variété des statistiques dites « non paramétriques » est disponible.
- *Le niveau ordinal*. En ce cas, les objets en cause sont ordonnés en fonction d'une certaine caractéristique : par exemple, les enfants de cette même classe de CM2 sont mis en file indienne par tailles croissantes, du plus petit au plus grand. On ouvre ainsi des possibilités intéressantes, en remarquant par exemple qu'on trouve plus de filles au début de la file et plus de garçons ensuite, en calculant le rang moyen des garçons et celui des filles, etc. La gamme des statistiques non paramétriques utilisables s'élargit.
- *Le niveau des échelles à intervalles*. On ajoute ici une clause supplémentaire en stipulant que les écarts entre éléments ordonnés sont égaux. C'est, par exemple, le cas de l'échelle centigrade des températures, puisqu'on y a défini deux repères notés arbitrairement 0 (fonte de la glace) et 100 (ébullition de l'eau), divisant ensuite cet intervalle en 100 parties égales. La logique est strictement la même si on dénomme les deux bornes 32 et 212 pour ensuite diviser l'intervalle en 180 parties égales (c'est ce que fait l'échelle Fahrenheit). Il en irait de même, et l'échelle serait tout aussi bonne, avec n'importe quels nombres ; ce serait seulement moins simple. Il ne faut donc pas se faire d'illusion sur un 0 qui n'indique pas l'absence de quantité, puisqu'il existe des températures plus basses ; du même coup, il serait dénué de sens de dire qu'il fait « deux fois plus chaud » à 20 degrés centigrades qu'à 10 (la preuve : en degrés Fahrenheit, ces températures sont notées 68 et 50). Reprenons le problème de comparaison des tailles des filles et des garçons. Au niveau de mesure précédent, on les a alignés en file indienne. À ce niveau-ci, on vérifie que l'écart de chacun au suivant est le même ; il n'est pas nécessaire de disposer d'une unité de mesure, un petit bâtonnet dont la longueur définit cet écart y suffit.

- *Le niveau des échelles absolues.* On ajoute une clause supplémentaire, capitale : le 0 marque l'absence de la quantité mesurée. Zéro kg de pommes de terre, cela signifie pas de pommes de terre du tout. Toutes les opérations arithmétiques deviennent possibles, sur la base d'une unité de mesure où 0 indique l'absence de quantité et dont tous les intervalles sont égaux. On peut alors, au sens usuel, mesurer les garçons et les filles, puis, sous certaines conditions, tester la différence entre les deux groupes par des statistiques dites paramétriques.

Ce rappel peut paraître austère. Il était nécessaire pour montrer que les échelles d'anxiété, de dépression, etc., comme la quasi-totalité des « instruments de mesure » élaborés et utilisés en psychologie clinique, en psychopathologie, en psychiatrie, fonctionnent en fait aux deux niveaux inférieurs de cette gradation en quatre niveaux. On y fait des comptages, au mieux des ordinations. En dépit de l'usage *larga manu* de statistiques (un usage parfois contestable s'agissant de statistiques paramétriques ; voir infra) qui masquent la question, le sujet chez qui est « mesurée » telle ou telle caractéristique est très généralement, soit distribué dans une classe (il est considéré comme « anxieux » s'il a répondu positivement à un certain nombre de questions), soit situé dans une ordination (ayant répondu cela, il est, par exemple, « plus anxieux » que 95 % des gens qui constituent le groupe de référence). Ce n'est sans doute pas négligeable ; cependant, à lire certains travaux qui se veulent scientifiques, on peut se demander si leurs auteurs, bien naïvement, ne croient pas « mesurer » l'anxiété exactement comme on pèse les pommes de terre...

Mais quel genre d'instrument utilise-t-on en général à ces fins ?

Je proposerai au lecteur de grimper à l'une de ces échelles.

2.2. Construction d'une échelle type²⁹

Supposons qu'on souhaite évaluer les troubles du sommeil chez des gens qui exercent un métier particulièrement stressant. Une bonne approche clinique inciterait à des entretiens conduits en fonction de certaines hypothèses, avec une certaine technique, les données se trouvant ensuite interprétées et construites d'une certaine façon, etc.

On peut cependant vouloir procéder de façon plus « standardisée » d'un répondant à l'autre, en formulant un certain nombre de questions types et en cadrant la réponse d'une certaine façon. Par exemple, on prévoit une question telle que « Souffrez-vous d'insomnies ? » et on demande au sujet de choisir parmi cinq réponses possibles : « jamais », « rarement », « parfois », « souvent », « toutes les nuits », ce qui constitue une série ordonnée en fonction d'un trouble du sommeil de plus en plus important.

29. L'exemple est fictif, portant sur des nombres qui facilitent la mise en évidence de la démarche, mais sont parfaitement plausibles dans un cas de ce genre, et respectent strictement la démarche elle-même.

Supposons maintenant qu'on ait interrogé ainsi 100 hommes de 30 à 40 ans exerçant ce métier. On se propose de tabuler les réponses, mais il serait fastidieux de réécrire un très grand nombre de fois, in extenso, « jamais », « rarement », etc. Il est certainement plus commode de représenter chacune des cinq réponses possibles par un symbole ; n'importe quel jeu de symboles peut convenir, par exemple : & = « jamais », @ = « rarement », £ = « parfois », \$ = « souvent », * = « toutes les nuits ». Il est entendu que la série est ordonnée, c'est-à-dire que * > \$ > £ > @ > &. Cependant, il peut sembler difficile de mémoriser cet ordre, et on peut préférer utiliser des lettres de l'alphabet, dont l'ordre est familier, par exemple a, b, c, d, e, où a = « jamais », etc., avec e > d > c > b > a. On n'ajoute ni ne retranche rien à la logique de la chose ; on se contente d'une facilité de mémorisation.

Ainsi équipés, nous pouvons faire beaucoup de choses avec nos 100 réponses, et d'abord compter la fréquence de chaque niveau du trouble. Supposons que nous ayons obtenu 55 a, 15 b, 5 c, 10 d et 15 e. On a appris quelque chose : une bonne moitié de ces hommes disent ne jamais souffrir d'insomnies (a), peu nombreux sont ceux qui disent « parfois » (c), mais 15 % répondent « toutes les nuits » (e). On notera que cette distribution n'est strictement pas gaussienne, ou comme on dit aussi parfois, « normale » (une distribution gaussienne, sur 100 réponses, donnerait 7 a, 24 b, 38 c, 24 d et 7 e). C'est banal concernant des réponses à une question de ce genre, mais il est alors prohibé d'utiliser cette distribution pour calculer des statistiques paramétriques.

Comme notre curiosité est aiguisée, nous reposons la question à 100 femmes « comparables » (même métier, même niveau d'études, même milieu socioéconomique, même type d'habitat, etc.) et on trouve 45 a, 20 b, 10 c, 5 d, 20 e. On constate que la distribution a la même forme que pour les hommes mais avec un peu plus d'insomniaques.

On ne peut pas tenir pour statistiquement significative cette différence entre les deux groupes³⁰.

Il se trouve cependant qu'on avait eu l'heureuse idée de choisir, en fait, non pas deux échantillons indépendants, de 100 hommes et de 100 femmes exerçant le même métier, mais 100 couples où l'homme et la femme exercent tous deux ce métier. On a dès lors deux échantillons *appariés*, ce qui permet, dans 100 cas, de savoir si l'homme se dit plus ou moins insomniaque que sa femme, ou s'il n'existe pas de différence. Les statistiques dont on dispose sont alors bien plus puissantes. Supposons en effet

30. On calcule ici une statistique dite « chi carré », qui compare les fréquences, et l'on trouve chi carré = 5,76, non significatif (avec 4 degrés de liberté, il faudrait, au moins 7,78 à $p=0,10$, 9,49 à $p=0,05$ et 13,28 à $p=0,01$). Cela signifie que n'est pas infirmée l'hypothèse nulle, selon laquelle le groupe des hommes et celui des femmes ne diffèrent pas dans leurs réponses. La logique est la suivante : si on répétait l'expérience un grand nombre de fois, on observerait évidemment une variation de l'amplitude de la différence entre les deux groupes ; la différence observée dans la seule expérience en fait réalisée est trop faible pour permettre d'infirmar cette hypothèse nulle. Stricto sensu, on n'a pas prouvé qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes : on a seulement échoué à établir qu'il y en ait une, ce qui est tout autre chose.

que l'on obtienne ceci : dans 20 cas, le mari se dit plus insomniaque que sa femme, dans 40 cas la femme se dit plus insomniaque, et 40 couples ne déclarent aucune différence (ce qui est parfaitement compatible avec les données précédentes où l'on considérerait qu'il s'agissait de deux échantillons indépendants, négligeant alors une information utile). La différence hommes/femmes apparaît alors statistiquement très significative³¹.

On peut donc faire beaucoup de choses avec des comptages (niveau nominal).

Malheureusement, supposons que nous cédions à l'illusion du quantitatif qui saisit tant de constructeurs d'échelles : au lieu d'utiliser des lettres pour symboliser les niveaux d'insomnie, on utilise des chiffres. Ce pourrait être n'importe quelle série ordonnée de nombres, par exemple $458 > 76 > 55 > 32 > 8$, ou n'importe quoi de ce genre, la seule condition étant que soit respectée la clause d'ordination. Mais on cède à l'illusion, et on utilise 1 = jamais, 2 = rarement, 3 = parfois, 4 = souvent, et 5 = toutes les nuits. C'est parti pour les illusions de la mesure, car il est bien tentant alors de calculer des moyennes : sur nos deux groupes, on obtiendra 2,15 pour les hommes et 2,35 pour les femmes.

Au simple plan de l'arithmétique, rien n'interdit de calculer ces moyennes (rien n'interdit d'additionner des valeurs et de diviser cette somme par leur nombre). Le piège va être dans leur interprétation, si l'on méconnaît qu'en passant des lettres aux chiffres on a introduit subrepticement deux postulats nouveaux : 1) l'équidistance des échelons (supposant que l'écart entre ce que notent 1 et 2 est le même qu'entre ce que notent 2 et 3, etc.) ; 2) la correspondance entre zéro et l'absence de la quantité mesurée. Or rien dans la formulation de la question et dans le choix des réponses n'autorise cela : être « souvent » en proie à des insomnies, ce n'est pas être exactement « deux fois plus insomniaque » que si on l'est « rarement » (4 n'est ici pas plus 2 fois 2 que d n'est 2 fois b) ; quant au 0, il ne peut avoir aucun sens : on ne peut pas être moins insomniaque que quelqu'un qui ne l'est jamais, noté arbitrairement 1 (le noter 0 ne changerait rien à l'affaire !)...

Cependant, nombreuses sont les recherches qui utilisent le calcul de moyennes en méconnaissant ces objections, et notamment dans deux directions : pour comparer deux groupes ; pour évaluer un changement du type avant-après.

Premier cas, celui d'une comparaison de groupes. Il est classique d'utiliser une statistique dite t de Student-Fischer, qui compare les deux distributions caractérisées par leurs moyennes et leurs variances³². Cela n'est possible

31. Chi carré = 8,01 significatif à $p=0,01$ (ce chi carré étant cette fois calculé selon une formule qui suppose des échantillons appariés).

32. Ce calcul vise lui aussi à tester l'hypothèse nulle, celle d'une non-différence entre les deux groupes, la différence observée étant déclarée trop faible pour être attribuée à autre chose qu'au hasard. La logique du calcul est la suivante. Si l'on répétait un grand nombre de fois l'expérience (poser la question à 100 hommes et 100 femmes, dans notre exemple), la différence des deux moyennes varierait évidemment d'une expérience à l'autre ; on pourrait construire la distribution de ces différences de moyennes, qu'on s'attend à trouver elle-même gaussienne, et dont on pourrait donc

que si les deux distributions ne s'écartent pas trop de la symétrie de la courbe gaussienne (dans le cas des deux groupes envisagés ici, l'asymétrie est telle que le calcul serait tout à fait illégitime). Il existe bien des moyens techniques de s'assurer qu'on a affaire à des distributions qui autorisent le calcul... mais bien rares sont les auteurs qui semblent s'en assurer.

Second cas, celui d'une variation ou non-variation de la moyenne d'un même groupe en deux circonstances différentes, par exemple avant et après une intervention thérapeutique. Fréquents sont les travaux qui concluent à un effet thérapeutique si la moyenne varie de façon statistiquement significative, à l'absence de changement si elle ne varie pas. Le simple bon sens montre que ce n'est pas si simple : une moyenne peut rester stable parce que se sont produits des changements qui se compensent à l'échelon du groupe. Supposons par exemple que nos 100 hommes aient fait l'objet d'une intervention destinée à réduire l'insomnie. Pour 10 d'entre eux, cette intervention se révèle bénéfique, car ils passent de « rarement » à « jamais », c'est-à-dire, dans la notation chiffrée, de 2 à 1. Malheureusement, pour 10 autres, elle produit des effets paradoxaux, car ils passent de « souvent » à « toutes les nuits », notés 4 et 5. La moyenne « après » est la même que la moyenne « avant », 2,15...³³.

Mon but n'est pas ici de proscrire l'usage des nombres et le calcul statistique dans ce type de recherche ; il est d'attirer l'attention sur les pièges de cet usage. Il est à craindre que n'en soient pas assez conscients certains des auteurs de travaux qui visent à vérifier l'efficacité de telle ou telle démarche psychothérapeutique. Qu'on lise par exemple le chapitre que le rapport Inserm précité consacre à la méthodologie, et en particulier ce qui y est dit des modes de calcul de la « taille d'effet » d'un traitement (c'est-à-dire la « mesure » de son efficacité). De l'aveu même de ce rapport, le mode de calcul varie beaucoup d'un auteur à l'autre, et l'ensemble manque d'homogénéité ; peut-on vraiment tenir pour probant « scientifiquement » un ensemble de procédures de preuve manquant de cohérence³⁴ ?

calculer la moyenne et la variance. La différence réellement observée est située dans cette distribution : si elle diffère de sa moyenne de plus d'une certaine valeur, elle est dite « significative » parce que très peu probable, l'hypothèse nulle est infirmée. Tout cela est en fait assez simple, même si l'énoncé en est un peu laborieux...

33. Ce qui change, c'est la variance, qui dans cet exemple augmente. On peut cependant trouver des cas où se produisent des changements individuels tels que ne changent ni la moyenne ni la variance, tout cas d'amélioration se trouvant compensé par un cas d'aggravation de même proportion... Une statistique non paramétrique testant l'ordre serait alors plus pertinente et plus efficace.
34. Certains de ces modes de calcul sont surprenants. Ainsi semble fréquemment employée la procédure qui consiste à comparer deux distributions en rapportant l'écart des moyennes à la variance d'un seul des deux groupes (le t de Student-Fischer, cité plus haut, utilise impérativement une combinaison des deux variances). Cette procédure tronquée introduit inutilement un aléatoire considérable, de nature à rendre le résultat peu probant ; pourquoi l'utiliser ? On n'ose pas penser que c'est du fait d'une insuffisance de données ainsi escamotée.

3. L'illusion de classe homogène

Ces considérations peuvent paraître bien austères. Il était utile cependant de situer les illusions de la mesure pour comprendre comment en dérive ce que je désignerai comme l'« illusion de classe homogène ».

Il résulte en effet de ce qui précède qu'on ne « mesure » pas la dépression comme on pèse des pommes de terre. Ce qu'on peut faire au mieux, c'est *ordonner* des personnes sur un gradient qui va de la moins déprimée à la plus déprimée. Si, cependant, on cède aux vertiges de la mesure, on est conduit à une seconde illusion, celle d'avoir défini un échantillon homogène parce qu'on n'y a retenu que les sujets dont la « note » (la notation de la dépression, dans l'exemple choisi) est supérieure à un seuil prédéfini. Cela revient à créer une classe d'objets, les patients dépressifs, *considérés comme tous identiques* au regard d'une caractéristique nommée « dépression ». Seule est alors retenue une variation dite quantitative, toute variation qualitative disparaissant³⁵. Ainsi le veut la logique aristotélécienne qui préside à toute cette démarche.

Cette logique trop simple est malheureusement confortée par l'usage d'instruments dits « scientifiques », « objectifs », etc., tels que le DSM-IV, qui s'attachent à répertorier des troubles constituant des classes bien distinctes et de préférence exclusives ; ceci sur des critères aussi purement symptomatiques que possible, dans une idéologie scientifique naïve où le symptôme est supposé s'imposer au regard sans interprétation du clinicien³⁶. Celui-ci n'aurait plus alors qu'à y distribuer ses malades, sans ambiguïté, en suivant une démarche visant à réduire le plus possible ses doutes (et sa réflexion). La réalité cependant ne se laisse pas si facilement torturer par Procuste : la complexité des troubles est telle en psychopathologie qu'il a bien fallu en réadmettre quelque chose ; d'où la notion de « comorbidité », qui permet de localiser le même patient dans deux ou plusieurs des cases de cette nosographie³⁷. C'est aggraver les choses, puisque c'est réaffirmer, au prix d'une évidente contradiction, qu'il s'agit de troubles distincts qui peuvent (par hasard ?) affecter une même personne.

À cette logique classificatoire s'oppose une tout autre logique, fonctionnelle, où le trouble n'est plus caractérisé par sa localisation dans un tableau ; il est compris en tant qu'il est considéré comme un observable situé dans une série phénoménale, il est pris dans le tissu du temps, au niveau

35. C'est ce que traduit l'usage immodéré, dans cette littérature, de la notion de « variable ». Stricto sensu, une variable, au sens mathématique, définit la variation quantitative d'une entité qualitativement définie.

36. « Il n'y a qu'à regarder pour voir »... Aucun scientifique digne de ce nom, cependant, ne peut encore croire qu'il existe des « faits bruts ».

37. Une nosographie taxinomique, de type botanique ou zoologique, celle-là même dont la médecine s'est inspirée pour construire, tout au long du XIX^e siècle, le tableau général des maladies somatiques. On sait quelles difficultés la psychiatrie a rencontrés quand elle a voulu appliquer ce modèle dans son champ propre.

d'une causalité globale³⁸. C'est la logique de la biologie depuis Claude Bernard, c'est celle que Freud, d'abord biologiste, a utilisée pour fonder la psychanalyse. C'est celle qu'utilise le clinicien qui veut comprendre les phénomènes qu'il a à connaître.

Car le clinicien sait bien, lui, que les personnes en cause ne sont pas réductibles à un trouble unique, ou à la juxtaposition de deux troubles hétéroclites. Il sait qu'il s'agit de personnes, chacune unique, même si elles peuvent s'apparenter en familles sous le signe de communautés fonctionnelles. Il ne peut accepter la réduction à l'identique de personnes groupées en une même classe.

Dans les démarches type MFP, c'est pourtant l'homogénéité supposée d'un échantillon initial qui autorise illusoirement, à l'étape suivante, à le partager aléatoirement en deux, trois, n sous-groupes, soumis à des traitements différents, et/ou à en extraire un sous-groupe témoin non traité ou « traité » par placebo. Les comparaisons sur l'efficacité de ces actions ne vaudront évidemment que si ces sous-groupes sont comparables. Pour beaucoup d'auteurs, ils le sont parce qu'ils sont constitués par tirage au sort ; or, seule l'illusion d'une homogénéité de l'échantillon d'où on les extrait peut porter à y croire ! En fait, dans l'exemple développé plus haut, rien ne garantit que les n sous-groupes ainsi constitués sont effectivement comparables en ce qui concerne les types et les gravités de l'état dépressif des patients. Parfois, cependant, un auteur consciencieux se propose de vérifier que les sous-groupes extraits de l'échantillon princeps sont effectivement comparables ; mais c'est bien difficile, et s'il le fait avec les mêmes instruments (DSM-IV, échelles spécifiques, etc.), il court le risque des deux illusions pointées ici.

L'illusion d'homogénéité de l'échantillon de départ, qui suppose que tous les sujets de cet échantillon sont identiques au regard de ce qu'on veut constater, entraîne une conséquence plus grave encore. Partager aléatoirement les consultants entre différents types de traitements, c'est supposer que ces traitements diffèrent peut-être quant à leurs effets, mais non quant à leur principe : ils soignent... la dépression, supposée identique en tous. Qu'ils puissent soigner *différemment* des sujets *différents* par la nature, la dynamique, la gravité de l'état dépressif, est alors négligé. C'est l'idée même d'*indication* de tel ou tel type de traitement, pour tel ou tel type de patient, qui disparaît.

À bien des égards, le clinicien est donc perplexe face à ce type de travaux. Il l'est un peu plus lorsque le seul critère d'amélioration de l'état du patient est la réduction de symptômes. Mais, lorsqu'il lit chez tel ou tel auteur qu'un sous-groupe a été soumis à une « thérapie placebo » (cela s'est vu !), il est partagé entre l'ahurissement et l'indignation. Comment un psychothérapeute digne de ce nom peut-il recevoir

38. Entendre par là qu'il s'agit de causalités récurrentes, en réseau, rétroactives, en feedback, etc., bien au-delà de la simple causalité linéaire des sciences exactes première manière.

un patient de façon répétée en s'appliquant à *ne pas le soigner* ? Comment peut-on méconnaître que la relation qui s'établit alors existe ? Comment peut-on jouer ainsi avec la souffrance psychique, comment peut-on ainsi mentir³⁹ ?

Bien d'autres questions de méthodologie – et de déontologie – devraient être ici abordées, mais qui exigeraient de plus longs développements. Il doit être bien entendu que ces remarques ne visent pas à condamner tout travail visant à établir le degré d'efficacité d'une démarche thérapeutique, *compte tenu de ses indications*, au contraire. Ces travaux sont nécessaires ; ce que j'ai souhaité souligner, c'est qu'ils doivent être conduits en évitant des erreurs qui, au mieux, les rendent inutiles, et au pire aboutissent paradoxalement à desservir la psychanalyse.

Bibliographie

- INSERM (2004), *Psychothérapie. Trois approches évaluées* (CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B., FLAMENT M.), Paris, INSERM.
- SEGEL S. (1956), *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*, International Student Edition, New York, McGraw-Hill.

Pour en savoir plus

- BASSIERE M., GAIGNEBET E. (1966), *Métriologie générale*, Paris, Dunod.
- BEAUFILS B. (1996), *Statistiques appliquées à la psychologie*, Paris, Bréal.
- DAR R., SERLIN R.C., OMER H. (1994), « Misuse of statistical tests in three decades of psychotherapy research », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 62, p. 75-82.
- FALISSARD B. (2001), *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique*, Paris, Masson.
- FONAGY P., KACHELE H., KRAUSE R., PERRON R. (2000), *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*, Publications de l'Association Internationale de Psychanalyse, Londres (trad. fr. disponible sur : www.techniques-psychotherapiques.org/documentation/Psychanalyse/Opendoordefault.html).
- GUEIFI J.-D. (dir.) (1996), *L'Évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Paris, Éditions Médicales Pierre Fabre.

39. Le rapport Inserm (2004) ici commenté donne à cet égard des précisions alarmantes, notamment p. 18, lorsqu'est évoquée la constitution de groupes contrôles constitués de patients soumis à une « pseudo-thérapie », voire une « anti-thérapie » (si l'on comprend bien, une technique consistant à délibérément aggraver le mal). Des patients d'ailleurs bien indisciplinés, puisque, si le groupe contrôle est plus simplement constitué de gens mis en attente dans ce but, ces gens risquent d'aller se faire soigner ailleurs (cela « risque d'aboutir à des sorties d'essai vers une autre thérapie »). L'insensibilisation déontologique à laquelle peut aboutir cette dérisoire « scientificité » laisse pantois...

- LUBORSKY L., LUBORSKY E. (2006), *Research and psychotherapy : the vital link*, Lanham, Rowman and Littlefield.
- PERRON R. (2007), « Chercher en psychanalyse. Réflexions sur le modèle des sciences exactes », in EMMANUELLI M., PERRON R. (dir.), *La Recherche en psychanalyse*, Paris, PUF, coll. « Monographies de la Revue Française de Psychanalyse ».
- REUCHLIN M. (1962), *Les Méthodes quantitatives en psychologie*, Paris, PUF, coll. « Que Sais-Je ? ».
- THURIN J.-M., THURIN M. (2007), *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*, Paris, Dunod.

CHAPITRE 10

De l'« *evidence-based* » à l'absence de toute certitude : une approche subjective

J.-P. Chartier

Plus on écrit, moins on pense (Paul Valéry)

Le médecin, selon Lacan, « se prononce sur tout, en tous lieux et sur tous les sujets et il fait des ordonnances. L'analyste se doit d'être aux antipodes de cette attitude et nous insistons sur la distance qui sépare nos pratiques thérapeutiques au-delà des apparences et la difficulté et la difficulté d'évaluer une praxis qui « pèse des œufs de mouche dans des cocons de soie » comme le disait François Périer avec malice. Certes, cette position est aux antipodes des effets de manche de la mode contemporaine et déplaira aux consommateurs que nous sommes censés être tous devenus.

Alors, sur quels critères l'analyste se fonde-t-il pour évaluer son action, qu'il revendique thérapeutique, auprès de ses patients ?

Les critères subjectifs seraient-ils les plus pertinents ? Quelle place donner à la disparition, dans les cas heureux, à la sédation des symptômes ? Comment justifier la durée des cures analytiques par rapport aux autres approches psychothérapeutiques ? Nous tenterons d'apporter une réponse constructive à ces questions cruciales pour tous les praticiens qui restent contempteurs des évidences. Aujourd'hui, la dictature des sondages et des statistiques envahit les méthodes cliniques, en tout cas leurs évaluations ; ainsi en est-il avec les DSM qui représentent sans doute la plus grande régression conceptuelle qu'a connue la psychiatrie contemporaine.

Fort heureusement, il existe aussi des Anglo-Saxons qui dénoncent ouvertement, pour reprendre le titre de John Marzillier, « The myth of evidence-based psychotherapy ». Ainsi, après une rapide revue critique des DSM et des *evidence-based psychotherapies*, nous nous attacherons à tenter de préciser les critères cliniques que l'analyste s'efforce d'apprécier pour évaluer son action.

1. Des DSM à l'*evidence-based psychotherapy*

1.1. Les DSM

À la révolution neuroleptique va correspondre, aux États-Unis, le grand chambardement diagnostique né de l'ambition de « fiabiliser » les jugements souvent contradictoires des praticiens ; d'où l'idée d'un manuel s'appuyant sur des bases statistiques jugées indiscutables par tous. Ses auteurs le présentent comme révolutionnaire et comparable à la démarche qu'a eue Baudelocque en obstétrique en exigeant des accoucheurs qu'ils se lavent les mains avant d'officier ! Spitzer, qui fut son instigateur, le décrit en 1985 comme le moyen « d'éliminer (enfin) le désordre qu'a caractérisé le diagnostic psychiatrique » jusqu'alors.

Les critères qui permettent au clinicien de trancher sont décrits comme validés statistiquement par le kappa qui est une version améliorée du Chi^2 . La présence de n signes avant tel âge permet de situer le patient dans un ensemble syndromique qui fait voler en éclats la nosographie traditionnelle (névroses, psychoses, perversions). On voit apparaître alors de nouvelles dénominations (comme les troubles obsessionnels compulsifs [TOC] à la place de névrose obsessionnelle), les « *paraphylias* » qui remplacent les perversions. Les DSM ressuscitent aussi des entités nosographiques qui avaient disparu comme celle de « personnalités multiples » qui eut son heure de gloire avant les travaux de Freud sur l'hystérie. Élisabeth Roudinesco montre que son inscription dans les DSM a provoqué une véritable épidémie puisque, aujourd'hui, une personne sur 20 serait concernée en Amérique, avec des conséquences judiciaires surréalistes, le tribunal devant trancher si le sujet est coupable ou non en fonction de « la personnalité » impliquée au moment du délit et de son rapport avec cette personnalité et avec ses autres personnalités, qui peuvent aller jusqu'à une cinquantaine.

Sommes-nous bien loin de la notion de possession diabolique moyenâgeuse ? Les DSM seraient-ils scientifiques comme Brutus était un honnête homme ?

Déclaré parfait à sa sortie en 1979, le DSM-III a été remplacé par le DSM-IV en 1994. À chaque version, des diagnostics sont modifiés ou disparaissent, et d'autres diagnostics apparaissent ; ainsi voit-on surgir dans le DSM-IV des troubles psychiques liés à l'usage du tabac (ces outils scientifiques « absolus selon leurs auteurs » ne seraient-ils pas à l'abri de l'air du temps ?).

Les DSM constituent certes une tentative intéressante pour essayer d'assurer la fiabilité des diagnostics psychiatriques. Malheureusement, la lecture de l'ouvrage de Stuart Kirk et Herb Kutchin (1999) n'est guère rassurante quant à la solidité scientifique de l'édifice diagnostique. Leur livre met en évidence les pressions idéologiques et commerciales considérables qui ont inspiré cette nouvelle nosographie « a-théorique » qui, je les cite, « s'apparente davantage à un manifeste politique de l'Association psychiatrique américaine qu'à un système de classification fondée scientifiquement ». L'outil est fiable mais il n'est pas valide, telle est la conclusion des auteurs que nous venons de citer. Pire encore, sous l'affirmation de

l'« a-théorisme », on peut repérer un souci bien américain de contrôler et de psychiatriser la vie privée. Les diagnostics de « personnalité anti-sociale » chez les adultes et de « troubles oppositionnels avec provocation » chez les enfants en sont des illustrations éclatantes – j'y renvoie le lecteur.

À l'évidence, l'appréciation de ces items fait appel à un niveau élevé de subjectivité et ne prend pas en compte le contexte éducatif où évolue l'enfant. On arrive ainsi à recréer des entités nosographiques qui rappellent le concept « d'enfant pervers » qui eut son heure de gloire dans la psychiatrie française des années 1950.

N'importe quel parent normal ne peut qu'être interloqué par le choix des critères censés faire ainsi de leur fils ou de leur fille un cas psychiatrique. Comment ne pas voir qu'il s'agit de tentatives pernicieuses pour médicaliser la vie privée et contrôler les individus sous un habillage pseudo-scientifique ? Le plus extraordinaire est sans doute que cette régression conceptuelle et thérapeutique, est fort peu dénoncée en France.

Pire encore, oser s'y attaquer, comme je le fis au dernier Congrès de la Société française de psychologie, me valut d'être apostrophé par de jeunes doctorants qui déplorèrent qu'un psychologue « éminent » (sic) comme moi ne reconnaisse pas les mérites de cette classification qu'on leur enseignait à l'université.

Peut-on comprendre cet état de fait surprenant ? Édouard Zarifian (2000) y voit l'effet du lobby des laboratoires pharmaceutiques qui soignent entre autres les désordres du comportement chez l'enfant à coup de dérivés amphétaminiques comme la Ritaline®. Peut-être, mais plus encore, comme le rappelle Jean Guyotat (2000) :

actuellement toute publication scientifique doit se référer au DSM ainsi qu'à celle de l'OMS (ICD 10) et [en] France cela prend de l'importance dans la nomination à des postes universitaires en psychiatrie.

Comme Paris valait bien une messe pour Henri IV, bazarder les névroses et renoncer à l'existence du fantasme au profit de la réalité « médicale » du trauma permettrait aujourd'hui de faire carrière.

Outils de recherche épidémiologique abusivement utilisés en clinique, les DSM plaisent par leur apparente simplicité rassurante pour celui qui voudrait réduire la psyché à la *rationalité*. Leur plus grand mérite ne serait-il pas de permettre enfin d'« oublier Freud ? » (Scarfone, 1999).

1.2. L'*evidence-based psychotherapy*

À propos du rapport si controversé de l'Inserm sur l'efficacité des psychothérapies, on peut rappeler la position d'Alice Dazord (1997) :

l'attitude scientiste d'asservissement systématique à une méthodologie existante, si elle a le mérite de permettre une comparaison avec des recherches effectuées dans d'autres continents, est souvent malheureusement stérile, et non créatrice, et conduit à une recherche de type mimétique.

Ainsi, selon moi, l'Inserm devient l'Iaserm : International American Scotomisation of Real Mental (problems).

Dans son article « The myth of evidence-based psychotherapy », John Marzillier (2004) pointe la dérive contemporaine qui veut médicaliser à tout prix « l'expérience psychologique ». Les gens ne sont pas anxieux, dépressifs ou schizophrènes comme ils peuvent avoir la rougeole, du diabète ou une maladie cardiaque. On ne peut dissocier les symptômes, comme l'ont fait les DSM, de la personnalité globale du sujet. Les personnes qui nous demandent de l'aide ont toujours d'autres problèmes que leurs symptômes allégués et leurs expériences personnelles antérieures vont faire qu'elles réagiront différemment à la thérapie, quelle qu'elle soit.

La psychothérapie est une interaction et l'échange en est le cœur, ce que les « *test-books* » des manuels et thérapeutes anglo-saxons semblent superbement ignorer. Les actions thérapeutiques ne sauraient consister en une série de procédures techniques, ni « être scientifiquement prouvées comme vous ne pouvez pas prouver scientifiquement la valeur de l'amitié ou d'un bon mariage ». Et Marzillier de conclure « *they could claim scientific justification for the practice of psychotherapy* ». Leur erreur est de ne pas admettre que l'*evidence-based psychotherapy* est un mythe qui s'apparente dans son insistance formelle à « l'effet tomatologique sur la cantatrice soprano » que Georges Perec a écrit avec beaucoup d'humour mais aussi de réalisme sur le formalisme convenu et inapproprié des recherches prétendues scientifiques.

2. L'évaluation clinique de notre travail

Tout analyste digne de ce nom se préoccupe d'évaluer son action ou son impuissance auprès de ses patients et d'essayer d'en comprendre les paramètres cliniques. Seul l'examen de la nature du lien que le praticien est capable ou non de nouer avec son patient permet de comprendre la disparité des informations recueillies auprès des malades mentaux. Comme chaque praticien a pu le vérifier, le psychotique ne parle pas forcément avec facilité de son activité délirante et/ou hallucinatoire. Les tests et les échelles peuvent aider au diagnostic, mais c'est la capacité d'empathie du clinicien qui fera toujours la différence.

Freud a montré évidemment la voie en décrivant une série de cas en particulier de névroses hystériques, obsessionnelles et phobiques. Ainsi en est-il de l'ouvrage (Freud, 1905) qui, en français, regroupe cinq cas : Dora, le petit Hans, l'homme aux rats, le président Schreber et l'homme aux loups. Certes, comme l'a écrit Daniel Widlöcher (1990), l'étude de cas n'est pas un fait en ce sens que l'analyste qui livre à la lecture et à l'appréciation de ses collègues le récit d'une cure a une visée didactique ou au minimum démonstrative. Il en est de même de la vignette clinique qui vient illustrer un point de théorisation. L'analyse ne se prétend pas a-théorique, comme s'il pouvait exister une nosographie sans nosologie sous-jacente, ce qui n'enlève en rien sa valeur au cas unique, car ceux de Freud, comme chacun le sait, ont eu et gardent une valeur paradigmatique. De la même manière,

Broca avait pu, à partir de l'autopsie d'un seul cerveau, découvrir l'existence du centre du langage, alors que l'autopsie de centaines de crânes lui avait permis d'affirmer scientifiquement (statistiquement) des monstruositéés comme l'infériorité intellectuelle des Noirs sur les Blancs et des femmes sur les hommes...

La méthode cathartique de Breuer et de Freud se donnait pour but, (Freud, Breuer 1895) comme les thérapies cognitivo-comportementales à la mode aujourd'hui, la suppression des symptômes. On ne peut négliger ce souci légitime de nos patients, ni adhérer à la formule lapidaire de Lacan, selon qui la « guérison viendrait de surcroît » ; certes, il l'adapta d'une formule de Freud qui, avec l'évolution de sa pensée métapsychologique, s'éloigne d'un idéal d'une recherche a-symptomatique au profit d'un remaniement des instances : « *Wo es war, soll ich werden* » (où *Ça était, je/moi dois advenir*), et d'un rééquilibrage pulsionnel à long terme, ce qui implique une modification du système défensif du patient. Nous pouvons évaluer facilement l'assouplissement des défenses rigides d'un névrosé obsessionnel quand il s'autorise à arriver en retard à ses séances, voire à en manquer une, ou quand une hystérique exprime enfin sa dépression masquée par ses défenses maniaques. Il en est de même du paranoïaque qui nous confie : « J'étais de nouveau aux confins du délire mais j'ai pu y résister cette fois », par identification à la personne et au discours de l'analyste sans doute. Mais l'outil principal du travail reste la perlaboration, comme Freud l'a évoqué dans son article : « Remémoration, répétition, perlaboration » en 1914 (« Erinwiesien, Wiederholen, Durcharbeiten »). Certes, le terme « Durcharbung » apparaît dès les *Études sur l'hystérie* (1895), mais la signification du concept est peu définie ; Freud entend par là le processus par lequel l'analyse intègre les interprétations et surmonte les résistances qu'elles suscitent. Le terme français rend difficilement accessible l'idée de travail à travers le psychisme qu'indique le mot allemand ; dans leur *Vocabulaire* (1967), Laplanche et Pontalis proposent « élaboration interprétative » qui serait plus explicite. Quoi qu'il en soit, c'est par la répétition interprétative que le patient dépasse une pure acceptation intellectuelle pour accéder à une conviction fondée sur l'expérience vécue et partagée avec l'analyste. Le mécanisme d'intégration visé par la cure exclut à l'évidence les interventions ponctuelles et demande régularité et durée. Force est de reconnaître que, depuis Freud, la durée des cures s'est considérablement allongée. Faut-il rappeler qu'il recevait ses patients 55 minutes chaque jour de la semaine ? D'ailleurs lui-même, sans jamais légiférer sur le sujet, constatera un allongement de la durée des cures. Il en viendra ultérieurement à évoquer la nécessité de garder certains patients toute leur vie durant avec la « béquille analytique », et tous ceux qui ont entrepris des cures de psychotiques chroniques ne sauront le contredire. En ce qui me concerne, je fais un « bilan » de l'évolution de mes patients chaque année et, si la cure dure plus de 4 ans, je m'interroge avec le patient sur ce qui peut en expliquer sa durée, à savoir qu'il convient de repérer les

mouvements transféro-contre-transférentiels qui ont pu être insuffisamment analysés.

Paradoxalement, dans un texte de 1937 – qu’André Green qualifie de « testament thérapeutique » – « L’Analyse avec fin et l’analyse sans fin », Freud se montre très exigeant sur les conditions de fin de la cure. Il faudrait non seulement que le patient ne souffre plus de ses symptômes et ait surmonté ses angoisses comme ses inhibitions, mais aussi que l’on n’ait pas à craindre la répétition des processus pathologiques en question.

Comme l’ont écrit David Zimmerman et Bento Mostardeiro : « l’acquisition par le sujet d’un état absolu d’immunité vis-à-vis de nouvelles manifestations psychopathologiques ne peut être réclamée comme critère de terminaison d’une analyse », du fait de l’évolution entropique de l’être et de circonstances nouvelles qu’il peut être amené à affronter. Freud, pour l’heure, se contente d’insister sur deux facteurs nécessaires selon lui au plein succès thérapeutique : « le moi n’étant pas considérablement modifié » par les processus défensifs et l’étiologie du trouble est traumatique. Entendons par là qu’elle n’est pas constitutionnelle ou, plutôt, comme il le précise, qu’elle est d’origine pulsionnelle, encore que les pulsions peuvent se voir renforcées négativement par des traumatismes existentiels qui entraînent alors leur « domptage » par le moi. Freud questionne alors ses échecs thérapeutiques qu’il attribue aussi à des résistances inanalysables. Il invoque alors le point de vue économique, la « viscosité de la libido » et la « réaction thérapeutique négative ».

De façon plus modeste dans nos visées thérapeutiques il me semble que, plutôt que la levée de l’amnésie infantile ou, pire encore, du « refoulement originaire », le clinicien retiendra comme critères de réussite la formule attribuée à Freud : « *Lieben und arbeiten* » (aimer et travailler). Donc, il prend en compte des modifications symptomatiques substantielles et évalue aussi positivement la mise en œuvre d’activités sublimatoires. Ainsi est-il sensible aux transformations vestimentaires qui reflètent à la fois une meilleure image de soi et, surtout, l’intégration de la féminité ou de la virilité de la personnalité. La capacité acquise de pouvoir développer des sublimations sous forme de créations artistiques et/ou littéraires est la preuve indéniable des transformations pulsionnelles et défensives qui sont les buts de l’analyse aussi bien dans le champ de la névrose que dans celui de la psychose.

Ainsi, cette patiente, lors d’un épisode maniaque, avait développé un délire mégalomaniaque où elle était la petite fille naturelle du peintre Ingres. Je l’encourageais vivement dans le cadre d’une psychothérapie analytique à développer ses talents supposés héréditaires. Aujourd’hui, en sus de son activité professionnelle, elle a réalisé sa vocation de peintre, ce qui se traduit par l’organisation d’une exposition chaque année et l’absence de rechute psychotique. Parallèlement, elle s’est mariée et a eu deux enfants dont elle s’occupe avec compétence.

L’efficacité exige cependant que nous soyons capables de nous adapter aux idiosyncrasies de nos patients en adaptant le cadre.

Ainsi, Mme Persa, d'origine étrangère, entrée dans des circonstances dramatiques en France, a fait de longues années d'analyse avec un des ténors de l'École freudienne de Paris, lui aussi d'origine étrangère. Elle finit par interrompre cette cure parce que, comme elle me le dira, il ressemblait trop à son père (elle ne s'est jamais remise de son décès occasionné par un cancer) et parce qu'elle ne supportait plus le silence de son analyste ainsi que son insistance interprétative au téléphone quand elle eut décidé de rompre. Son second analyste, illustre membre de la Cause freudienne, lui infligea un tel supplice de séances courtes que, malgré son état dépressif et phobique gravissime, elle se résolut à le quitter, bien qu'il l'eût avertie que quoi qu'elle tentât ensuite, elle reviendrait toujours sur son divan.

Justement, que faire avec les « balafres du divan » ? Je lui proposai une psychothérapie à raison d'une séance de trois quarts d'heure par semaine en face à face. Mme Persa est une « jeune fille exceptionnellement douée et cultivée qui était tombée malade alors qu'elle soignait un père aimé » – je reprends ici les termes avec lesquels Freud évoque l'Anna O. de Breuer. La mode contemporaine en ferait un état limite tant sa dépression est archaïque et dangereuse pour elle, tant son ambivalence est puissante et destructrice, et ses mécanismes interprétatifs omniprésents. Ainsi était-elle convaincue que j'étais le mari de son ex-professeur de chant et que je refusais de lui avouer la vérité. En plus d'un profond vécu de déréliction et d'abandon affectif de la part d'une mère qui ne s'était, en tout cas selon ses dires, jamais occupée d'elle, prise par les mondanités et sa passion du jeu et d'un père qu'elle avait adoré mais qui n'avait pas su la protéger lors des événements gravissimes qui entraînèrent leur exil et la ruine de la famille, elle avait dû subir le trauma de l'assassinat de son frère aîné.

Après une expérience catastrophique avec un homme marié, elle partageait la vie d'une collègue tout en vivant dans la hantise de l'homosexualité et la haine des hommes. Depuis l'âge de 38 ans, elle était ménopausée et n'attendait plus grand-chose de la vie. Si l'efficacité de la psychothérapie analytique s'appuie essentiellement sur les mêmes mécanismes que l'analyse classique, à savoir le repérage et l'interprétation des résistances et des mouvements transférentiels et contre-transférentiels, il est obligatoire selon moi d'utiliser la présence réelle de l'analyste.

Avec ces patients que je préfère appeler dépressifs analytiques que borderline, il s'agit d'arriver à perfuser de la vie en acceptant de se montrer vivant. Mme Persa arriva bouleversée à une séance avec le testament de son père qu'elle voulait me lire, si je l'acceptais, pour me montrer à quel point, au-delà de ses belles paroles, elle avait été bernée par celui qui avait fait un enfant à une de leurs domestiques. Quand elle eut terminé, elle me dit : « Bien sûr vous n'allez pas me répondre, mais j'aimerais savoir si vous êtes divorcé, marié et si vous avez des enfants. » Je ne sais alors ce qui me poussa à lui révéler la réalité de ma vie matrimoniale et familiale, enfreignant ainsi un sacro-saint principe de réserve ; peut-être, comme le disait Freud, que ce fut mon démon qui m'avait fait parler. À la séance de la

semaine suivante, elle me dit tout simplement : « En sortant de chez vous, je suis rentrée me coucher chez moi tant j'étais épuisée. Le matin j'ai vu alors que mon lit était tout taché de sang... J'avais de nouveau mes règles après 11 ans de ce que je croyais être une ménopause précoce. » Et d'associer alors sur le choc qu'elle avait éprouvé à la vue du sang de son frère assassiné dans des conditions horribles.

Notre effet thérapeutique s'apparente parfois à un grand écart, mais l'efficacité à long terme de notre démarche vient de ce que, à la différence de l'*evidence-based medicine*, nous cherchons avant tout à ce que nos patients puissent s'approprier le sens de leurs symptômes et les relier à leur histoire de vie.

Alithia est une patiente psychotique se retrouvant régulièrement hospitalisée lors de moments hallucinatoires et délirants aigus. Par exemple, lors d'un épisode pathologique, elle était convaincue de porter sur la tête les bois d'un cerf, ce qui l'obligeait à se baisser exagérément en franchissant les portes. Du moins, c'est de cette façon que je pus comprendre sa conduite étrange. Lors d'un autre séjour à l'hôpital, elle refusa obstinément tout soin corporel, se montrant particulièrement terrorisée et agressive lorsque les infirmiers essayèrent de la convaincre de prendre une douche. J'appris plus tard, dans le cours de la longue psychothérapie qui nous réunit des années au dispensaire d'hygiène mentale et à l'hôpital psychiatrique quand elle s'y trouvait, qu'elle était convaincue alors d'être un savon et que son corps risquait de fondre à chaque lavage jusqu'à disparition totale.

Avec le temps, elle acquit une meilleure maîtrise de ses angoisses de morcellement et plus de solidité narcissique, ce qui lui permit de nouer une relation sentimentale et sexuelle avec un jeune schizophrène rencontré dans le service. Sa problématique, comme nous disons dans notre jargon, se névrotisa et elle m'annonça à la veille de vacances son désir d'arrêter la thérapie dont elle ne ressentait plus le besoin et son intention de se marier avec son compagnon au demeurant fort brillant. Il fut convenu que nous nous reverrions après les vacances pour faire le point et en rester là. J'appris en septembre qu'elle avait passé tout l'été hospitalisée dans un état fort préoccupant de catatonie, de mutisme et de cachexie. Elle restait parfaitement immobile toute la journée, assise dans la position du lotus, refusant de se laver, de s'alimenter et de parler avec quiconque. Les neuroleptiques à dose massive qui lui furent prescrits lui permirent de reprendre contact avec la réalité et de venir à notre rendez-vous.

Elle ne se souvenait presque pas de son hospitalisation sauf que, dans son délire, elle était Gandhi et devait faire la grève de la faim.

Je lui demandais : « Alithia, que s'est-il donc passé au début de vos vacances ? » Elle me raconta qu'elle se faisait une joie de passer un week-end à Saint-Malo avec des amis et son futur mari, mais que celui-ci avait brusquement refusé d'y aller. Elle partit donc avec ses amis pour apprendre en arrivant à Saint-Malo qu'il avait fait pendant sa courte absence une tentative de suicide, ce qui l'avait contrainte à rentrer immédiatement... Je pointais alors qu'elle avait dû ressentir beaucoup de colère contre celui qui

avait gâché ainsi son voyage. « Oh, me répondit-elle, c'était d'une telle violence en moi que j'avais des impulsions à me jeter sur lui pour le tuer avec le couteau de la cuisine. » Je lui dis : « Il ne vous restait plus pour échapper à cet acte fatal qu'à reprendre le chemin du délire et à devenir l'apôtre même de la non-violence : Gandhi »... Ainsi put-elle se réapproprier le sens de sa conduite qui, aux yeux de tous, la faisait passer pour insensée, alors qu'elle avait été la seule issue si l'on peut dire raisonnable qu'elle avait pu trouver à la violence de ses pulsions...

3. En guise de conclusion

Peut-on dégager un critère qui établirait la scientificité réelle d'une approche ? À l'évidence, est scientifique le fait d'adapter la méthode utilisée pour connaître et évaluer à la nature de l'objet étudié... Ainsi, pour jauger la complexité des phénomènes psychiques, les critères subjectifs semblent être les plus pertinents ; en particulier, les repères métapsychologiques le sont indéniablement plus qu'un simple repérage symptomatique qui ne saurait être qu'un indice de transformation et non une preuve.

Il y a bien des années, dans *Topique*, Piera Aulagnier (1974) opposait radicalement « savoir et certitude ». L'analyste revendique la possession d'un certain savoir qui ne saurait en aucun cas être exhaustif. L'inconscient, pour Freud, restera toujours inconnaissable. Aussi n'avons-nous jamais de certitudes sauf à faire nôtre l'aphorisme socratique : « Je ne sais qu'une chose, c'est que je ne sais rien. »

Cependant, selon Nasio (2007), « en affinant son appareil de perception analytique, le praticien a toutes les chances d'avancer des hypothèses vérifiables » et, rajouterai-je, de parvenir à évaluer son action thérapeutique en ciblant les transformations métapsychologiques de la dynamique intrapsychique de ses patients. Peut-on espérer que, demain, la forêt des symptômes ne vienne plus occulter l'arbre de la connaissance ontologique ? Tel serait l'un des buts de notre discipline, plus que jamais nécessaire au progrès de la connaissance.

Bibliographie

- CASTORIADIS AULAGNIER P. (1974), « A propos de la réalité : savoir et certitude », in *Topique 13 : La réalité et ses interprétations*, 5-22, Paris, PUF.
- CHARTIER J.-P. (2002), « L'analyste médecin malgré lui », *Monographie de la R.F.P.*, octobre.
- DAZORD. A. (1997), « Évaluation des effets des psychothérapies », *Enc. Med. Chir. Psy*, 37-802, A10, Paris, Elsevier.
- FREUD S., BREUER J. (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956.
- FREUD S. (1905), *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1956.
- FREUD S. (1914), « Remémoration, répétition et élaboration », in *De la technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953.
- FREUD S. (1937), « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », in *Résultats, Idées, Problèmes*, t. II, p. 231-268, Paris, PUF, 1985.

- GREEN A. (2003), *La folie privée*, Paris, Gallimard, Folio Essais.
- GUYOTAT J. (2000), *A propos de psychiatrie lyonnaise : fragments d'une histoire vécue*, Paris, Empêcheurs de penser en rond.
- INSERM (2004), *Psychothérapie. Trois approches évaluées* (CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B., FLAMENT M.), Paris, INSERM.
- KIRK S., KUTCHINS H. (1998), *Aimez-vous le DSM ?*, Paris, Empêcheurs de penser en rond.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967), *Vocabulaire de Psychanalyse*, Paris, PUF.
- MARZILLIER J. (2004), « The myth of evidence-based psychotherapy », *The Psychologist*, n° 7, p. 392-395.
- NASIO J.D. (2007), *La Supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- SANDLER J. (collectif, 1994), *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin*, Paris, Bibliothèque internationale de psychanalyse, Bayard.
- SCARFONE D. (1999), *Oublier Freud*, Paris, Boréal.
- WIDLÖCHER D. (1990), « Le cas, au singulier », in *Histoire de cas, Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°42, p. 285-302.
- ZARIFIAN E. (2000), *Les jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob.

CHAPITRE 11

**État actuel des recherches
appliquées à la psychanalyse
et à la psychothérapie
psychanalytique**M. Robert

L'occasion m'a été donnée, en juillet 2006, de prendre part, à la Société de psychanalyse de San Francisco, à un petit groupe de travail qui s'est exercé à utiliser les Échelles de capacités psychologiques (Scales of Psychological Capacities [SPC]) de Robert Wallerstein : des échelles de résultat de psychanalyse (voir la fin de ce chapitre). Ces échelles ont déjà été validées ; il s'agissait de s'exercer à leur validité interjuges. J'y ai aussi fait connaissance du *Psychodynamic diagnostic manual* (PDM ; *Manuel de diagnostic psychodynamique*, 2006). Le PDM s'inspire des neurosciences actuelles et des recherches sur les résultats thérapeutiques. Concernant ces derniers, les chercheurs ont conclu que c'est « la nature de la relation thérapeutique », où esprit et cerveau sont impliqués de façon intriquée et où ils opèrent dans un contexte interpersonnel, qui prédit le résultat de façon plus robuste que toute approche thérapeutique spécifique.

Une classification des troubles mentaux utile cliniquement doit d'abord s'intéresser aux *processus mentaux sains*, et la santé mentale est plus que l'absence de symptômes. Elle comprend le fonctionnement mental global de la personne, y compris ses relations personnelles, la profondeur, l'éventail et la régulation de ses émotions, ainsi que ses capacités défensives et ses aptitudes à l'auto-observation. Ignorer la complexité mentale, c'est ignorer les phénomènes mêmes que l'on étudie. Allen Frances, président du groupe de travail sur le DSM-IV, a reconnu récemment que la fidélité souhaitée parmi les cliniciens n'a pas été obtenue.

Se fier à une hypersimplification et préférer le mesurable à ce qui a du sens n'est pas scientifique. On voit maintenant que quand des thérapeutes appliquent des traitements appris dans des manuels, où ils choisissent des groupes symptomatiques sans se soucier de la personne totale complexe ni de la relation thérapeutique, les résultats thérapeutiques durent peu de temps et les taux de récurrence sont élevés.

Parallèlement, une recherche sur les processus a démontré que des aspects essentiels de la relation thérapeutique comme la conçoivent des modèles psychodynamiques (l'alliance thérapeutique, les phénomènes transférentiels et des aspects stables du patient et du thérapeute) prédisent mieux le résultat que toute approche thérapeutique. Les traitements psychodynamiques ont fait l'objet de plusieurs méta-analyses et recensions, apportant des preuves de leur efficacité.

On a assisté ces dernières années à la mise au point de méthodes empiriques pour quantifier et analyser des phénomènes mentaux complexes, et la psychanalyse a fourni des critères opérationnels précis pour un registre étendu de perturbations sociales et émotionnelles.

Les modèles psychodynamiques se sont tôt orientés vers une compréhension fonctionnelle des psychopathologies, dans l'espoir qu'elle nous conduira à la reconnaissance de schémas étiologiques. C'est sous ce double aspect que le PDM s'intéresse au champ du fonctionnement mental, par une approche multidimensionnelle.

1. Historique

1.1. Freud et la recherche

L'histoire de la recherche dans et sur la psychanalyse est en dents de scie. Freud avait un attachement profond à sa conception de la psychanalyse, que lui seul avait amenée à l'existence en tant que science, une science naturelle qui faisait partie pour lui des sciences biologiques évolutionnistes, mais lui-même, curieusement, était indifférent, voire opposé à la recherche systématique par laquelle toute science se développe progressivement et approfondit sa base de connaissances. Il avait accueilli avec respect le soutien expérimental de sa théorie du rêve apporté par Otto Pözl, mais il pensait que les milliers d'heures que lui et ses adeptes passaient avec leurs patients fournissaient assez de preuves de ses théories. Et quand le psychologue américain Saul Rosenzweig écrivit à Freud pour lui faire part de ses observations expérimentales offrant une méthode pour étudier le refoulement, Freud répondit poliment mais laconiquement :

[...] j'ai examiné avec intérêt vos études expérimentales pour la vérification des affirmations psychanalytiques. Je ne peux accorder beaucoup de valeur à ces informations parce que la richesse des observations fiables sur lesquelles ces affirmations reposent les rend indépendantes de toute vérification expérimentale. Néanmoins, cela ne peut pas faire de mal...

2.2. Histoire des recherches sur la psychanalyse

La réticence du fondateur de la psychanalyse à retarder la mise en route de la recherche psychanalytique a entraîné une grande réserve quant à l'influence de cette recherche sur sa théorie et sa pratique. C'est dans cette atmosphère que Wallerstein est devenu en 1954 directeur de recherche à la Fondation Menninger à Topeka, au Kansas. Il s'agissait de lier la recherche à l'activité clinique, fondée sur la thérapie psychanalytique, l'activité principale de ce centre. Le groupe de chercheurs voulait répondre à deux questions simples : quels sont les changements qui se produisent dans les thérapies psychanalytiques ? – donc, la *question des résultats* – ; et : comment ces changements se produisent-ils ? – la *question du processus*. Ce projet, dénommé Projet de recherche sur la psychothérapie (Psychotherapy Research Project [PRP]) sur 30 ans de la Fondation Menninger a permis de retrouver quelques travaux antérieurs (un premier article de Coriat, en 1917), et les travaux successifs ont été divisés selon un ordre plus ou moins chronologique en quatre générations (Wallerstein, 2001) : des générations en termes de durée, mais aussi de sophistication conceptuelle et d'intelligence méthodologique croissantes.

2. Études de première génération (1917–1968)

2.1. Études sur les résultats

Ces études ont principalement comporté des comptages statistiques.

Coriat (1917), à Boston, a fait un rapport sur les résultats de 93 patients en analyse, avec 73 % de patients guéris ou nettement améliorés, mais comme toutes ces études statistiques de première génération, les jugements sur l'amélioration étaient portés par l'analyste lui-même, selon des critères non précisés.

Dans les années 1930, plusieurs rapports statistiques simples, comparables mais à plus grande échelle sont parus. Fenichel, en 1930, a rapporté les résultats de 721 patients traités à la Société psychanalytique de Berlin, suivi de Jones en 1936 à Londres, puis d'Alexander en 1937 à Chicago. Tous rapportèrent des bénéfices importants surtout pour les patients névrosés, et à Chicago, davantage pour les patients psychosomatiques. Contrairement à Coriat, tous trouvèrent des résultats inférieurs concernant l'amélioration des patients étiquetés psychotiques. Knight, en 1941, à la Fondation Menninger, a le premier noté les écueils de ces études statistiques simples : l'absence de définitions et de critères consensuels, la grossièreté de la nomenclature et de la classification diagnostiques et l'absence d'évaluation du talent thérapeutique des analystes pour des cas de sévérité variée.

L'étude la plus ambitieuse de cette première génération fut le rapport du Comité central de recueil de données de l'Association américaine de psychanalyse, mais les données recueillies sur 5 ans à partir de questionnaires auxquels 800 analystes répondirent n'avaient pas de meilleurs critères ni pour le diagnostic ni pour l'amélioration. Les patients furent considérés

nettement améliorés, et un an plus tard, en 1968, la dernière enquête de ce type, un rapport de la Société de Californie du Sud, parut, avec des résultats et des limites méthodologiques semblables.

Donc, pendant un demi-siècle, de 1917 à 1968, ces études étaient scientifiquement simplistes et n'ont pas suscité beaucoup d'intérêt chez les psychanalystes. Ceux-ci confirmaient l'appréciation de E. Glover, qui a écrit en 1954 que « le psychanalyste est un statisticien réticent et inexpérimenté ».

Ces études étaient toutes *rétrospectives*, avec le biais suivant : on ne trouve que ce que l'on cherche. Les nouvelles investigations, *prospectives*, avec l'introduction de prédictions à être confirmées ou réfutées par des évaluations postérieures, débutèrent dans les années 1950–1960 aux États-Unis puis se répandirent dans le monde entier.

2.2. Études sur le processus

La réponse à la question : « Comment ? », concernant la recherche sur le processus, est beaucoup plus complexe conceptuellement et méthodologiquement que la question : « Quoi ? » Plus récente, elle peut néanmoins être segmentée en générations parallèles à la recherche sur les résultats. Le chercheur se centre sur les interactions thérapeutiques d'un moment à l'autre. De plus, la question est devenue importante grâce au développement d'une technologie convenable, à savoir des enregistrements audio et vidéo et la numérisation, avec des recherches de mots ou de situations à grande vitesse.

L'enregistrement audio avait été introduit dans la recherche psychanalytique dès 1933, quand Earl Zinn fit des enregistrements sur dictaphone de psychanalyses au Worcester State Hospital. Pour certains, il s'agissait d'une intrusion dans l'intimité de la situation thérapeutique compromettant l'effort thérapeutique. Wallerstein et Sampson recensèrent en 1971 la littérature à la recherche des arguments pour et contre un tel usage. Depuis, beaucoup d'analystes acceptent cette méthode, arguant que son impact peut lui-même être analysé.

On peut se reporter ici à la discussion entre Roger Perron et Peter Fonagy en 2000 (Fonagy, 2004). Pour le premier et les psychanalystes francophones, toute tentative de soumettre le matériel des séances aux critères de scientificité des « sciences dures » et de le traiter par des techniques qui en découlent revient à tuer l'objet même de la recherche. On exclut dès lors les enregistrements non seulement pour des raisons déontologiques (respect du secret), mais aussi parce qu'une telle situation, même avec l'accord du patient, modifie profondément le jeu transféro-contre-transférentiel. À cela, Fonagy, à la suite de Wallerstein, répond que nous ne savons pas jusqu'à quel point l'enregistrement peut ou non interférer avec le processus psychanalytique.

2.2.1. Mesures micro-analytiques du processus

Wilma Bucci a fait un rapport parallèle à celui de Wallerstein (Bucci, 2004) sur les quatre générations conceptuelles de recherche sur le processus analytique. Ces méthodes sont donc plus tardives que les méthodes de recherche sur

les résultats de première génération mais on verra que la deuxième génération apportera un nouveau raffinement méthodologique pour la recherche sur les résultats aussi bien que sur les processus. La première, jusqu'aux années 1970, a surtout développé un éventail de mesures objectives, puis a établi leur fidélité et leur utilité. Huit de ces mesures micro-analytiques les plus connues et encore en usage sont décrites ci-après.

- *MCT (Multiple Code Theory ; Théorie du code multiple)*. Cette théorie est issue de la pensée et de la recherche en sciences cognitives. Ses concepts centraux sont l'activité référentielle et le cycle référentiel connexe de Bucci. Le concept d'activité référentielle (*referential activity* [RA]) indique l'activité des liens référentiels entre les systèmes non verbaux et le code verbal de communication. La méthodologie implique l'utilisation de mesures de langage ou de cotations du discours du patient suivant le degré auquel il est lié ou non à son expérience non verbale, émotionnelle.
- *FRAMES (Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures)*. Les études de Dahl (Dahl et al., 1988) sur les Structures émotionnelles répétitives et inadaptées sont construites sur une classification des expressions émotionnelles. C'est un outil de recherche pour évaluer la psychopathologie, le processus thérapeutique et le résultat du traitement. Le fondement de cette recherche est un effort pour concevoir un système de classification des émotions et une théorie de la fonction des émotions. Ses objectifs sont de développer FRAMES en un système pouvant fournir une description détaillée des structures récurrentes inadaptées du patient qualifiées ainsi de pathologie du caractère, et pouvant identifier la nature de la contribution du thérapeute et du patient au processus thérapeutique et évaluer le résultat en déterminant le sort de FRAMES à la fin du traitement. La structure spécifique et le contenu du prototype FRAMES constituent une hypothèse prédisant que la même séquence d'événements se reproduira. FRAMES n'implique pas des catégories prédéfinies ; ce sont des représentations idiographiques du comportement inadapté. Les catégories d'événements et leur ordre séquentiel sont déterminés par les récits personnels de chaque patient et leur sont spécifiques. De plus, FRAMES peut être appliqué tant au comportement relaté qu'au comportement observé.
- *CARR (Configuration Analysis and Role Relationship model)*. Le modèle de l'analyse de configuration et de la relation de rôle de M. Horowitz est fondé sur l'interaction de schémas mentaux en ce qu'ils affectent la pensée et l'action concernant le soi et les autres. Le concept central de cette approche est celui de schémas définis comme des structures de signification affectant la pensée, le projet d'action pour soi et pour autrui. Les schémas sont inconscients et en partie préconscients. Ils organisent les processus de contrôle des émotions au cours du temps et aident à former l'expérience consciente. Ils donnent naissance à des structures de croyances conscientes. Ils sont « soi » et « autre » dans de multiples combinaisons ; ce sont des scénarios d'enchaînements d'action et des

formes de connaissance coordonnant les caractéristiques de la perception, de la pensée, de l'émotion et de l'action. Les modèles de relation de rôle (*role relation model* [RRM]) sont une méthode d'identification des schémas leur donnant un cadre organisateur saisissant les attributs du soi (tels qu'ils sont vus par le soi) et les attributs des autres, incluant un scénario de l'interaction attendue entre soi et l'autre. Les troubles de l'identité sont habituels dans tous les troubles de la personnalité. Un présupposé central de cette méthode est que la perturbation de l'identité peut être évaluée à partir d'affirmations contradictoires sur soi.

- *TRIP (Treatment Intervention Project)*. Le Projet d'intervention thérapeutique de la Menninger de G. Gabbard et L. Horwitz, explorant la relation mouvante entre l'alliance thérapeutique et l'interprétation du transfert, a porté sur trois patients borderline traités en thérapie analytique, et a montré qu'une combinaison dynamique d'interventions de soutien et d'interprétations analytiques peut être plus utile en thérapie psychodynamique avec ce type de patients.
- *PQS (Psychotherapy Process Q-Set)*. Le questionnaire sur le processus psychothérapeutique de Jones veut répondre à une difficulté centrale de la recherche sur le processus : la conception de méthodes quantitatives préservant la profondeur et la complexité du matériel clinique tout en répondant aux conditions de la science empirique. La méthode développée par Jones est un instrument de cotation comportant 100 items, conçu pour fournir un langage de base permettant de décrire et de classer des processus thérapeutiques sous une forme se prêtant à l'analyse quantitative. Un manuel de codage fournit les définitions des items Q avec des exemples de leur application et définit les règles gouvernant l'utilisation de l'inférence en réalisant des cotations Q. Ici, une séance entière est cotée. Cette recherche se centre sur les configurations de l'interaction patient-thérapeute (structures d'interaction répétitives) et sur l'exploration de l'association de ces structures avec le changement du patient. La technique P de Luborsky est appliquée aux cotations Q du processus thérapeutique. Cette recherche teste un modèle d'action thérapeutique abordant les rôles complémentaires de l'interprétation et de l'interaction, et mettant l'accent sur la présence et la signification de configurations répétitives d'interaction dans le déroulement du processus analytique. Son postulat central est que la présence de structures réitérées d'interaction est un aspect fondamental de l'action thérapeutique. Les structures réitérées d'interaction permettent la formulation et l'opérationnalisation empirique des aspects du processus analytique dénommés intersubjectivité, transfert-contre-transfert et dynamique de rôles. Dans ce modèle, l'*insight* et la relation sont inséparables. Patient et thérapeute interagissent par des voies réitérées ; ces configurations d'interaction aux changements lents reflètent probablement la structure psychologique du patient et du thérapeute, que la structure psychique soit conceptualisée en termes de représentations d'objet ou de configurations pulsion-défense. Le développement de méthodes quantitatives

de recherche sur le cas unique, comme ici l'application de l'analyse statistique de séries temporelles, offre la possibilité d'une reconnaissance empirique des liens de causalité entre le processus analytique et le changement chez le patient.

- *CCRT (Core Conflictual Relationship Theme)*. Le Thème relationnel conflictuel central de Luborsky est une catégorisation des expressions transférentielles et de leurs réponses. Le CCRT est une méthode empirique pour extraire du matériel clinique la configuration relationnelle centrale des patients. Son transfert est habituellement inféré, et les systèmes sans guides de formulation du transfert ne sont pas fiables. Le CCRT repose sur le principe de base selon lequel les analystes expérimentés utilisent une formulation typique du transfert, ce qui permet aux juges cliniciens de s'appuyer sur des guides partagés pour faire des inférences. Les épisodes relationnels (*relational episodes* [RE]) ou récits soi-même se retrouvent dans les récits du patient concernant ses interactions avec autrui. La méthode s'est appuyée à l'origine sur des catégories particulières ou des types d'éléments inférés par chaque juge clinicien pour décrire les qualités internes de la configuration relationnelle centrale du patient. Puis des catégories standard ont été ajoutées, et une série limitée de catégories a été utilisée en commun par tous les juges pour tous les patients. Le CCRT opérationnalise le transfert d'une manière cliniquement significative. Il a apporté un soutien puissant à la recherche sur les théories psychanalytiques sur le transfert ; c'est une des meilleures démonstrations des possibilités d'opérationnaliser des concepts psychanalytiques sous une forme convenant à la recherche empirique, mais ce n'est pas une mesure du processus thérapeutique.
- *DMRS (Defense Mechanism Rating Scales)*. Les échelles d'évaluation des mécanismes de défense de Perry sont une hiérarchisation de la maturité du développement des défenses.
- *APS (Analytic Process Scales)*. Les échelles du processus analytique de Waldron évaluent les contributions de l'analyste, du patient et des aspects interactifs de leur relation au processus analytique.

3. Études de deuxième génération (1954–fin du XX^e)

3.1. Études sur les résultats

La deuxième génération d'études sur les résultats se caractérise par une recherche formelle. Dans cette catégorie, Wallerstein (2006) compte 6 projets américains, trois fondés sur des études d'agrégation de groupes de cas cliniques provenant de sociétés américaines (Boston, Columbia, New York), et trois fondés sur des études centrées sur l'individu (New York, San Francisco et Chicago). Font partie aussi de cette génération 4 projets européens :

- la recension du Centre Anna Freud de 765 cas traités pendant 40 ans par la psychanalyse ou la psychothérapie (Fonagy et Target, 1994, 1996 ; Target et Fonagy, 1994a, 1994b) ;

- l'étude de l'Association psychanalytique allemande (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung [DPV]) des résultats à long terme de thérapies analytiques menées sur 190 patients traités à la DPV (Leuzinger-Bohleber, 1997) ;
- l'étude multicentrique européenne sur le traitement psychanalytique intensif impliquant la collaboration d'analystes de Suède, Finlande, Norvège, Hollande et d'Italie (Szecsödy et al., 1997) ;
- l'étude suédoise sur les résultats de psychanalyses et de thérapies de longue durée avec prise en charge (Sandell et al., 2000).

3.1.1. Études d'agrégation de groupes de cas cliniques

3.1.1.1. Projet de Boston

À Boston, Knapp et ses collègues ont rapporté les résultats de 100 analyses supervisées à l'Institut de Boston (Knapp et al., 1960). Ces patients furent évalués initialement de manière aveugle (à l'insu de l'analyste) pour l'indication d'analyse, puis 27 d'entre eux furent réévalués de manière aveugle un an plus tard, pour juger du bien-fondé de l'indication. Il aurait été plus correct de réévaluer l'indication d'analyse à la terminaison, car beaucoup de choses peuvent changer pendant l'analyse. Les patients étaient déjà triés au départ, les mauvaises indications ayant été rejetées au préalable par les comités cliniques, ce qui réduit le spectre de variabilité des cas acceptés et rend moins fiables les prédictions.

Inspirés par ce travail, Sashin, Eldred et van Amerongen (1975) étudièrent 183 patients traités dans la même clinique, de 1959 à 1966 ; mais cette fois, les données furent collectées beaucoup plus tard, environ 6 ans après la terminaison de l'analyse.

Méthodes

Un questionnaire structuré a été envoyé à chaque analyste, explorant les circonstances de la terminaison, évaluant le changement global et certains aspects de l'état du patient à la terminaison, utilisant des échelles mises au point par Knight (1941), qui a retenu six critères principaux pour évaluer les variables prédictives : la restriction du fonctionnement psychique, l'inconfort subjectif, la productivité professionnelle, l'adaptation sexuelle, les relations interpersonnelles et l'accès à un *insight*. Soixante-douze pour cent des analystes ont répondu. Sur 171 facteurs liés aux patients et potentiellement prédictifs des résultats cliniques, seuls 46 furent jugés fiables pour l'évaluation clinique.

Résultats

Au moins deux tiers des cas furent considérés améliorés, et les taux d'amélioration étaient les plus élevés pour les patients ayant terminé par consentement mutuel. Seuls 8 facteurs initiaux liés aux patients, chacun étant un aspect simple de l'histoire clinique, ont prédit les circonstances de la terminaison. La longueur du traitement a été positivement associée à un résultat clinique plus favorable pour les cas qui ont terminé de manière satisfaisante.

Dans d'autres analyses statistiques, les chercheurs corrélèrent 51 facteurs prédictifs avec 12 mesures de résultats, examinant ainsi 612 relations possibles entre aspects initiaux du patient et résultats. Seuls 3 % de ces corrélations étaient statistiquement significatifs, et même faiblement, ne rendant compte que de 5 % des variances de résultats – ces résultats positifs auraient pu résulter du seul hasard. Dans cette étude de 1975, il n'a donc pas été possible de prédire efficacement les résultats des analyses supervisées d'après les caractéristiques des analysants tels que jugés lors d'une évaluation initiale.

Évaluation

Cette étude de la Société psychanalytique de Boston a le mérite d'observer un grand nombre de cas. Les chercheurs étudient des variables cliniques essentielles. Ils ont fait attention à la fiabilité interjuges et à la fiabilité prédictive, aux biais de l'échantillonnage et à la qualité des données. Les patients ont été choisis avec soin, l'indication d'analyse ayant été posée pour être menée par des candidats en supervision. Mais l'étude a de sérieuses limites. Elle était rétrospective, les analystes étaient des candidats, et il n'avait pas été prévu d'étude indépendante du processus thérapeutique, de la contribution personnelle de l'analyste au résultat final, ni des biais liés à l'analyste dans le rapport du résultat. De plus, le bénéfice thérapeutique et le développement d'un processus analytique n'ont pas été distingués. Les données colligées ont insisté sur des variables descriptives aux dépens de facteurs intrapsychiques.

3.1.1.2. Projet de Columbia

Le projet du Centre de psychanalyse de Columbia, contemporain de celui de Boston, a été rapporté dans une série d'articles publiés en 1985 (Bachrach et al., 1985). Il s'agissait d'une étude prospective portant sur un grand nombre de patients, traités par le même groupe d'analystes. Le but était aussi de comparer les résultats de la psychanalyse (40 % des patients) à ceux de la psychothérapie analytique (60 %). Les auteurs ont mis l'accent sur les limites de toutes les études antérieures : petite taille de l'échantillon, information erronée sur les résultats, non fondée sur des cas à la terminaison du traitement ou restreinte à des données rétrospectives. Cette nouvelle étude était la première à comparer la psychanalyse à la thérapie analytique, toutes deux menées par les mêmes analystes ; et les critères de bénéfice thérapeutique furent établis bien distinctement des critères établissant l'évolution d'un processus analytique. La découverte importante de ce projet fut que, quel que fût le diagnostic initial, les mesures des bénéfices thérapeutiques étaient toujours supérieures aux mesures d'un processus analytique complet. Par exemple, seuls 40 % de ceux ayant terminé leur analyse avec un bon résultat furent jugés correctement « analysés ». Autre surprise : les résultats thérapeutiques en termes de bénéfice et d'analysabilité n'avaient été que très peu prévisibles d'après l'évaluation initiale, ce qui amène à conclure que le destin final d'une analyse reste relativement indéterminé.

3.1.1.3. Projet de New York

Études préliminaires

La troisième étude de cette série, avec agrégation de groupes, à la Société de New York (Erle, 1979 ; Erle et Goldberg, 1984) est très semblable, mais cette fois, une comparaison a été faite avec des analyses menées par des analystes expérimentés. Ces auteurs menèrent une série d'études pilotes pour affiner les hypothèses en vue d'une étude prospective des résultats. Ils comparèrent 40 cas traités au Centre thérapeutique par des candidats analystes entre 1967 et 1969 à 42 cas traités par 7 analystes ayant terminé leur cursus, recrutés dans tout le pays. Sur les 870 patients ayant demandé une analyse à tarif réduit au Centre, 50 furent retenus et 40 commencèrent une analyse.

Chaque patient fut reçu en entretien par 1 à 3 analystes sélecteurs, qui évaluèrent l'indication d'analyse par un candidat. Les cas douteux furent revus par un comité composé d'analystes expérimentés. Dans tous les cas, les recommandations définitives furent faites par le directeur médical du Centre. L'acceptation pour une analyse fut finalement décidée par le candidat et par le superviseur. Ainsi, les patients analysés avaient subi un processus de sélection rigoureux.

Chaque cas fut discuté avec l'analyste et le superviseur à des intervalles variés pendant son traitement. Chaque patient reçut un questionnaire pendant la période d'étude, mais trop peu répondirent pour permettre une étude significative. La qualité de la terminaison fut jugée par l'impression de l'analyste d'une satisfaction réciproque et du degré de travail accompli. Se fondant sur toutes ces données, le chercheur a catégorisé les cas en 5 classes de bénéfice thérapeutique et d'indication pour un premier ou un deuxième cas de supervision (développement d'un processus analytique classique ; valant la peine, mais pas classique ; inanalysable ; inanalysable dans cette situation ; resté en traitement, mais pas un bon cas pour un candidat).

Des 40 cas de départ, 25 (63 %) terminèrent par consentement mutuel, bien qu'on ne considérât que 11 cas seulement avaient complètement terminé leur analyse ; les autres incomplètement du fait d'une terminaison prématurée. Les trois quarts des patients restèrent en analyse pendant plus de 2 ans. Un traitement plus long était associé à un résultat clinique plus favorable.

En accord avec d'autres recherches, 60 % (24) des patients furent jugés au moins nettement améliorés grâce à l'analyse, bien que seulement 17 (42,5 %) eussent développé un processus analytique.

Les résultats thérapeutiques différaient des résultats analytiques ; 15 des 17 cas dont on avait jugé qu'ils avaient développé un processus analytique furent cotés comme ayant obtenu un bénéfice thérapeutique net. Seuls 9 des 23 cas pour lesquels l'indication d'analyse ne semblait pas légitime obtinrent un bénéfice net.

Dans presque la moitié des cas, le diagnostic final à la terminaison différait de l'impression initiale. Dans chaque cas, le nouveau diagnostic était celui d'une pathologie plus sévère.

Les caractéristiques du patient, comme le diagnostic ou l'aspect démographique, n'étaient pas en corrélation avec le résultat clinique, mais là encore, il faut garder à l'esprit que ce groupe avait été soigneusement sélectionné pour être traité par des candidats ; la variance était donc petite pour les caractéristiques considérées cliniquement saillantes, comparée à celle dans la population générale.

Les 42 patients traités par des analystes confirmés différaient des 40 patients du groupe du Centre. Les patients des analystes confirmés étaient plus âgés, plus également répartis entre les sexes et avaient des professions plus variées. Leur diagnostic principal était une névrose de caractère. On jugea que 23 (55 %) obtinrent un bénéfice thérapeutique net et que 25 (60 %) développèrent un processus analytique. Parmi 25 cas terminés, seuls 6 furent cotés comme ayant eu une terminaison satisfaisante ; les 19 autres furent considérés comme ayant terminé prématurément. Comme pour les cas du Centre thérapeutique, le diagnostic fut considéré plus sévère qu'au début de l'analyse, ce qui était vrai pour 18 des 25 cas.

Le travail de praticiens confirmés

Après ces études préliminaires, Erle et Goldberg (1984) étudièrent le travail de 16 analystes confirmés. Les chercheurs distribuèrent un questionnaire semi-structuré, demandant des renseignements démographiques concernant les patients, une description de chaque analyse, du processus analytique, et la base pour la décision de poser l'indication d'analyse. Pendant la période d'étude (1973–1977), les analystes rapportèrent qu'ils voyaient 3 à 15 cas chacun, avec une moyenne de 10. En tout, 160 cas furent rapportés. À nouveau, dans cet échantillon, la corrélation entre analysabilité et bénéfice thérapeutique n'était pas claire. Seize cas inanalysables furent jugés ayant obtenu un bénéfice thérapeutique bon à excellent. Tous les 15 cas cotés comme n'ayant pas obtenu de bénéfice thérapeutique net étaient aussi inanalysables. La durée du traitement était positivement associée à des résultats favorables : 76 % des patients ayant terminé, dont les analyses avaient duré plus de 3 ans, avaient obtenu un bénéfice bon à excellent ; seuls 37 % des cas inanalysables furent cotés pareillement.

Évaluation

Ces études explorent la distinction entre développement d'un processus analytique et bénéfice thérapeutique. Elles sont d'un intérêt particulier à cause de leur perspective psychanalytique claire ; de leurs discussions réfléchies sur des problèmes cliniques, conceptuels et méthodologiques ; de leur reconnaissance du besoin de faire la différence entre le travail d'analystes confirmés et de candidats en formation ; et de l'effort d'étudier le travail d'analystes confirmés. Ces études sont aussi particulièrement pertinentes pour la pratique clinique.

Mais les chercheurs reconnaissent que ces études n'étaient que préliminaires. La méthodologie était largement impressionniste et rétrospective, et des variables essentielles ne furent définies qu'en termes rudimentaires. Des termes et des concepts fondamentaux (comme le bénéfice thérapeutique, le

processus analytique) n'étaient pas standardisés ni opérationnalisés. On ne peut pas supposer que tous les termes ont été utilisés de la même manière par eux-mêmes et par les analystes qui ont répondu aux questionnaires, et probablement ne l'étaient-ils pas. Cela soulève des questions sérieuses sur la fiabilité des jugements et sur la possibilité de comparer les observations. De plus, la seule évaluation indépendante pour dire si les traitements étaient en fait des psychanalyses était le monitoring par les superviseurs des cas traités par des candidats. Malgré la reconnaissance par les chercheurs du problème du rassemblement de cas terminés et non terminés dans un même groupe pour évaluer le résultat, ils rapportent souvent de telles données combinées pour les analystes confirmés. Enfin, alors que les résultats furent rapportés quantitativement, le traitement statistique des données fut limité aux méthodes descriptives les plus simples. Les chercheurs n'utilisèrent pas des méthodes plus robustes telles qu'analyses de corrélation pour analyser leurs données.

Une autre étude par les mêmes auteurs (Erle et Goldberg, 2003), avec surtout une nouvelle étude prospective commençant par une évaluation diagnostique et des prédictions sur le déroulement du traitement eu égard à l'analysabilité et au bénéfice thérapeutique attendu, a donné des résultats comparables aux études précédentes mais, selon les auteurs, avec une précision prédictive beaucoup plus grande concernant l'analysabilité et le bénéfice thérapeutique.

3.1.2. Études centrées sur l'individu

Ces études eurent lieu à New York, San Francisco et Chicago.

Parallèlement aux études sur les résultats menées sur de grandes cohortes, avec analyse statistique des résultats, Pfeffer, au Centre de traitement psychanalytique de New York, a démarré un type d'étude complètement différent sur des analyses terminées. Il s'agissait d'une étude individuelle intensive sur une petite cohorte (Pfeffer, 1961, 1963). Les entretiens étaient ouverts, hebdomadaires ; il y en avait de 2 à 7 au total, et ils avaient un aspect « analytique ». La découverte essentielle était que, dans tous les cas, des aspects caractéristiques du transfert furent réactivés, avec des accès symptomatiques transitoires, comme si ces patients s'étaient trouvés face à leur analyste. Une amélioration des symptômes fut rapidement obtenue par des interprétations pertinentes, montrant que l'analyse avait permis à ces patients d'acquérir de nouvelles manières de traiter leurs conflits. Pfeffer (1963) dit de ces « phénomènes transférentiels de l'étude de suivi » que

la survenue de la symptomatologie pré-analytique dans le contexte d'une névrose de transfert momentanément réactivée ainsi que l'amélioration rapide semblent valider l'hypothèse que les conflits sous-tendant les symptômes ne sont pas résolus par l'analyse, mais ne sont que maîtrisés par des solutions nouvelles plus adaptées.

Deux autres groupes de recherche, l'un à San Francisco (Norman et al., 1976 ; Oremland et al., 1975) et l'autre à Chicago (Schlessinger et Robbins, 1974, 1975, 1983) reproduisirent les études de Pfeffer et confirmèrent ce

qu'on appelle depuis le « phénomène Pfeffer ». Une autre caractéristique commune de ces études de deuxième génération était l'absence d'évaluation des résultats très longtemps après la terminaison. Il s'agissait d'une faille conceptuelle : ne pas accorder un statut théorique à ce que Rangell (1966) a appelé la « phase post-analytique ». Pour lui, le but visé devrait être que le patient communique avec l'analyste comme avec une personne ordinaire, sans que cela induise un déplacement transférentiel.

Les études de troisième génération vont insister sur ce point, faisant des évaluations 2 à 5 ans après la fin du traitement.

3.2. Études sur le processus

Ce que Bucci appelle études de processus de deuxième génération consiste en l'application des instruments de mesure du processus à des ensembles partagés de données. L'exemple en est le livre de 1988, publié par Dahl et al., *Psychoanalytic process research strategies*, actes d'un atelier de recherche sur le processus, auquel participèrent des chercheurs allemands et américains, qui s'est tenu à Ulm avant le Congrès de l'Association psychanalytique internationale (API) à Hambourg. L'atelier d'Ulm rassembla des chercheurs engagés dans l'étude du processus interactif d'un moment à l'autre, au niveau de séances isolées ou de fragments de séance, utilisant des séances enregistrées et retranscrites. Chaque groupe avait développé ses propres concepts des unités fondamentales du processus analytique et ses instruments de mesure. Le livre cité plus haut décrit les efforts pour comparer les découvertes de ces groupes distincts, avec l'espoir de trouver des éléments de convergence.

Dans l'introduction, Dahl exprime son espoir que cette convergence puisse être trouvée dans le principe énoncé par Strupp et al. (1988) dans le premier chapitre :

La description et la représentation, théoriquement et sur le plan opérationnel, des conflits d'un patient, de son traitement et de l'évaluation du résultat doivent être congruentes, à savoir être représentées dans des termes comparables, sinon identiques.

Strupp décrit ainsi ce principe intégratif fondamental :

Le principe de la Congruence P-T-O (problème-traitement-résultat) propose que l'intelligibilité de la recherche sur la psychothérapie est une fonction de la similitude, de l'isomorphisme ou de la congruence entre les manières dont nous conceptualisons et mesurons le problème clinique (P), le processus du changement thérapeutique (T) et le résultat clinique (O : outcome).

Un autre effort dans cette direction est le Programme analytique multi-site collaboratif (Collaborative Analytic Multi-site Project [CAMP]) organisé par Wallerstein (2001).

Le programme CAMP est conçu pour accepter tous les concepts et instruments des groupes participants, en rapport avec une base de données partagée de séances enregistrées et retranscrites, de traitements

psychanalytiques terminés et de nouveaux cas, comme toujours avec le consentement des patients. Il s'agit d'introduire de manière prospective des études de résultats pré- et post-thérapeutiques. Ce projet permettrait de déterminer les degrés de convergence des concepts et des instruments élaborés par les groupes de recherche, ainsi que le degré d'imbrication des études sur le processus et sur les résultats, donc, le degré auquel le principe de congruence PTO peut être atteint.

4. Troisième génération de recherche : processus et résultats combinés (époque actuelle)

4.1. Études sur les résultats

Les résultats sont évalués différemment des études de deuxième génération. Ces études, contemporaines des précédentes, comptaient mettre en place une recherche systématique sur la thérapie analytique, tentant à la fois d'évaluer les résultats et d'examiner le processus ayant permis de les obtenir, au moyen d'une étude longitudinale intensive de chaque cas individuel. Ces projets ont donc associé les approches méthodologiques des études d'agrégation de groupes et celles des études centrées sur l'individu de la deuxième génération. Ces études sont *prospectives*, commençant par l'évaluation avant le traitement, mais les résultats à la terminaison sont évalués différemment de ceux du fonctionnement psychique à un moment ultérieur, pendant la « phase postanalytique ». Deux études ont été singularisées par Bachrach et al. (1991) comme étant les seules à répondre aux définitions modernes pour des études sur les résultats.

4.1.1. Étude de la Société psychanalytique de Boston, de Kantrowitz et al.

L'étude est rapportée dans Kantrowitz et al., 1986, 1987a, 1987b, 1990a, 1990b, 1990c. Vingt-deux cas supervisés à la Clinique de la Société de Boston furent choisis pour une étude prospective, avec évaluation initiale fondée sur des tests psychologiques projectifs évaluant la disponibilité et la modulation de l'affect, la qualité des relations d'objet, l'épreuve de réalité et la motivation pour le changement. Ces tests furent répétés un an après la terminaison du traitement ; le patient et l'analyste furent interviewés. Une découverte importante fut faite, en accord avec les études de deuxième génération de Weber et al., de Columbia (Weber et al., 1985a, 1985b, 1985c), et d'Erle et Goldberg de la Société de New York (Erle, 1979 ; Erle et Goldberg, 2003) : une grande majorité des patients avaient obtenu un bénéfice thérapeutique, celui-ci étant toujours supérieur à ce dont auraient pu rendre compte l'apparition et la résolution interprétative de la névrose de transfert. Les auteurs pensèrent que ce qui manquait à ces études était l'évaluation de l'effet de l'appariement thérapeute-patient sur le façonnage de l'interaction psychanalytique à deux personnes (Kantrowitz et al., 1989,

p. 899). L'appariement serait un « concept interactif », à savoir un spectre de compatibilité entre patient et analyste, pertinent pour le travail analytique. C'est un facteur que les analystes prennent en compte spontanément, car peu d'entre eux supposent que des analystes aussi bien formés qu'eux sont complètement interchangeables.

Sur les 22 patients de départ, 18 furent interviewés 5 à 10 ans après la terminaison, prenant ce facteur d'appariement en compte (Kantrowitz et al., 1990a, 1990b, 1990c). Avec de nombreuses mesures de changement, il s'est avéré que 3 de ces 18 patients étaient encore plus améliorés, 4 stables, 6 détériorés mais restaurés avec un traitement supplémentaire, et 4 détériorés malgré ce traitement supplémentaire, 1 retourné à l'analyste initial et toujours en traitement, donc pas compté. La découverte la plus frappante était à nouveau que la stabilité des bénéfiques atteints dans la période de suivi ne pouvait pas être prédite à partir de l'évaluation à la terminaison. Le type d'appariement entre analyste et patient, pour 12 des 17 patients, a effectivement joué un rôle dans le résultat (Kantrowitz et al., 1990c).

4.1.2. Le Projet de recherche sur la psychothérapie (PRP) de la fondation Menninger

Mise en place par Wallerstein en 1954, il s'agit de l'autre étude de recherche sur la thérapie analytique de cette génération. Son but était de suivre les évolutions du traitement et les vies de 42 patients après leur traitement, la moitié en analyse et l'autre en thérapie analytique. Les patients commencèrent leur traitement dans les années 1950 ; 4 étaient encore en traitement quand le livre *Forty-two lives in treatment* (Wallerstein, 1986) parut, et un compte-rendu clinique global de ce projet fut publié après 30 ans, en 1986. Le PRP était une étude portant sur les résultats et sur le processus. Les patients furent répartis en 3 groupes : psychanalyse, psychothérapie analytique « expressive » et thérapie analytique de « soutien », en accord avec le consensus de l'époque (1950). Un des buts de cette recherche était l'élaboration empirique des mécanismes de changement psychologique opérant dans ces différents modes thérapeutiques par la révélation interprétative (« expressive ») et par le renforcement du moi (« soutien »). Deux articles résument les résultats de cette étude (Kernberg, 1972 ; Wallerstein, 1988a) pouvant être rassemblés en un ensemble de propositions concernant l'indication, l'efficacité, la réussite et les limites de la psychanalyse et des traitements dérivés, en gardant à l'esprit que ces patients, parmi les plus malades de la population, ont demandé un traitement analytique intensif dans un cadre institutionnel et ne représentent pas la population des patients ambulatoires habituels. La première proposition concerne la distinction entre le « changement structurel » de la personnalité, que l'on suppose fondé sur la résolution par l'interprétation au sein de la matrice transféro-contre-transférentielle de conflits intrapsychiques inconscients, et le « changement comportemental », comportant tout ce qui peut résulter des autres mécanismes de changement non liés à l'interprétation, non dirigés vers l'*insight*. Dans cette population particulière de patients, le PRP a mis

en doute la relation étroite entre types de changement et mode d'intervention, expressif ou de soutien. Les changements atteints dans les thérapies de soutien semblaient souvent relever tout autant de changements structurels que les changements obtenus dans les cas « expressifs-analytiques ».

La deuxième proposition concerne l'argument de la proportionnalité : le changement thérapeutique serait au moins proportionnel au degré de résolution du conflit. Il est clair qu'il ne peut y avoir significativement plus de changement que sur la base de la résolution des conflits inconscients, et inversement, il est difficile d'imaginer une véritable résolution des conflits sans au moins des changements proportionnels dans les comportements, la personnalité et les symptômes. La troisième proposition, liée à la précédente, est l'argument de la nécessité : une résolution de conflit est-elle une condition nécessaire pour au moins certains types de changements, surtout, un vrai « changement structurel » ? La principale découverte du PRP fut la démonstration répétée qu'un éventail important de changements, dans le fonctionnement de la personnalité et le style de vie, a été apporté au moyen surtout de méthodes thérapeutiques de soutien, que celles-ci aient été utilisées dans des thérapies de soutien, des thérapies analytiques expressives ou dans des psychanalyses. D'où la proposition : on a tendance à surestimer la résolution de conflits inconscients par l'interprétation analytique pour obtenir un changement structural. Avec ces patients très malades, la psychothérapie de soutien a accompli plus que la psychothérapie expressive ou la psychanalyse, contrairement à la prédiction de départ. Cela allait contre l'éthique de l'institution, pour laquelle seule la psychanalyse pouvait aider ces patients désorganisés. Cette étude a permis de renoncer au concept des « indications héroïques » de la psychanalyse, invitant à réduire les indications de celle-ci. Enfin, les prédictions d'un changement plus important et plus durable pour les analyses et les thérapies expressives, et a contrario, d'un changement plus limité et moins stable pour les traitements de soutien furent constamment tempérées dans la mise en place réelle du traitement.

4.2. Études sur le processus

La 3^e génération d'études sur le processus correspond à l'intégration de la clinique et de la recherche, à savoir l'intégration de ces diverses études sur le processus à des études cliniques concomitantes, tout aussi intensives, sur les mêmes patients. Deux études sont actuellement en cours dans des Sociétés de l'API, l'une à l'Institut pour la formation et la recherche psychoanalytiques (Institute for Psychoanalytic Training and Research [IPTAR]) à New York (Freedman et al., 2003), l'autre dans deux groupes de Buenos Aires travaillant ensemble, l'un à l'Association psychanalytique argentine et l'autre à l'Université de Belgrano (López-Moreno et al., 1999). Ces deux études sont des modèles pour ce travail de troisième génération. Il s'agit de l'intégration des observations de l'analyste à un éventail de méthodes de recherche empiriques.

5. Quatrième génération de recherche (naissante)

5.1. Études sur les résultats

La 4^e génération vient de naître et Wallerstein et d'autres essaient de la mettre en place grâce au Programme analytique de collaboration multi-sites (CAMP), sous les auspices de l'Association américaine de psychanalyse (Wallerstein, 2007). Le CAMP vise à coordonner les activités de tous les groupes qui font de la recherche sur les résultats aux États-Unis, comparant leurs découvertes au moyen d'une base de données partagée de séances d'analyse enregistrées en audio. Une recherche sur le processus se met ainsi en place, avec une sophistication conceptuelle pour ces deux types de recherche bien meilleure que celle qui a caractérisé cette recherche jusqu'à présent.

5.2. Études sur le processus

La quatrième génération de recherche sur le processus est fondamentale. Elle inclurait des mesures de résultats fondées sur une conception psychanalytique, évaluant des changements structurels du moi, ce qui permettrait d'intégrer ces nouveaux instruments d'évaluation du résultat aux instruments les plus récents pour évaluer le processus.

Une avancée a été faite concernant la recherche sur les résultats, car ceux-ci, jusqu'à récemment, étaient évalués par des cliniciens confirmés et/ou au moyen de mesures standardisées de changements symptomatiques se manifestant par des modalités comportementales manifestes. Il n'était pas encore question de mettre en évidence les changements sous-jacents dans l'organisation de la personnalité, ou changements structureaux : les changements que les thérapies psychanalytiques sont supposées atteindre, contrairement aux modifications symptomatiques et comportementales, qui seraient tout ce que les thérapies non analytiques peuvent apporter.

Un groupe à San Francisco a ainsi créé une suite au Projet de recherche sur la psychothérapie de la Fondation Menninger (PRP), le PRP II (Wallerstein, 1988a ; DeWitt et al., 1991). Ce groupe a élaboré un ensemble d'échelles, les Échelles de capacités psychologiques (Scales of Psychological Capacities [SPC]), 17 au total, conçues pour créer un profil de fonctionnement de la personnalité qui, si sa configuration est modifiée au cours de la thérapie, reflèterait les changements dans l'organisation de la personnalité, donc des changements structureaux du moi, afin – c'est l'espoir de ce projet – de mettre d'accord les adeptes de différentes perspectives théoriques dans le monde psychanalytique.

Beaucoup d'autres groupes de recherche dans le monde ont élaboré simultanément des échelles ayant le même but, testées pour leurs qualités psychométriques. Il s'agit (et la liste n'est pas exhaustive) des :

- Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP ; Profil psychodynamique de Karolinska), en Suède, comportant aussi 17 échelles d'attributs de la personnalité ;

- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD ; Diagnostic psychodynamique opérationnalisé), en Allemagne ;
- Structured Interview for Personality Organization (STIPO ; Interview structuré d'organisation de la personnalité), élaboré par le groupe Kernberg-Clarkin à Cornell, couvrant 94 domaines d'enquête, divisés en 6 groupes de fonctionnement de la personnalité ;
- McGlashan semistructured interview (MSI ; Interview semi-structuré de McGlashan), semblable au STIPO ;
- Analytic Process Scales (APS ; Échelles de processus analytique) de Waldron et de son groupe à New York, conçues comme une mesure du processus pour évaluer les contributions de l'analyste, du patient et des aspects interactionnels de leur relation au processus analytique. Ce sont des mesures de processus, pouvant aussi être utilisées avant et après la thérapie pour évaluer le résultat concernant la personnalité ;
- Psychotherapy Process Q-Set (PQS ; questionnaire sur le processus psychothérapeutique), fournissant une description et permettant la classification de processus thérapeutiques sous une forme permettant une analyse quantitative. C'est une mesure du processus, pouvant aussi être utilisée avant et après traitement comme une mesure du résultat sur la personnalité ;
- Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP ; Procédure d'évaluation de Shedler-Westen), aussi un questionnaire construit pour évaluer le fonctionnement global de la personnalité ;
- Object Relations Inventory (ORI ; Inventaire des relations d'objet), de Blatt et al. à Yale, organisé comme une mesure de la structure de la personnalité, divisé en deux échelles de l'organisation de la personnalité, l'une évaluant la relation, dans le sens : degré de différenciation–relation du soi d'avec la représentation d'objet, l'autre comportant une série de traits dimensionnels, qualitatifs et structuraux, portant sur la description des parents.

On voit que de nombreux efforts sont mis en place pour tenter de faire une recherche empirique sur ce qui est considéré par beaucoup d'analystes comme au-delà de toute mesure possible.

6. Conclusion

Le but de ce chapitre était de montrer de la manière la plus exhaustive possible tout ce qui s'est déjà fait dans le domaine de la recherche sur les résultats et le processus de la psychanalyse, depuis l'époque de Freud jusqu'à nos jours. Le fait est que, depuis le début du XX^e siècle, de nombreux efforts ont été faits et se poursuivent pour donner à la psychanalyse ce que Freud lui accordait intuitivement, espérant que des générations futures fourniraient les instruments d'objectivation qui n'étaient pas à sa disposition à son époque : le statut de science.

Avec cela même, on peut ne pas être d'accord, bien sûr, et voir en la psychanalyse, y compris dans l'esprit de son fondateur, une démarche humaniste ou herméneutique, ce qui est un autre débat.

Si l'on s'intéresse à ces recherches, si l'on en juge d'après les limites énumérées par les différentes équipes de chercheurs, il est évident que l'on n'en est encore qu'aux balbutiements, et que des progrès dans la méthodologie vont sûrement permettre d'affiner les résultats.

Un problème, par exemple, est de définir la nature du changement qui ne soit pas qu'une levée de symptômes, mais une réelle modification structurale intrapsychique. Un exemple récent est le projet de psychothérapie des états limites du Weill Medical College, à l'Université Cornell, qui a pris la fonction réflexive comme indicateur de l'intégration des représentations de soi et de l'objet du patient. Celle-ci était significativement plus élevée dans le groupe traité avec une psychothérapie centrée sur le transfert que dans celui traité avec une thérapie cognitivo-comportementale ou de soutien (Levy et al., 2006).

Poursuivant les travaux du groupe de Boston qui étudie le résultat de la psychanalyse, groupe selon lequel c'est l'appariement entre patient et analyste qui prédit le mieux le résultat, Ablon et Jones (2005) ont montré qu'il n'existe pas un processus analytique unique et universel, mais que celui-ci est particulier à chaque couple analytique. Ces processus dyadiques constituent des schémas d'interaction récurrents entre analyste et analysant, qui s'influencent mutuellement. La bonne intervention thérapeutique est celle proposée par un thérapeute doué, à savoir celui qui sait intégrer le savoir et l'empathie à un patient souhaitant la recevoir. Le résultat aussi selon lequel une longue analyse réussit mieux qu'une psychothérapie plus courte (Knight, 1941) vient de recevoir une nouvelle confirmation par la publication très récente par Leichsering, Rabung (2008) d'une méta-analyse sur l'efficacité à long terme de la psychothérapie psychodynamique. Tout ceci rejoint les travaux actuels en neurosciences sur la plasticité cérébrale, vu le temps que prennent la neurogenèse et l'établissement ou la réparation des réseaux synaptiques.

Il semble que les recherches les plus objectives sont en train de prouver qu'à deux, isolés dans un cabinet, en ayant bien choisi son analyste et en prenant son temps, on a plus de chances qu'avec tout autre méthode d'obtenir des résultats durables.

Bibliographie

- ABLON J.S., JONES E.E. (2005), « On analytic process », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 53 (2), p. 2-42.
- BACHRACH H.M., GALATZER-LEVY R., SKOLNIKOFF A.Z., WALDRON S. Jr. (1991), « On the efficacy of psychoanalysis », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 39, p. 871-916.
- BACHRACH H.M., WEBER J.J., SOLOMON M. (1985), « Factors associated with the outcome of psychoanalysis (clinical and methodological considerations). Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV), *Int Review of Psychoanal of Psychoanal*, n° 12, p. 379-388.
- BUCCI W. (2004), « Building the interface of research and practice : Achievements and unresolved questions », in BUCCI W., FREEDMAN N. (eds.), *The integration of*

- clinical and research perspectives in psychoanalysis. A tribute to the work of Robert Wallerstein*, Psychological Issues Monograph, Madison, CT, Inter. Univ. Press.
- CORIAT I. (1917), « Some statistical results in the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses », *Psychoanal Review*, n° 4, p. 209-216.
- DAHL H., KÄCHELE H., THOMA H. (1988), *Psychoanalytic process research strategies*, Berlin, Springer Verlag.
- DEWITT K.N., HARTLEY D.E., ROSENBERG S.E., et al. (1991), « Scales of psychological capacities : Development of an assessment approach », *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, n° 14, p. 343-361.
- ERLE J.B. (1979), « An approach to the study of analyzability and analysis : The course of forty consecutive cases selected for supervised analysis », *Psychoanal Quarterly*, n° 48, p. 198-228.
- ERLE J.-B., GOLDBERG D. (1984) « Observation on assessment of analysability by experienced analysts » *J. of American Psychoanal Ass.*, 32: 725-737.
- ERLE J.B., GOLDBERG D.A. (2003), « The course of 253 analyses from selection to outcome », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 51, p. 257-293.
- FONAGY P. (2004), *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*, International Psychoanalytical Association (<http://www.ipa.org.uk>).
- FONAGY P., TARGET M. (1994), « The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders », *J of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n° 33, p. 45-55.
- FONAGY P., TARGET M. (1996), « Predictors of outcome in child psychoanalysis : A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 44, p. 27-77.
- FREEDMAN N., LASKY R., HURVICH M. (2003), « Two pathways towards knowing psychoanalytic process », in LEUZINGER-BOHLEBER M., DREHER A., CANESTRI J. (eds.), *Pluralism and unity ? Methods of research in psychoanalysis*, Londres, International Psychoanalytical Association, p. 207-221.
- KANTROWITZ J.L., PAOLITTO F., SASHIN J., et al. (1986), « Affect availability, tolerance, complexity, and modulation in psychoanalysis : Follow-up of a longitudinal prospective study », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 34, p. 529-559.
- KANTROWITZ J.L., KATZ A.L., PAOLITTO F., et al. (1987a), « Changes in the level and quality of object relationships in psychoanalysis : Follow-up of the longitudinal prospective study », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 35, p. 23-46.
- KANTROWITZ J.L., KATZ A.L., PAOLITTO F., et al. (1987b), « The role of reality testing in psychoanalysis : follow-up of 22 cases », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 35, p. 367-385.
- KANTROWITZ J.L., KATZ A.L., GREENMAN D.K., et al. (1989), « The patient-analyst match and the outcome of psychoanalysis : A pilot study », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 37, p. 893-919.
- KANTROWITZ J.L., KATZ A.L., PAOLITTO F. (1990a), « Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination : I. Stability of change », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 38, p. 471-496.
- KANTROWITZ J.L., KATZ A.L., PAOLITTO F. (1990b), « Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination : II. Development of the self-analytic function », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 38, p. 637-654.
- KANTROWITZ J.L., KATZ A.L., PAOLITTO F. (1990c), « Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination : III. The relation between the resolution of the transference and the patient-analyst match », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 38, p. 655-678.

- KERNBERG O.F. (1972), « Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation psychotherapy research project », *Bulletin of the Menninger Clinic*, n° 36, p. 3-275.
- KNAPP P.H., LEVIN S., MCCARTER R.H., et al. (1960), « Suitability for psychoanalysis : A review of one hundred supervised analytic cases », *Psychoanal. Quarterly*, n° 29, p. 459-477.
- KNIGHT R.P. (1941), « Evaluation of the results of psychoanalytic therapy », *American Journal of Psychiatry*, n° 98, p. 434-446.
- LEICHSERING F., RABUNG S. (2008), « Effectiveness of long term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis », *JAMA*, oct 2008, 300: 1551-1565.
- LEUZINGER-BOHLEBER M. (1997), « Die Fähigkeit zu lieben, zu arbeiten und des Leben zu geniessen », *Zu den vielen Facetten psychoanalytischer Katamnese-forschung*, Giessen, Allemagne, Psychosozial Verlag.
- LEVY K.N., CLARKIN J.F., YEOMANS F.E., et al. (2006), « The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy », *J Clin Psychol*, n° 62, p. 481-501.
- LOPEZ-MORENO C., DORFMAN-LERNER B., ROUSSOS A., SCHALAYEFF C. (1999), « Investigación empírica en Psicoanálisis », *Revista de Psicoanálisis*, APA. Tomo LVI, p. 677-693.
- NORMAN H.F., BLACKER K.H., OREMLAND J.D., BARRETT W.G. (1976), « The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory analysis », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 24, p. 471-498.
- OREMLAND J.D., BLACKER K.H., NORMAN H.F. (1975), « Incompleteness in "successful" psychoanalysis : A follow-up study », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 23, p. 819-844.
- PDM Task Force (2006), *Psychodynamic diagnostic manual*, Silver Spring, MD, Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- PFEFFER A.Z. (1961), « Follow-up study of a satisfactory analysis », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 9, p. 698-718.
- PFEFFER A.Z. (1963), « The meaning of the analyst after analysis : A contribution to the theory of therapeutic results », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 11, p. 229-244.
- RANGELL L. (1966), « An overview of the ending of an analysis », in *The human core : the intrapsychic base of behavior*, t. 2, Madison, CT, International Universities Press, 1990, p. 703-725.
- SANDELL R., BLOMBERG J., LAZAR A., et al. (2000), « Varieties of the long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy : A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP) », *Int J of Psychoanal*, n° 81, p. 921-942.
- SASHIN J.I., ELDRÉD S.H., VAN AMERONGEN S.T. (1975), « A search for predictive factors in institute supervised cases : A retrospective study of 183 cases from 1959 to 1966 at the Boston psychoanalytic society and institute », *Int J of Psychoanal*, n° 56, p. 343-359.
- SCHLESSINGER N., ROBBINS F.P. (1974), « Assessment and follow-up in psychoanalysis », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 22, p. 542-567.
- SCHLESSINGER N., ROBBINS F.P. (1975), « The psychoanalytic process : Recurrent patterns of conflict and changes in ego functions », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 23, p. 761-782.
- SCHLESSINGER N., ROBBINS F.P. (1983), *A developmental view of the psychoanalytic process : follow-up studies and their consequences*, New York, International Universities Press.

- STRUPP H.H., SCHACHT T.E., HENRY W.P. (1988), « Problem-treatment outcome congruence : A principle whose time has come », in DAHL H., KACHELE H., THOMÄ H. (eds.), *Psychoanalytic process research strategies*, Berlin, Springer Verlag, p. 1-14.
- SZECSDY I., VARVIN S., AMADEI G., et al. (1997), « The European Multi-Site Collaborative Study of Psychoanalysis (Sweden, Finland, Norway, Holland et Italy) », Symposium sur la recherche sur les résultats, Congrès de l'Association internationale de psychanalyse, Barcelone, Espagne.
- TARGET M., FONAGY P. (1994a), « The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders », *J of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n° 33, p. 361-371.
- TARGET M., FONAGY P. (1994b), « The efficacy of psychoanalysis for children : Prediction of outcome in a developmental context », *J of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n° 33, p. 1134-1144.
- WALLERSTEIN R.S., SAMPSON H. (1971), « Issues in research in the psychoanalytic process », *J. of the American Psychoanal. Ass.*, 52: 11-50.
- WALLERSTEIN R.S. (1986), *Forty-two lives in treatment : A study of psychoanalysis and psychotherapy*, New York, Guilford Press.
- WALLERSTEIN R.S. (1988a), « Assessment of structural change in psychoanalytic therapy and research », *J of the American Psychoanal Ass.*, n° 36 (Suppl.), p. 241-261.
- WALLERSTEIN R.S. (1988b), « Psychoanalysis and psychotherapy : Relative roles reconsidered », *Annual of Psychoanalysis*, n° 16, p. 129-151.
- WALLERSTEIN R.S. (1991), « Proposal to the Ludwig Foundation for a collaborative multi-site program of psychoanalytic therapy research », non publié.
- WALLERSTEIN R.S. (2001), « The generations of psychotherapy research : An overview », *Psychoanal Psychology*, n° 18, p. 243-267.
- WALLERSTEIN R.S. (2007), « My life as a psychoanalytic therapy researcher and in CAMP », in BUCCI W., FREEDMAN N. (eds.), *The integration of clinical and research perspectives in psychoanalysis : A tribute to the work of Robert Wallerstein*, Psychological Issues Monogram, Madison, CT, International Universities Press.
- WALLERSTEIN R.S., ROBBINS L.L., SARGENT H.D., LUBORSKY L. (1956), « The psychotherapy research project of The Menninger Foundation », *Bulletin of the Menninger Clinic*, n° 20, p. 221-278.
- WALLERSTEIN R.S., SOLOMON M., BACHRACH H.M. (1985), « Characteristics of psychoanalytic clinic patients : Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (I) », *Int Review of Psychoanal*, n° 12, p. 13-26.
- WEBER J.J., SOLOMON M., BACHRACH H.M. (1985a), « Characteristics of psychoanalytic clinic patients : Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (I) », *Int Review of Psychoanal*, n° 12, p. 13-26.
- WEBER J.J., BACHRACH H.M., SOLOMON M. (1985b), « Factors associated with the outcome of psychoanalysis : Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II) », *Int Review of Psychoanal*, n° 12, p. 127-141.
- WEBER J.J., BACHRACH H.M., SOLOMON M. (1985c), « Factors associated with the outcome of psychoanalysis : Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III) », *Int Review of Psychoanal*, n° 12, p. 251-262.

CHAPITRE 12

**Évaluation des psychothérapies
psychanalytiques :
entre certitudes et incertitudes**C. Baruch⁴⁰

Pourquoi l'idée d'évaluation crée-t-elle autant de polémiques dans le champ du psychique ? Est-ce parce qu'elle renvoie les thérapeutes à un jugement sur les pratiques individuelles nécessairement subjectives, à une mise en question de leur propre fonctionnement, à la question de savoir qui peut juger du bien-fondé de telle ou telle activité ? Il est toujours dangereux de se soumettre à une évaluation : qui sait quelles remises en cause narcissiques pourraient en découler. En ce qui concerne l'évaluation des psychothérapies, le problème est encore plus crucial, puisqu'elle implique l'acceptation d'un regard extérieur à ce qui se passe dans l'intime de la cure, un tiers jugeant de l'« efficacité » du travail entrepris. Là plus qu'ailleurs, la frontière entre l'évaluation des processus (des psychothérapies) et celle des hommes (des psychothérapeutes) est fine, poreuse, nécessairement perméable. Pour des psychanalystes, le mot d'efficacité est encore plus mal ressenti que celui d'évaluation, car il touche au plus profond ce qui est à la fois une certitude intime du thérapeute, celle de proposer à son patient ce qui pourra lui être le plus profitable, et un doute non moins intime (« est-ce que ce que je fais a vraiment un sens ? »), qui apparaît être au cœur justement d'une possibilité de jeu dans un processus à deux, transféro-contre-transférentiel. Sans cette oscillation, ces doutes, cette incertitude mâtinée de certitude, pas de travail analytique possible. Un analyste fermé sur ses certitudes n'aurait aucune chance de permettre cette improbable rencontre qui, seule, peut créer les conditions d'un changement.

40. Je tiens ici à remercier tout particulièrement A. Gibeault et M. Loukomskaïa.

Alors, l'évaluation n'est-elle pas principalement celle que nécessairement l'analyste se demande à lui-même, plus ou moins consciemment, dans son jeu personnel avec un surmoi plus ou moins impérieux ? Est-ce du coup la raison du violent rejet de toute idée d'évaluation externe qui s'exprime si fréquemment dans la communauté analytique ? La guérison vient « de surcroît » nous dit-on (Lacan, 1958). Dans ce cas, que peut-on évaluer si ce n'est notre propre estimation du trajet effectué par le patient, trajet toujours sinueux, labyrinthique, avec ses culs-de-sac, ses hésitations et ses avancées incertaines.

Tout dans l'œuvre de Freud, depuis l'*Esquisse d'une psychologie scientifique* (1895) jusqu'à l'*Homme Moïse et la religion monothéiste* (1939), en passant par les *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), témoigne de cette intime contradiction interne entre sa certitude de la validité globale du modèle et ses incertitudes le poussant à le modifier toujours et encore, à laisser certains points en latence et à faire preuve à tant d'endroits d'une modestie remarquable quant aux défauts et points d'ombre qu'il décelait. Lui qui était fondamentalement un scientifique s'est détourné de la méthode expérimentale de ses débuts de physiologiste au profit de ce qui deviendra la méthode clinique en psychologie ; mais il a toujours gardé un raisonnement hypothético-déductif très strict : modèle théorique, hypothèse, mise à l'épreuve des faits, retour sur hypothèse, modification du modèle théorique. Il est vrai que Freud a considéré que seule une méthode théorico-clinique, qui met à l'épreuve des faits les propositions théoriques au moyen du travail de l'inconscient de l'analyste comme du patient, était adéquate. De là les argumentations de ses écrits, qui s'appuient sur des vignettes cliniques (*L'Interprétation des rêves* [Freud, 1900] ou les *Cinq psychanalyses* [1905–1918]) pour proposer des généralisations en termes de modèles théoriques. Mais il n'a jamais contesté la valeur de la méthode expérimentale, revenant fréquemment à des références scientifiques issues de la physique, de la biologie et de la neurologie de son époque.

Au fil des ans, méthode expérimentale et méthode clinique se sont fait une guerre sans relâche, comme si elles devaient nécessairement s'exclure mutuellement, alors qu'au regard de la société tout entière, et même pour l'image de la psychanalyse, la question de l'évaluation est légitime et ne peut plus être évacuée. Il devient de plus en plus important de rapprocher les positions très différentes des différents intervenants du domaine, analystes, institutions, tutelles et partenaires de la santé mentale.

1. Quelques éléments critiques sur les évaluations des psychothérapies

1.1. Des indices quantifiables

Les indices d'amélioration psychique sont difficiles à objectiver, souvent instables dans le temps, et la simple collecte des données fait intrusion dans le processus du traitement lui-même. De nombreuses échelles d'auto- ou

d'hétéro-observation (Thurin et Thurin, 2007), au départ construites à des fins diagnostiques, ont été appliquées dans différentes recherches. Les indices les plus utilisés concernent l'amélioration en termes de symptômes (Hopkins Symptom Check-List [HSCL] de Derogatis et Lazarus, 1974), de bien-être ou de coût pour la société (arrêts de travail, hospitalisations). Ces mesures conviennent à certaines formes de psychothérapie qui visent effectivement ce type d'amélioration, comme les thérapies cognitives. En revanche, elles sont récusées par les psychanalystes français, pour lesquels elles ne sont que les résultantes ponctuelles d'une combinaison complexe de conflits et de défenses et n'ont aucun sens sans modification de l'économie globale du sujet. Une évaluation se devrait donc alors de mettre en évidence les changements dans le fonctionnement psychique, et non leur expression comportementale.

1.2. La notion de groupe de sujets

La constitution de *groupes homogènes* pose d'autres problèmes : certaines recherches ont voulu étudier l'effet de la technique psychothérapique sur l'ensemble des patients traités, les considérant comme un groupe homogène (Fonagy et Target, 1996 ; Fonagy et Moran, 1991 ; Sandell et al., 2000 ; ou encore Høglend, 1993). D'autres ont comparé les effets des traitements sur différentes pathologies, posant les diagnostics soit à l'aide des échelles disponibles (échelles d'anxiété, de dépression comme celles de Beck et al. [1961] ou d'Hamilton [1960] par exemple), soit en s'appuyant sur le diagnostic qu'un praticien aura porté dans l'institution. Dans tous les cas, l'homogénéité des groupes constitués est superficielle, puisque s'appuyant le plus souvent sur des variables externes observables, sans prise en considération de variables internes ; la variabilité intragroupe est souvent supérieure à la variabilité intergroupe en raison de la dimension plurifactorielle des pathologies. Une autre difficulté concerne l'affectation des sujets dans les différents groupes : les principes expérimentaux voudraient qu'elle se fasse de façon aléatoire ; la réalité et l'éthique en décident souvent autrement, et une psychothérapie quelle qu'elle soit ne peut fonctionner que si le modus operandi convient au patient.

Quant aux *groupes contrôles*, très utilisés en psychologie cognitive et en psychologie sociale, ils sont considérés comme fondamentaux dans l'application des méthodes expérimentales, puisqu'ils permettent de tester statistiquement l'effet de la variation d'un facteur d'un groupe expérimental en fonction d'un groupe de référence pour lequel il n'y a pas eu de variation. On peut ainsi attester de l'effet de la variation, par rapport à une situation sans variation, et seule une expérimentation qui souscrit ces règles méthodologiques obtient le meilleur niveau de preuve. Cependant, il convient de se rappeler ce qui est également la base de toute méthode expérimentale, le fait de restreindre son objet d'étude à une, deux ou trois variations, toutes choses égales par ailleurs, pour attester du lien entre cause et effet. Certaines études – entre mille – de psychopathologie cognitive s'intéressent

par exemple à la décision lexicale chez les schizophrènes (Besche et al., 1997), ou à l'organisation temporelle auditive également dans la schizophrénie (Bourdet et al., 1999) ; l'objet est alors suffisamment restreint pour que la constitution de groupes contrôles soit effectivement possible, et que les deux groupes ne diffèrent « que » par la variation considérée.

Mais lorsqu'il s'agit de tester l'effet d'une forme de psychothérapie, si l'on comprend sans difficulté la notion de « groupe expérimental », que peut bien vouloir dire « groupe contrôle » ? Comment le constituer ? De patients non traités présentant la même pathologie ? Admettons, mais comment définir précisément les critères d'inclusion ? Par les symptômes ? Nous avons déjà vu que cela n'était pas pertinent. Par le type de fonctionnement psychique ? Si l'on est rigoureux, tout fonctionnement psychique est différent d'un autre ; il serait impossible d'aboutir à des groupes homogènes eu égard à tous les facteurs qui peuvent être considérés comme ayant un poids significatif, ce qui est pourtant le principe même de l'établissement de groupe contrôle. Il faut équilibrer entre les deux groupes l'âge, le sexe, le niveau socioculturel – tout cela est classique ; mais aussi les traumatismes infantiles et leur poids dans la constitution du sujet, les imagos parentales, les mécanismes de défense développés, etc. ; à ces seules conditions, les deux groupes pourraient être comparables, et l'effet de la thérapie réellement évalué.

Ou bien constituons-nous le « groupe contrôle » par des sujets « normaux », constituant le but à atteindre, la « guérison » ? Il n'est pas nécessaire d'argumenter en quoi cette idée de normalité, non contente d'être une fiction, ne repose sur aucun critère fiable. Enfin, les prises en charge psychothérapeutiques sont de très longue durée, sur plusieurs années. Or l'évolution spontanée des deux groupes est soumise à des changements, dont on ne peut pas supposer qu'ils seront équivalents. La comparaison à long terme est donc de toute façon problématique.

Pour tenter de résoudre ce problème, des chercheurs ont comparé l'effet de psychothérapies à l'évolution de patients restés sur liste d'attente (Strupp et Hadley, 1979) ou sous médicaments (Cottraux et al., 1995 ; Kool et al., 2003). Il reste à savoir sur quels critères s'est effectuée la répartition, le critère aléatoire restant éthiquement difficile à appliquer : la psychothérapie a tendance à être proposée aux patients dont on pense qu'ils vont pouvoir en tirer profit. Enfin, la question d'un traitement en double aveugle ne se pose pas ici : il est déjà difficile de penser qu'un patient ne saurait pas quel traitement il a entrepris (ce qui reste éthiquement contestable), il va de soi que le thérapeute ne peut pas, lui, l'ignorer.

1.3. Le « paradoxe de l'équivalence »

Les recherches, en particulier américaines (depuis Luborsky et al., 1975), qui ont comparé les différentes méthodes de psychothérapie ont montré qu'une amélioration se retrouve avec toutes les formes de psychothérapie, quels que soient la technique utilisée et les fondements théoriques de

la thérapie, sans qu'apparaisse une supériorité reproductible d'une forme donnée. Les seules variables qui se retrouvent systématiquement concernent la qualité de la relation entre patient et thérapeute et l'activité du patient dans son traitement. En France, ce paradoxe de l'équivalence a été contesté par différentes recherches qui montrent que le type de prise en charge doit être modulé en fonction du type de patients auquel il se rapporte. Ces recherches (Dazord, 1997 ; Seulin et Dazord, 1995 ; Seulin et Dazord, 1997) insistent sur l'intérêt en soi considérable d'une simple description de la scène clinique permettant de lever des hypothèses à poursuivre. L'étude anamnétique ou sociologique de la population peut apporter des renseignements précieux sur les trajectoires des patients. Des hypothèses opérationnalisées peuvent être testées lors d'une deuxième étape de recherche : c'est le cas de celles qui mettent en relation les changements des patients avec des facteurs pouvant rendre compte de ces changements. On a ainsi pu constater que ce ne sont pas les symptômes de départ qui distinguent les évolutions consécutives à des psychothérapies analytiques, mais des caractéristiques internes de fonctionnement, irréductibles aux seuls symptômes, qui ont déterminé autant de facteurs de changement potentiels.

1.4. Comment alors pourrait-on évaluer la psychanalyse ?

Une des difficultés les plus importantes concerne la question de savoir si des recherches quantifiées peuvent être considérées comme encore psychanalytiques. À l'heure actuelle, certains analystes poussent des hauts cris à la simple vue d'un chiffre dans un article publié dans une revue analytique. S'il y a des chiffres, ce ne pourrait pas être analytique. À l'inverse, d'autres s'interrogent sur les points de convergence entre la psychanalyse et la démarche scientifique en général, la démarche expérimentale en particulier (Perron, 2007).

En tous les cas, force est de reconnaître la rareté relative des recherches d'évaluation sur les traitements psychanalytiques classiques, cure type et psychothérapies analytiques au long cours. Ce fait n'est pas seulement dû à des réticences idéologiques, voire à de farouches hostilités des analystes à toute quantification qui réduirait l'individu en équation et annulerait sa singularité ; il est aussi lié à des difficultés méthodologiques majeures.

On a pu dire que l'un des buts essentiels d'un traitement analytique est de permettre au patient un réaménagement de son fonctionnement psychique vers un fonctionnement plus souple, moins coûteux en énergie, avec une plus grande mobilité entre les instances et des rapports aux conflits (internes) et aux objets (internes comme externes) qui concilient principe de plaisir et principe de réalité. On a parfois listé certains objectifs à atteindre, assouplissement du surmoi, renforcement du moi, intégration des forces du ça par le moi dans l'extrême mesure du possible. L'efficacité peut alors être conçue exclusivement comme ce qui va permettre une modification de

l'économie psychique du sujet dans le sens d'une mise à disposition plus souple de l'énergie libidinale, de possibilités d'investissements différenciés, narcissiques comme objectifs.

Certains psychanalystes ont depuis quelques années tenté de dépasser le clivage entre l'approche qualitative analytique et l'approche quantitative évaluative (Sandell et al., 2000 ; Leuzinger-Bohleber, 2000 ; Leuzinger-Bohleber et al., 2007) et plusieurs programmes ont été ainsi réalisés par des psychanalystes (nous renvoyons le lecteur aux différents chapitres du livre). L'intérêt de ces recherches auprès des analystes eux-mêmes, malgré de nombreuses critiques, a étayé l'idée de la pertinence de recherches de ce type. En France, il n'existe pas encore de recherche de grande envergure. Néanmoins, plusieurs équipes comme celles des Centres Kestemberg, Binet, J. Favreau (Donnet et al., 2007), Paumelle, et certainement bien d'autres encore, travaillent actuellement sur des projets visant soit à évaluer les changements internes, modifications profondes de l'économie psychique (mécanismes de défense, relations objectales, liens avec les différentes instances psychiques, etc.), soit à comprendre certains moments des cures (indications, interruptions, terminaisons). Le concept de recherche planifiée devient partageable entre analystes (Widlöcher, 2007).

2. Un exemple : une étude pilote du changement du fonctionnement mental pendant des psychothérapies (Baruch et al., 2005)

2.1. Présentation de la recherche

Pour tenter de dépasser ce qui reste l'une des critiques majeures des psychanalystes concernant des recherches planifiées, une équipe du Centre E. et J. Kestemberg (ASM13) a voulu essayer de systématiser non pas les symptômes ou les critères externes, mais le fonctionnement psychique lui-même, sur lequel portent les cures. Une recherche systématique de ce type implique obligatoirement le support d'une institution qui soutient et qui « tiercéise » le projet, et qui se porte en même temps garante de conditions éthiques de sa réalisation ; à l'inverse, l'intimité de la cure dans un cabinet privé s'y prêterait beaucoup plus mal.

Le but initial de cette recherche a donc été de tenter de mettre au point un outil capable d'apprécier cette évolution pour des patients suivis au long cours, tout en restant dans une perspective psychanalytique impliquant de ne s'intéresser qu'aux processus et au fonctionnement psychique tel que le décrit la théorie psychanalytique, en particulier en tentant d'avoir accès à des processus inconscients. Pour cela, il fallait d'abord déterminer quels étaient les aspects à prendre en compte pour atteindre cet objectif, tant sur la faisabilité de l'élaboration d'un tel instrument que sur son utilité pour la reconnaissance de la psychanalyse, ou encore sur la réalité de l'objet

psychanalytique ainsi étudié. Sans vouloir répondre à ces questions par un a priori, le parti a été pris d'en tester la faisabilité, et d'en évaluer ensuite la pertinence.

Par rapport aux questionnements méthodologiques soulevés précédemment, on peut relever certains choix, décrits ci-après, témoignant des positions qui ont semblé les plus appropriées.

Une hétéro-observation a plus de pertinence qu'une auto-observation pour apprécier des mouvements psychiques qui se déroulent à l'insu même du patient. Cette évidence rend problématique, dans les recherches, l'utilisation des questionnaires d'autoévaluation, qui par définition ne peuvent que relever les aspects les plus conscients. Cette hétéro-observation doit être pratiquée par des analystes, par définition formés à l'appréciation des mouvements inconscients. Pour préserver le caractère le plus « naturel » possible de la situation, des entretiens préliminaires, enregistrés de façon systématique, indépendamment de la recherche – naturellement avec l'accord du patient –, étaient visionnés par l'équipe d'analystes à distance de l'enregistrement, sans conséquence aucune pour la suite de la prise en charge du patient. La place d'un tiers institutionnel permet la présence de cet « intrus » qu'est la caméra, même si, forcément, un « public fantasmé » est présent dans l'entretien.

Une liste de 144 items regroupés en échelles indépendantes a été élaborée afin de permettre de synthétiser le contenu des entretiens. Outre des échelles de symptômes, conçues uniquement pour être croisées avec des échelles classiques, deux échelles ont été élaborées pour tenter de balayer les principaux aspects du fonctionnement mental. Une échelle étudie les différents rapports du sujet dans la réalité avec ses conflits internes ou avec la réalité des objets externes ; elle comporte 22 items répartis en 3 parties : la première concerne les affects et les *actings* ; la deuxième, les possibilités d'investir la réalité ; la troisième, les capacités d'auto-observation. Une autre échelle étudie plus spécifiquement le fonctionnement mental ; elle comporte 70 items répartis en 11 parties dont en particulier les défenses, les identifications, les capacités de régression, le fonctionnement du pré-conscient, les modes de relations d'objet, l'*insight*.

Chaque item devait être évalué au moyen d'une échelle d'estimation en 5 points (de « pas du tout » (0) à « important » (4) ; par exemple, l'item « clivage » pouvait recevoir la note « 4 » pour l'observation d'un clivage « important »). La constitution de la liste d'items a représenté en elle-même un moment de recherche théorico-clinique important, puisqu'il s'est agi de repérer de façon systématique tous les éléments pris en compte de façon plus ou moins explicite dans l'appréciation des caractéristiques individuelles de chaque patient. En particulier, certaines échelles se sont inspirées de la recherche de Sandell et al. (2000), et pourront donc être comparées aux données recueillies alors ; d'autres ont été élaborées ou complétées à partir d'une forme d'explicitation des pratiques des participants. Le fonctionnement psychique inconscient a été formalisé par l'utilisation d'items à coder quantitativement, tout en exigeant pour ce faire un fonctionnement associatif et une écoute analytique des membres du groupe. Par exemple,

l'une des échelles concerne le fonctionnement du préconscient, avec des items comprenant, entre autres, « les rêves », « l'humour » ou encore les « capacités associatives ». Quantifier sur une échelle de 0 à 4 l'aptitude à l'humour ou au rêve peut sembler paradoxal. D'autres items permettent de la même façon de repérer les différents types de masochisme, les capacités identificatoires ou transférentielles.

L'affectation d'un chiffre à chaque item est extrêmement différente, voire opposée à l'activité analytique classique. Néanmoins, si l'on pense simplement à formaliser en termes de chiffres ce que l'on aurait verbalisé qualitativement, en termes de « prédominant, important, présent, discret, absent » (ce que l'on fait quotidiennement en discutant des patients entre collègues, en disant par exemple de tel ou tel « son clivage est prédominant », ou « il ne rêve jamais » ou « ses capacités de secondarisation sont faibles »), la difficulté s'aplanit et l'aspect quantitatif ne redevient qu'un simple moyen de se représenter du qualitatif. Cela implique nécessairement à la fois une écoute de psychanalyste, impliquant une attention flottante et une reprise consciente pour la quantifier. L'expérience montre que cette activité particulière d'écoute associative à visée catégorielle déroute considérablement les analystes, et demande un entraînement tout à fait spécifique qui permet de dépasser le quantitatif pour n'en plus faire qu'un outil au service du qualitatif.

Sur les 9 protocoles actuellement recueillis et analysés, les premières observations amènent à penser que les résultats relevés permettent effectivement de se représenter l'organisation psychique des patients. En particulier, lorsque l'on regarde quels items correspondent aux caractéristiques majeures du patient, on constate que les réponses moyennes des différents cotateurs sont cohérentes par rapport aux indications thérapeutiques proposées aux patients et à la conclusion portée dans le dossier à l'issue de l'entretien. Par ailleurs, les patterns de réponse sont très différents d'un patient à l'autre. Ces éléments laissent penser que l'outil est discriminant, et qu'il est possible de visualiser ce qui jusque-là était formulé de façon théorico-clinique dans les discussions entre analystes (Baruch et al., 2005).

Bien entendu, aucun « groupe contrôle » ne pourrait avoir ici de sens, pour des raisons déjà explicitées plus haut. Il s'agit de se représenter le fonctionnement psychique d'individus considérés comme uniques, au moment où ils font la démarche de consulter, et de restituer au moyen de cet outil une partie de la richesse qui s'est exprimée dans l'entretien. L'ensemble des 9 patients étudiés jusque-là ne constitue pas d'ailleurs un « groupe » à proprement parler, en tout cas certainement pas homogène. Il n'y aurait donc aucun sens à les comparer à un autre « groupe » qui n'aurait pas davantage de sens, et qui serait soumis à on ne sait quel autre type de prise en charge (décidé par qui et comment ?).

À partir de cet entretien préliminaire, tout au long d'un traitement psychanalytique éventuellement mis en place, l'évolution du fonctionnement psychique pourrait être suivie d'entretiens réguliers avec le consultant, cotés par les mêmes analystes. Naturellement, aucune ingérence dans le traitement, en particulier aucune participation du thérapeute, ne doit être envisagée. Des comparaisons chiffrées des différents protocoles au cours du

temps permettraient de visualiser des évolutions du fonctionnement psychique, par des tests paramétriques et non paramétriques (de *t* de Student-Fischer ou régressions par exemple).

À partir de ces données, les analyses quantitatives permettront donc, nous l'espérons, de formaliser les caractéristiques tant symptomatiques qu'interpersonnelles ou intrapsychiques de chacun. Des études extrêmement intéressantes pourront dans l'avenir également être pratiquées afin de déterminer le degré d'accord des différents cotateurs. Par exemple, sur 9 protocoles étudiés, le pourcentage de désaccord entre les 5 juges s'est élevé à environ 16 %. Il est donc difficile d'arriver à des consensus, comme cela était prévisible d'emblée, pour l'évaluation de caractéristiques internes. Cependant, il semble qu'il soit possible d'améliorer ce consensus en s'interrogeant sur ces désaccords, afin de déterminer quelles ambiguïtés conceptuelles ont amené à ces divergences. Pour autant, des quantifications voisines sont présentes dans plus de 80 % des cas, ce qui est notable pour des appréciations de processus intrapsychiques, si l'on en juge par les discussions théorico-cliniques acharnées qui s'observent dans les diverses réunions cliniques sur l'appréciation de tel ou tel patient.

Enfin, les comparaisons des protocoles d'un même patient au cours du temps devraient permettre de visualiser des évolutions intrapsychiques au fil des cures.

2.2. Critiques méthodologiques

Les critiques de ces choix méthodologiques peuvent naturellement être multiples. La première concerne la validité de ce genre de situation particulière, *hors la cure*, pour apprécier l'organisation psychique des patients. Cette critique est valable dans tous les cas de figure, et suffirait à elle seule à disqualifier toute recherche. Mais elle serait également valide pour toutes les discussions cliniques autour de patients, qui s'effectuent aussi en dehors de la cure elle-même.

La deuxième critique met en doute l'utilisation de données numériques, et l'intérêt de « résumer » ainsi les observations, avec le risque de simplifier à l'extrême un fonctionnement psychique par définition unique, plurifactoriel et multidimensionnel. Mais il s'agit en fait du risque inhérent à toute généralisation et même à toute modélisation.

La troisième critique pointe le danger de moyenniser les valeurs numériques appartenant à des sujets différents, et en effet, la plus grande vigilance s'impose, afin de ne pas perdre de vue le qualitatif au détriment du quantitatif. Une opération numérique doit être menée en toute connaissance de ce qui est ainsi aplati des différences entre les sujets, et les comparaisons ont toujours à être justifiées.

La dernière critique, la plus grave mais aussi la plus fréquente, est que nombre d'analyste dénie à ce type de recherches tout intérêt, puisqu'elles se donnent beaucoup de mal pour faire ressortir ce qui apparaîtrait dans toutes les discussions cliniques entre analystes.

3. Une recherche planifiée : pour quoi faire ?

Dans l'avenir, une recherche d'envergure qui tente d'allier impératifs psychanalytiques et systématiques pourrait pourtant être destinée à de multiples interlocuteurs.

- Elle peut s'adresser d'abord à tous les membres de la communauté scientifique, plus ou moins éloignés de l'approche psychanalytique, afin de définir un minimum de langage commun quant aux présupposés et à la démarche technique. Une représentation en terme de grille sur laquelle s'effectuent des jugements d'estimation est familière à la plupart des chercheurs en psychologie. Le fait que les concepts évalués soient ceux de la psychanalyse, souvent considérés comme réservés à ceux qui parlent cette langue inconnue, permet une passerelle entre les uns et les autres. En revanche, le souci de garder le contenu conceptuel vivant, et en particulier de travailler sur le fonctionnement psychique, cet outil quotidien de la réflexion psychanalytique, apparaît comme indispensable.
- Une recherche de ce genre peut s'adresser ensuite aux pouvoirs publics, qui ont besoin de rapports sur tel ou tel aspect de la politique de santé. Les psychanalystes gagneront certainement à se positionner comme des interlocuteurs pouvant entendre les impératifs de ceux qui ont à prendre des décisions financières ou législatives, et pouvant expliquer les spécificités tout à fait particulières de leur activité de thérapeute. Les discussions autour de la législation sur le titre de psychothérapeute ont bien montré le danger encouru si les analystes refusent de participer aux discussions. D'autres sont bien heureux d'occuper alors le terrain.
- Une telle recherche peut enfin s'adresser aux collègues analystes enfin : les discussions théorico-cliniques autour des cotations ont largement dépassé la grille elle-même, et les divergences de cotation ont permis de trouver, ou retrouver, d'importantes questions conceptuelles qui engendraient débats et discussions imprévues. Par exemple, le concept d'ambivalence a induit des discussions très intéressantes et des divergences de représentations sont apparues au grand jour. Les discussions de consensus qui doivent permettre aux groupes d'analystes de coordonner leurs points de vue sur telle ou telle appréciation des items sont des moments de travail théorique important, mais aussi de clinique, puisque l'on peut revenir sur un moment particulier de l'entretien afin d'affiner ce que l'on en reçoit.

En conclusion, ou plutôt justement pour ne pas conclure, il apparaît clairement à quel point l'évaluation des psychothérapies pose des problèmes spécifiques et ne peut pas être assimilée à tel ou tel autre secteur d'évaluation. Pour autant, elle ne peut pas être d'un trait de plume rejetée aux oubliettes, tant la légitimité de la demande est évidente. Comment concilier des impératifs aussi contradictoires ? Comment réaliser des formations de compromis entre les exigences de la réalité extérieure imposées par les contraintes institutionnelles, celles de l'inconscient avec lequel travaillent les psychanalystes au quotidien, et celles du surmoi, aussi bien méthodologiques qu'idéologiques ? Les conflits qui s'expriment de façon si virulente

entre les théoriciens d'obédiences différentes ne sont peut-être pas autre chose que les manifestations externes de conflits intrapsychiques qui agissent chacun dès qu'il est question de chercher à concilier des maîtres aussi intransigeants.

Bibliographie

- BARUCH C., GIBEAULT A., LOUKOMSKAIA M. (2005), « Évaluation de psychothérapies psychanalytiques : une étude pilote », *Cliniques Méditerranéennes*, n° 71, p. 259-267.
- BECK A.T., WARD C.H., MENDELSON M., et al. (1961), « An inventory for measuring depression », *Archives of General Psychiatry*, n° 4, p. 561-571.
- BESCHE C., PASSERIEUX, SEGUI J. et al. (1997), « Syntactic and semantic processing of schizophrenic patients evaluated by a lexical decision task », *Neuropsychology*, n° 11 (4), p. 498-505.
- BOURDET C., FOUCAULT J.M., BROCHARD R., et al. (1999), « Auditory stream segregation and attentional focusing in schizophrenics », 5th IBRO World Congress of Neuroscience, Jerusalem.
- COTTRAUX J., NOTE I.D., CUNGI C., et al. (1995), « A controlled study of cognitive-behavior therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia », *Br J Psychiatry*, n° 167, p. 635-641.
- DAZORD A. (1997), « Évaluation des effets des psychothérapies », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Paris, Elsevier), 37-802-A-10, 7 p.
- DEROGATIS L.R., LAZARUS L. (1974), « The Hopkins Symptom Check-list (HSCL) : a self report symptom inventory », *Behav Science*, n° 19, p. 1-15.
- DONNET J.-C., BOUCHARD C., COBLENCÉ F., et al. (2007), « Une recherche au centre Jean Favreau », in EMMANUELLI M., PERRON R. (dir.), *La Recherche en psychanalyse*, Paris, PUF, coll. « Monographies de la Revue Française de Psychanalyse », p. 81-102.
- FONAGY P., MORAN G.S., (1991), « Studies of the efficacy of child psychoanalysis », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 58, p. 684-695.
- FONAGY P., TARGET M. (1996), « Predictors of outcome in child psychoanalysis : A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre », *J of the American Psychoanal Ass*, n° 44, p. 27-77.
- FREUD S. (1895), *Esquisse d'une psychologie scientifique*, in *La Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1956, p. 307-396.
- FREUD S. (1900), *L'Interprétation des rêves*, in *Œuvres complètes*, t. 4, Paris, PUF, 2003.
- FREUD S. (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1989.
- FREUD S. (1905-1918), *Les Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1966.
- FREUD S. (1915-1917), *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, in *Œuvres complètes*, t. 14, Paris, PUF, 2000.
- FREUD S. (1939), *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*, Paris, Gallimard, 1986.
- HAMILTON M. (1960), « A rating scale for depression », *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, n° 23, p. 56-62.
- HØGLEN P. (1993), « Personality disorders and long term outcome after brief psychodynamic psychotherapy », *Journal of Personality Disorders*, n° 7, p. 168-181.

- KOOL S., DEKKER J., DUIJSENS I.J., et al. (2003), « Changes in personality after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients », *J Personal Disord*, n° 17 (1), p. 60-72.
- LACAN J. (1958), « Intervention », in FAVEZ G., *Le Rendez-vous avec le psychanalyste, La Psychanalyse*, 4.
- LEUZINGER-BOHLEBER M. (2007), « Un exemple de recherche en psychanalyse : le suivi de psychanalyses et thérapies psychanalytiques de longue durée », in EMMANUELLI M., PERRON R. (dir.), *La Recherche en psychanalyse*, Paris, PUF, coll. « Monographies de la Revue Française de Psychanalyse », p. 127-148.
- LEUZINGER-BOHLEBER M., BEUTEL M., STUHR U., RUGER B. (2000), « How to study the quality of psychoanalytical treatments ? », paper presented at the J. Sandler Research Conference, Londres.
- LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L. (1975), « Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes" ? », *Archives of General Psychiatry*, n° 48, p. 995-1008.
- PERRON R. (2007), « Chercher en psychanalyse. Réflexions sur le modèle des sciences exactes », in EMMANUELLI M., PERRON R. (dir.), *La Recherche en psychanalyse*, Paris, PUF, coll. « Monographies de la Revue Française de Psychanalyse », p. 53-80.
- SANDELL R., BLOMBERG J., LAZAR A., et al. (2000), « Varieties of long-term outcome among patient in psychoanalysis and long-term psychotherapy », *Int Journ Psychoanal*, n° 81, p. 921-942.
- SEULIN C., DAZORD A. (1995), « Processus psychothérapique dans un hôpital de jour : résultats d'une enquête et intérêt des données », *L'Encéphale*, vol. 21, n° 3, p. 235-245.
- SEULIN C., DAZORD A. (1997), *Prises en charge institutionnelles en psychiatrie. Méthodologie de la recherche évaluative*, Paris, PUF.
- STRUPP H.H., HADLEY S.W. (1979), « Specific vs non-specific factors in psychotherapy », *Arch Gen Psychiatry*, n° 36 (10), p. 1125-1136.
- THURIN J.-M., THURIN M. (2007), *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*, Paris, Dunod, p. 297.
- WIDLÖCHER D. (2007), « L'Institution psychanalytique et la recherche », in EMMANUELLI M., PERRON R. (dir.), *La Recherche en psychanalyse*, Paris, PUF, coll. « Monographies de la Revue Française de Psychanalyse », p. 13-16.

CHAPITRE 13

**Évaluation ou dévaluation
de la psychothérapie ?
Récit d'une expérience
de recherche**J.-N. Despland,
Y. de Roten

La question de l'évaluation des psychothérapies suscite des échanges passionnés. Le clinicien et encore plus le psychanalyste se montrent méfiants quant à la pertinence possible de ce regard extérieur, intrusif, réducteur, et qui lui fait craindre la disparition de l'objet de son interrogation propre, l'inconscient. Peut-on parler d'autres choses qui puissent avoir du sens ?

Ce que la psychanalyse propose, c'est d'abord une extraordinaire pratique de la relation « thérapeutique ». La théorie clinique et la théorie de la technique, sur lesquelles s'appuient les psychanalystes, fondent leur pratique. Pourquoi remettre ce matériel en question outre mesure ? L'étude de ce matériel est en soi une source de questions et d'interrogations extraordinaires du fait des caractéristiques mêmes de cette relation. Tant les particularités du cadre, l'intensité et la spécificité du processus, ses résultats, que la situation particulière de la théorie ne peuvent que susciter un intérêt majeur pour la recherche.

La possibilité de distinguer *recherche psychanalytique* et *recherche sur la psychanalyse*, définies comme la mise en pratique d'autres méthodes de recherche que psychanalytiques sur un corpus psychanalytique, permet peut-être de faire avancer le débat. Il ne s'agit pas de démontrer que la psychanalyse est psychanalytique – elle se suffit à elle-même dans cet exercice –, mais plus fondamentalement de s'interroger sur ce qui se passe entre un analysant et un analyste d'un autre point de vue que celui de l'analyste (Despland, 2004).

Le dialogue entre deux ou plusieurs domaines scientifiques a toujours été privilégié par Freud et la plupart des psychanalystes ; ceux-ci se sont inspirés de nombreux autres domaines du savoir, dans le même temps que la psychanalyse a nourri plus d'une réflexion scientifique. Il serait regrettable que de nouveaux échanges, suscités en l'occurrence par une approche plus empirique de la pratique psychanalytique, ne puissent pas se développer.

1. Un projet de recherche programmatique

Dans la recherche, il est d'usage d'opposer les études d'efficacité (*efficacy*) et les études d'efficience (*effectiveness*), comme on oppose également les méthodologies quantitatives et qualitatives. Derrière cette opposition, on retrouve la distinction entre étude empiriquement rigoureuse (validité interne) et étude cliniquement utile (validité externe). Nous avons choisi une voie médiane, hybride, ou plus exactement programmatique, qui cherche à intégrer la rigueur méthodologique de l'une avec l'intérêt clinique. Le projet, bien dans l'air du temps, reconnaît les limites de chacun des modèles « purs » et cherche à définir de nouvelles normes méthodologiques permettant d'articuler leur complémentarité, de combiner les techniques d'évaluation et de formation caractéristiques du modèle de l'efficacité et le cadre d'une étude naturaliste portant sur les mécanismes du changement.

1.1. Constitution du groupe de recherche

Le projet a démarré au milieu des années 1990, dans le cadre de la Polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne. Plusieurs éléments caractérisent la démarche de recherche. En premier lieu, dans la suite de la tradition lausannoise relative aux psychothérapies brèves, nous nous sommes intéressés au modèle de consultation thérapeutique de l'adulte formalisé par Edmond Gillieron sous le terme d'*intervention psychodynamique brève* (IPB). Il s'agit d'un processus de psychothérapie ultra-bref, qui se déroule sur 4 séances, et qui se focalise sur un travail de la crise. Construit sur des prémisses théoriques clairement psychanalytiques, ce processus intègre des réflexions sur la relation d'objet et l'importance du contexte de la consultation (Gillieron, 1997 ; Despland et al., 1998).

Pour la recherche, ce traitement psychanalytique de la crise constitue une situation particulièrement favorable dans la mesure où l'analyse peut porter sur l'ensemble du processus thérapeutique sans recourir à des choix douloureux autant que discutables. Dans la mesure où nous avons, dès le départ, renoncé à une recherche en elle-même psychanalytique au profit d'un projet visant la description de ce qui se passe dans un dispositif marqué par la psychanalyse, il s'est agi d'une évaluation portant sur une modélisation possible d'un processus thérapeutique et non d'une démarche visant à confirmer une théorie clinique.

Rétrospectivement, l'aspect le plus important dans la constitution de notre groupe de recherche, dès le départ, s'est fondé sur la collaboration entre des psychothérapeutes formés et reconnus sur le plan clinique – par leur appartenance à une société psychanalytique en particulier – intéressés à participer à l'expérience de la confrontation avec la recherche, et des chercheurs formés et reconnus sur le plan de la méthode, sensibilisés à la clinique, sans pour autant être pris dans un rapport trop fort d'allégeance avec l'objet d'étude.

1.2. Une variable « translationnelle » : l'alliance thérapeutique

Dans la construction du protocole, le choix de l'*alliance thérapeutique* comme objectif de recherche – la variable dépendante – découle directement de ce processus collaboratif (de Roten, 2006). L'alliance a pour avantage principal de permettre au chercheur de travailler sur le processus clinique, de le décrire et de le modéliser, de générer des hypothèses qui soient compatibles ou, en tout cas, traduisibles dans le langage de la théorie clinique.

La notion d'alliance, qu'il s'agisse d'alliance de travail, d'alliance d'aide ou d'alliance thérapeutique, s'est développée tout d'abord dans le champ de la psychanalyse. Elle trouve ses racines dans les premiers écrits théoriques de Freud sur la nature des liens entre patient et thérapeute, puis s'est développée spécifiquement dans le courant de la psychanalyse américaine des années 1950. Elle a connu un nouveau développement dans les années 1970 avec le développement d'instruments de recherche à partir d'une définition commune à l'ensemble des approches psychothérapeutiques. La notion d'alliance a acquis alors une importance grandissante, la recherche ayant régulièrement montré son importance dans la prédiction des résultats thérapeutiques, pour différents types de clients et différentes formes de traitement (pour une revue, voir Horvath, 2000). C'est également ce qui a conduit l'Association américaine de psychologie (American Psychological Association [APA]) à diligenter parallèlement deux groupes de travail, l'un sur les formes de traitement empiriquement validés, l'autre sur les éléments relationnels empiriquement validés (Norcross, 2002).

Issue de la tradition psychanalytique, la notion d'alliance est à l'origine de nombreux instruments et d'une véritable tradition de recherche. L'alliance n'est cependant pas une intervention en soi – particulièrement dans le domaine des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse – et son émergence reflète plutôt l'utilisation appropriée d'autres composants du processus thérapeutique. Les recherches concernant une formation clinique directe à l'alliance thérapeutique ont plutôt mis en évidence une péjoration des résultats après la formation. Dès lors, comment est-il possible, une fois établi le rôle de l'alliance thérapeutique dans le résultat des psychothérapies, de le lier à la théorie clinique ? L'un des objectifs principaux de notre projet de recherche a été de documenter cette question.

1.3. Le protocole et ses contraintes

Même hybride, tout protocole de recherche nécessite de se soumettre à certaines contraintes minimales permettant d'évaluer ou de contrôler le traitement dispensé, patients inclus et thérapeutes participants. Nous ne mentionnerons ici que celles qui sont apparues comme les plus saillantes dans notre contexte.

1.3.1. Le traitement dispensé

Parmi les règles d'or de la recherche sur l'efficacité, figure en bonne place la nécessité de s'appuyer sur un manuel de traitement permettant d'évaluer l'adhérence et la compétence des psychothérapeutes à l'appliquer à des patients particuliers. Notons le paradoxe d'une telle démarche, dans la mesure où l'on sait que l'art du thérapeute nécessite des invariants, mais aussi une souplesse et une créativité certaine, notamment face aux cas difficiles. Ici encore, l'IPB s'est révélée une situation d'observation privilégiée pour débiter dans la recherche, dans la mesure où elle se fonde sur un manuel (Gillieron, 1997) qui nous a permis de construire une échelle d'adhérence/compétence (Tadic et al., 2003). Celle-ci comporte 33 items, évalués sur une échelle de Likert en 5 points par des juges externes, sur la base soit de l'enregistrement de la séance, soit de sa retranscription dactylographiée. Le travail d'élaboration de cette échelle a obligé chercheurs et psychothérapeutes à s'entendre sur des critères simples et observables, qui soient spécifiques et qui servent d'aide, d'information et de guide au traitement plutôt que de prescription. Par la suite, l'échelle s'est révélée très utile en permettant certains développements dans le champ de la formation des psychothérapeutes. C'est ainsi qu'on a pu démontrer que la bonne pratique d'une forme très brève de thérapie nécessite de nombreuses années d'apprentissage et d'expérience (Currat et al., 2008).

1.3.2. L'enregistrement des séances

L'enregistrement audiophonique – la question de l'utilisation de la vidéo est d'une autre nature – est indispensable dans le cadre d'une recherche visant l'étude du processus psychothérapique. Comment étudier, par exemple, le développement de l'alliance thérapeutique sans que le travail porte sur le déroulement effectif de celle-ci ? Il est bien démontré qu'un compte-rendu dans l'après-coup de la séance est déjà une (re)construction, qui participe au processus thérapeutique, et qu'il n'est en rien fidèle au contenu de la séance. Disposer de l'enregistrement des séances ne change rien au fait qu'il s'agit d'interpréter ce qui se passe entre deux personnes, mais la grille d'interprétation peut au moins être explicitée ou reprise. Il est évident aussi qu'il ne s'agit que d'une petite partie du processus, la question étant de savoir si ce qui émerge reste intéressant à l'aune de ce que le psychothérapeute tente de construire avec son patient. Le fait que l'enregistrement modifie le processus va de soi, et l'on ne fait qu'étudier un processus en condition d'enregistrement. L'intérêt de cette remarque, souvent formulée, est définitivement faible : il touche au mieux à la question de la généralisation des observations, qui reste de toute façon ouverte et l'affaire des

cliniciens. L'avantage principal est de permettre à tout moment de revenir aux données de bases de la clinique effective. Dans notre perspective programmatique, le travail du chercheur ne peut mieux être décrit que comme un passage obligatoire et incessant entre les données brutes globales et des résultats des réductions chiffrées et ciblées.

La plupart des instruments de codage requièrent la transcription des séances à analyser. Il s'agit d'une phase plutôt laborieuse et coûteuse. Selon notre expérience, l'idéal est de se fonder sur des règles de transcriptions courantes dans le domaine – nous avons adopté celles de Mergenthaler et Stigler (1997) – qui permettent non seulement d'uniformiser leur qualité, critère non négligeable sachant leur influence sur les codages, mais également de constituer des banques de données ouvertes à d'autres types d'analyse et d'autres groupes de recherche.

Ce type de procédure permet d'abord de confronter différentes méthodes, qualitatives aussi bien que quantitatives, adoptées par des groupes de recherche indépendants. Mais ce type de démarche permet surtout que, dans un deuxième temps, les résultats obtenus puissent être confrontés au point de vue du clinicien concerné ou à celui d'autres psychothérapeutes. De telles banques existent déjà depuis une dizaine d'années en anglais et en allemand, mais sont absentes, à notre connaissance, dans le monde francophone.

1.3.3. L'évaluation des patients

Le protocole d'évaluation des patients est fondamental, car c'est sur cette base que sera jugée la qualité de l'étude en fonction des possibilités de comparaison avec d'autres travaux du même domaine. Pour assurer une estimation précise, sensible et valide du changement, une approche multidimensionnelle est indispensable. Le choix des instruments dépend en partie des objectifs spécifiques de chaque étude, mais il est important de combiner différentes méthodes (questionnaires pour le patient et le thérapeute, cotation par des juges externes, interviews spécifiques), différents moments (pré-, post-, ainsi que différents moments du processus), différents points de vue (patient, thérapeute, interaction), différents comportements ainsi que leurs dynamiques sous-jacentes (motivations, fantasmes, idéaux). Pour assurer l'indépendance des mesures, pour éviter la confusion des rôles entre chercheur et clinicien, ainsi que la confusion des objectifs entre procédure de recherche et finalités cliniques, enfin pour ne pas surcharger les thérapeutes, cet aspect du protocole a été entièrement dévolu à l'équipe de recherche, de même que toute l'information concernant la recherche donnée au patient.

1.3.4. Les instruments de recherche

L'enregistrement des séances et leur transcription permettent d'utiliser des instruments portant sur le fonctionnement du patient au cours de la séance, notamment sur les caractéristiques dynamiques de celui-ci. Dans notre projet, nous avons cherché également à étudier les interventions du psychothérapeute, ainsi que la dynamique qui les relie pour expliquer et prédire l'évolution de l'alliance thérapeutique et le changement. Voici rapidement décrits les instruments majeurs que nous avons utilisés.

- *L'Échelle d'évaluation des mécanismes de défense (Defense Mechanism Rating Scales [DMRS])*. Il s'agit du premier instrument dérivé des théories psychanalytiques que nous avons utilisé, suite à un séjour sabbatique à Montréal qui a permis à l'un d'entre nous de se former à la méthode, et de lier avec J.C. Perry des liens scientifiques et amicaux sans lesquels tout cela n'aurait un sens que tout relatif. Cela nous a permis en particulier de publier une version française de l'instrument (Perry et al., 2004), ce qui constitue une rareté de la recherche francophone puisque la version française est la seule publiée à ce jour.
- *La méthode du Thème relationnel conflictuel central (Core Conflictual Relationship Theme [CCRT])*. Développé en particulier par Lester Luborsky, un des pionniers de la recherche en psychothérapie dans le domaine psychodynamique, c'est sans doute la méthode de formulation idiographique de cas la plus utilisée (Luborsky et Crits-Christoph, 1998). Elle se fonde sur la mise en évidence des conflits intrapsychiques du patient tels qu'ils transparaissent dans sa narration, notamment celle qui touche à la description de ses relations objectales. L'échelle a d'abord été construite pour les besoins de la clinique – pour la formation – et ce n'est que dans un deuxième temps qu'elle a été utilisée à des fins de recherche.
- *L'Échelle d'évaluation des interventions psychodynamiques (Psychodynamic Intervention Rating Scales [PIRS])*. L'instrument (Bond et al., 1998) permet de décrire et de hiérarchiser les différentes interventions du psychothérapeute sur un continuum entre interventions d'exploration (interprétation) et interventions de soutien.

1.4. Des instruments aux hypothèses : le modèle de l'adéquation

Fonder notre étude sur l'alliance thérapeutique suggère que l'on privilégie l'aspect relationnel de la psychothérapie par rapport à son aspect technique, dans la mesure où, dans la psychothérapie psychanalytique, l'activité du thérapeute ne vise pas l'alliance en première intention. Il y a là une forme de paradoxe. La littérature scientifique montre clairement que le meilleur prédicteur des résultats est l'alliance thérapeutique, avec une contribution à la variance des résultats de l'ordre de 8 à 10 %, alors que la technique du thérapeute (le type d'intervention par exemple) n'est que faiblement liée à l'alliance comme aux résultats, avec une contribution à la variance qui se situe entre 0 et 2 % seulement (Wampold, 2001). Ce qui frappe cependant dans ce modèle, c'est l'absence du patient. Pourtant, les interventions du thérapeute au cours de l'IPB se modèlent principalement en fonction d'une double exigence : 1) éclaircir le fonctionnement du patient en montrant comment certaines caractéristiques psychodynamiques génèrent des difficultés dans son existence ; 2) déjouer la résistance générée par ces mêmes caractéristiques sur l'écoute que peut faire le patient de ce que lui dit le thérapeute.

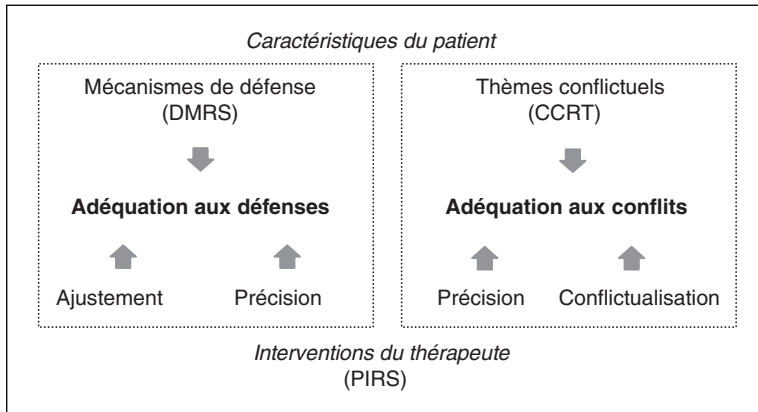


FIGURE 13.1 LE MODÈLE DE L'ADÉQUATION DES INTERVENTIONS DU THÉRAPEUTE. CCRT : CORE CONFLICTUAL RELATIONSHIP THEME (THÈME RELATIONNEL CONFLICTUEL CENTRAL) ; DMRS : DEFENSE MECHANISM RATING SCALES (ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES MÉCANISMES DE DÉFENSE) ; PIRS : PSYCHODYNAMIC INTERVENTION RATING SCALES (ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS PSYCHODYNAMIQUES).

Sur cette base, nous avons construit un modèle empirique, appelé modèle de l'adéquation (figure 13.1), qui représente l'opérationnalisation de critères observables concernant la compatibilité entre les interventions du thérapeute et deux caractéristiques dynamiques du patient : les mécanismes de défense et les conflits relationnels centraux. Un tel modèle est très utile dans la mesure où il permet à la fois de définir la méthodologie et de générer des hypothèses de travail pour l'analyse des données. L'hypothèse principale qui sous-tend ce modèle est que plus la forme et le contenu des interventions du thérapeute sont proches du problème tel qu'exprimé par le patient et de son mode de fonctionnement, plus la collaboration entre les partenaires est renforcée, ce qui conduit également à des résultats plus favorables de la thérapie.

Restaient à définir, en fonction de nos instruments, les critères permettant de juger de la qualité des interventions du thérapeute en fonction des défenses et des conflits manifestés par le patient. Nous en sommes peu à peu arrivés à la définition de 4 critères l'on peut décrire sommairement de la manière suivante.

- En rapport avec les mécanismes de défense du patient
 - *Ajustement*. Suivant le fonctionnement défensif manifesté par le patient à un moment donné, le thérapeute tend à adapter la proportion d'interventions d'exploration et d'interventions de soutien. Nous avons construit un ratio d'ajustement qui compare le fonctionnement défensif global du patient lors d'une séance avec le niveau moyen d'exploration-soutien de l'ensemble des interventions du thérapeute.
 - *Précision*. Parmi les différentes formes d'intervention, certaines sont clairement en rapport avec un mécanisme de défense en confrontant le patient avec sa manière d'éviter ou de déformer certains affects ou

représentations. Par « précision », nous entendons la correspondance entre le type de défense spécifique pointé par le thérapeute et les défenses manifestées par le patient au cours d'une séance.

- En rapport avec les conflits relationnels centraux du patient
 - *Précision*. Ce critère évalue la correspondance entre le contenu des interprétations du thérapeute et le conflit relationnel central du patient telle qu'elle est mise en évidence par la méthode du CCRT. Il correspond au degré de focalisation du thérapeute sur le conflit central exprimé par le patient.
 - *Conflictualisation*. Le thérapeute n'a pas seulement pour tâche d'être empathique (dans le sens le plus large) ; il doit également amener un changement dans la perspective qui sous-tend les propos du patient. La qualité des interventions psychanalytiques ne dépend donc pas uniquement de ce qui est similaire à ce que dit le patient (critère de précision), mais aussi du fait que le thérapeute amène à la conscience les conflits sous-jacents entre les différents éléments évoqués, mais non reconnus par le patient. Cette dimension de la conflictualisation est une tentative d'opérationnaliser un des aspects les plus spécifiques de l'approche psychanalytique dans notre modèle.

2. Quelques résultats

2.1. Efficacité d'une forme de thérapie ultra-brève

Bien que l'efficacité de l'IPB ne constitue pas le premier objectif de la recherche et ne soit pas non plus une fin en soi, nous ne voyons pas de raison, a priori, qui empêche de s'intéresser à cette perspective. Les résultats montrent qu'une amélioration significative est observée dans plusieurs dimensions du fonctionnement, symptomatique, interpersonnel et social (Despland et al., 2005). Ainsi, 27 % des patients présentent un changement clinique significatif correspondant à une rémission symptomatique. Il est ainsi possible de souligner l'intérêt spécifique d'une intervention ultra-brève pour certaines situations de crise.

Plus intéressants, les instruments utilisés nous ont également permis d'évaluer l'évolution de certains aspects du fonctionnement du patient plus spécifiquement liés à la perspective psychanalytique. Concernant les défenses par exemple (Drapeau et al., 2003), le fonctionnement défensif du patient se modifie, avec en particulier une diminution des défenses narcissiques et une augmentation des défenses obsessionnelles, ce qui constitue une validation intéressante de notre modèle de résolution de la crise. L'étude de la mentalisation des affects (Beretta et al., 2005) révèle que les patients qui présentent un changement clinique significatif montrent également un processus de mentalisation des affects, mais qui reste focalisé (uniquement les affects les plus impulsifs) et limité (premier niveau de mentalisation qui va de l'impulsion à l'externalisation).

2.2. Développement de l'alliance thérapeutique

Comme pour l'efficacité, l'étude de l'alliance ne constituait pas notre objectif principal. Les résultats n'en sont pas moins intéressants. En particulier, nous avons pu mettre en évidence deux profils principaux d'évolution de l'alliance précoce au cours de l'IPB (alliance évaluée par le patient après chaque séance) : un profil d'alliance stable, d'une part, et un profil d'alliance qui croît de manière linéaire, d'autre part (de Roten et al., 2004). Les patients qui présentent une évolution de l'alliance, quel que soit leur niveau de départ, sont ceux qui présentent les changements les plus importants au cours de ces quelques séances sur la plupart de nos mesures. On vérifie ainsi que les changements dans le fonctionnement du patient ont leurs racines dans un changement intervenant dans la relation thérapeutique (de Roten et al., 2007).

2.3. Validation du modèle de l'adéquation : l'exemple de l'ajustement

L'organisation défensive du patient affecte-t-elle l'émergence de l'alliance ? Vaillant (1992) relève que les défenses par l'agir (l'hypochondrie, l'agressivité passive et le passage à l'acte) incitent le patient à croire que la source de ses difficultés est extérieure à lui. La conscience d'un éventuel conflit interne se trouve ainsi écartée. Un sujet qui fonctionne avec ce type de défenses a tendance à déformer la réalité ; il risque par conséquent de voir des adversaires chez des gens qui au départ pourraient être d'éventuels alliés. Par ailleurs, certaines défenses plus matures, telles que l'intellectualisation, la formation réactionnelle ou la rationalisation, si elles sont utilisées de manière rigide, peuvent également interférer avec la capacité à s'engager avec confiance dans une démarche introspective.

Tenir compte des défenses du patient paraît essentiel afin que le thérapeute ne heurte pas le patient, mais au contraire l'aide à développer un sentiment de confiance. Les recherches menées jusqu'à présent ont surtout privilégié l'étude du contenu des interprétations en rapport avec les mécanismes de défense du patient ; en revanche, l'influence de l'attitude générale du thérapeute sur l'alliance a été moins explorée. On admet que les thérapeutes d'orientation psychanalytique font toutes sortes d'interventions qui peuvent se ranger dans un continuum allant de l'exploration au soutien. L'équilibre ou le dosage entre interventions d'exploration et interventions de soutien du thérapeute au cours d'une séance devrait donc être ajusté au niveau du fonctionnement défensif global du patient, et cet ajustement jouerait un rôle dans la construction d'une alliance thérapeutique solide avec le patient. Dans la perspective du développement de l'alliance thérapeutique, le thérapeute se montrera davantage soutenant lorsque le patient présente un niveau de fonctionnement défensif bas, et davantage orienté vers l'interprétation lorsque le patient présente un niveau de fonctionnement défensif plus élevé.

Les résultats confirment largement cette hypothèse (Despland et al., 2001). D'abord, aucune variable descriptive n'est associée au développement de l'alliance. Plus marquant, le niveau de soutien en tant que tel, évalué par le PIRS, n'est pas l'implication relationnelle. Finalement, en écho de l'affirmation de Winnicott (1954) : « Rassurer ne fait pas partie de la technique psychanalytique. [...] dans cette situation, il n'y a rien de plus qu'une interprétation, juste, pénétrante et dite au bon moment », les résultats confirment que l'alliance est associée à un niveau de soutien et d'interprétation *ajusté* au niveau de défense du patient.

À la suite de cette recherche sur l'IPB, nous avons également appliqué ce modèle à des thérapies psychanalytiques limitées dans le temps et nous démarrons une étude multicentrique portant sur la comparaison de plusieurs traitements au long cours, dont la psychanalyse et la psychothérapie psychanalytique.

3. Conclusion

L'un des reproches majeurs adressés à la recherche concerne son manque de lien avec la pratique clinique. Malgré quelques notables exceptions, chercheurs et cliniciens travaillent dans des mondes séparés. Ce fossé est en partie dû au fait que, traditionnellement, la référence au modèle médical donne pour tâche à la recherche d'évaluer la portée d'une intervention ou d'une méthode de traitement dont on connaîtrait les mécanismes d'action, sur le modèle de la recherche en pharmacologie par exemple. Dans cette perspective, lorsque les résultats sont compatibles avec les hypothèses émises, la recherche validerait la méthode de traitement et offrirait la caution de la « preuve » ; dans le cas contraire, elle semblerait sanctionner la méthode de traitement évaluée.

Nous proposons un autre modèle, qui privilégie l'alliance entre chercheurs et cliniciens, de manière analogue à l'alliance de travail qui doit se construire entre patient et thérapeute. Le concept de double description développé par Gregory Bateson dans son ouvrage *La Nature et la pensée* (1979), qui repose sur le principe coopératif que deux descriptions valent mieux qu'une, nous semble parfaitement représenter l'esprit de collaboration qui devrait prévaloir. Dans ce cadre, les données de la clinique et de la recherche représentent deux descriptions différentes d'une même réalité, et l'élaboration de ces différences permet de créer une description complémentaire, plus complexe et d'ordre logique supérieur, comme la vision binoculaire, par la comparaison entre deux images planes, produit la perception du relief. Une relation interpersonnelle peut également être envisagée comme le résultat d'une double description où les partenaires confrontent sans cesse leur point de vue. À la condition d'une collaboration exigeante et bienveillante entre cliniciens et chercheurs, il devient possible d'envisager, avec Luborsky (Luborsky et Luborsky, 2006), le *lien vital* qui devrait unir pratique clinique et recherche.

Bibliographie

- BATESON G. (1979), *La nature et la pensée*, Paris, Seuil, 1984.
- BERETTA V., DE ROTEN Y., DRAPEAU M., et al. (2005), « Clinical significance and patients' subjective perception of change in 4 sessions of brief psychodynamic intervention : characteristics of early responders », *Psychol Psychother Theory Res Pract*, n° 78, p. 347-362.
- BOND M., BANON E., GRENIER M. (1998), « Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders », *J Psychother Pract Res*, n° 7, p. 301-318.
- CURRAT T., DESPLAND J.-N., DRAPEAU M., et al. (2008), « How many years are required for developing competence for a very brief form of psychotherapy ? A pilot study », *Swiss Arch Neurol Psychiatry*, n° 159: 358-364.
- DE ROTEN Y. (2006), « L'Alliance thérapeutique : un processus de co-construction », in GROSSEN M., SALAZAR-ORVIG A. (dir.), *L'Entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*, Paris, Belin, p. 111-128.
- DE ROTEN Y., FISHER M., DRAPEAU M., et al. (2004), « Is one assessment enough ? Patterns of early alliance development and outcome », *Clin Psychol Psychother*, n° 11, p. 324-331.
- DE ROTEN Y., GILLIERON E., DESPLAND J.-N., STIGLER M. (2002). « Functions of mutual smiling and alliance building in early therapeutic interaction », *Psychother Res*, n° 12, p. 193-212.
- DE ROTEN Y., MICHEL L., PETER D. (2007), « Pour un dialogue entre recherche et clinique : une étude de cas entre alliance et transfert », *Psychothérapies*, n° 27, p. 37-46.
- DESPLAND J.-N. (2004), « Psychanalyse et recherche empirique : la curiosité est-elle permise ? », *Tribune Psychanalytique*, n° 5, p. 68-82.
- DESPLAND J.-N., DE ROTEN Y., DESPARS J., et al. (2001), « Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation », *J Psychother Pract Res*, n° 10, p. 155-164.
- DESPLAND J.-N., DRAPEAU M., DE ROTEN Y. (2005), « A naturalistic study of the effectiveness of a 4 session format : The Brief Psychodynamic Investigation (BPI) », *Brief Treat Crisis Interv*, n° 5, p. 368-378.
- DESPLAND J.-N., WINTERHALTER G., HOTTINGER O. (1998), « Prolégomènes à une théorie de la consultation que l'on puisse qualifier de psychanalytique », *Psychothérapies*, n° 18, p. 223-232.
- DRAPEAU M., DE ROTEN Y., PERRY J.C., DESPLAND J.-N. (2003), « A study of stability and change in defense mechanisms during a brief psychodynamic investigation », *J Nerv Ment Dis*, n° 191, p. 496-502.
- GILLIERON E. (1997), *Manuel de psychothérapies brèves*, Paris, Dunod.
- HORVATH A.O. (2000), « The therapeutic relationship : From transference to alliance », *J Clin Psychol* 2000, n° 56, p. 163-173.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (1998), *Understanding transference : The Core Conflictual Relationship Theme Method*, 2nd ed, Washington, DC, American Psychological Association.
- LUBORSKY L., LUBORSKY E. (2006), *Research and psychotherapy : The vital link*, Northvale, Jason Aronson.
- MERGENTHALER E., STIGLER M. (1997), « Règles de transcription pour la recherche en psychothérapie », *Psychothérapies*, n° 17, p. 97-103.

- NORCROSS J.C. (2002), *Psychotherapy relationships that works*, New York, Oxford University Press.
- PERRY J.C., GUELFY J.-D., DESPLAND J.-N., HANIN B. (2004), *Échelles d'évaluation des mécanismes de défense*, Paris, Masson.
- TADIC M., DRAPEAU M., DESPLAND J.-N., et al. (2003), « Development of a competence scale for Brief Psychodynamic Investigation », *Swiss Arch Neurol Psychiatry*, n° 154, p. 28-36.
- VAILLANT GE. (1992), *Ego Mechanisms of defense : a guide for clinicians and researchers*. Washington, American Psychiatric Association.
- WAMPOLD BE. (2001), *The great psychotherapy debat : models, methods and findings*. Lawrence Erlbaum, Mahwah.
- WINNICOTT D.W. (1954), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 2004.

CHAPITRE 14

Protocole d'études intensives de cas en groupes de pairs

J.-M. Thurin, M. Thurin

L'évaluation des psychothérapies peut être mise au service des praticiens qui s'en réapproprient l'usage, au bénéfice des patients et de l'amélioration des connaissances et des pratiques.

Est d'abord présentée la méthodologie, technique et organisationnelle, mise en place pour un suivi évaluatif de psychothérapies en ville par des praticiens travaillant en groupes de pairs avec le support d'un protocole permettant la prise en considération des caractéristiques spécifiques des psychothérapies psychodynamiques.

Est ensuite écrite une analyse du retour d'expérience obtenu lors de la mise en œuvre de ce dispositif sur quelques groupes de pairs, afin de confronter les hypothèses théoriques à la réalité de la mise en œuvre sur le terrain.

La dernière partie présente brièvement l'apport de cette méthodologie dans le réseau de recherches fondées sur les pratiques dont le développement est en cours.

1. Élaboration d'un cahier des charges

À défaut de pouvoir se référer à une méthodologie existante adéquate, nous avons dressé un cahier des charges des qualités que devrait remplir une méthodologie pertinente d'évaluation des psychothérapies complexes réalisées en conditions cliniques naturelles.

1.1. Une évaluation adéquate aux caractéristiques générales des patients suivis en ville

Selon les différentes études internationales et françaises dont on dispose (Doidge et al., 1994 ; Blomberg et al., 2001 ; Kovess et al., 2007), les

patients suivis en psychothérapie par des psychiatres présentent plusieurs troubles de l'axe I et de la personnalité auxquels s'associent souvent un ou plusieurs traumatismes.

La prise en charge psychothérapique de ces patients ne peut pas se faire à partir d'un modèle d'intervention centrée sur une causalité simple, et implique nécessairement :

- la construction d'un ensemble d'hypothèses psychopathologiques qui permettent de concevoir une psychothérapie ajustée non seulement aux troubles mais aussi à leurs possibles interrelations et aux problèmes qui les sous-tendent ;
- une durée qui permette aux reconfigurations, rarement superficielles et le plus souvent profondes, de s'établir.

1.2. Une évaluation ouverte aux psychothérapies psychanalytiques

La théorie psychanalytique représente un cadre d'accueil majeur pour penser le champ clinique actuel par ses références à la personnalité, au développement de l'identité, aux conflits psychiques et aux traumatismes, et par son abord des composantes prénarratives du psychisme. Les psychothérapies psychanalytiques sont ainsi largement dispensées en France (et ailleurs), et leur évaluation demande une méthodologie qui puisse à la fois s'accorder à sa démarche et à ses principes généraux ainsi qu'à des principes scientifiques reconnus. Ces psychothérapies se limitent exceptionnellement à une ou quelques interventions simples permettant la résolution d'un conflit psychique ignoré ou refoulé. Leur déroulement habituel se situe plutôt comme une construction en étapes impliquant des désorganisations et des réorganisations, et une évolution des fonctionnements vers moins de limitation, d'inadaptation et de troubles, et plus d'aptitudes, d'ouverture sociale et d'investissements. Évaluer ces psychothérapies implique donc de pouvoir suivre le déroulement de cette évolution et les caractéristiques de la psychothérapie qui lui sont associées, et de prendre en compte la possibilité de leur durée.

1.3. Une évaluation pouvant être réalisée dans des conditions naturelles

Cette disposition s'inscrit comme un complément de la précédente. En effet, il ne s'agit pas seulement de valider en milieu naturel des résultats recueillis en laboratoire sur des bases très différentes (patients présentant des troubles isolés auxquels est appliquée une technique standardisée à tester), mais de réaliser une véritable étude qui respecte le cadre et les conditions de déroulement de la psychothérapie dans des conditions ordinaires. Cela signifie, notamment, qu'il existe une demande du patient, même partielle, qu'il puisse s'adresser au thérapeute ou à la structure de son choix (s'il est établi), que l'on prenne en compte les sorties de traitement, la sévérité des troubles, la qualité des interactions entre le patient et le praticien, etc. Le

dispositif devra aussi répondre à des exigences d'acceptabilité et de faisabilité qui se traduiront en particulier par une intégration aisée à l'exercice quotidien du médecin ou de l'équipe médicale, un contenu en adéquation avec la pratique, un recueil et une analyse des données cohérents avec les objectifs généraux présentés ci-dessus.

1.4. Une évaluation fiable et valide s'appuyant sur une méthodologie pouvant répondre à la dynamique complexe des cas suivis et comportant un protocole bien défini

La fiabilité de l'évaluation est un aspect essentiel, car la recherche perdrait beaucoup de sa valeur si ses résultats n'atteignaient pas une valeur de preuve suffisante. Cette question est au cœur de la recherche actuelle.

Les données recueillies sont évidemment la base sur laquelle repose l'étude. Leur recueil et leur analyse ont été conçus de telle façon qu'ils s'adaptent aux conditions de la pratique (et non l'inverse), et puissent s'inscrire dans un protocole dont les étapes et les éléments spécifiques sont précisément décrits. Le choix des indicateurs d'état, de résultats et de processus ainsi que des instruments validés concordant pour les appréhender a respecté les mêmes règles. Le travail en groupes de pairs contribue à la fiabilité et à la validité des cotations.

La possibilité de préserver une bonne validité interne est un aspect délicat des études naturalistes. Leichsenring (2004) a articulé différentes propositions pour la préserver, à partir notamment des travaux de Shadish et al. (2002). Elles sont intégrées à la méthodologie. Sans entrer dans les détails, la validité interne est accrue à partir, d'une part, d'un inventaire des variables potentiellement intervenantes dans les résultats beaucoup plus complet que dans une étude de groupe et, d'autre part, d'une chronologie de la survenue des changements. Un changement brutal fera rechercher des éléments de contexte associés ; un changement par étapes répondant aux logiques d'évolution que l'on connaît plaidera davantage pour une évolution liée au processus de la psychothérapie, et cela d'autant plus que le trouble aura auparavant montré sa situation stable ou une évolution par phases prévisibles. Les cas pour lesquels la décision est délicate feront l'objet d'une appréciation précise.

Concernant l'approche de la complexité des cas et de leur dynamique de changement, les méthodologies ont réalisé au cours des dernières décennies un bond considérable qui se poursuit actuellement avec la recherche de nouvelles modalités d'analyse statistique (Thurin et Thurin, 2007 ; Laurenceau et al., 2007 ; Hayes et Strauss, 1998).

2. Présentation de la méthodologie

La méthodologie que nous allons présenter a essayé de répondre à chaque point du cahier des charges précédent. Il est assez rapidement apparu que les études de groupes ne répondaient pas aux critères de variabilité

individuelle et de flexibilité de la pratique qui caractérisent la psychothérapie des cas complexes. L'étude de cas isolé bien construite (Kazdin, 1982) nous avait déjà semblé, il y a quelques années, représenter une possibilité d'évaluer l'évolution d'un patient, en le prenant comme son propre témoin, et de tester certains facteurs de changements. Mais la méthodologie expérimentale ne correspondait pas, du moins directement, à une pratique menée en conditions naturelles.

Nous nous sommes donc tournés, pour le cadre général de notre méthodologie, vers une *approche observationnelle, longitudinale* plus riche que celle que l'on rencontre dans les études de cohortes habituelles et qui s'inscrit dans ce que recouvrent les concepts d'études *intensive, systématique ou pragmatique de cas*. Il s'agit d'une méthodologie mixte, à la fois qualitative et quantitative, qui intègre l'analyse du processus à l'observation des résultats (étude processus-résultats). Elle attribue une importance particulière au diagnostic de départ, organisé en *formulation de cas*, à la caractérisation du contenu des séances, de leur style, de la technique et des interactions patient-thérapeute à différentes étapes de la psychothérapie (le *processus*), et aux *résultats* et à leur analyse à un an de psychothérapie et ultérieurement. Elle implique le clinicien et ses pairs (*groupes de pairs*) et respecte le cadre clinique naturel de la psychothérapie. Cette méthode est ouverte sur les études comparatives de cas analogues et les mécanismes de changement.

Nous présenterons plus en détail différents aspects : la participation des cliniciens, le recueil des données, le choix des instruments et, dans un second temps, la procédure proprement dite.

2.1. La participation des cliniciens à la recherche

2.1.1. La condition de base : l'implication des cliniciens

Un clinicien peut-il intégrer dans sa démarche clinique naturelle une démarche d'évaluation et en tirer une satisfaction personnelle ? Cette double question est préliminaire à la possibilité de son implication. En psychiatrie et en psychologie, la compréhension est un moteur permanent de la pratique et de son intérêt. Ce qui au départ apparaît comme une difficulté, la complexité particulière de l'évaluation des psychothérapies, devient ainsi un atout potentiel, si toutefois cette difficulté est prise en compte et même réduite par la conception de la méthodologie. Les interventions d'une psychothérapie sont multiples et évolutives. Sur quels critères pouvons-nous juger que ce sont les bonnes qui ont été mises en œuvre ? De façon implicite, cette question est certainement en arrière-fond de la pratique de la plupart des cliniciens. À moins d'annuler totalement le rôle du psychothérapeute et de considérer que le travail se réalise du simple fait de sa présence attentive ou de l'application générale d'une technique, seule une mise en relation des principales options choisies à partir du diagnostic, des modalités psychothérapeutiques mises en œuvre et de leurs effets dans une perspective qui n'est pas forcément

linéaire peut permettre d'apporter un début de réponse à cette question. C'est ce que permet la méthodologie de l'étude. Concrètement, cela implique pour le clinicien de s'intéresser particulièrement aux hypothèses et aux objectifs qui découlent du diagnostic psychopathologique initial, à la façon dont évolue le patient et à ce qui caractérise la psychothérapie à différents moments de son déroulement, notamment aux moments difficiles, et aux conditions dans lesquelles elle se termine. Cette approche offre de nombreuses possibilités des plus simples aux plus achevées. Par exemple, la stratégie envisagée pour atteindre les objectifs définis à partir du diagnostic psychopathologique initial pourra être examinée du double point de vue de sa mise en œuvre et des résultats obtenus, ce qui est une façon de ne pas limiter la causalité du changement à son aspect instrumental, mais de pouvoir la mettre en relation avec les dysfonctionnements initiaux et les stratégies qui ont été engagées pour y remédier.

En résumé, nous pourrions dire que la prise en compte de la temporalité du changement, de l'adaptation des interventions à la succession des diagnostics et des états du patient conduit à utiliser une méthodologie d'étude systématique de cas. De plus, cette méthodologie permet au clinicien d'en être partie prenante et d'en tirer bénéfice pour ses patients et pour lui-même. C'est aussi la potentialité de sortir d'une situation qui est souvent l'isolement et d'effectuer des comparaisons avec des cas analogues dont les résultats pourront être réintégrés dans la base partagée d'expériences cliniques.

2.1.2. Comment résoudre le problème de la formation ?

Suivant Castonguay (in Lampropoulos et al., 2002), la meilleure façon de se former à la recherche clinique est d'en faire. C'est aussi la meilleure façon de prendre en compte la recherche clinique dans sa pratique. Nous verrons comment le protocole établi pour cette étude a été reproduit dans un programme de formation d'évaluation des pratiques professionnelles à l'issue duquel plusieurs groupes de pairs se sont formés et ont initié un travail d'évaluation de leurs cas.

2.1.3. Assurer la validité des données

Faire reposer la validité des données et leur analyse sur des cliniciens isolés aurait fait porter un risque majeur à l'étude. Nous avons opté pour la solution du groupe de pairs qui a plusieurs avantages : il permet de mettre en relation les diagnostics, mais également les options stratégiques initiales, de comparer les cotations à partir de données identiques, et donc de réduire les erreurs et de constituer une validité interjuges dans une dynamique de travail qui est en elle-même un soutien.

2.1.4. Le travail en groupe de pairs

Les groupes de pairs réunissent plusieurs personnes, dans notre cas des psychothérapeutes (psychiatres, psychologues, etc.) qui travaillent suivant un protocole méthodologique et un espace de travail définis.

Le nombre de personnes qui constituent le groupe de pairs est fonction de l'objet qui les réunit. En ce qui concerne l'évaluation des psychothérapies et le protocole présenté dans cet article, un groupe d'au moins trois et au plus de cinq personnes est requis.

Les points forts qui justifient l'implication des groupes de pairs sont ainsi les suivants.

- Le travail en groupe de pairs constitue un soutien réciproque et représente un aspect important de la *faisabilité* de la recherche.
- Il est important qu'il y ait une confrontation des différents évaluateurs, du point de vue de la validité de la recherche (subjectivité/objectivité ; analyse de la variance des approches), et pour l'analyse du processus en soulignant les choix qui sont faits (stratégies de soins) et les questions difficiles à résoudre, à partir desquelles des comparaisons entre cas pourront être réalisées (recherches secondes).
- La confidentialité des données par rapport à un groupe identifié de praticiens soumis au secret professionnel (le travail en groupe de pairs) permet de respecter les règles déontologiques et éthiques d'approche de la clinique.

2.2. Le recueil des données

Le recueil des données est une question fondamentale puisque l'analyse va reposer sur le matériel clinique. Le protocole repose sur une recherche quantitative et qualitative ; le recueil porte donc sur des données extensives. Cependant, les données doivent rester utilisables. Dans le cadre d'une recherche qualitative, enregistrer toutes les séances d'une psychothérapie pendant un an devient un matériel impossible à traiter. Le protocole doit prévoir la *faisabilité* de l'étude et cela commence par la façon dont les données cliniques pourront être utilisées et traitées. Concrètement, les données sont constituées des trois premiers entretiens, puis de deux entretiens à 2 mois, 6 mois, 9 mois et un an. Ces données sont des notes extensives et, chaque fois que c'est possible, des enregistrements audios.

2.3. Le choix des instruments

Les instruments ont été sélectionnés pour ne pas intervenir directement dans la relation thérapeutique et apporter un complément d'information pertinent, une commodité permettant de mieux se représenter les données issues de la clinique (Falissard, 2007).

Les évaluations portent sur des données recueillies dans le cadre naturel de la psychothérapie. Elles révèlent les éléments auxquels on prête attention, mais également d'autres, présents dans le processus mais auxquels on est moins attentif. Les instruments n'ont pas d'autre fonction que de permettre de les faire ressortir, de les organiser, et quand cela s'y prête, de les quantifier.

Ils cernent les éléments relatifs à ce que l'on veut évaluer : l'évaluation de départ avec la question de la sévérité du cas et du rapport santé/maladie, incluant l'appréciation du fonctionnement du patient dans ses principaux registres ; et les évaluations intermédiaires portant sur les acquisitions et les changements réalisés, les éventuelles stagnations, les pôles dynamiques actuels exprimés à travers la caractérisation du processus.

2.4. L'évaluation de départ

2.4.1. La question du diagnostic

La question du diagnostic est essentielle. S'il est intéressant de faire un diagnostic nosographique, il est fondamental d'établir avant toute démarche psychothérapique un diagnostic psychopathologique.

En ce qui concerne le diagnostic nosographique (DSM, CIM, etc.), l'objectif est à la fois celui d'un cadrage et d'un pont pour la mise en relation avec d'autres cas. La critique de son utilisation dans une perspective clinique et dans des conditions de recherche qui se situent en dehors des études épidémiologiques de repérage a été bien établie (voir par exemple Thurin et Thurin, 2007, p. 44-45).

En ce qui concerne le diagnostic psychopathologique (la *formulation du cas*), la démarche est centrée sur la construction d'une série d'hypothèses, à partir des causes potentielles, de l'histoire du patient, des facteurs déclenchants, précipitants et de maintien des problèmes psychologiques, interpersonnels et comportementaux. Hypothèses organisées suivant différents axes à partir desquels le clinicien mettra en place des stratégies thérapeutiques en relation aux objectifs et aux étapes du traitement préconisé dans le cas précis. « La formulation de cas est une compétence au cœur de la psychothérapie qui se trouve à l'intersection du diagnostic et du traitement, de la théorie et de la pratique, de la science et de l'art, et de l'étiologie et de la description » (Eells, 2007).

2.4.2. La question du fonctionnement du patient

Le fonctionnement du patient est un aspect majeur du diagnostic.

L'échelle santé maladie (Luborsky, 1975) est un instrument qui répond à cette question. C'est un instrument qui mesure le niveau de santé, le fonctionnement et le handicap fonctionnel de la personne à partir d'une estimation globale, ainsi que de différentes dimensions fonctionnelles : capacité d'autonomie, gravité des symptômes, malaise subjectif, effets sur l'entourage, utilisation des capacités, relations interpersonnelles, sources d'intérêts. Il peut être passé à partir des trois premiers entretiens.

Les échelles de fonctionnement psychodynamique de Høglend (Høglend et al., 2000) permettent d'aller plus loin dans la description des fonctionnements interpersonnels, qu'ils s'inscrivent dans le cadre des relations familiales, amicales ou sentimentales, et d'aborder des aspects tels que l'*insight*, l'aptitude et la contenance affective, et la gestion du stress. Il est

nécessaire d'attendre 2 à 3 mois pour connaître suffisamment le patient et ses fonctionnements dans des registres très personnels et approfondis pour que la passation ait une valeur. Du fait de son objet psychodynamique, les mesures sont répétées tous les 2 à 3 mois.

2.5. L'évaluation du processus : caractériser ce qui se passe au cours de la psychothérapie

Cerner le processus d'une psychothérapie, c'est suivre son déroulement et aborder la complexité des interactions qui s'y déroulent avec ses différents acteurs : le patient, le thérapeute, le cadre thérapeutique, l'ambiance des séances, ainsi que l'environnement du patient qui intervient nécessairement.

Le *Psychotherapy Process Q-set (PQS)* est un instrument très pertinent pour ce cadre d'évaluation. Créé par Jones (Jones, 2000), et ayant fait l'objet de plusieurs mises à jour, le PQS est un langage standardisé qui permet une description détaillée des principales caractéristiques de la psychothérapie à un moment donné sous une forme adaptée à l'analyse et à des comparaisons d'ordre quantitatif et qualitatif. Il est panthéorique. Les 100 formulations, dont il s'agit de quantifier le degré d'adéquation avec les données recueillies au cours de deux séances consécutives, concernent : 1) des éléments décrivant l'attitude et le comportement ou l'expérience du patient ; 2) des éléments reflétant les actions, les attitudes du thérapeute et les ingrédients de psychothérapie ; et 3) des éléments essayant de cerner la nature de l'interaction de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance.

Par son utilisation à différents temps de la thérapie, cette évaluation permet de constituer un témoin longitudinal à la fois des grands traits de l'activité de la psychothérapie et des évolutions assez fines dans les postures d'interaction, les contenus abordés et l'état du patient.

Deux autres aspects ont fait l'objet d'une étude particulière et systématique au cours du processus : d'une part, celui des modérateurs (facteurs individuels et sociaux) qui influencent potentiellement le résultat de la psychothérapie et ses aléas (sortie précoce de thérapie, en particulier) ; d'autre part, celui des médiateurs qui sont des facteurs actifs de changement au cours de la psychothérapie, lesquels peuvent participer à une reconfiguration des conditions de départ (*insight*, image de soi, relations interpersonnelles, etc.).

3. Apports de deux expériences

3.1. La recherche pilote

La présentation de cette recherche a été développée dans plusieurs publications (Thurin et al., 2006 ; Thurin et Thurin, 2007). Elle a suivi la méthode présentée ci-dessus et se poursuit pour plusieurs cas. Deux sortes de ques-

tions se posaient auxquelles cette étude a répondu : celle de la faisabilité et celle des éventuels bénéfices de sa mise en œuvre d'un point de vue clinique et général.

- La faisabilité du protocole a été largement confirmée. Sa mise en œuvre s'est déroulée sans problème et a demandé une vingtaine d'heures par cas.
- L'information du patient quant à une recherche portant sur l'évaluation des changements issus de sa psychothérapie et la demande de son consentement ne posent pas de problème. Cela suppose évidemment que cela lui soit présenté avec tact et que lui soient exprimées la possibilité complète d'en interrompre la mise en œuvre et l'assurance qu'il aura accès à ses conclusions qui seront discutées avec lui.
- L'évaluation de ses psychothérapies à partir d'une méthodologie et en relation à un groupe de pairs apporte un bénéfice au praticien qui y participe.

S'extrayant du général, l'attention se déplace sur l'observable et sur les caractéristiques de la psychothérapie, dont on s'aperçoit très vite qu'elle n'est pas, loin s'en faut, du ressort exclusif du praticien. Il devient possible de prendre une distance relative vis-à-vis de la séance vécue ou rapportée et de percevoir de nombreux éléments qui n'apparaissent pas à un niveau conscient au cours du déroulement d'une psychothérapie.

Par exemple, dans plusieurs cas que nous avons suivis, les patients ont abordé longuement leurs relations et problèmes actuels avant de pouvoir appréhender leur vie psychique personnelle. Cela a fait apparaître que ce qui est présenté comme des techniques différentes (psychothérapie interpersonnelle, psychothérapie psychodynamique) peut se retrouver à des temps différents chez un même sujet en fonction de son évolution et de la flexibilité du thérapeute dans son approche. Cette notion d'étapes, de processus déterminé par un processus de (re)construction ou d'émergence du psychisme devient en soi un objet d'étude, alors que cela pourrait être appréhendé par le praticien comme une insuffisance de sa part à pouvoir faire exprimer au patient son inconscient, son affect ou à remettre en question des schémas de pensée et de comportements déterminés. Ce processus a été souligné par Howard et al. (1994) à travers les trois phases (restauration, réduction des symptômes, perlaboration), et de façon plus détaillée à propos des événements traumatiques par Stiles (2003).

Nous avons également remarqué un effet de mise au jour d'éléments négligés par le thérapeute dont l'attention est a priori plus centrée sur des éléments qui participent à sa perspective générale (par exemple, la dimension traumatique par rapport à celle du conflit interne). Cette prise de conscience a secondairement un effet dynamique important sur l'attention à des éléments habituellement négligés et permet des interventions qui s'expriment dans une activité renforcée de la psychothérapie.

La recherche sur l'évaluation des psychothérapies permet aujourd'hui de travailler davantage sur les ingrédients de la psychothérapie de façon plus fine. En avons-nous tiré des enseignements ? Sur le plan pratique et de la conception générale des facteurs qui interviennent dans une

psychothérapie, l'usage des concepts de médiateur et de modérateur nous semble particulièrement intéressant.

- Le concept de *médiateur* est tout à fait intéressant car il inscrit dans les mécanismes de changement d'une psychothérapie des éléments qui jusqu'ici n'étaient pas véritablement identifiés. Cette évolution participe à une restructuration en profondeur du paradigme du changement. Par exemple, il se produit inévitablement au cours de la psychothérapie des événements et des modifications dans l'environnement de la personne. Ces éléments peuvent intervenir comme « moteur annexe » ou comme « freins » au travail même de la psychothérapie. Le soutien social, une reconnaissance dans le travail, etc., mais également une compétence acquise au cours de la psychothérapie (par exemple l'*insight*) peuvent devenir des médiateurs tout à fait essentiels qui interviennent directement dans le changement.
- Il faut bien différencier la notion de médiateur de celle de *modérateur* qui s'applique à l'ensemble des éléments individuels d'une personne, de son environnement de base qui sont déjà présents avant la thérapie et sont susceptibles d'en modifier les résultats. Un modérateur (par exemple la difficulté des relations interpersonnelles) peut devenir un médiateur s'il agit directement sur le processus psychothérapique et participe au changement. Le repérage des passages d'un statut à un autre est important pour comprendre le changement.

Nous voudrions souligner ici un point que nous n'avions pas envisagé avant cette recherche. Les médiateurs ne sont pas uniquement des facteurs (internes ou externes au sujet) qui participent aux mécanismes de changement et contribuent à la constitution d'une nouvelle base stable à partir de laquelle se produiront de nouvelles acquisitions. Ils peuvent aussi s'inscrire dans les vulnérabilités de la personne à des stades où elles ne sont pas complètement résolues. Par exemple, dans le cas d'une patiente initialement alexithymique et qui avait adopté des attitudes de repli, l'ouverture de l'affect et l'accession à des relations sentimentales lui ont donné de nouvelles bases potentielles, mais ont également ouvert chez elle de nouvelles attentes et de nouvelles exigences. Elles ont aussi révélé pour le thérapeute une vulnérabilité persistante de sa patiente quand elle s'est aventurée dans un champ qu'elle évitait jusqu'alors. Dans ce contexte, le thérapeute ne peut éviter la question de savoir comment quelqu'un qui a constitué des mécanismes de défense majeurs peut passer d'une organisation à une autre, meilleure d'un point de vue de l'économie de la vie (plaisir-réalisation), mais potentiellement dangereuse par rapport à une répétition éventuelle de frustrations et d'échec, alors que les personnes impliquées dans cette relation « médiateurs associés » ne sont pas contrôlées. L'alliance thérapeutique, ici, n'est pas seulement un rapport constitué d'interactions favorables au processus psychothérapique. C'est aussi une référence de stabilité dans le temps qui permet au patient de mieux intégrer sa mise en risque dans la réalité (prise de distance).

Le psychothérapeute, pour rester un acteur positif, doit maintenir une souplesse et une capacité d'ajustement qui lui permettent de reprendre un événement différemment si le gain obtenu apparaît comme apportant de nouvelles difficultés du fait de la persistance d'éléments contradictoires (par exemple un gain d'affirmation subjective et de l'image de soi, qui est une amélioration, peut modifier les habitudes de rôle dans une famille ou dans un groupe et peut produire des réponses perturbantes pour la personne).

3.2. L'extension dans le cadre d'un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Nous voudrions insister ici sur la place que peut prendre ce protocole dans le cadre d'un programme d'EPP mis en place par l'École de psychosomatique⁴¹ et sur l'expérience que nous en avons tirée à partir de la participation d'une vingtaine de cliniciens psychothérapeutes d'obédiences différentes.

3.2.1. Présentation

Ce programme reprend le principe de la recherche-action. Il part de l'hypothèse que la méthodologie de la recherche, si elle est adaptée à l'objet et aux questions du clinicien, peut être un appui majeur dans son processus d'évolution personnelle et la qualité des soins qu'il prodigue. Il est conçu pour se dérouler dans le cadre naturel de la pratique sans en perturber le processus et pour faciliter une approche collaborative avec d'autres cliniciens à partir d'une communauté d'expériences de cas complexes de psychothérapies suffisamment construits pour qu'ils puissent être discutés et comparés. Pour atteindre complètement cet objectif, la réunion de cas analogues est nécessaire. Or la probabilité de les réunir à un moment et dans un cadre donné (cabinet ou service) est très faible si l'on souhaite que cette analogie s'appuie sur une définition clinique suffisamment précise pour qu'elle ait une valeur psychopathologique. Elle deviendrait en revanche beaucoup plus grande s'il existait une base de données permettant de réunir les cas. La réunion et la mise en relation des cas demandent un recueil rigoureux et organisé, ce que permet le protocole que nous avons présenté auparavant. Il s'agit de fait d'une déclinaison de la méthode multicentrique, à la différence toutefois que les centres ne sont pas constitués uniquement de pôles de recherche institutionnels, mais comprennent surtout des équipes cliniques et des cliniciens isolés. Ce principe étant posé, les questions majeures qui se posent sont celles de l'implication, de la formation et de l'accompagnement organisationnel des cliniciens participant au réseau. Celle de l'implication a été abordée plus haut.

Cette EPP a également été une opportunité et un moyen de tester la possibilité d'une formation et d'une recherche chez des cliniciens intéressés qui n'avaient généralement pas initialement de connaissances particulières

41. Il est présenté en détail à l'adresse suivante : <http://www.techniques-psychotherapiques.org/EPP/>

dans ce domaine, notamment dans le suivi d'une méthodologie. La formation s'est faite suivant le déroulement suivant : présentation d'expériences des cliniciens sur un thème précis (par exemple le diagnostic), mise en relation avec une méthode identifiée permettant de le formaliser, comparaison en groupe des diagnostics portés à partir d'un corpus de premiers entretiens, et construction d'une formulation de cas commune. La même approche est utilisée à propos de l'évaluation des fonctionnements et de la caractérisation du processus.

Le travail en groupe a ainsi permis de tester la méthode de formulation de cas dans un cadre plus large, et il a également fait apparaître à quel point les jugements étaient à la fois proches et complémentaires chez des praticiens d'obédiences différentes. Par ailleurs, le travail en groupe élargi a montré que l'évaluation inscrite dans un cadre clinique non seulement n'attaque pas le praticien, mais lui apporte en plus une grande ouverture par rapport à sa tendance naturelle à impliquer totalement sa responsabilité dans un processus qui est complexe et multivariées. L'évaluation permet également de suivre comment les changements se produisent. Cela confirme à la fois que leur origine ne se réduit pas à une intervention particulière (magique) sur le patient, que certains changements demandent plus de temps que d'autres et qu'il semble même exister une logique de cette variation. Autrement dit, l'évaluation fait bien ressortir le processus interne du patient dans un cadre qui est favorable au changement et le poids relatif des interventions techniques. Tous ces facteurs sont largement démontrés dans des études qui les ont testés isolément.

3.2.2. Fonctionnement des groupes de pairs

Le secteur le plus compliqué est celui du fonctionnement des groupes de pairs. L'un des membres d'un des groupes en résume ainsi les difficultés :

Elles tiennent essentiellement à la logistique : difficulté d'accorder les plannings, rendez-vous manqués à plusieurs reprises, problèmes informatiques imprévus (compatibilité des logiciels, plantages d'ordinateurs, faible connaissance des nouvelles technologies de communication, mauvaise qualité des services et des assistances).

Sur le travail de l'évaluation des données, les remarques sont très proches de celles du groupe pilote :

Le groupe de pairs est l'occasion d'une discussion très clinique et pratique qui précède les cotations par les pairs. Les échanges sont équilibrés, chacun ayant un point de vue à la fois particulier et respectueux des autres. Il en ressort une meilleure attention à ce qui se passe (par exemple, le PQS amène à remarquer des choses qui seraient passées inaperçues) et une surveillance de difficultés possibles envisagées et formulées dès le début (risque de rupture précoce, amélioration amenant à stopper prématurément). La formulation de cas initiale a reflété d'assez près le mode de suivi effectif dans ses objectifs, stratégies et limites.

3.2.3. Considérations plus générales

La collaboration entre cliniciens et chercheurs est un des éléments de la motivation et résout pour partie les questions de la formation. Cette collaboration doit impliquer un véritable partage de compétences. Les cliniciens apportent leurs connaissances cliniques et leur avis sur la pertinence des questions posées et la façon de les aborder. D'un autre côté, les cliniciens ont absolument besoin des chercheurs pour organiser leurs questions et choisir la méthodologie pour les traiter. C'est véritablement dans une interaction efficace que peut se construire une recherche dans le cadre de l'évaluation des psychothérapies.

La recherche vise traditionnellement à explorer différentes hypothèses. Dans le cadre de l'évaluation, ces hypothèses ont d'abord concerné l'efficacité et la sécurité d'une *technique* ou d'une *approche* appliquée à un groupe de patients ou à un patient dans des conditions méthodologiques particulières qui sont celles de l'étude intensive de cas. Aujourd'hui, l'objet de la recherche est plutôt de révéler les relations causales entre les *interventions* et l'amélioration à travers l'application de contrôles méthodologiques (Jiménez, 2007). Dans l'EPP, le principe de départ est que le traitement appliqué par le thérapeute est efficace du fait de sa formation et de son expérience, mais que cette efficacité peut être encore améliorée par la prise en compte d'éléments qui ont été explorés par des recherches récentes dont il n'a pas forcément connaissance. Ce qui est testé alors, c'est l'écart entre une *pratique* initiale et une pratique modifiée à partir du travail intermédiaire fait individuellement et en groupe. Dans le cas des psychothérapies, il n'existe pas de données simples permettant de savoir si une pratique a obtenu les meilleurs résultats possibles. En effet, de nombreux chemins peuvent être pris qui conduiront finalement à obtenir des résultats comparables. Mais on s'aperçoit également qu'il existe d'énormes distorsions entre des cas apparemment assez proches, les trajectoires qu'ils empruntent et les résultats que l'on peut constater au bout de quelques années. Dans le cadre de patients « lourds », certains semblent rentrer encore dans le champ de la chronicité avec une qualité de vie extrêmement altérée, alors que d'autres, par petites étapes, parviennent à avoir une vie sensiblement, voire tout à fait normale. L'analyse des trajectoires et des *stratégies* utilisées, qui impliquent de façon importante les interactions entre le thérapeute (et/ou l'institution) et le patient, est donc essentielle.

L'EPP a le mérite de partir des pratiques et de situer un cadre naturel de comparaison à partir du travail de professionnels qui peuvent naturellement être influencés par telle ou telle théorie, mais qui partagent un socle commun de connaissances et de relation au patient en lien avec leur réalité.

La position que nous soutenons est la voie que proposent également, par exemple, Margison, Barkham (2000), ou plus généralement les nombreux chercheurs qui souhaitent le développement d'une nouvelle relation de la clinique et de la recherche à partir de réseaux fondés sur les pratiques

(voir Thurin et Thurin, 2007). C'est celle d'une analyse modulaire des processus cliniques à partir de données fiables et valides recueillies à partir de ces processus. Dans ce cadre, les questions cliniques deviennent de fait des objets de recherche extrêmement importants qui peuvent être systématiquement étudiés à partir d'une méthodologie élaborée. Ces recherches sont mieux orientées que les recherches classiques faites à l'aveugle à partir de corrélations portant sur des groupes dont on sait qu'ils sont pour une bonne part très hétérogènes, malgré leur identité apparente en termes de classifications diagnostiques, et dans lesquelles, par ailleurs, les aspects relationnels sont peu ou pas pris en compte.

Il ne s'agit évidemment pas de mettre de côté les recherches existantes, mais de leur donner une place valide.

Dans le cadre de l'évaluation des psychothérapies, l'analyse de la pratique en référence à des données de la recherche semble initialement poser un problème insurmontable, car le champ des psychothérapies complexes traitées en conditions naturelles n'a fait l'objet jusqu'à présent que de très peu d'études. Cependant, il existe de nombreuses études corrélationnelles qui ont testé l'intervention de différents facteurs sur les résultats des psychothérapies. Autrement dit, il existe des orientations très globales de prise en charge de troubles isolés (par exemple, pour certains états post-traumatiques, le trouble panique) dont l'utilisation est limitée, et des indications sur certains facteurs qui peuvent contribuer au succès des psychothérapies ou, au contraire, obérer ses résultats potentiels, de façon générale ou en fonction des cadres diagnostiques majeurs.

Par ailleurs, des méthodologies de mise en place et de suivi de la psychothérapie ont fait l'objet de multiples publications, notamment celles qui concernent l'établissement du diagnostic psychopathologique et la formulation de cas, l'alliance thérapeutique, la caractérisation de la psychothérapie aux différentes étapes de son déroulement, et les indicateurs de changement étendus aux fonctionnements principaux interpersonnels et psychologiques de la personne.

Tous ces éléments⁴² constituent un contexte intéressant et important qui peut être utilisé pour l'analyse des données à partir de cas réellement suivis. Lorsqu'un praticien entre dans un protocole de recherche tel que celui que nous avons élaboré, tous ces aspects lui sont accessibles par l'observation des cas qu'il suit directement ou qu'il accompagne indirectement à travers ses cotations dans le groupe de pairs auquel il participe.

Cette confrontation à des aspects souvent méconnus du déroulement de la psychothérapie fait que la recherche évaluative sur les psychothérapies a un effet positif sur les pratiques. Jiménez (2007) fait le même constat que celui que nous avons observé : la recherche conduit de fait à évaluer ses propres théories à la lumière des phénomènes observés plutôt

42. Systématiquement référés dans la veille que nous réalisons pour le site www.techniques-psychotherapiques.org

qu'en sélectionnant des événements avec le but préconscient de confirmer ses théories. Elle crée le besoin d'opérationnaliser ses propres concepts, d'explicitier ses théories implicites en relation au contexte clinique. Tout cela conduit à rechercher une base rationnelle à ses interventions thérapeutiques et à tester la pertinence de ces dernières à partir des résultats obtenus, corrélés avec les caractéristiques de la psychothérapie réellement mise en œuvre. La démarche ne s'appuie plus sur une approche globale mais modulaire, impliquant à chaque étape une nouvelle évaluation conduisant à la mise en œuvre de la stratégie et des interventions correspondantes.

4. Perspectives de développement

4.1. Présentation d'un réseau de recherche clinique fondée sur les pratiques

La méthodologie que nous avons présentée se développe actuellement dans différents contextes (par exemple Fishman, 2000 ; Garland et al., 2006).

À l'invitation du directeur général de l'Inserm, C. Bréchet, nous⁴³ avons développé un projet de réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques (Thurin et al., 2007) dont les éléments suivants sont issus du résumé de sa présentation. Les études systématiques de cas, préconisées dans ce réseau sont particulièrement utiles quand elles sont rassemblées à partir d'un réseau de recherches fondées sur les pratiques, pour comparer les résultats et les processus de changement de patients ayant des caractéristiques communes et pour lesquels le rôle des modérateurs et des médiateurs peut être pris en compte.

La méthodologie d'études intensives de cas proposée pour ce réseau offre une double fonctionnalité : 1) les cas peuvent être analysés en eux-mêmes (le cas comme son propre témoin) dans une perspective longitudinale (évolution intrasujet), perspective en elle-même déjà intéressante pour le clinicien qui peut suivre les progrès (ou les stagnations) de son patient au niveau de ses symptômes et de ses fonctionnements ; 2) les cas peuvent être mis en relation avec des cas analogues à partir d'une base de données les réunissant.

Dans un premier temps, les analyses sont descriptives. Dans un second temps, lorsque les processus et les procédures sont mieux caractérisés, des comparaisons sont effectuées entre : 1) les types de prise en charge ; 2) les caractéristiques des sujets traités ; 3) les conditions de traitement ; 4) les configurations majeures (patient, thérapeute, relation, technique) ; 5) le contexte, et sa relation aux résultats, à la courbe d'évolution et à certains changements spécifiques (symptômes, fonctionnalité, passage à l'acte, interruptions de traitement, utilisation des services de soin, etc.).

43. J.-M. Thurin, J.-M. Danion, B. Falissard, M. Thurin, et O. Lehembre.

L'objectif de l'étude épidémiologique conduite en parallèle sera d'apporter des éléments de réponses aux questions suivantes : les principes théoriques sous-tendant les pratiques psychothérapeutiques ; les modalités pratiques de prise en charge des patients ; les caractéristiques des sujets pris en charge, notamment leurs demandes quant aux objectifs attendus de la psychothérapie.

Le réseau repose sur l'organisation suivante : l'unité 669 coordonne le réseau et constitue son pôle méthodologique ; la Fédération française de psychiatrie coordonne la liaison avec les sociétés savantes et organise la communication intraréseau.

Quatre pôles de recherche clinique travaillent sur l'évaluation des processus-résultats de cas contrôlés (résultats et mécanismes de changement au cours des psychothérapies complexes) : deux pôles adultes, l'un de clinique en cabinet ou en centre médico-psychologique, l'autre en institution ; un pôle enfants/adolescents ; et un pôle consacré à la psychogériatrie.

Une base des données issues des cas accompagne ce dispositif et permet la comparaison de cas bien définis ainsi que l'exploration de variables déterminantes des différences.

Déposé le 13 septembre 2007, il a été sélectionné en février 2008. Un grand nombre de cliniciens sont déjà au travail autour des trois pathologies ciblées : autisme, borderline, Alzheimer. Pour devenir membre du réseau, les cliniciens peuvent encore envoyer leur candidature⁴⁴.

5. En conclusion

L'évaluation s'appuie sur des méthodologies qui visent différentes finalités. Dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, trois grandes orientations existent : celle centrée sur la santé publique (efficacité et absence de dangerosité d'une thérapie, dispositifs et leur accès), celle centrée sur la santé individuelle (réduction de la souffrance, du handicap, de la maladie et développement des capacités de relations, de création et de bien-être), et celle centrée sur le coût humain et financier que représente la déclinaison de ces objectifs. Ces trois dimensions ne s'opposent pas, elles se complètent. L'accès au soin conditionne sa mise en œuvre à large échelle. Les études d'économie de la santé ne portent plus seulement sur le coût direct des soins, mais aussi sur la réduction des coûts indirects qui concernent notamment les arrêts de travail et le recours aux services de santé. Elles seront encore plus pertinentes quand elles prendront en compte les répercussions sur l'entourage (notamment sur les enfants) non seulement de la psychose, mais aussi de la dépression, de l'anxiété, des troubles de la personnalité et des addictions. Effets que le praticien constate en permanence et qu'il essaie de réduire à partir de son action thérapeutique, tant ils sont source de souffrance et de gâchis humain.

44. Information à l'adresse suivante : <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/>

Un autre aspect de l'évaluation est celui du progrès. Il peut être abordé de façon générale (découvrir une technique plus efficace) ou impliquer directement la question de la productivité (obtenir des résultats analogues en un temps plus court). Il serait naïf de penser que seul le premier aspect intéresse le praticien. Les travaux sur la constitution des outils et des techniques montrent que l'humain a toujours déployé une inventivité particulière pour simplifier une tâche et la rendre plus attractive ou moins ennuyeuse. La psychiatrie n'est pas une simple activité spirituelle. C'est une action humaine qui participe à la santé et à la productivité sociale.

Aux grandes orientations dont il vient d'être question, s'ajoute la possibilité de tester des hypothèses, comme celles, notamment, qui concernent les mécanismes de changement. L'évaluation, issue de la pratique, permet d'aborder le pourquoi et le comment de l'efficacité. Elle participe ainsi à un enrichissement détaillé de la connaissance de l'esprit humain dans un contexte d'interactions favorables, qui se répercute sur un possible choix des approches et des stratégies psychothérapeutiques les plus ajustées. C'est l'aspect qui est le plus directement présenté ici.

Du côté des praticiens, l'évaluation reste encore souvent perçue comme une entrave potentielle à leur travail. Cela peut être effectivement le cas si l'on se réfère à ce qui s'est passé aux États-Unis à partir d'une utilisation biaisée d'études formellement scientifiques, mais dont les limites de généralisation des résultats avaient été méconnues. Cela se serait-il passé de la même façon si la profession avait été unie et si elle s'était emparée elle-même des conditions de son progrès ? C'est aux praticiens de faire reconnaître que la recherche évaluative doit être aussi au service d'une réponse aux questions cliniques, cette dernière étant déterminante dans le choix et la mise en œuvre des approches psychothérapeutiques les plus efficaces en fonction des spécificités des patients et du contexte thérapeutique.

Bibliographie

- BLOMBERG J., LAZAR A., SANDELL R. (2001), « Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapy : first finding of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study », *Psychother Res*, n° 11, p. 361-382.
- DOIDGE N., SIMON B., GILLIES L.A., RUSKIN R. (1994), « Characteristics of psychoanalytic patients under a nationalized health plan : DSM-III-R diagnoses, previous treatment, and childhood trauma », *Am J Psychiatry*, n° 151, p. 586-590.
- EELLS T.D. (ed) (2007), *Handbook of psychotherapy case formulation*, 2nd ed., New York, Guilford Press.
- FALISSARD B. (2007), « Différences et convergences des mesures objectives et des mesures subjectives », *Pour la Recherche*, n° 54 : 5.
- FISHMAN D. (2000), « Transcending the efficacy versus effectiveness research debate : Proposal for a new, electronic "Journal of pragmatic case studies" », *Prevention and Treatment*, n° 3 (1).

- GARLAND A.F., HURLBURT M.S., HAWLEY K.M. (2006), « Examining psychotherapy processes in a services research », *Clin Psychol Sci Prac*, n° 13, p. 30-36.
- HAYES A.M., STRAUSS J.L. (1998), « Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy : An application to cognitive therapy for depression », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 66, p. 939-947.
- HØGLENDE P., BOGWALD K.P., AMSLO S., et al. (2000), « Assessment of change in dynamic psychotherapy », *J Psychother Pract Res*, vol. 9, p. 190-219.
- HOWARD K.I., ORLINSKY D.E., LUEGER R.J. (1994). « Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. New models guide the researcher and clinician », *British Journal of Psychiatry*, n° 165, p. 4-8.
- JIMÉNEZ J.P. (2007), « Can research influence clinical practice ? », *Int J Psychoanal*, n° 88, p. 661-679.
- JONES E.E. (2000), *Therapeutic action : a guide to psychoanalytic therapy*, Northvale, N.J., Jason Aronson.
- KAZDIN A.E. (1982), *Single case research designs*, New York-Oxford, Oxford University Press.
- KOVESS V., SAPINHO D., BRIFFAULT X., VILLAMAUX M. (2007), « Psychotherapeutic practices in France : results of a professional-based health insurance participant survey », *L'Encéphale*, n° 33 (1), p. 65-74.
- LAMPROPOULOS G.K., GOLDFRIED M.R., CASTONGUAY L.G., et al. (2002), « What kind of research can we realistically expect from the practitioner ? », *J Clin Psychol*, n° 58, p. 1241-1264.
- LAURENCEAU J.P., HAYES A.M., FELDMAN G.C. (2007), « Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy », *Clinical Psychology Review*, n° 27, p. 682-695.
- LEICHSENRING F. (2004), « Randomized controlled vs. naturalistic studies : A new research agenda. » *Bulletin de la Menninger Clinic*, 68: 115-129.
- LUBORSKY L. (1975), « Clinicians' judgements of mental health : specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale », *Bull Menninger Clin*, n° 35, p. 448-480.
- MARGISON FR., BARKHAM M., MELLOR CLARK J., AUDIN K., CONNELL J., EVANS C. Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry* (2000) 177: 123-130.
- SHADISH W., COOK T., CAMPBELL D. (2002), *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*, Boston, Houghton Mifflin.
- STILES W.B. (2003), « When is a case study scientific research ? », *Psychotherapy Bulletin*, n° 38 (1), p. 6-11. http://www.divisionofpsychotherapy.org/bulletins/V2003_381.pdf.

- THURIN J.-M., DANION J.-M., FALISSARD B. (2007), « Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques », *Pour la Recherche*, n° 55, p. 1-16.
- THURIN J.-M., THURIN M. (2007), *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*, Paris, Dunod.
- THURIN M., LAPEYRONNIE-ROBINE B., THURIN J.-M. (2006), « Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique », *Bulletin de Psychologie*, n° 59 (6), p. 591-603.

CHAPITRE 15

Évaluation et projet de réglementation des psychothérapies

P. Grosbois

Le rapport de l'Inserm sur les psychothérapies (publié en 2004) soulève implicitement le problème épistémologique de la conception du changement qui s'en dégage comme modèle dominant et du risque de la prégnance de ce modèle au sein de la politique de santé mentale en France. Comment, en effet, ne pas s'inquiéter des tentatives réglementaires actuelles de cadrage, d'évaluation et de standardisation qui risquent de s'appliquer à la formation et à la pratique des psychothérapies ? Michel Foucault soulignait déjà que les sciences humaines sont à l'origine du contrôle social en tant que dispositif de surveillance qui a pris le relais de l'Église, notamment par le biais des sondages et enquêtes d'opinion, et maintenant, pourrait-on ajouter, par le biais des procédures d'évaluation gestionnaire de notre santé.

1. L'évaluation des psychothérapies

Depuis quelques années, le mot d'ordre dans les établissements de soins hospitaliers est à l'évaluation ; il s'agit de quantifier notamment le temps passé au chevet du malade de façon à calculer au plus juste (au plan économique) les effectifs des équipes soignantes. Dans la même perspective, l'évaluation des psychothérapies a été menée aux États-Unis dans le but de définir un moindre coût pour les divers systèmes de prise en charge financière, mais la grande majorité des recherches (essentiellement anglo-saxonnes) a porté et porte encore aujourd'hui davantage sur *l'évaluation de leurs effets de changement que sur l'évaluation comparative de l'efficacité des diverses méthodes utilisées*. C'est là où le rapport de l'Inserm pose problème.

La recherche dans le domaine des psychothérapies s'est développée d'abord aux États-Unis, dans un climat de compétition idéologique avec les chimiothérapies et les thérapies comportementales et de réadaptation. En effet, dans les pays nordiques et nord-américains, l'essentiel du financement des systèmes de santé est assuré par des compagnies d'assurance privées qui donnent une priorité au meilleur rapport du coût à l'efficacité. Cette exigence de rentabilité, légitime dans la logique des financeurs, est malheureusement génératrice de redoutables biais voire de véritables perversions de la recherche. Aujourd'hui, ce climat de rivalité s'est atténué à la lumière de recherches récentes qui ont montré qu'*aucune méthode thérapeutique, aucune hypothèse théorique ne peut se prévaloir de la preuve absolue de sa supériorité* et que, d'un point de vue pratique, l'association des méthodes thérapeutiques était beaucoup plus efficace.

Les objectifs de l'évaluation des psychothérapies peuvent concerner l'étude des résultats des traitements, celle des processus mis en jeu dans la situation psychothérapique, les aspects techniques eux-mêmes, la formation du praticien ou bien encore l'état actuel des pratiques. Par ailleurs, qui dit évaluation signifie recourir à une méthodologie de type scientifique qui est adaptée à la nature particulière de la situation étudiée.

On distingue quatre types de recherche en matière de psychothérapie.

- Les recherches fondamentales qui s'intéressent au processus thérapeutique lui-même et recueillent des données sur le fonctionnement psychique. Freud a mis l'accent sur cet aspect dès le début de ses travaux sur la psychanalyse. Ce type de recherche débouche sur la construction de théories du fonctionnement mental.
- Les recherches appliquées portant sur les facteurs intervenant dans la situation psychothérapique afin d'en améliorer les résultats. Ce type de recherche s'est beaucoup répandu, mais a rencontré un obstacle important, celui de la nécessité d'explorer le facteur « personnalité du psychothérapeute ». En fait, ces études ont moins pour but de prouver l'efficacité des psychothérapies que d'évaluer leurs effets. Il est vrai qu'initialement ces recherches se sont développées dans un climat fortement concurrentiel au sein duquel les uns tentaient de démontrer la supériorité d'une méthode par rapport à une autre. Aujourd'hui, l'efficacité des psychothérapies dans leur ensemble est une donnée acquise (Hermann et Haynal, 1987). Il est également démontré que l'association psychothérapie-chimiothérapie est plus efficace dans la plupart des troubles mentaux. Les recherches actuelles se tournent vers la question de l'indication : quelle est la méthode psychothérapique la plus efficace pour tel type de patient ou tel type de maladie ou de souffrance psychique ?
- Les recherches dites de développement. Elles concernent la formation des psychothérapeutes, leur mode de sélection, le développement de certaines attitudes techniques chez certains d'entre eux, etc.
- Les recherches de santé publique. Elles visent à préciser le rôle de la psychothérapie dans les différentes politiques de santé, notamment dans le domaine de l'hygiène mentale. Cela soulève des problèmes éthiques,

notamment les risques de normalisation et de contrôle social de la population bénéficiant d'un traitement psychothérapeutique.

On peut ajouter à ces quatre types de recherche l'étude des psychothérapies sous l'angle sociologique, psychosociologique, ethnologique et anthropologique. Enfin, précisons que la recherche en matière de psychothérapie suppose l'accès au terrain, c'est-à-dire que le chercheur (sauf dans le dernier cas évoqué, celui des recherches en sciences sociales) doit être lui-même un praticien de la psychothérapie, étant entendu que ces deux temps, celui de la pratique clinique et celui de la recherche, doivent correspondre à deux moments différents de sa pratique.

Nous soulignons plus haut qu'il n'est plus question aujourd'hui de comparer l'efficacité des diverses psychothérapies indépendamment de leurs indications, de leurs modalités d'application technique, de leur coût, etc., même si cette opinion reste encore très répandue sur un plan idéologique (je renvoie encore une fois aux biais méthodologiques du rapport de l'Inserm). D'après un certain nombre de méta-études, il semble que *l'effet thérapeutique de l'ensemble des psychothérapies relève davantage de facteurs non spécifiques* (rendant compte de 30 % de l'effet thérapeutique) *que de facteurs spécifiques* (rendant compte de 15 % de l'effet thérapeutique), les améliorations spontanées (40 %) et l'effet de la liste d'attente de rendez-vous (15 %) rendant compte du reste de l'effet thérapeutique, du moins dans les névroses (Lambert et al., 1986).

L'objet de l'évaluation peut également porter sur les acteurs de la psychothérapie et leurs interactions. Certaines évaluations portent par exemple sur les effets de l'attente du patient vis-à-vis du traitement dans la mesure où ce facteur semble expliquer une partie de l'effet thérapeutique ; il en est d'ailleurs de même pour l'effet placebo dans toute thérapeutique. D'autres facteurs tels que la demande du patient ou celle de son entourage – comme c'est souvent le cas pour les psychotiques –, sa personnalité, son mode de fonctionnement mental, ses relations avec son environnement, l'association avec d'autres traitements (chimiothérapie, hospitalisation, cothérapies) peuvent être utilisés comme variable indépendante (description d'un type de patients destinée à établir et apparier les groupes comparables ou pour comparer entre eux des cas isolés) ou dépendante (établissement d'une ligne de base pour la comparer avec des évaluations ultérieures permettant d'apprécier certains effets, au moins partiels, de la psychothérapie).

Les modalités techniques des pratiques psychothérapeutiques sont par ailleurs fortement influencées par la personnalité du thérapeute, notamment certaines de ses caractéristiques : sa notoriété, son degré d'empathie, sa capacité de compréhension, la qualité de son contact, son respect du patient, son authenticité. Mais le facteur qui se dégage le plus est celui de *l'alliance thérapeutique*, résultat d'une cooptation adéquate entre patient et thérapeute et l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue favorable d'une psychothérapie. D'autres études portent sur les incidences des facteurs institutionnels, lorsque le praticien intervient au nom d'un organisme prestataire de soins : consultation hospitalière publique ou privée, centre

de consultation universitaire ou médico-psycho-pédagogique, etc. L'étude du tiers que représente l'institution est d'autant plus importante lorsque le thérapeute est salarié par celle-ci.

Les moyens d'observation vont de l'observation clinique directe à l'observation armée (enregistrements audios et audiovisuels) en passant par diverses techniques d'entretien (directif, semi-directif ou non directif), les questionnaires soumis aux patients et aux praticiens, l'étude de documents (rapports écrits, dessins, comptes-rendus de tests de personnalité). Le plus important est de définir la place de l'observateur et son interaction avec le sujet observé. On sait en effet que, dans toute recherche expérimentale, le rôle du chercheur n'est pas toujours rigoureusement neutre ; ses pré-supposés théoriques et ses attentes peuvent introduire des biais. Il s'agit donc d'intégrer l'observateur dans l'observation ; autrement dit, de tenir compte, comme le souligne Devereux (1980), du contre-transfert du chercheur. L'évaluation, qu'elle soit auto- ou hétéro-évaluation, sera toujours considérée comme une appréciation subjective qui puisse être reproductible et communicable. Nous pourrions ici faire le parallèle avec l'utilisation des échelles standardisées d'auto- et d'hétéro-évaluation subjective de la douleur physique.

L'observation du thérapeute, notamment de sa technique ou de son attitude, est mal reflétée par les auto-questionnaires, comme l'ont montré des comparaisons systématiques avec des évaluations par des juges extérieurs. En revanche, les auto-questionnaires sont un bon moyen d'appréhender ses motivations, sa personnalité ainsi que les données relatives à son contexte familial, social et relationnel. Le patient est également une bonne source d'information sur le thérapeute, à travers son appréciation subjective : par exemple, le degré d'empathie du thérapeute, évalué par le patient à l'aide d'un questionnaire, est mieux corrélé avec la qualité des résultats que ne l'est son évaluation par des observateurs extérieurs à partir d'enregistrements (Gérin, 1984).

L'inconvénient du recours à des « *juges* » repose sur l'introduction de tiers dans la relation psychothérapique, même si celle-ci se fait de façon différée et non pendant la séance (on pourrait ici faire l'analogie avec la position tierce du superviseur...). Il revient alors au thérapeute à s'adapter à l'introduction de cette nouvelle variable de la situation psychothérapique et à l'utiliser comme une donnée intégrée au sein du cadre, notamment en faisant de l'enregistrement une condition stable des séances, au lieu de le réserver à certaines d'entre elles (comme en thérapie familiale systémique lorsque les séances sont enregistrées et où le superviseur peut entrer en communication à tout moment avec les deux thérapeutes). Un autre aspect important est d'assurer l'anonymat strict des documents (écrits, audios, audiovisuels) recueillis et de les exploiter selon une procédure protégeant les patients de toute identification ultérieure. Enfin, l'accord préalable du patient est indispensable, comme dans les essais cliniques de nouveaux médicaments.

Ces diverses méthodologies de recherche sur les psychothérapies sont donc *plus centrées sur l'évaluation des effets des psychothérapies que sur*

l'évaluation de leurs résultats. Le problème se pose davantage dans les termes suivants : *quels effets ou quels profils de changement produit tel type de psychothérapie entre les mains de quel type de psychothérapeute, pour quel type de patients* (Georgieff et al., 1991 ; Gérin, 1984 ; Gérin et Vignat, 1984) ? Cette conception actuelle des recherches sur les psychothérapies contredit les résultats du rapport récent de l'Inserm dont la méthodologie ne tient pas compte d'une réflexion épistémologique sur la notion d'efficacité.

2. Le lobbying actif du mouvement dit « humaniste » et la psychothérapie conçue comme une profession indépendante

Il faut souligner un autre facteur, sociologique celui-là, qui permet de mieux comprendre l'intérêt grandissant à la fois du public et des pouvoirs publics pour la psychothérapie, à savoir que le développement exponentiel des pratiques psychothérapeutiques effectuées par des non-médecins et des non-psychologues en Europe depuis les années 1970 est à l'origine de réglementations diverses, sous la pression et le lobbying parlementaire très actifs d'organisations regroupant ces psychothérapeutes. C'est parce que le nombre des praticiens de la psychothérapie s'est accru ces trente dernières années de façon anarchique en France (ceux-ci exerçant essentiellement en libéral et se réclamant d'un courant dit *humaniste* ou encore *psychocorporel* né en Californie dans les années 1960 en réaction contre les approches d'inspiration psychanalytique jugées comme trop intellectuelles et ne faisant pas de place au corps) qu'ils se sont organisés en associations et syndicats pour revendiquer la protection légale d'un titre de « psychothérapeute » hors des champs de la médecine et de la psychologie (Grosbois, 2007).

Ces organisations se prévalent de former à la *psychothérapie relationnelle*, approche présentée par ces organisations comme distincte de la psychanalyse et de la psychothérapie pratiquée par les psychologues et les médecins, comme si seule la psychothérapie pratiquée par les membres des organisations de *psychothérapeutes* était de nature relationnelle ! La psychothérapie est par définition une activité qui s'inscrit dans le cadre d'une relation (thérapeutique), cadre déterminant lui-même un processus thérapeutique ; le qualificatif « *relationnel* » constitue donc un non-sens épistémologique, car il ne peut y avoir de psychothérapie non relationnelle... Dans un communiqué du 3 février 2007, le Syndicat national des praticiens en psychothérapie relationnelle et psychanalyse (SNPPsy) énonce des contre-vérités, montrant qu'il ignore ce que recouvre la réalité à la fois des formations psychothérapeutiques des psychologues et des psychiatres et de leur formation universitaire en psychopathologie :

Psychiatres et psychologues cliniciens exercent majoritairement une forme de psychothérapie médicale objective visant à réduire des symptômes ; psychanalystes et psychothérapeutes relationnels exercent

majoritairement une forme de psychothérapie humaniste subjective, visant à la réalisation de son état de sujet par la personne elle-même.

Il y aurait ainsi d'un côté les psychiatres et les psychologues cliniciens qui pratiqueraient une « *psychothérapie médicale objective visant à réduire des symptômes* » et de l'autre les psychanalystes et les « *psychothérapeutes relationnels* » défenseurs de l'humanisme et du sujet... Les instigateurs du complot contre ces derniers seraient les universitaires en psychologie qui seraient tous aux ordres des promoteurs des thérapies cognitives et comportementales (TCC). On retrouve derrière ce point de vue la critique de l'argument du député Bernard Accoyer contre les dérives sectaires, alors que la formation en psychopathologie exigée par l'article 52 est présentée comme « *médicale* », ce qui est évidemment incohérent par rapport à la réalité des enseignements universitaires qui – les multiples publications et manuels de psychopathologie réalisés par des psychologues et des psychiatres le montrent – soulignent justement la différence entre sémiologie psychiatrique et psychopathologie. C'est toujours la même tentative d'interpréter l'article 52 comme une loi sur la formation à la psychothérapie et non l'exigence d'une formation en psychopathologie des « *psychothérapeutes* » (c'est-à-dire les non-médecins, les non-psychologues et les non-psychanalystes). La loi est pourtant claire, même si l'on peut contester le fait que les parlementaires aient fait volontairement l'impasse sur la définition de critères de formation à la psychothérapie (ce qui aurait eu pour conséquence l'obligation légale de définir quelles sont les « bonnes » méthodes et d'établir par arrêté une liste des instances agréées de formation à la psychothérapie, sur le modèle de la loi italienne ou autrichienne) : la loi exige *seulement* une formation en psychopathologie, car celle-ci est considérée comme un prérequis indispensable à toute formation psychothérapique.

Suit l'argument selon lequel la psychopathologie pourrait être enseignée par des écoles de psychothérapie sous prétexte qu'elle n'est pas médicale mais « *relationnelle* » et plus adaptée à la formation des *psychothérapeutes* (ni médecins ni psychologues) :

La psychopathologie est déjà enseignée par les instituts privés agréés par les principales associations de psychothérapeutes relationnels. Il est souhaitable qu'elle puisse être enseignée en coopération avec l'université, mais pas que l'université ait le monopole de la formation parce qu'elle n'est pas équipée ni prévue pour entraîner les futurs praticiens à la pratique de la psychothérapie relationnelle. (SNPPsy)

Autrement dit, la psychopathologie « *médicale* » relèverait des seuls médecins et des psychologues cliniciens qui seraient cantonnés aux soins « *objectifs* » des troubles mentaux, et les « *psychothérapeutes relationnels* » ainsi que les psychanalystes seraient les seuls formés à une approche dite « du sujet », position illustrant un déni de la formation psychothérapique des médecins et des psychologues qui seraient tous inféodés à l'approche cognitive et comportementale.

Ce genre d'argumentation illustre la pertinence de l'exigence d'une formation en psychopathologie placée sous la responsabilité de l'Université, dans la mesure où cette discipline est méconnue par les organisations de « psychothérapeutes » ; cela rejoint d'ailleurs la position de ces associations appartenant historiquement au courant de la psychologie dite « humaniste » telle qu'elle s'est développée d'abord aux États-Unis puis en Europe : le courant « humaniste » insistait en effet au cours des années 1970 et 1980 sur le refus de parler de « patients » (terme tabou auquel était préféré celui de « client », de « soins ») et situait la thérapie comme une démarche de « développement personnel » s'adressant à des sujets normaux (voir l'expression fréquemment utilisée à l'époque de « thérapie pour normaux ») (collectif, 1980). Contre-modèle corporatiste où quête du vécu et du contact corporels s'affirmaient alors en opposition à toute approche théorique et à toute analyse clinique... L'alliance entre organisations de « psychothérapeutes » et certaines sociétés de psychanalyse lacanienne représente une sorte de « mariage de la carpe et du lapin » qui s'est fait au prix du refoulement des origines du mouvement dit « humaniste »... – sous prétexte d'une défense libertaire d'organismes privés à but lucratif de formation à la psychothérapie – et au prix d'un déni d'une protection minimale des « usagers ».

3. Psychopathologie, psychiatrie, psychologie et psychothérapie : précisions sémantiques

Ménéchal (1997) définit la psychopathologie comme « la science de la souffrance psychique ». Il précise par ailleurs :

La psychopathologie doit être clairement distinguée de la psychiatrie, de la psychologie, de la psychothérapie et de la psychanalyse. Épistémologie de la psychiatrie et de la psychologie clinique, elle se place dans la catégorie des théories de la connaissance de ces deux professions réglementées qu'exercent les psychologues et les psychiatres. La psychothérapie, elle, est un traitement psychique du sujet, une pratique de soin, donc, et non une profession. [18]

Bergeret et al. (1992) vont dans le même sens :

L'objet de la psychologie pathologique ne peut être confondu avec celui de la psychiatrie ; il demeure l'étude de l'évolution et des avatars du psychisme humain, sans s'intéresser aux aspects techniques des thérapeutiques. [3]

Ici s'impose une précision historique :

Le terme de psychopathologie est d'abord employé en allemand en 1878 par Emminghaus, selon Pichot (1983) (et Janzarik cité par cet auteur) mais équivalait alors à la psychiatrie clinique. La psychopathologie naît plus tard en tant que méthode et discipline propre. En France, au début

du XXe siècle, Théodule Ribot crée avec la psychologie scientifique la méthode pathologique, qui permet en étudiant le fait pathologique de comprendre la psychologie normale. Il s'agit alors d'une psychologie pathologique, branche de la psychologie scientifique, opposée à la psychologie expérimentale ou à la psychologie génétique [...]. Cependant, en France, l'usage du terme de psychologie pathologique est abandonné au profit de psychopathologie, pour éviter d'une part les ambiguïtés (psychologie du pathologique ou pathologie du psychologique, psychologie du normal et du pathologique) et d'autre part la référence à une seule perspective, celle de Ribot. (Beauchesne, 1985)

Beauchesne (1986), dans son ouvrage universitaire très documenté sur l'histoire de la psychopathologie, précise :

La psychopathologie peut être définie simplement, au sein de la psychologie, comme la branche de la psychologie qui est l'étude des phénomènes pathologiques par opposition à une psychologie sociale, de l'enfant (normale), animale ou générale [...] Les études psychopathologiques montrent qu'il n'existe pas de coupure ou de différence radicale entre le normal et le pathologique [...] La psychopathologie peut englober l'étude psychologique de la maladie mentale et des dysfonctionnements de sujets réputés normaux [...]. La psychopathologie est définie par son champ d'étude qui est le même que celui de la psychiatrie ; les buts et les moyens diffèrent. Le but de la psychopathologie est la compréhension et la connaissance ; celui de la psychiatrie est la thérapeutique, la prophylaxie et la réadaptation [...]. Cependant, si la psychopathologie est chargée de l'élaboration de la théorie et la psychiatrie de son application, en pratique il est difficile de séparer les deux [...]. La multiplicité des références théoriques n'empêche pas l'unité d'une démarche psychopathologique visant à la compréhension des faits pathologiques.

Capdevielle et Doucet (1999) ajoutent :

Elle fait appel à l'ensemble des cadres de référence et des disciplines (psychiatrie, psychologie, psychanalyse, sociologie, anthropologie, linguistique, psychopharmacologie, neurobiologie, etc.) susceptibles d'apporter des éléments de connaissance sur la maladie mentale et les dysfonctionnements psychiques sous tous ses aspects.

4. La situation en Europe

Parallèlement à la protection légale du titre de psychologue, un certain nombre de pays européens ont adopté une législation protégeant le titre de psychothérapeute (Grosbois, 1997), soit de façon autonome vis-à-vis de la psychologie et de la médecine, soit en soumettant son exercice à l'obtention préalable de diplômes en médecine ou en psychologie. La profession indépendante de psychothérapeute est ainsi protégée par exemple en Autriche depuis 1990 ainsi qu'aux Pays-Bas et en Suède. En Italie, la réglementation

autorise l'exercice de la psychothérapie aux seuls médecins et psychologues ayant suivi une spécialisation dans des instituts agréés. En Suisse, certains cantons restreignent son exercice aux médecins et aux psychologues, d'autres l'étendent aux possesseurs d'un titre universitaire en sciences humaines sous réserve d'une formation spécialisée en psychothérapie délivrée par divers instituts privés agréés, d'orientation psychanalytique, humaniste ou existentielle.

5. La psychothérapie : une activité et non une profession indépendante

L'enquête effectuée il y a quelques années par l'Agence française de normalisation (Afnor) qui délivre, entre autres, le label « norme française » des appareils électroménagers... sur la situation de la psychothérapie en France, étude présentée à la Direction générale de la santé (DGS), préconisait dans ses conclusions de constituer un groupe de travail intercatégoriel ayant pour objet d'élaborer un guide d'informations à destination du public sur les pratiques psychothérapeutiques, précisant que cette stratégie aurait pour intérêt de « considérer la psychothérapie en tant qu'activité et non la profession de psychothérapeute qui renvoie à des débats non consensuels sur la qualification des personnes... » (Morvan, 1998).

Comme le souligne le psychanalyste Bernard Brusset dans un texte paru en ligne sur le site de la Société psychanalytique de Paris (<http://www.spp.org>) :

La conjonction temporelle, cet automne, de l'amendement Accoyer et de plusieurs rapports de réglementation, de planification et d'évaluation de la santé mentale à partir de la psychiatrie a ouvert la voie à toutes les suspensions à l'égard des projets du gouvernement, offrant un tremplin tout trouvé à la défense exaltée des libertés. Cet avantage idéologique permet de mobiliser l'opinion dans l'opposition aux utopies technocratiques du rapport Cléry-Melin et au médico-centrisme exacerbé du rapport rédigé par les Pr Pichot et Allilaire du « groupe de travail sur la pratique de la psychothérapie » sous l'égide de l'Académie de Médecine⁴⁵. La reconnaissance de l'autonomie des psychothérapeutes dans une nouvelle profession pourrait servir à justifier une diminution accrue des fonctions, des responsabilités et des crédits de la psychiatrie (donc le risque de dépendance pernicieuse vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique).

Comment envisager de mettre en œuvre un cadre psychothérapeutique s'il n'y a pas au préalable une évaluation psychopathologique de la situation clinique ? Comment ne pas se référer à un modèle de compréhension psychopathologique des processus psychiques à l'œuvre chez un patient en souffrance psychique ? Contrairement à ceux qui pensent que cette perspective

45. Qui véhicule une conception assez féodale des rapports des médecins aux non-médecins pratiquant la psychothérapie.

nous enfermerait dans un modèle médical de la psychothérapie, il suffit de rappeler les origines historiques de la psychopathologie, de Jaspers (compréhension psychologique de la maladie mentale) à Freud (compréhension des processus psychiques inconscients, du normal au pathologique), ce afin d'asseoir sa différence et sa complémentarité avec la psychiatrie et la psychologie clinique. La référence à une formation pratique en psychopathologie renvoie par ailleurs à la nécessité d'une expérience sur le terrain par le biais de stages auprès de ses pairs.

5. La loi sur la réforme de la politique de santé publique

Le 9 août 2004 a été adopté l'article 52 de la loi relative à la politique de santé publique, texte qui précise :

L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes.

L'inscription est enregistrée sur une liste dressée par le représentant de l'État dans le département de leur résidence professionnelle. Elle est tenue à jour, mise à la disposition du public et publiée régulièrement. Cette liste mentionne les formations suivies par le professionnel. En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département, une nouvelle inscription est obligatoire. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux ans d'interruption, veulent à nouveau faire usage du titre de psychothérapeute.

L'inscription sur la liste visée à l'alinéa précédent est de droit pour les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théoriques et pratiques en psychopathologie clinique que doivent remplir les personnes visées aux deuxième et troisième alinéas.

Ainsi la loi a-t-elle choisi de réglementer l'usage d'un titre et non une activité professionnelle (la psychothérapie) ou une nouvelle profession de psychothérapeute... Rien en effet n'indique dans la loi quels devraient être les statuts ni les conditions de formation, de recrutement ou de rémunération d'une telle profession. La loi ne concerne par ailleurs que ceux qui voudront utiliser ce titre de psychothérapeute, mais elle précise qu'elle concerne les médecins, les psychologues et les psychanalystes inscrits sur

un annuaire, même si ceux-ci sont inscrits de droit sur une liste départementale devant alimenter un registre national.

Autrement dit, les médecins, les psychologues et les psychanalystes « annuarisés » ne souhaitant pas utiliser le titre de psychothérapeute lorsqu'ils exercent une activité psychothérapique pourront continuer à le faire sous couvert de leur identité professionnelle.

En ce qui concerne les associations de psychanalystes, du fait qu'elles ne forment pas des psychothérapeutes mais des psychanalystes, elles ne sont pas concernées sur un plan strictement juridique, car la loi ne vise ni l'exercice de la psychanalyse ni un titre de psychanalyste. Il est néanmoins vraisemblable qu'un certain nombre de médecins et de psychologues seront séduits par cette loi et demanderont à faire usage légalement du titre de psychothérapeute afin de se différencier, aux yeux de leur clientèle, de leurs collègues ; les autres continueront à exercer la psychothérapie comme ils le faisaient auparavant en tant que médecin ou psychologue.

Le problème posé par la loi réside dans la définition des critères de formation en psychopathologie ; l'axe théorique désigne l'acquisition de connaissances alors que l'axe pratique concerne l'expérience sur le terrain de la confrontation à la souffrance psychique, ce qui correspond, sur le plan des formations universitaires en psychopathologie pour les psychologues et les psychiatres, à l'obligation d'avoir effectué des stages dans un milieu professionnel approprié.

Dans cette perspective, une formation en psychopathologie est à distinguer d'une formation en psychiatrie, au sens où le champ de la psychopathologie est celui de la connaissance et de la compréhension des phénomènes pathologiques en psychologie. Une formation en psychopathologie ne peut donc se réduire à la seule acquisition d'une description sémiologique des pathologies mentales (Gageay, 1975).

Tout dépend à quel niveau minimal de formation universitaire en psychopathologie le législateur fixera le seuil... et si le décret d'application habilitera ou non des équivalences de formations non universitaires en psychopathologie dispensées par exemple dans un cadre associatif, ce que ne manqueront pas de revendiquer certaines organisations professionnelles.

Le projet de décret d'application en est en 2008 à sa cinquième version ; un projet d'arrêté – qui sera annexé au décret élaboré par la Direction Générale de la Santé (DGS) en juin 2008 puis remanié fin 2008, cahier des charges précisant les conditions de formation exigées pour accéder au titre de « psychothérapeute » préconise, selon certaines dispenses relatives à leur formation en psychopathologie, de délivrer de droit le titre de psychothérapeute aux médecins et aux psychologues ainsi qu'aux psychanalystes figurant sur un annuaire. Par ailleurs, pour tous les autres praticiens souhaitant faire usage du titre de psychothérapeute, il prévoit une obligation de formation en psychopathologie clinique minimale consistant en 400 heures de formation théorique et 5 mois de stage, ce qui constitue un blanc-seing aux « écoles » de psychothérapie regroupées au sein des groupements représentant le courant de la psychologie dite « humaniste » et une porte ouverte à

toutes les dérives, au mépris de la protection des usagers. Ces organismes ne peuvent en effet décemment prétendre comparer la formation qu'ils organisent à la formation en psychopathologie organisée dans les UFR de médecine ou de psychologie. L'article 4 du même projet d'arrêté exige du candidat qu'il soit « titulaire d'un diplôme de master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse ». La première version de l'arrêté exigeait le niveau « licence ». Le Conseil d'État a rejeté en 2008 l'ensemble du projet de décret d'application de l'article 52 au motif que l'exigence du niveau « master » était trop élevée. Les négociations entre les organisations professionnelles concernées et la DGS ont repris début 2009, psychologues, psychiatres et psychanalystes souhaitant dans leur grande majorité voir adopter un texte de loi exigeant un haut niveau de formation universitaire préalable.

Tout cela souligne le paradoxe d'une loi protégeant un titre de psychothérapeute qui prévoit l'obligation d'une formation au rabais en psychopathologie alors qu'aucune disposition ne fait référence à l'obligation d'une formation à la psychothérapie ; le principe initial pertinent de pré-requis obligatoires en psychopathologie se retourne contre l'intention du législateur dans la mesure où la partie est prise pour le tout, le résultat étant que des praticiens plus ou moins bien formés en psychopathologie et n'ayant aucune formation à la psychothérapie pourront être habilités à faire usage du titre de « psychothérapeute » si le projet de réglementation actuel est entériné.

La question qui reste posée est donc celle de l'avenir de la pertinence des formations en psychopathologie organisées par l'Université pour les psychologues et les psychiatres, catégories professionnelles qui sont les deux seules à avoir l'exigence de se donner une solide formation théorique et pratique préalable à une formation et une pratique psychothérapeutiques ultérieures, comme c'est le cas d'ailleurs également pour la majorité des psychanalystes en France. Si certains exercent la psychothérapie sans formation universitaire de base de haut niveau, cela ne veut pas dire pour autant que ce sont tous de mauvais praticiens..., mais une telle situation devrait représenter une exception et non une règle afin de contribuer à une meilleure protection des usagers vis-à-vis des dérives de la nébuleuse « psy » (Grosbois, 2002).

Bibliographie

- BEAUCHESNE H. (1986), *Histoire de la psychopathologie*, Paris, PUF.
- BEAUCHESNE H. (1985), « La Psychopathologie », in MATHIEU J., THOMAS R. (dir.), *Manuel de psychologie*, Paris, Vigot.
- BERGERET J. (dir.) (1992), *Psychologie pathologique théorique et clinique*, 4^e ed., Paris, Masson [1^{re} éd. 1972].
- CAPDEVIELLE V., DOUCET C. (1999), *Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, Armand Colin.
- Collectif (1980), *Les « nouvelles thérapies » : recherches de pointe ou phénomène social ?*, Paris, La Documentation Française, coll. « Problèmes Politiques et Sociaux », n° 390.

- DEVEREUX G. (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.
- GAGEY J. (1975), « La Psychologie clinique », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37032 A10.
- GEORGIEFF N., MARIE-CARDINE M., FURTOS J. (1991), « L'Évaluation des psychothérapies. Historique et classifications », *La Revue du Praticien-Médecine Générale*, n° 5 (151), p. 2213-2221.
- GERIN P. (1984), *L'Évaluation des psychothérapies*, Paris, PUF.
- GERIN P., VIGNAT J.-P. (1984), *L'Identité du psychothérapeute*, Paris, PUF.
- GROSBOIS P. (1997), « Psychiatres, psychothérapie et psychothérapeutes en Europe : une question d'identité », *Psychologues et Psychologies*, n° 139, p. 23-24.
- GROSBOIS P. (2000), « Psychologues, psychiatres, députés de l'opposition et titre protégé de "psychothérapeute", ou de la confusion entre titre et fonction », *Psychologues et Psychologies*, n° 151, p. 47-49.
- GROSBOIS P. (2002), « Quelle place pour l'université dans la formation des psychologues à la psychothérapie ? », *Pratiques Psychologiques*, n° 3, p. 59-68.
- GROSBOIS P. (2007), « Usage légal du titre de "psychothérapeute" : stratégies des acteurs concernés », *Pratiques Psychologiques*, n° 13, p. 381-400.
- HERMANN P., HAYNAL A. (1987), « L'Évaluation des effets des psychothérapies », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie*, 37802 A 10, 2.
- INSERM (2004), *Psychothérapie. Trois approches évaluées* (CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B., FLAMENT M.), Paris, INSERM.
- LAMBERT M.J., SHAPIRO D.T., BERGIN A.E. (1986), « The effectiveness of psychotherapy », in GARFIELD S.L., BERGIN A.E., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, John Wiley & Sons.
- MENECHAL J. (1997), *Introduction à la psychopathologie*, Paris, Dunod.
- MORVAN F. (1998), *Psychothérapie. Étude menée pour le compte de la Fédération Française de Psychothérapie*, Paris, Agence Française de Normalisation.

CHAPITRE 16

Impasses de l'évaluation

É. Laurent

Le 16 avril 2007, sur le campus de l'Université de Virginia Tech (Blacksburg, États-Unis), un étudiant tue 27 de ses condisciples et 5 professeurs puis retourne l'arme contre lui alors qu'il était sous injonction de soin depuis 2 ans. Cette épouvantable tuerie a lieu, presque jour pour jour, 8 ans après celle de Columbine, qui avait pourtant entraîné la refonte de tous les protocoles de sécurité dans les universités et collèges.

Plus que les psychiatres, les vigiles ou les autorités universitaires, ce sont une professeur de littérature et une professeur de poésie qui ont perçu la réelle dangerosité du tueur, Cho Seung-Hui. Hors du monde des protocoles et de l'évaluation des procédures, dans un atelier d'écriture créative, quelque chose a pu apparaître de ce dont il s'agissait. Le sujet ne parlait pas, mais il écrivait volontiers. Cet étudiant en maîtrise de lettres avait rédigé un roman, deux pièces et des poèmes. Ceux-ci ont suffisamment choqué les deux femmes professeurs et les autres élèves pour qu'il soit signalé aux autorités universitaires. On leur a répondu que l'on ne pouvait rien faire puisqu'il n'y avait pas de violence en acte.

Les commentateurs américains se demandent aujourd'hui si la cause du passage à l'acte réside dans un déficit dû à la schizophrénie ou dans un déficit de sérotonine conduisant à la dépression puis à l'hyperagression. Ils débattent aussi de la génétique de la psychopathie, et d'un traumatisme cérébral possible. On évoque encore une transe « amok », la paranoïa ou la schizophrénie paranoïde. La tante qui a connu cet étudiant avant son émigration à l'âge de 8 ans parle d'autisme. Le cerveau a été autopsié et considéré « normal ». Pour le juge devant qui le sujet avait été présenté deux ans avant la tuerie, les médecins parlaient de dépression. Selon le *New York Times*, l'examen médical de l'expert comporte les annotations suivantes : « Affect plat et humeur déprimée. Il dénie les idées suicidaires. Il ne reconnaît pas de symptômes d'un trouble de la pensée. Son jugement et

son *insight* sont bons » (Dewan et Santora, 2007). Le médecin en conclut qu'il ne présentait pas de danger imminent. Le juge l'a donc soumis à une simple obligation de thérapie (*counseling*). On aperçoit dans ce malheur l'écart entre celles qui s'intéressent à ce que le sujet écrivait, et ceux qui ne s'intéressent qu'au fonctionnement des fonctions cognitives. Certes, tout ce qui est écrit de violent ne sera pas nécessairement agi. Mais le paradoxe n'en demeure pas moins que c'est l'expérience de la poète qui lui a fait reconnaître la dangerosité de l'énonciation du sujet.

Lorsque l'on cherche après coup comment le drame aurait pu être évité, on pense tout de suite, dans le cas des États-Unis, à rendre davantage accessibles les dossiers psychiatriques. On veut améliorer la sécurité du protocole en amplifiant les données. Les protocoles sont rafistolés comme un logiciel qu'il faut protéger avec des rustines successives. Faut-il pour cela sacrifier les libertés publiques ? La menace de tels passages à l'acte s'ajoute aux menaces terroristes pour alimenter la psychose sécuritaire. Le danger menace. À vouloir tout savoir, on oublie cependant l'étrange paradoxe qui veut que le protocole standard passe à côté du cas extraordinaire. Celles qui ne se fiaient qu'à leur écoute de la singularité ont seules perçu à quel point le jeune homme était malade. N'y aurait-il pas là matière à interroger le goût scientifique de ne se fier qu'à l'évaluation comme guide de l'action ?

1. Les failles des techniques de mesure : essais cliniques randomisés (ECR), méta-analyses, groupes contrôlés

Un rapport du Conseil supérieur d'hygiène belge⁴⁶, produit en vue de permettre l'établissement d'une loi sur les psychothérapies, énonce ainsi le problème central de l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies :

En général, il y a peu ou pas de différences entre les thérapies sérieuses (le fameux *Dodo bird verdict*, Luborsky et al., [2002]) [...] Les processus interpersonnels (comme la construction d'une alliance de travail), la personne et l'expertise du thérapeute (sans tenir compte de l'orientation à laquelle celui-ci appartient) s'avèrent avoir davantage d'impact sur la variance des effets que les techniques spécifiques utilisées.

Le débat date de 30 ans. La référence au dodo est un hommage à Lewis Carroll (1989). On se souvient qu'au deuxième chapitre d'*Alice au pays des merveilles*, l'héroïne rapetisse et se trouve plongée dans la mare formée par les larmes qu'elle avait versées lorsqu'elle mesurait 2 mètres 75. Une souris la rejoint, puis divers animaux : « Il y avait un canard et un dodo, un lori et un aiglon, et nombre d'autres créatures bizarres. » Cette bande d'animaux réunit par jeu de signifiants les amis de l'auteur. Dans « *duck* », il faut

46. Conseil supérieur d'hygiène belge, année, p. 15-16. Voir aussi les références auxquelles renvoie ce passage.

entendre le nom de l'ami de collègue de Lewis Carroll, Robinson Duckworth ; dans « *lory* » (perroquet) et « *eagle* » (aigle), les Charles sœurs d'Alice, Lorina et Edith Lidell, et dans « dodo », le nom de l'auteur Charles Dodgson. Il est à noter que le dodo est un animal disparu, qu'*Alice* est paru en 1865, et que *L'Origine des espèces* de Charles Darwin date de 1859. Le dodo, nom sans référence, est spécialement adéquat pour distribuer les prix après le concours ouvert pour savoir comment se sécher. La souris propose un procédé sémantique, une histoire « aride, la plus propre à vous faire sécher sur pied » qu'elle connaisse. Le dodo propose, lui, un procédé asémantique, « *a caucous race*⁴⁷ », une course « à la Comitarde », dont nul ne sait ce que c'est. Chacun l'interprète à sa façon et se met à courir. Lorsqu'ils ont

couru pendant une demi-heure environ et qu'ils [sont] tout à fait secs, le dodo proclam[e] soudain : « La course est terminée ! » [...] « Mais qui a gagné ? » [...] « *Tout le monde* a gagné, et *tous*, nous devons recevoir des prix ». (Carroll, 1989, p. 58).

Cette solution élégante à une épreuve dont chacun ignore le contenu exact, où l'information est inégalement distribuée, dissymétrique, mais où chacun sort gagnant, anticipe sur l'énoncé d'un problème qui occupera les logiciens et les mathématiciens au siècle suivant. Existe-t-il des jeux sans perdants, c'est-à-dire des jeux à somme non nulle, mathématiquement formulables ? John Nash reformule cette question à la fin des années 1950. Les « équilibres de Nash » désignent en effet des jeux où, quel que soit le comportement des joueurs, coopératifs ou non, un équilibre est atteint. S'agirait-il d'un phénomène de cet ordre pour les thérapies de « bonne foi » ? Si on les mesure, leur efficacité est plus ou moins équivalente⁴⁸. C'est la volonté, l'*hubris*, de passer au-delà de cette limite qui a fait l'étonnante exception de l'expertise collective de l'Inserm (2004). Elle est épinglée comme telle par le rapport belge (Conseil supérieur de l'hygiène, 2005) :

Une exception remarquable est celle du récent rapport de l'Inserm (2004) qui se présente comme la première recherche comparative qui, à l'exception des troubles de la personnalité, aurait montré la supériorité des thérapies cognitivo-comportementales sur les autres psychothérapies. Les biais méthodologiques qui ont abouti à de tels résultats ont cependant été largement explicités.

Ils ne l'ont pas été suffisamment. Ce premier « exploit » de l'Inserm fut suivi de deux autres expertises collectives, celle sur l'autopsie psychologique du suicide et celle portant sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Toutes trois refusaient de prendre en compte les rejets du milieu. Cette indifférence même désignait une volonté. Il est apparu

47. « *Caucus* » est encore un terme de la vie politique américaine. Il désigne ces rassemblements de sympathisants déclarés d'un parti qui votent pour l'investiture d'un candidat.

48. Conseil supérieur d'hygiène belge, 2005. Les auteurs se réfèrent ici aux rapports concernant la santé mentale que l'OMS a publié en 2001, 2002, 2003 et 2005.

opportun à un groupe de scientifiques d'appliquer sans ménagements et sans préparations à notre contexte les recommandations du National Institute of Mental Health (NIMH) américain à partir de 1985, la seule façon de forcer l'issue du problème du « dodo » étant le recours à une méthode très particulière : celle des essais cliniques comparés utilisés pour délivrer les autorisations de mise sur le marché des médicaments. Le groupe à l'origine du biais méthodologique du rapport français a choisi de ne retenir que l'approche des ECR en parlant à l'occasion d'essais clinique de « troisième génération, disqualifiant tout autre méthode », alors qu'un séminaire du NIMH en décembre 2002 sur l'évaluation des psychothérapies constatait que :

en dépit de progrès substantiels, les ECR ont été l'objet d'un examen attentif et ont été critiqués pour leur manque de validité externe, leurs coûts élevés, et leur faible capacité de traiter les questions cruciales concernant la dissémination des interventions⁴⁹.

La méthode suppose de soutenir l'identité entre psychothérapie et médicament, qui seule permet de justifier le recours unique à ce mode de mesure. Pourtant, un psychiatre anglais, S. Rose (2005, p. 28) relève que le « modèle » dopaminergique revient à un raisonnement du type : « l'aspirine soulage le mal de tête, donc le mal de tête est causé par un déficit d'acide acétylsalicylique ». Les interprétations des efficacités mesurées dans ces essais peuvent alors donner lieu à des réinterprétations douloureuses.

Avec les ECR, le contraste entre l'affirmation de la scientificité de la méthode et la difficulté à en tirer des enseignements pour la communauté des praticiens est constant. L'évaluation des effets désinhibiteurs des antidépresseurs est un exemple frappant. C'est pourquoi les résultats d'une étude⁵⁰ sponsorisée par le NIMH, et non par un laboratoire, étaient spécialement attendus. Or les résultats de cette étude dans un premier temps inquiètent. La pharmacothérapie seule n'est efficace que dans 60 % des cas. De plus, l'étude ruine les espoirs engendrés par des expertises comme celle de l'Inserm de 2004. En effet, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ne s'y démontre pas plus efficace que le traitement par le placebo. La psychothérapie s'y trouve donc pratiquement disqualifiée comme traitement préventif du suicide.

Dès la publication des résultats, une angoisse traverse le milieu. Comment rassurer les patients et leurs parents, comment les aider à trancher entre les risques présentés par les antidépresseurs et l'inefficacité des « psychothérapies » représentées par les TCC ? Les experts rassurent en soulignant que les résultats sont moins décourageants qu'ils n'en ont l'air (Carrey, 2004). Après tout, bien que les résultats ne soient pas significatifs, la psychothérapie

49. « Psychotherapeutic interventions : how and why they work », séminaire du NIMH, décembre 2002, cité par Thurin, 2005a.

50. Les premiers résultats de cette étude ont été présentés en juin 2004 (March et al., 2004).

par TCC a eu de l'effet sur 43 % des patients, ce qui est légèrement supérieur aux 35 % améliorés par le placebo. Les universitaires américains sont mobilisés. Ils remettent à leur place les données statistiques qui ne rendent pas compte des variations individuelles, et font alors valoir que les résultats dépendent en fait bien plus des cas particuliers et des thérapeutes que des statistiques générales. Bref, on retrouve l'interprétation habituelle du « verdict du dodo ». Certains soupçonnent que les adolescents sont trop dévorés par leurs émotions pour avoir l'attitude d'auto-observation qui sied aux TCC : ils se soumettent moins aux devoirs de prises de note et d'observation continuelle de soi. Pour finir, et pour apaiser les esprits, on en conclut qu'il faut avoir des entretiens réguliers avec l'adolescent, spécialement à cause des risques de suicide.

La disparité des règles de prescription des antidépresseurs suivant les pays et la difficulté d'établir des guides de bonne pratique témoignent de contradictions irréductibles. Une méta-analyse d'avril 2007 se fondant sur 27 travaux différents confirme que :

[...] il existe une élévation du risque de suicide et de pensées suicidaires chez les enfants et les adolescents qui reçoivent un traitement antidépresseur. Mais celle-ci est si faible qu'elle ne remet pas en cause le rapport bénéfice-risque de ces médicaments.

Pourtant, les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) continuent à soutenir l'autre position :

La prescription d'antidépresseurs, si elle est envisagée, ne doit intervenir qu'en seconde intention, dans le cadre d'une dépression majeure⁵¹.

Le débat concerne également les adultes (Carey, 2005). Une étude affirme que le risque de suicide est presque doublé chez ceux qui prennent des antidépresseurs. Deux autres études anglaises concluent en revanche qu'il n'y a pas de risque significatif d'augmentation. À la lumière de ces résultats contradictoires, à qui et à quoi donc se fier ? Cipriani et al. (2005), qui commentent ces trois études dans leur article, en appellent pour finir au jugement clinique des praticiens et au bon sens utilitariste des patients. C'est au moins constater l'irréductibilité de l'acte médical et du choix du sujet devant l'incertitude. L'intolérance de l'incertitude a engendré des chimères. La mise en série d'études très différentes à l'aide de procédures statistiques produisant une équivalence formelle donne des assemblages baroques ressemblant aux visages d'Arcimboldo mélangeant tous les fruits et légumes d'une saison donnée. L'écart entre le luxe de présentations statistiques des méta-analyses et le contenu effectif de ce qui est mesuré est parfois saisissant. La méta-analyse de Smith et Glass qui, en 1980, a pour la première fois regroupé 475 études portant sur 25 000 sujets met sur le même plan des

51. Sur le site de Destination Santé. Source : *Journal of the American Medical Association*, 18 avril 2007, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

travaux effectués avec des étudiants volontaires et de véritables patients. C'est une des raisons pour lesquelles leurs conclusions ne reflètent pas la réalité de la pratique clinique courante. Si l'on s'arrête sur une des études faisant partie de la magnifique méta-analyse, on peut tomber sur des perles d'ineptie, par exemple cette psychothérapie brève évoquée à travers l'étude contrôlée de Strupp et Hadley (1979) :

Une population relativement homogène de 49 étudiants de 17 à 24 ans déprimés ou psychasthéniques au MMPI, recrutée par affiche et parmi les consultants du service de soin est confiée d'une part à des psychothérapeutes professionnels d'orientation psychanalytique et, d'autre part, à des enseignants sélectionnés sur la base de leur réputation pour leur empathie et la confiance qu'ils inspirent chez les étudiants. Le groupe « contrôle » est constitué d'étudiants sur listes d'attente [...]. Les résultats montrent que les patients ayant une psychothérapie avec les professeurs présentent, en moyenne, une amélioration significativement aussi importante que les patients traités par des thérapeutes professionnels expérimentés.

Ces soi-disant thérapies relèvent d'une sorte de jeu universitaire, d'une parodie de la vie universitaire digne d'un roman de David Lodge comme *Paradise Lost* sur le versant comique, ou encore d'un roman de J.M. Coetzee comme *Disgrâce*, sur un versant plus tragique. C'est un jeu cruel sur le maniement du transfert en milieu universitaire. La méta-analyse obtenue en incluant ce genre de pochade peut avoir toutes les perfections techniques, elle n'apprendra pas grand-chose sur le fond. Il y a peu de chances a priori qu'une trouvaille scientifique soit effectuée dans ce type de mesures qui tombent facilement sous le coup des critiques faites par John Ioannidis aux enquêtes en recherche médicale sous le titre provocateur « Pourquoi la plupart des résultats de la recherche sont faux » (Ioannidis, 2005).

Un autre obstacle à la transposition de la méthode est celui de l'établissement d'un groupe contrôle. Certains ont souligné l'aberration déontologique que constituerait la répartition aléatoire d'un ensemble de patients consultant pour des problèmes psychiques soit dans un groupe expérimental, soit dans un groupe contrôle. Comme le souligne le rapport belge, « on ne peut que rester effaré face à ce type de technique » (Conseil supérieur d'hygiène, 2005, p. 45-46)⁵². La question du groupe contrôle n'est pas non plus résolue après 20 ans de publications sur le thème. L'éditorial de l'*American Journal of Psychiatry* de janvier 2007 résume ainsi les dilemmes sur les groupes contrôles qui tentent d'être levés par les ECR : à maintenir

52. Les auteurs citent également ici les propos de Roger Perron et al. : « Comment des gens, s'il s'en trouve, qui s'appliquent ainsi à ne pas soigner peuvent-ils se croire et se dire « psychothérapeutes » ? Comment peut-on mentir de façon délibérée à des gens qui souffrent et demandent de l'aide ? » (Perron et al., 2004).

comme groupe de comparaison ceux qui sont renvoyés en file d'attente, on ne mesure que leur déception (Rifkin, 2007).

De plus, qu'est-ce qu'un groupe de comparaison dans un champ comme le nôtre où l'effet placebo est crucial ? Il est établi que 15 % des patients vont mieux dès le premier appel téléphonique fixant un premier rendez-vous, avant toute rencontre. Évidemment, il faut pour cela consentir à respecter la place du sujet supposé savoir plutôt que de vouloir le détruire par la randomisation autoritaire.

2. Les effets pervers de la mesure : des recherches en laboratoire à la clinique réelle

Les raisons de l'impasse des essais cliniques randomisés et de leur méthodologie présentée par certains comme une panacée ne sont pas contingentes, mais nécessaires. Inutile d'attendre la prochaine étude pour penser résoudre les contradictions et pouvoir se passer du jugement clinique par application d'un protocole standard.

Plus profondément encore, on constate que la transposition de ces méthodes bute sur trois obstacles. Le premier est l'impossibilité d'obtenir des groupes de population strictement homogènes. Le deuxième est l'assignation arbitraire, au mépris des attentes du patient et de son transfert préalable. Le troisième enfin est l'impossibilité d'obtenir une standardisation stricte du traitement psychothérapeutique. Pour soi-disant lever ces obstacles, les scientifiques sont prêts à tout.

Pour homogénéiser, ils sont prêts à segmenter et à saucissonner la clinique pour obtenir des cas où subsisteraient seulement des troubles purs. L'expertise Inserm distinguait 15 troubles segmentés, sans considération de la personnalité globale, pour ajouter ensuite une 16^e catégorie, les « troubles de la personnalité ». Comme par hasard, les thérapies psychodynamiques se révèlent plus efficaces lorsque la personnalité est prise en compte. Cette coupure artificielle entre trouble isolé et personnalité globale, artefact complet du dispositif, permettait de vanter les succès des TCC, dans 15 cas sur 16 ! On mesure 15 petites parties et, du tout, on fait une partie supplémentaire. Lacan (2005, p. 19), anticipant sur les développements de la psychologie contemporaine, dénonçait « la notion de conduite, appliquée de façon unitaire pour décomposer jusqu'à la niaiserie tout dramatisme de la vie humaine ».

Un effet particulièrement pervers du lit de Procuste de la mesure est l'effet d'exclusion produit sur une partie importante des consultants. Cet effet est spécialement dénoncé dans un long article (Westen et al., 2004), important, publié par des auteurs américains ayant pris le soin de dépouiller une importante littérature sur le sujet et qui en arrivent à la conséquence suivante : « Les traitements artificialisés en laboratoire ne nous parlent pas des conditions réelles de soins en santé mentale » (Ablon et Jones, 2002).

On le vérifie par les résultats du Programme collaboratif de recherche sur le traitement de la dépression⁵³ qui visait à évaluer l'efficacité comparée de la TCC et de la thérapie « interpersonnelle ». Cette étude, dont les résultats ont été publiés dès les années 1980, a produit des surprises. D'abord, elle a fait apparaître une efficacité comparable des deux psychothérapies dans la dépression majeure alors que le traitement médicamenteux était simplement un peu plus efficace dans les cas les plus sévères. Mais la vraie surprise n'était pas là. Elle résidait dans les écarts de résultats entre les différents centres d'étude, malgré la standardisation maximale des patients, des thérapeutes et des manuels qu'ils étaient tous censés appliquer. Comment rendre compte de tels écarts ? L'étude a alors été complétée par d'autres mesures affinées et des entretiens individuels, qui ont révélé que

la psychothérapie interpersonnelle se conformait encore plus au prototype de la thérapie cognitivo-comportementale qu'au sien propre. Autrement dit, les thérapeutes « interpersonnels » faisaient davantage une TCC que la leur propre et obtenaient de meilleurs résultats que les thérapeutes cognitivo-comportementalistes faisant des TCC⁵⁴ !

Les tenants des TCC s'intéressaient aux processus identificatoires tandis que ceux de la thérapie interpersonnelle n'étaient pas avares de conseils prescriptifs. Les écarts ne s'expliquaient donc ni par les thérapies, ni par les thérapeutes. Ils dépendaient des sujets eux-mêmes, selon qu'ils étaient plus ou moins « narcissiques ». C'était cette variable qui rendait le mieux compte des effets transférentiels et donc thérapeutiques effectivement obtenus. En définitive, le programme du NIMH articulait l'une des grandes régularités qui produit l'« effet dodo ». Dans un cadre aussi formaté, du fait de l'anticipation de l'évaluation, et malgré les manuels abstraits, l'effet de conformisation est assuré. Voilà ce que le « verdict du dodo » mesure en grande partie.

Il suffit donc que l'horizon de la mesure de l'efficacité thérapeutique rapide soit posé pour que l'homogénéisation se produise. Tout le monde fait la même chose et on le mesure. C'est sans doute cet effet d'uniformisation qui fait qu'en Suisse, à l'occasion des débats sur *Le Livre noir de la psychanalyse* (2005), et aussi *l'Antilivre noir de la psychanalyse* (2006) on

53. J.-M. Thurin (2005) le décrit ainsi : « engagé au milieu des années 1980 [et soutenu par le] National Institute of Mental Health, [ce programme voulait] tester l'efficacité de deux formes de psychothérapie de courte durée dans le traitement ambulatoire de patients déprimés, non bipolaires ni psychotiques, correspondant au diagnostic de troubles dépressifs majeurs. Les deux thérapies, dont l'efficacité avait été partiellement montrée dans des études antérieures, étaient la thérapie cognitivo-comportementale développée par Beck et al. à l'Université de Pennsylvannie et la psychothérapie interpersonnelle décrite par Klerman, Weissman et al. à New Heaven et Boston. »

54. J.-M. Thurin (2005) conclut : « de fait, ce que l'on nomme habituellement « effets non spécifiques » pourrait bien être la coexistence dans les différentes thérapies de facteurs techniques spécifiques : à processus équivalents, résultats équivalents. »

en revient au « verdict du dodo » (Despland, 2005), à la valeur du choix du patient et à la qualité du thérapeute.

L'effet de conformisation et d'homogénéisation peut aussi se produire à partir du moment où l'émulation avec les méthodes ECR, dites quantitatives, pousse à l'élaboration de méthodes qualitatives qui permettraient de mieux tenir compte de la complexité de la réalité clinique. Les auteurs du rapport belge en isolent quatre⁵⁵. L'Association psychanalytique allemande (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung [DPV]), de l'International Psychoanalytic Association (IPA), a pour sa part lancé une étude dite « qualitative⁵⁶ », pour évaluer les appréciations rétrospectives des patients sur leur psychanalyse ou leur thérapie psychanalytique et leurs effets plusieurs années après la terminaison de celle-ci. Publiés par l'*International Journal of Psychoanalysis* (Leuzinger-Bohleber et al., 2003), les résultats démontrent l'efficacité du traitement psychanalytique, à la fois du point de vue des patients – plus de 70 % d'entre eux faisant état de changements positifs dans différents registres⁵⁷ – et du point de vue des échelles d'évaluation de la symptomatologie, puisqu'elles « indiquent que la majorité des anciens patients ne sont plus perturbés au point d'être encore diagnostiqués comme cliniquement malades » (Conseil supérieur d'hygiène, 2005, p. 19-20). Les bienfaits individuels ne vont pas sans l'étude des prolongements utilitaristes pour le bien de tous, dans des termes proches de ceux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

Concernant les dépenses dans le secteur de la santé, cette étude a montré que les thérapies de longue durée ont aidé à réduire les coûts de manière permanente dans d'autres disciplines médicales. Ce fait a été mis en évidence par le nombre décroissant de jours chômés et de jours

55. Conseil Supérieur d'Hygiène, 2005, p. 16 : l'« *open clinical trial* dans des contextes naturels – certes sans groupe contrôle mais avec une plus grande validité externe ; la recherche sur les effets des processus, où sont recherchés les liens entre certaines variables de processus et les effets (intermédiaires) ; le « *case design* » multiple, au cours duquel l'évolution du processus peut être analysée en profondeur ; la recherche approfondie sur les procédures spécifiques et processus de changement ».

56. La première étape de cette recherche a été d'obtenir l'accord des psychanalystes, qui se sont prononcés à 89 % en faveur de cette étude. La seconde étape a été de déterminer un échantillon représentatif de tous les patients en traitement psychanalytique de longue durée s'étant terminé au cours de la période déterminée par l'étude ; cette étape n'a pas posé non plus de problème de recrutement ($n=401$). Le matériel était multiforme : entretiens enregistrés, questionnaires ouverts ou semi-ouverts. Les entretiens (deux pour chaque ancien patient, auxquels s'ajoutait un troisième avec l'ancien analyste) étaient enregistrés et étudiés avec les chercheurs. Voir Leuzinger-Bohleber et al., 2003.

57. Voici ce qu'en rapporte le Conseil supérieur d'hygiène (2005, p. 19) : « 75 % des patients ont rétrospectivement qualifié dans leur questionnaire leur état général de « mauvais » avant la psychothérapie et 81 % ont qualifié leur état général de « bon » après la psychothérapie ; 80 % des patients ont mentionné des changements positifs au cours du traitement de longue durée concernant leur condition psychique, leur croissance intérieure et leur vie relationnelle ; entre 70 et 80 % ont indiqué des changements positifs concernant leur capacité à se confronter aux événements de la vie, leur estime de soi, l'humeur ainsi que la satisfaction de leur propre vie et leur efficacité. »

d'hospitalisation. En outre, les coûts ont également diminué indirectement, que ce soit par une créativité et une efficacité professionnelle accrue, ou parce que des patients auparavant sans travail ont trouvé de nouveaux emplois, ou bien parce qu'était significativement augmentée leur capacité de réagir emphatiquement vis-à-vis de leurs propres enfants, ou parce qu'ils surmontaient l'isolement social en s'impliquant dans des enjeux sociaux et publics. (Conseil supérieur d'hygiène, 2005, p. 20)

On le voit, tout de l'humain est pris en compte dans cet utilitarisme sans rivage. Dans cette étude, rien n'est dit à propos du dévoilement de la vie privée qu'implique la constitution de telles listes après coup. Aucune interrogation n'est formulée quant à la suspension de toute confidentialité que cette étude implique. Pas le moindre questionnement quant à l'empressement à répondre manifesté par les anciens patients. Nous avons ici affaire à la mise en place d'un véritable panoptique par enquêteurs sociologiques interposés, mais à ce que Jacques-Alain Miller (2006) appelait un « Panopticon [...] au rabais », au nom d'évaluations qualitatives.

Distinguons encore les études qui mettent l'accent sur les préférences subjectives plutôt que sur la mesure des effets de conformité. L'Association américaine de psychologie (American Psychological Association [APA]) qui avait, depuis 1995, soutenu des études avec ECR s'oriente maintenant vers d'autres voies. Témoin un « rapport politique sur la pratique basée sur la preuve en psychologie élaboré par le groupe de travail présidentiel 2005 de l'APA » (Thurin, 2005). L'APA souhaite soutenir une approche qui permette de tenir compte des préférences du patient quant à son traitement plutôt que d'assignations autoritaires au hasard. L'adaptation à la situation particulière de chaque sujet suppose de tenir compte des attentes de chacun envers sa psychothérapie. Il faut passer d'une évaluation *evidence-based* à une évaluation *value-based*. L'assignation autoritaire et aléatoire introduit un biais en méprisant les valeurs de chaque sujet. Il y a ceux qui souhaitent parler ou savoir quelque chose de leur symptôme, et ceux qui souhaitent être débarrassés d'un trouble comme d'un corps étranger, sans rien vouloir en savoir. À l'aide de cette « valeur de compréhension », on reconstitue la place de la supposition de savoir que le sujet attribue, ou pas, à l'autre auquel il s'adresse. L'ensemble de cet effort collaboratif vise à encourager à continuer dans la voie de l'évaluation, puisque l'évaluation qualitative peut être acceptable. Ces protestations de bonne volonté manquent de signaler qu'au-delà de la santé mentale, d'autres domaines du champ social ont déjà connu les effets pervers des techniques et de la rhétorique évaluative, et ont déjà subi les conséquences de l'évaluation généralisée, masquée sous les dehors de la nécessité de transparence. La volonté de voir, de rendre évidentes toutes les procédures, toutes les façons de faire, aboutit à l'écrasement du débat démocratique, réduit au silence par le calcul du meilleur résultat que permettrait le panoptique.

En Angleterre, l'Université et la recherche ont particulièrement souffert de la perte liée au prétendu « gain d'information évaluative ». Le plus d'information se paye d'un moins de confiance et d'une atteinte au lien social. Il suffirait de substituer à cet usage sociologique du terme de confiance le terme proprement psychanalytique de transfert pour nous y retrouver. Lorsqu'il s'agit du savoir et de la transmission, les sociologues eux-mêmes discernent l'importance du savoir implicite, le sujet supposé savoir, crucial pour la mise en place du transfert comme fondement de l'expérience (Strathern, 2000).

Après avoir constaté les effets destructeurs de la culture de l'évaluation sur l'Université et la recherche, et alors que certaines voix recommandent une contre-culture « qualitative » de l'évaluation, il nous faut refuser cette perspective. Les auteurs d'un livre collectif – coordonné par une chercheuse en sciences sociales de l'université de Montréal (Rodriguez Del Barrio et al., 2005) –, loin de partager la conception bio-psycho-sociale du symptôme enseignée par l'université rivale et anglophone McGill (grande productrice de rhétorique évaluative), insistent sur la nécessité de changer de perspective. Ils mettent l'accent sur les effets pervers de la standardisation des structures de soins selon des protocoles stricts, régis par des indicateurs quantitatifs. Cela devient spécialement important à mesure que se concentrent les dispositifs de distribution des soins. On souligne par ailleurs que la « complexité » des problèmes rencontrés dans le champ de la santé mentale nécessite le pluralisme⁵⁸, d'autant que les protagonistes sont confrontés à un « travail sur soi [qui] dépasse largement le contrôle des symptômes ». Poursuivant cette voie de recherche quant à des critères qualitatifs, les auteurs de l'ouvrage québécois sont alors amenés à proposer des indicateurs de qualité⁵⁹. Mais ne peut-on pas craindre que ces indicateurs n'aboutissent finalement à des effets de conformisation différents mais tout aussi présents ?

Pour résumer, nos critiques des résultats de l'évaluation, nous pouvons dire que la mesure, telle qu'elle est appliquée à la psychothérapie, ne prend en compte que les aspects les plus superficiels des processus en jeu et qu'elle tend à tout conformiser et homogénéiser. Elle n'apprend rien sur ce qui se passe vraiment. Il faut résolument tourner le dos à cette approche qui

58. « La complexité de ces problèmes confronte à une marge d'incertitude et devrait inciter à maintenir des espaces ouverts à l'expérimentation et à l'évaluation des pratiques à partir de critères et de points de vue pluriels : les problèmes graves en santé mentale s'accompagnent généralement d'un questionnement existentiel et profond pour les personnes qui les vivent » (Rodriguez Del Barrio et al., 2001, p. 220).

59. Le cadre dans lequel se situent les auteurs « propose des critères et des indicateurs de qualité qui permettront d'évaluer les résultats, les pratiques, l'organisation des services dans la collectivité ainsi que les mécanismes institutionnels nécessaires pour garantir son application et assurer la prestation de services de qualité. Il concerne particulièrement le secteur de la santé mentale, mais introduit des considérations et un modèle de réflexion qui [peuvent] être [appliqués] à bien d'autres domaines de la santé et des services sociaux » (Rodriguez Del Barrio et al., 2005).

tend à produire des thérapies standardisées pour troubles formatés. Il s'agit de former des psychanalystes capables d'appliquer au mieux la psychanalyse au patient qui s'adresse à eux, en tenant compte de la complexité du contexte de la demande. Il s'agit de toujours discerner dans une situation son caractère extraordinaire, au lieu de la réduire au lit de Procuste d'un protocole standardisé.

3. L'expertise et le contrôle de ses dégâts collatéraux

Les violences qui ont secoué les banlieues françaises en novembre 2005 ont mis au premier plan la volonté des gouvernants de promouvoir l'étude des comportements violents afin de déterminer comment les prévenir. Les experts en gestion biopolitique des populations ont été convoqués pour calmer l'angoisse. L'audition publique *Prise en charge de la psychopathie*, organisée par la Haute autorité de santé (HAS), et ouverte à un public assez large de 300 personnes les 15 et 16 décembre 2005, peut être considérée comme un exercice de marketing sur le même sujet, à l'envers de l'Inserm. Déjà, la formulation de l'intitulé a tout son prix. Au lieu de partir d'un « trouble » défini de façon floue, l'audition porte sur les indications de « prise en charge de la psychopathie ». Le terme de psychopathie est un terme de la tradition clinique, même s'il avait tendance à en disparaître. Au lieu d'affirmer une volonté de remplacer la clinique par un savoir issu d'enquêtes statistiques, il s'agit que des professionnels en exercice auditionnent des communications portant non seulement sur des études biologiques, mais également sur des études cliniques. La bibliographie fournie ne se cantonne pas à des études statistiques anglo-saxonnes.

Pourtant, il n'en subsiste pas moins une opposition entre ceux pour qui, à l'avenir, l'échelle d'évaluation doit supplanter la clinique dans la pratique du psychiatre, seul chemin scientifique vers l'objectivation, et ceux qui souhaitent ne pas perdre de vue la souffrance subjective au centre de la clinique.

Dans une revue* qui rend compte de cette audition publique, la rédaction soutient ainsi le projet des expertises collectives malgré les réactions extrêmement vives qu'elles ont soulevées en essayant de réconcilier les deux camps. Le même jour de l'audition est celui où Xavier Bertrand, ministre de la Santé, déclare : « C'est la souffrance de l'enfant qu'il faut s'attacher à traiter », et refuse le principe d'équivalence entre trouble du comportement et délinquance. Le directeur de l'Inserm en difficulté sur ses « expertises » s'est alors rabattu sur le terme magique de « recherche » pour surmonter l'écart avec les cliniciens (Bréchet, 2006). Il confirme que l'Inserm, dans sa mission de recherche, restera à l'écoute des cliniciens. Il faut pourtant convaincre sans relâche des vertus de l'*evidence-based medicine* (EBM) qui vise à remplacer la clinique soi-disant fondée sur la simple intuition par les résultats de la

* *Pour la recherche*, bulletin de la Fédération française de psychiatrie, n° 51, décembre 2006.

recherche fondée sur la série statistique. Les partisans de la méthode considèrent que, puisqu'il s'agit d'un conflit entre institution et savoir, les hommes de bonne volonté ne peuvent s'opposer aux lumières du savoir. Les intuitions des cliniciens doivent enfin laisser la place aux preuves établies par l'« épidémiologie clinique », qui était le premier nom de l'EBM.

C'est cette opposition de type bergsonien entre intuition et preuve qu'il faut mettre en doute. Il s'agit plutôt de l'opposition entre science et technique. Les techniques statistiques peuvent être fort complexes, elles n'en laissent pas moins de côté le fait qu'elles ne comblent pas les failles du savoir scientifique. Les séductions de l'EBM passent avant tout par la promesse d'aller au-delà des limites de la science par l'empire de la mesure. Mais c'est une mesure affolée, car précisément elle va au-delà des bornes assignées par la certitude scientifique. C'est cet effet qu'explore de façon technique l'article de John Ioannidis (2005) cité plus haut lorsqu'il note que la probabilité qu'une technique de mesure obtienne un résultat scientifiquement probant dépend de son articulation préalable à une véritable certitude scientifique. Cependant, l'EBM séduit en même temps qu'elle affole parce qu'elle soulage les cliniciens de l'angoisse de leur acte et de sa singularité. Il n'y a plus à s'angoisser de la décision dans un contexte d'incertitude ; il suffit de se contenter de suivre le protocole établi pour tous les cas et garanti par la mesure. Pour les psychothérapies, l'évaluation est une voie d'impasse particulière. Elle affole par ses fausses prétentions scientifiques et elle ne peut soulager le psychothérapeute de la singularité de son acte.

La perspective de l'évaluation et de la mesure généralisée suppose, comme l'ont très bien isolé J.-A. Miller et J.-C. Milner (2004), un consentement du sujet. C'est même l'essentiel du résultat produit. Le consentement du sujet à sa résorption dans l'uniformité conformisante est l'effet le plus précieux de la méthode. Chacun en vient à condamner lui-même sa différence et sa singularité.

Ceux qui se sont engagés dans la voie de l'évaluation et veulent y engager le mouvement psychanalytique doivent savoir qu'ils buteront toujours sur le *double-bind* dans lequel les mesureurs enferment les psychanalystes. Un partisan de l'évaluation qualitative le disait très bien sur son site :

J'ai eu des conversations extraordinaires avec les gens du NIMH là-dessus, il n'y a pour eux aucune raison de tester l'efficacité à long terme des psychothérapies puisqu'elles n'ont pas démontré leur efficacité à court terme (ce qui est d'une part faux au regard des méta-analyses, et d'autre part un piège car les psychothérapies à long terme ne peuvent être testées à court terme)⁶⁰.

Il en déduit qu'il ne reste au mouvement psychanalytique qu'à financer ces études lui-même et que cela doit être une dépense prioritaire. Les sirènes de cette position, surtout si elles sont éloquentes, ne pourront masquer qu'étant donné les impasses de l'évaluation, c'est une voie de perdition pour le mouvement psychanalytique dans son ensemble.

60. D. Westen, www.psychsystems.net

Bibliographie

- ABLON J.S., JONES E.E. (2002), « Validity of controlled clinical trials of psychotherapy : findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program », *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, p. 775. (article disponible sur le site de l'AJP : <http://ajp.psychiatryonline.org>).
- BRECHOT C. (2006), intervention dans le cadre du Colloque Inserm « Trouble des conduites », *Pour la Recherche*, n° 51, décembre.
- CAREY B. (2004), « Pills or talk ? If you're confused, no wonder », *The New York Times*, 8 juin.
- CAREY B. (2005), « Antidepressant safety debate may include adult patients », *The New York Times*, 18 février.
- CARROLL L. (1989), *Alice au pays des merveilles*, in *Œuvres*, t. 1, Paris, Robert Laffont, coll. « Bouquins ».
- CIPRIANI A., BARBUI C., GEDDES J.R. (2005), « Suicide, depression, and antidepressants », *BMJ*, vol. 330, n° 7488, p. 373-374.
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE BELGE (2005), *Psychothérapies : définitions, pratiques, conditions d'agrément*, AVIS n° 7855 du Conseil supérieur d'hygiène. Disponible sur le site internet du service public fédéral (SPF) Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.
- DESPLAND J.-N. (2005), « Freud cloué au pilori », dossier réalisé par Sonia Arnal et Daniel Sibony, *L'Hebdo*, n° 41, 13 octobre, p. 24.
- DEWAN S., SANTORA M. (2007), « Official knew troubled state or killer in '05 », *The New York Times*, 18 avril.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (dir.) (2005), *Prise en charge de la psychopathie*, audition publique des 15 et 16 décembre, Paris.
- INSERM (2004), *Psychothérapie. Trois approches évaluées* (CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B., FLAMENT M.), Paris, INSERM.
- IOANNIDIS J. (2005), « Why most published research findings are false », *PloS Medicine*, 2 (8) : e124.
- LACAN J. (2005), *Le Triomphe de la religion*, Paris, Le Seuil.
- LEUZINGER-BOHLEBER M., STUHR U., RÜGER B., et al. (2003), « How to study the "quality of psychoanalytic treatments" and their long-term effects on patients' well-being. A representative, multi-perspective follow-up study », *International Journal of Psychoanalysis*, 2003, n° 84 (2), p. 263-290.
- MARCH J., SILVA S., PETRYCKI S., et al. (2004), « Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 292, n° 7, p. 807-820.
- MEYER C. (éd.) (2005), *Le livre noir de la psychanalyse*, Paris, Les Arènes.
- MILLER J.-A. (éd.) (2006), *L'anti-livre noir de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil.
- MILLER J.-A. (2006), « Lacan, pour de vrai », *Le Monde des Livres*, 20 janvier.
- MILLER J.-A., MILNER J.-C. (2004), *Voulez-vous être évalué ?*, Paris, Grasset.
- PERRON R., BRUSSET B., BARUCH C., et al. (2004), « Quelques remarques méthodologiques à propos du rapport Inserm *Psychothérapie. Trois approches évaluées* », <http://www.spp.asso.fr/Main/Actualites/Items/24.htm>.
- RIFKIN A. (2007), « Randomized controlled trials and psychotherapy research », *American Journal of Psychiatry*, vol. 164, n° 1, p. 7-8.
- RODRIGUEZ DEL BARRIO L., BOURGEOIS L., LANDRY Y., et al. (2005), *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

- RODRIGUEZ DEL BARRIO L., CORIN E., POIREL M.-L. (2001), « Le Point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie. Une voix ignorée », *Revue Québécoise de Psychologie*, vol. 22, n° 2, p. 220.
- ROSE S. (2005), « Will science explain mental illness ? », *Prospect*, n° 115.
- SMITH M., GLASS G., MILLER T. (1980), *The benefits of psychotherapy*, Baltimore, John Hapkins University Press.
- STRATHERN M. (2000), « The tyranny of transparency », *British Educational Research Journal*, vol. 26, n° 3.
- STRUPP H.H., HADLEY S.W. (1979), « Specific vs non specific factors in psychotherapy », *Arch Gen Psychiatry*, n° 36, p. 1125-1136.
- THURIN J.-M. (2005a), « Le Programme collaboratif de recherche sur le traitement de la dépression », disponible sur le site *Techniques psychothérapeutiques*.
- THURIN J.-M. (2005b), « Une évolution de la conception de la pratique basée sur la preuve à l'Association Américaine de Psychologie (APA) ? », disponible sur le site *Techniques psychothérapeutiques*.
- Thurin J.-M. (2007), *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*, Paris, Dunod.
- WAMPOLD B.E., *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*, Mahwah (NJ), Lawrence Erlbaum Associates, 2001.
- WESTEN D., NOVOTNY C.M., THOMPSON-BRENNER H. (2004), « The empirical status of empirically supported psychotherapies. Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials », *Psychological Bulletin*, 2004, vol. 130, n° 4, p. 631-683.

CHAPITRE 17

Thérapies molles, pathologies flexibles et logique évaluative*

R. Gori

En réalité, une société s'exprime positivement dans les maladies mentales que manifestent ses membres ; et cela, quel que soit le statut qu'elle donne à ces formes morbides [...]. Comment notre culture en est-elle venue à donner à la maladie le sens de la déviation, et au malade un statut qui l'exclut ? Et comment, malgré cela, notre société s'exprime-t-elle dans ces formes morbides où elle refuse de se reconnaître ? (Foucault, 1954, p. 75).

Afin de parvenir à cette civilisation « médico-économique » du sujet, la psychiatrie postmoderne se devait de décomposer et de recomposer son paysage normatif au profit de notions « flexibles » et de « troubles du comportement », et aux dépens du concept de « souffrance psychique ». Trois thèses organisent ce travail :

- la médecine et la psychologie ne sont pas seulement des rationalités scientifiques ou des pratiques professionnelles, mais elles constituent aussi des *pratiques sociales* qui participent au gouvernement des conduites. Depuis le XVIII^e siècle, la médecine ne cesse d'ouvrir des états généraux infinis de contrôle social des populations au nom de la raison sanitaire et de l'hygiène publique. Dans cette « médicalisation de l'existence » (Gori et Del Volgo, 2005), la psychologisation du social n'a constitué qu'une annexe, une résidence secondaire de cette « biopolitique » ;

* Ce texte a fait l'objet d'une conférence aux X^e Journées de Psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveyran, « Nouvelles cliniques, nouvelles pratiques. Implications thérapeutiques et transmission », Marseille, 3 mars 2006.

- les diagnostics et les traitements psychiatriques se révèlent un *enjeu essentiel* de cette normalisation des conduites et de la naturalisation des normes sociales. C'est à la psychiatrie – rebaptisée santé mentale – que l'on confie la tâche de construire des normes et de définir des déviations sociales en masquant leur dépendance culturelle, sociale et politique. Depuis le XIX^e siècle, la psychiatrie n'a eu de cesse d'être sollicitée pour constituer un *sujet éthique*. C'est la raison pour laquelle la géopolitique de cette discipline s'est située volontiers dans le pli du médical et du juridique ;
- dès lors que l'on veut bien admettre que les diagnostics et les traitements naissent dans une « *niche écologique* », il convient de se demander où nous en sommes depuis 25 ans. Quelles *mutations anthropologiques* des normes, des contre-conduites et de leurs prises en charge se déduisent de l'avènement du DSM-III (1980), de son règne et de son impérialisme ? Une fois admis que cette mondialisation des DSM repose davantage sur une soumission idéologique que sur une validité scientifique, il convient de se demander si la *flexibilité* des systèmes classificatoires des pathologies ne constitue pas un des opérateurs essentiels pour la « marchandisation » de la santé mentale et la prolifération des *thérapies molles* qui l'accompagne ? Ces thérapies molles se révèlent tout autant sources de profit économique que de conformisme social, tendant à venir remplacer les traitements traditionnels de la psychopathologie. Elles favorisent l'adhésion des masses à une « société de la peur » que produisent et justifient les systèmes sécuritaires.

1. Des thérapies molles pour l'individu postmoderne

La relation thérapeutique en psychopathologie n'en finit pas de se décomposer, dans tous les sens du terme. Au « prendre soin » du psychothérapeute traditionnel se substituent maintenant l'éducation sanitaire, le *coaching* de l'infirmier ou du psychologue auquel on a délégué la tâche de devoir recycler le vieil humanisme médical dans des protocoles de réhabilitation sociale.

Il s'agit de toujours davantage analyser l'individu et son environnement comme une somme de différents facteurs analysables par des approches cognitivo-instrumentales. Ces thérapies molles sont davantage sécuritaires que disciplinaires. Elles sollicitent le consentement du patient à se soumettre librement à des traitements pharmacologiques ciblés et à des programmes de maintenance sociale, l'expert n'intervenant que lorsque l'auto-gouvernement des conduites se révèle défaillant. La cible thérapeutique n'est plus la réorganisation de la personnalité, mais la gestion bureaucratique et technocratique des risques et des défaillances.

Il s'agit d'incliner toujours davantage le soin psychique vers des *techniques d'accompagnement* psychologique et de contrôle social qui concilient

à la fois le souci d'inciter l'individu à un travail sur soi qui le conduise à s'autocontrôler et à une biopolitique des populations qui permet de médicaliser la déviance. Les thérapies molles ne manquent pas dans le paysage actuel de la psychopathologie.

1.1. Un « *psychobuilding* » des patients⁶¹

Depuis une vingtaine d'années, l'ombre portée de l'entreprise et de sa puissance informante envahit le champ des pratiques de soin (Vigarelo, 1993) par une recomposition des relations thérapeutiques et de l'éducation sanitaire à partir du modèle des techniques d'influence et de persuasion qui lui sont spécifiques.

Les conceptions de l'alliance thérapeutique et les programmes d'éducation sanitaire qui s'en inspirent se trouvent actuellement déchiffrés par une grille d'intelligibilité importée du monde de l'entreprise et du milieu sportif : le *coaching*. Je voudrais évoquer cette prolifération du *coaching* santé dans ce qu'il convient maintenant d'appeler un marché du soin, l'analyser comme un symptôme, le symptôme de cette *civilisation économique* des malades et des soignants, qui non seulement recompose le paysage anthropologique de la maladie et du soin, mais dévoile encore la manière dont notre culture traite le sujet singulier autant que le collectif.

Rappelons très brièvement ce qu'est le *coaching*. Il s'agit de techniques extrêmement hétéroclites, d'un bric-à-brac de manœuvres psychoéducatives allant de la programmation neurolinguistique aux thérapies cognitivo-comportementales en passant par l'analyse transactionnelle, la Gestalt-thérapie, sans oublier bien sûr les références appuyées à la psychanalyse et à la maïeutique socratique. Il s'agit de permettre à un individu, qui se présente comme un « entraîneur » à la fois de l'ontologie et de la productivité, d'en aider un autre en le plaçant dans un état de disposition psychique apte à lui faire améliorer ses performances ou à surmonter des épreuves. Bref, le *coach* est la figure moderne du mentor, du pédagogue et du philosophe qui, dans l'Antiquité, permettait à un sujet de se découvrir lui-même pour mieux connaître le fonctionnement des hommes et de la Cité.

Le *coaching* se révèle comme une relation d'aide s'inscrivant très précisément au croisement des pratiques psychologiques de développement personnel et des techniques de manipulation et d'influence du management de l'entreprise néolibérale. Le *coaching* s'offre ainsi comme une *psychothérapie économique*, économique dans les deux sens du terme. D'un côté, le *coaching* économise un travail psychothérapeutique authentique, et ce quelle que soit la méthode considérée, en prétendant se rapprocher des « thérapies brèves ». De l'autre, le *coaching* étend la matrice de l'analyse économique à des problèmes qui ne se manifestent pas sous cette apparence. Cette matrice d'intelligibilité permet que tout puisse être formulé

61. Voir Gori, 2006 ; Gori et Le Coz, 2006.

en termes de profit, de calcul d'intérêt ou de stratégie pour un nouvel homme performant. Même s'il ne se réduit pas seulement à ce postulat, le *coaching* procède clairement de cette vision du monde où le sujet humain se présente sous la forme de sa *rentabilité comportementale*. Dans une telle culture, l'axiome éthique qui informe ces pratiques de développement personnel consiste à annoncer à chaque individu une bonne nouvelle : vous êtes une micro-entreprise et nous allons essayer d'optimiser votre taux de rentabilité comportementale en vous apprenant par des exercices psychiques, de préférence brefs et simplistes, à mieux vous ajuster aux exigences économiques et politiques de votre environnement, tout en vous promettant le maximum de profit personnel et de jouissance individuelle. Cette annonce fait partie de la promotion d'une telle culture : nous vous apprendrons à être efficace sans avoir à vous poser de questions.

Enfin, le *coaching* se présente comme une réponse anthropologique de la postmodernité et de la postpolitique à la crise du sens et des valeurs de notre culture. Selon certains théoriciens, le *coaching* permettrait une « co-construction » (Angel et Amar, 2005, p. 18) du sens et des valeurs individualisées et individualisantes face à l'affaiblissement des repères traditionnels des systèmes confessionnels, familiaux et politiques. L'extension hyperbolique du *coaching* dont je viens de parler s'explique par la niche écologique de notre culture et des valeurs qui la fondent. C'est la raison pour laquelle, à l'heure actuelle, toute l'existence peut se trouver gérée par de multiples *coachings* à chaque fois centrés sur la personne pour davantage optimiser compassionnellement ses ressources biopsychosociales. Aux États-Unis, cela se nomme « *life coaching* ». C'est-à-dire qu'en théorie il n'y a pas de secteur de la vie professionnelle ou personnelle qui puisse échapper au *coaching* conçu comme une « réponse potentielle à un champ quasi infini de problématiques ». Face à la crise du lien social, « la diffusion du *coaching* de la personne apparaît ainsi comme une tentative de recréer du lien social » (Angel et Amar, 2005, p. 120).

J'ai donné ailleurs (Gori, 2006) l'amplitude impressionnante du rayon d'action du *coaching* aujourd'hui dans le domaine de la santé : *coaching* pour les patients atteints de cancer, *coaching* pour la gestion du stress, *coaching* pour la prise en charge de patients atteints de sida, de diabète, d'obésité, d'insuffisance cardiovasculaire, etc. Le *coaching* sert à tout et se révèle dans le domaine de la santé un facilitateur de changement miraculeux. Il constitue une véritable panacée qui permet d'améliorer l'observance et de susciter de merveilleux comportements de prévention. Bref, ce sont l'hypnose et ses effets à tous les étages enrobés ici du jargon savant de l'expertise, relayés massivement par les médias, amplifiés par les programmes d'éducation sanitaire et financés par les laboratoires, les pouvoirs publics et les collectivités territoriales.

Dans la plupart de ces expériences, le suivi médical et le dépistage sanitaire sont remplacés par des suivis infirmiers ou diététiques pratiqués essentiellement par téléphone, dénommés *coaching*. Ces expériences

bénéficient d'expertises fort savantes et de financements soutenus à grande échelle.

1.2. Évaluation des symptômes cibles

Dans ce quadrillage sanitaire qui s'impose depuis le XVIII^e siècle comme pratique de normalisation sociale, le *dépistage* constitue un enjeu essentiel dans la mesure où il procède d'une évaluation des risques, opérateur dont Foucault a montré l'importance dans la biopolitique des populations. L'évaluation des risques se révèle comme le pli au sens philosophique du terme, entre le politique, le social et la civilisation scientifique des mœurs. Par exemple, le *coaching* santé constitue une anticipation et une surveillance des résistances au traitement conçues comme une forme mineure de délinquance sociale, une contre-conduite aux normes des pratiques de soin et d'hygiène. Cette surveillance du *coaching* s'effectue en masse, de manière souple, indolore et médiatisée, apte à produire un consensus quant aux bonnes pratiques de vie individuelle et collective. Ce sont donc de véritables dispositifs d'*initiation sociale* qui se mettent en place avec une fonction civilisatrice non seulement pour les coachés, mais encore pour les coachs eux-mêmes.

Un exemple parmi d'autres révèle la fonction civilisatrice des systèmes actuels d'évaluation (voir Milner, 2005 ; Miller et Milner, 2004). Dans un article d'Ariane Ballat intitulé « "Transmissions ciblées" : quand la philosophie des soins fait le lit du libéralisme », nous voyons que, depuis plusieurs années, les hôpitaux universitaires genevois ont mis en place un nouveau système de communication des informations en lien avec l'introduction du dossier de soins informatisé. Avec ce nouveau système dénommé « transmissions ciblées », les soignants ne sont plus libres de leurs écrits et de leurs paroles, et doivent dorénavant se référer à un répertoire qui liste une série limitée de problèmes, ou cibles, auxquels il faut répondre suivant une grille préétablie. Cette rationalisation des soins permet aussi une économie de temps et d'argent dont elle devient l'alibi. C'est bien évidemment dans le domaine de la psychiatrie que ce type de *coaching* des *coachs* infirmiers pose le plus problème. On voit ici l'absurdité d'une logique de machine à soigner dans laquelle le système formel de fiabilité administrative et économique prévaut sur la validité du soin lui-même.

Là, il ne s'agit plus de comportements alimentaires ou de suivis de prescriptions médicamenteuses⁶², mais tout simplement de contrôler la manière de se comporter et de vivre. Cette normalisation de l'existence se fait au nom d'une civilisation des mœurs pour la jouissance de chacun et le bien-être de tous. Bien évidemment, il s'agit de dépister le plus précocement

62. Chaque jour apporte à ces campagnes téléphoniques leur lot de satisfaction (*Le Quotidien du Médecin* du 9 décembre 2005 : « L'accompagnement téléphonique est bénéfique pour l'observance »).

possible les signes de contre-conduite et de déviance sociale afin de les surveiller et de les corriger.

2. Des pathologies flexibles masquées par les catégories diagnostiques

En un mot comme en cent, pour prévenir les « troubles mentaux », on va les dépister le plus précocement possible et les traiter préventivement. Il fallait y penser. Quand on connaît les problèmes de validité et de fiabilité des diagnostics psychiatriques, on ne peut que légitimement s'inquiéter de telles dérives. C'est le moment logique où, pour permettre à la psychiatrie qui avait remplacé la médecine aliéniste de se transformer en santé mentale, il fallait impérativement démembrer les objets qui faisaient la spécificité de ses paradigmes : la folie, l'angoisse, la souffrance névrotique et le délire.

Pour ce faire, il fallait déconstruire la spécificité des objets de la psychiatrie traditionnelle en les remplaçant par la notion extrêmement flexible de « troubles du comportement » ; ce à quoi s'est voué le DSM-III, essentiellement en morcelant le continent psychique de la névrose. Freud considérait que la névrose n'était pas « une invasion morbide dans le psychisme » mais constituait son « essentielle réalité » (Freud, 1900). C'est-à-dire que la névrose révélait les manières de penser la psychopathologie quotidienne de l'homme en conflit avec lui-même. La culpabilité et l'angoisse qui se déduisent de cette conception du psychisme et du lien social situaient trop la psychiatrie au voisinage de la connaissance tragique. Comment s'en débarrasser tout en maintenant sous le magister médical le contrôle social des comportements existentiels ? Comment la psychiatrie pourrait-elle faire plus « médical » et en même temps étendre à l'extrême le champ d'un territoire de santé qui va jusqu'aux confins de l'intime au nom des idéaux du « bien-être » et du « mieux-être » ? *Là était le problème dont la pathologie flexible s'avère la solution.*

D'une part, la psychiatrie se trouve invitée à participer toujours davantage à ce biopouvoir qui dit aux populations comment se comporter pour bien se porter, et d'autre part elle doit dégager son originalité scientifique pour éviter de se dissoudre dans l'hygiène publique dont elle est issue.

Avec le DSM-III, le concept de « trouble du comportement » constitue l'opérateur suffisamment flexible pour permettre de concilier des objectifs contradictoires comme celui de différencier toujours davantage les troubles psychiatriques des souffrances psychiques des névroses ordinaires, sans pour autant renoncer à participer à cette médicalisation de l'existence dont le contrôle social accroît le marché.

La « réalité transactionnelle » des diagnostics psychopathologiques se déduit d'une négociation incessante entre le savoir des experts et la souffrance psychique des malades ; et ce quelle que soit l'étiologie supposée des dites maladies. Cette négociation ne se réduit pas à la cartographie d'un savoir sur les maladies mentales, mais s'étend bien évidemment aux

opérateurs et aux dispositifs qui extraient le *fait psychopathologique* et en assurent le traitement, en premier lieu desquels les pratiques de soin et de prévention. C'est en ce sens que j'ai essayé dans l'intitulé de ce texte d'appareiller la promotion de nos thérapies molles à la fluidité et à la flexibilité des pathologies qu'elles seraient censées devoir traiter. Ces pathologies sont à l'image de nos relations où dans la « modernité liquide, le décor change sans cesse » (Bauman, 2004).

Comment un diagnostic psychopathologique peut-il émerger, prendre racine à un moment et à un endroit donnés et finir ensuite par être démembré, si ce n'est dans le champ de ce que Ian Hacking (2002) a nommé une « niche écologique », soit les conditions sociales et culturelles par lesquelles se redistribue un tableau de symptômes en diagnostic de signes.

Bien sûr, la niche écologique des diagnostics de maladies transitoires comme celui de « trouble des personnalités multiples » ou de « syndrome d'enlèvement par des extraterrestres » ou encore de « fugue pathologique » révèle plus facilement que d'autres ce caractère de « réalité transactionnelle » des entités psychopathologiques. Mais l'étonnement devant l'émergence de ces « maladies transitoires » – que sont par exemple la fugue ou le trouble des personnalités multiples – n'est-il pas le symptôme d'une illusion, sans cesse renouvelée, des psychopathologies qui tendent à « naturaliser » les « normes » ? Peut-être que nos diagnostics en psychopathologie en disent au moins autant sur la « substance éthique » d'une culture que sur la souffrance des patients et davantage encore sur le mode de formation des praticiens qui les prennent en charge. C'est en ce sens par exemple que l'on a tenté de dire comment « la dépression est devenue une épidémie » (Pignarre, 2003), et plus encore comment sa prise en charge médicamenteuse s'est progressivement légitimée en médecine générale (Legrand, 2001) à partir de 1975, en déconnectant les troubles dépressifs des entités psychiatriques classiques comme la mélancolie.

3. Les virtualités anthropologiques et les paradigmes psychiatriques

Dès lors que chaque culture dessine un profil de la maladie mentale, celui-ci se révèle comme le reflet inversé de la conception non seulement de la santé, mais aussi de la condition humaine que la société se donne à un moment donné. En ce sens, les profils de la santé et de la maladie, en particulier mentale, sont dessinés par l'ensemble des virtualités anthropologiques qu'une culture néglige ou qu'elle refoule. C'est dans cette niche écologique culturelle que la science et l'art psychopathologiques découpent les opérateurs qui fondent la légitimité de ses programmes de recherche comme celle de ses pratiques de soin.

À chaque période de son histoire, la psychopathologie s'est donnée un opérateur anthropologique, un *foyer matriciel* qui organisait la découpe du paysage qu'elle prenait dans sa spécificité. Schématiquement, en suivant

Lantéri-Laura (2005), on peut distinguer trois périodes antérieures à notre époque « postmoderne ».

La *première période* précède de peu le remplacement du terme de « médecine aliéniste » par celui de « psychiatrie » (1803) et prend traditionnellement son origine dans le mythe fondateur de Pinel libérant les aliénés de leurs chaînes et ouvrant à un autre type de savoir sur la folie. Cet *opérateur psychopathologique* permet à la fois de considérer la folie comme une maladie et le fou comme un sujet qui vit cette expérience contradictoire où se révèle un partage sans cesse négocié entre sa « manie délirante » et les restes de sa rationalité. D'entrée de jeu, cette médicalisation de la folie s'accompagne de ce que Pinel nomme le « traitement moral » auquel il adjoint les bénéfices thérapeutiques que l'institution asilaire pourrait porter en elle-même dans la prise en charge de la folie. Dès son origine, la médecine mentale se révèle inséparable de cette anti-médecine, de cette ombre, de ce négatif que constitue le traitement psychique comme mode d'action spécifique sur les souffrances psychiques ou somatiques.

La *deuxième période* que Lantéri-Laura étend grosso modo de 1850 à 1926 entend à partir de Falret d'aligner la sémiologie psychiatrique sur la sémiologie médicale que l'école médicale de Paris a perfectionnée dès le début du XIX^e siècle avec la méthode anatomoclinique. Les « passions » de Pinel vont se trouver dissoutes dans les programmes de recherche des localisations cérébrales des grands syndromes psychiatriques. Remarquons de manière très schématique qu'en même temps que se voit reconnue la pluralité des diverses affections psychiatriques dans une sémiologie toujours plus « positive », l'intérêt pour la codification des étiologies et des thérapeutiques tend à s'accroître. Mais en même temps qu'elle se médicalise, la psychiatrie se voit toujours davantage confier des missions d'*ordre public*, de normalisation des conduites aboutissant à cette recension des *anormaux* dont l'expertise psychiatrique devient le symptôme le plus grotesque (Foucault, 1994). La psychiatrie est encore et toujours davantage invitée à participer au pouvoir de normalisation des conduites et au gouvernement des comportements. Avant d'être une spécialité médicale, elle se révèle ici comme une branche de l'hygiène publique. Nul étonnement alors à ce que l'opérateur psychopathologique de cette psychiatrie s'adjoigne d'une part l'hystérie et d'autre part les perversions sexuelles, morales. Comme la « physiologie mentale » a plus ou moins réussi à évacuer le concept pinélien de « passion », c'est par le spiritisme et le psychisme que ce *point de réel* de la psychiatrie positiviste fait retour. Tradition oblige – et ce depuis l'origine avec Mesmer, Puysegur et ensuite avec Richet et Charcot –, c'est toujours comme reste du foyer scientifique que les succubes et les incubes de l'âme vont faire « démoniaquement » (Maleval et Charraud, 1997, p. 130) retour au sein de la psychiatrie positiviste. Chaque fois que la science médicale exclut le surnaturel, elle le voit réapparaître en marge ou au centre de son dispositif. Dans l'archéologie du discours physiologiste d'un Mesmer avec son « magnétisme animal » ou d'un Puysegur avec son « somnambulisme magnétique », c'est le postulat objectif

qui produit le retour du subjectif. Et quand, avec Charcot ou le DSM-III, l'hystérie se trouve médicalisée sans vergogne, c'est pour mieux réapparaître violemment sous le masque qui la défigure. Avec l'épidémie des troubles des personnalités multiples, on voit réapparaître les succubes, les incubes et autres esprits qui, sous les traits fragmentés et polyphoniques des diagnostics psychiatriques permettent le retour du « démoniaque ». Mais j'anticipe sur notre paradigme postmoderne pour mieux souligner la permanence et la récurrence de ce lien consubstantiel du *scientisme* et du *spiritisme* tout au long de notre histoire.

La *troisième période* s'étend, toujours selon Lantéri-Laura, de 1926 à 1977 et vient marquer le passage au paradigme des grandes structures psychopathologiques. L'année 1926 constitue le moment où Bleuler vient exposer en français sa conception de la schizophrénie qui s'inspire de la pensée globaliste de Goldstein et se distingue du postulat positiviste kraepelinien. Lantéri-Laura retient la date de 1977 qui correspond à la mort d'Henri Ey dont les travaux illustrent parfaitement ce paradigme pour en marquer le crépuscule. Ce paradigme psychopathologique est fondamentalement structuraliste : en son sein, la légitime diversité des espèces morbides est inséparable de l'unité de son domaine. Le domaine de la psychiatrie s'étend de la névrose à la psychose en passant par la démence et l'oligophrénie.

Mais à partir de 1980, on entre dans un nouveau paradigme de la psychiatrie que Lantéri-Laura nomme très justement *post-moderne*. La légitimité du découpage de ce nouveau champ de la psychiatrie devient de plus en plus incertaine en même temps que la demande sociale à l'adresse des psys se fait de plus en plus étendue et de plus en plus exigeante. Cette prolifération des psychothérapies et des traitements psys vient se nicher dans la vacuité écologique que laissent en réserve d'une part la consommation démocratique des psychotropes et d'autre part l'extension indéfinie de la psychanalyse conçue comme une pratique idéale du « souci de soi » (Foucault, 1994). Nous pouvons maintenant essayer moins de trouver une définition psychopathologique de la folie ou de la raison que de tirer les conséquences ontologiques et anthropologiques que nos diagnostics et nos traitements actuels engagent. Plus précisément, ce n'est pas la *valeur scientifique* de ces classifications et de ces traitements qui m'intéresse, mais la manière dont ils gommant ou accentuent la condition tragique de notre existence. C'est ce gommage ou ce relief *anthropologique* de nos opérateurs psychopathologiques qui m'intéresse aujourd'hui.

4. La dissolution de la psychiatrie et la médicalisation de l'existence

On ne peut pas comprendre l'état de la psychiatrie américaine actuelle en dehors de la niche culturelle dont elle émerge et de la logique historique dont elle provient. L'année 1980 constitue la date de publication du

DSM III qui prétend remédicaliser la psychiatrie et rendre scientifiques ses classifications. Parallèlement à cette recomposition du champ psychopathologique avec ce nouvel opérateur que constitue la notion de « troubles » (du comportement), c'est tout un régime discursif culturel, politique et économique qui s'installe. Régime discursif qui recompose, ou décompose, la psychopathologie. On va pratiquer l'évaluation, la standardisation, l'uniformisation des diagnostics pour les beaux yeux de la science néokraepelinienne, mais aussi à cause de nouvelles nécessités en provenance des contraintes d'une véritable *économie politique* dans laquelle la psychiatrie comme la psychologie tendront à se dissoudre. Ainsi, parallèlement à cette révolution épistémologique du DSM-III, se trouve mise en œuvre une réforme des systèmes d'assurances américains qui exclut en psychiatrie les soins de longue durée en privilégiant les techniques ciblées sur le symptôme, que ces techniques soient chimiothérapiques ou cognitivo-comportementales. Le DSM-III donne l'illusion d'une possible évaluation en privilégiant la fiabilité des diagnostics sur leur validité.

Progressivement, le DSM-IV vient installer de nouvelles légitimités étiologiques au fur et à mesure de ses constructions et de ses promotions : la causalité biologique et l'étiologie traumatique du stress. À partir de ce moment-là, nous nous trouvons devant le paradoxe suivant : en même temps que la *médicalisation de l'existence* tend à s'accroître à l'infini en plaçant tous les « biostyles » sous magister médical, seules les souffrances reconnues comme des « maladies » sont socialement prises en charge par les assurances. Cette civilisation médico-économique incite le patient à prendre part au débat épistémologique et à revendiquer sa position sociale de « malade » ou de « traumatisé », quitte à y perdre sa condition de sujet de son histoire et de sa parole. Il y a là une *porosité extraordinaire* de la « science » avec l'opinion, avec la politique et la culture, sur laquelle je reviendrai, mais qui parcourt aussi bien la fabrication du DSM-III que les programmes de recherches psychiatriques ou l'évaluation des traitements, voire la fabrication des maladies par les molécules. La psychiatrie américaine des années 1980 s'est trouvée progressivement remplacée par des *programmes sociaux de réhabilitation*. On n'est pas très loin du dernier rapport Inserm sur le dépistage précoce des troubles de conduite de l'enfant et de l'adolescent que le *Quotidien du Médecin* a si justement dénommé « la traque des gosses⁶³ ». La nouvelle psychiatrie se fonde alors dans le paysage épistémologique des « neurosciences sociales », dont la naissance nous est toujours annoncée pour demain, et qui se trouve invitée à toujours davantage médicaliser l'existence en faisant des processus de la vie des maladies virtuelles, et à devoir toujours épauler davantage les programmes de dépistage et de réhabilitation sociale (Roudinesco, 2005). Ainsi la timidité devient-elle une phobie sociale, la turbulence un trouble oppositionnel du développement ou un trouble de l'hyperactivité, la ménopause une

63. « Non à la traque du trouble des conduites à des fins d'ordre public », *Le Quotidien du Médecin*, 22 février 2006.

nouvelle maladie, l'andropause une insuffisance qui peut conduire à une dysfonction érectile, le deuil une dysthymie qui entrave les performances, et le bonheur un trouble psychique identifié comme tel pour la première fois en 1992 (Zarifian, 1994)...

Or il faut bien entendre qu'actuellement cette *économie politique* de la nouvelle psychiatrie revendique son parrainage de la science et de la démocratie. La science lui apporte la légitimité épistémologique dont elle se révèle le masque plus que le visage. Il suffit d'entrer un peu sérieusement dans le détail des rapports de l'Inserm en matière de santé mentale pour s'en rendre compte. Mais pour le parrainage de la « démocratie », là c'est plus sérieux car, effectivement, ce fut le point aveugle de la psychanalyse et des psychothérapies qui s'en inspirent. Comment dans nos sociétés modernes répondre à la souffrance psychique de la folie et de l'angoisse par une *logique d'intégration sociale* qui fait du patient moins un autre exclu qu'un alter ego, un sujet malade ? Comment l'intégrer socialement sans pour autant le réduire à un consommateur de soins ou à ce mythe d'un individu conçu comme une micro-entreprise autogérée et ouverte à la concurrence et à la compétition ? Là est sans doute le vrai défi pour la psychopathologie qui, aujourd'hui comme hier, doit négocier la valeur anthropologique de ses objets et de ses pratiques. Cette épidémie des diagnostics nouveaux se déduit de la liquidité et de la flexibilité que le concept de « troubles » a résolument introduit dans la recomposition du paysage mouvant de la santé mentale. Le recours rhétorique à la primauté des faits scientifiques sur les postulats idéologiques fonctionne comme le cache-misère de l'entreprise des promoteurs des DSM lorsqu'ils tentent de masquer le caractère hybride de leurs constructions.

Cette recherche de consensus qui prévaut dans la fabrication des classifications internationales en psychiatrie constitue l'opérateur idéologique qui conduit à accorder moins d'importance à la *validité* du diagnostic qu'à sa *fiabilité*. Comme je l'ai développé ailleurs (Gori et Del Volgo, 2005, 2008), cette manière de procéder conduit à un conformisme qui, au nom de l'efficacité et du pragmatisme, délaisse l'efficacité et la recherche de la vérité. Cette manière de formaliser les données constitue la clé de voûte d'un système qui a lâché la proie pour l'ombre dans tous les domaines où il opère, que ce soit celui du diagnostic, celui du traitement ou celui de la recherche. Ici, c'est l'exemple même de la lettre scientifique qui vient désavouer l'esprit de la science. Le DSM-III se revendique d'un postulat qui tendrait à vouloir remédicaliser la psychiatrie. C'est à la fois vrai et faux. Vrai d'un point de vue idéologique et faux sans doute d'un point de vue heuristique. L'inflation des diagnostics de troubles du comportement qui affecte le paysage psychiatrique aujourd'hui n'est-il pas le témoignage de son éloignement des contraintes syntagmatiques propres à la sémiologie médicale ? Lantéri-Laura a montré ce que la sémiologie psychiatrique du milieu du XIX^e siècle devait à la sémiologie médicale déduite de la démarche de l'école de Paris : par l'examen clinique, la polysémie de chaque signe se trouve réduite par sa participation à une combinaison structurale ;

seule cette sémiologie réduit sa signification. La nouvelle sémiologie médicale appliquée à la psychiatrie dicte des plans d'examen plus précis. Les sémiologies des DSM-III et IV sont sans doute moins médicales que ne le proclame l'idéologie de leurs promoteurs. En revanche, ces nouvelles classifications ouvrent une porosité avec le champ socioéconomique et culturel dont je vais donner de brefs exemples.

Il semblerait que l'épidémie des troubles du comportement progresse au rythme des nouveaux médicaments mis sur le marché. Ces médicaments, paradoxalement, fabriqueraient les diagnostics davantage qu'ils ne traiteraient les maladies. Au point que certains auteurs se sont émus de ces manœuvres de manipulation de l'industrie pharmaceutique responsables de l'invention de maladies (Blech, 2005 ; Pignarre, 2003 ; Hugnet, 2004).

Qu'il s'agisse des troubles de l'anxiété sociale, des troubles déficitaires de l'attention et de l'hyperactivité, de la dysphorie prémenstruelle, de la dysfonction érectile, des troubles oppositionnels de provocation ou de toutes les nouvelles maladies de l'âme, il est de plus en plus difficile de savoir ce qui, du diagnostic ou du traitement, est premier. Davantage la pathologie se donne dans la *flexibilité* et la *liquidité* de ses frontières, davantage la ligne de partage entre le normal et le pathologique se trouve brouillée, davantage encore il est difficile de faire la différence entre la prescription « thérapeutique » et la prescription « cosmétique ». Et ce d'autant plus que les « bizarreries » pourraient apparaître comme des troubles « subautistiques » et les « singularités » pourraient relever de « vulnérabilités subsyndromiques ».

Nous voilà donc arrivés à un point où nous pourrions néanmoins en tirer quelques conséquences anthropologiques et psychopathologiques.

Qui de nos jours, dès lors que sa pratique thérapeutique s'étend sur deux ou trois décennies, n'a pas constaté cette métamorphose des symptômes présentés par les patients dont la sémiologie traditionnelle peine à fournir une intelligibilité ? Il est vrai que l'ancienne « passion triste » s'est déplacée dans le cortège des inhibitions, des anxiétés, des insomnies et des fatigues multiples. Il est vrai que c'est davantage sur le mode du *déficit* que sur celui du *conflit moral* au crépuscule de la névrose que nos patients viennent se plaindre à nous. Et ce vide qui fut parfois au centre de cette plainte mélancolique jusqu'à la négativité existentielle d'un syndrome de Cotard, ne le retrouvons-nous pas aujourd'hui sous la forme timorée de l'ennui ou dans ces pathologies de l'agir qui en exorciseraient sans cesse le surgissement ? Nul doute que la flexibilité du diagnostic de dépression ne favorise par ailleurs une épidémie dont la substance éthique révèle les idéaux de performance et de concurrence de notre culture. Cette flexibilité permet de promouvoir idéologiquement ces idéaux, de démocratiser leurs déficits, de jeter quelque suspicion sur le dolorisme mélancolisant de la psychanalyse et de son éloge de la perte tout en fournissant au marché de la santé les consommateurs dont il a besoin.

Le paysage clinique de la souffrance psychique est en mouvement. Ce que l'on appelait naguère les troubles du comportement sexuel ne relève plus forcément du champ des perversions. Certaines conduites sexuelles ont même acquis une légitimité sociale et normative qu'aucun d'entre nous ne viendrait aujourd'hui contester. Les homosexuels et les bisexuels viennent se plaindre à nous comme les hétérosexuels pour des souffrances névrotiques à distance des conflits psychiques qu'ils nous apportaient auparavant en lien avec leur sexualité. Et quand ils se plaignent de leurs conduites sexuelles, c'est comme tout un chacun parce qu'elles s'intègrent dans des significations addictives, contraphobiques ou hypomaniaques.

Si on veut bien entendre, à distance du naturalisme ambiant, que les diagnostics des souffrances psychiques résultent d'une « transaction » entre le savoir des experts et les formes culturelles dans lesquelles elles s'expriment à une époque donnée, on mesure la portée de la notion idéologique d'*addiction* qui désigne de nos jours la passion des drogues. Cette notion, en même temps qu'elle étend à l'infini les objets d'esclavage du drogué, participe du régime de *surmédicalisation* de nos existences et révèle en miroir la substance éthique d'une culture consumériste qui peut faire de tout produit, objet ou comportement, un fétiche ou un leurre aptes à *désavouer* notre manque à être sans devoir en passer par l'autre. L'addictif serait alors le témoin et le révélateur d'une culture psychiatrique cyberlibérale qui tend à traiter les passions humaines comme des troubles du comportement répertoriés dans le DSM-IV, à réduire les symptômes psychiques à des déviations médicalisées et la connaissance tragique de l'humain à une douce pharmacovigilance des conduites. S'il en est ainsi, par son désaveu de l'autre, dans cette haine de la valeur de vérité de la parole et du langage, dans son adhérence à l'évidence, au sensible et à l'utile, l'addictif renverrait en miroir aux médecins de sa « déviance » la substance éthique de leurs diagnostics.

Par le fétichisme de la marchandise, le monde se donne, dans une pseudo-objectivité, une apparence formelle logique et calculée, où les rapports entre les choses se substituent aux rapports entre les sujets. Marx a insisté sur cette croyance fétichiste qui veut que ce soient les choses qui pensent à notre place, détiennent une valeur phénoménale objective dont le *positivisme économique* contemporain fait son miel.

Nul doute qu'aujourd'hui plus qu'hier et sans doute moins que demain la psychopathologie sera menacée par les idéologies. Ce ne sont pas les idéologies disciplinaires des grandes causes qui nous menacent mais celles, plus insidieuses, d'un totalitarisme « mou », sécuritaire, ouvert à la flexibilité et à la porosité des intérêts contradictoires. C'est cette « biosocialité » qui constitue un des enjeux majeurs de notre époque. Les sciences sont invitées à prendre part dans la fabrication des opinions et dans le *coaching* éthique des conduites, mais en même temps les intérêts sociaux, économiques et politiques s'invitent au grand banquet des sciences. Mais pour permettre cette plus grande porosité de l'idéologie et de la psychopathologie, encore fallait-il que nos diagnostics psychiatriques acquièrent au

nom de la « science » et du pragmatisme cette « flexibilité » qui manquait au paradigme précédent. Quitte à retrouver en aval ce psychique que la nouvelle science psychiatrique avait cru laisser en amont.

5. Le retour de l'animisme dans le programme de la psychiatrie positiviste

J'ai essayé tout au long de ce chapitre de montrer comment la flexibilité des diagnostics psychopathologiques appareillée à la promotion des thérapies molles s'inscrivait dans l'apparition d'un nouveau paradigme, celui de la *psychiatrie postmoderne*. Ce nouveau paradigme émerge de la niche écologique d'une culture dans laquelle la psychiatrie a accru son magister dans le gouvernement des conduites quotidiennes tout en devant négocier avec les contraintes de l'économie et les impératifs de la philosophie néolibérale. Cela a conduit au démantèlement des grandes structures psychopathologiques, en particulier par la psychiatrie nord-américaine qui a fait disparaître ce continent psychique de la névrose dont le concept rendait le sujet trop conflictuel avec lui-même. De cette division subjective de la névrose se déduisaient tout autant la culpabilité morale que l'angoisse de désirer en vain. Les symptômes névrotiques apparaissaient alors comme des formations de compromis dans un conflit où l'autre se voyait invité par le patient à incarner successivement les forces de cette intimité. Le psychothérapeute avait donc la lourde charge de devoir s'offrir à devenir le symptôme du patient pour en permettre l'analyse et le dénouement. Les promoteurs et les acteurs de la psychiatrie postmoderne, en particulier nord-américaine, ont fait litière de cette conception en particulier en proposant, comme nous l'avons vu, une description soi-disant plus scientifique des « troubles mentaux » et en louant les mérites des thérapies plus humanistes, sociales et rééducatives, bref égalitaires et « objectives ». Dès lors, il fallait absolument éviter soigneusement les notions d'hystérie, d'angoisse et de conflit pour rendre compte des phénomènes psychopathologiques et disculper toujours davantage le patient et le thérapeute des souvenirs qui surgissaient au cours du traitement. Les sociétés psychiatriques ont scrupuleusement veillé, par une police des publications, des formations et des thérapies, à ces *conduites d'évitement* du paradigme psychopathologique inspiré par la psychanalyse. Simplement, la clinique constitue comme toujours le *point de réel*, le point d'impasse de toutes les formalisations qui tentent de rendre compte de la folie et de la souffrance psychique. Et on a vu réapparaître les *fantômes* de ce vieux paradigme dans les nouvelles résidences postmodernes de la psychiatrie américaine. On a vu, au beau milieu des édifices sanitaires corrects d'une psychiatrie inspirée par les neurosciences et les programmes de réhabilitation sociale, réapparaître ces *maladies nosocomiales* de l'humain que sont l'hystérie et l'angoisse et qu'on avait cru définitivement révolues. On a vu, à proximité du XXI^e siècle, réapparaître ces fantômes du XIX^e siècle qui avaient présidé à la découverte du transfert et de la psychanalyse.

Un bref exemple pour illustrer ce retour des fantômes. Les dédoublements de personnalité, les multiplicités de vie, les amnésies périodiques avaient prospéré dans la deuxième moitié du XIX^e siècle en accompagnant les recherches scientifiques sur la physiologie de la mémoire, de l'hypnose et du somnambulisme (voir Carroy, 2001 ; Mulhern, 2001). Puis les recherches de Janet comme de Freud avaient déplacé la psychopathologie de ces syndromes vers celle des altérations de la personnalité en les plaçant en particulier dans le cadre des symptomatologies hystériques. Ce fut donc en quelque sorte une « maladie mentale transitoire » émergeant de la niche écologique des recherches de physiologie mentale menées à la fin du XIX^e siècle (voir Carroy, 2001 ; Mulhern, 2001). Ce fantôme des troubles des personnalités multiples ne réapparut que dans la taxonomie psychiatrique du DSM-III en 1980. C'est dans la section des troubles dissociatifs du DSM-III que les partisans de ce diagnostic de « personnalités multiples » arrivèrent à l'imposer. Comme le remarque Ian Hacking (2002, p. 184) :

en 1980, la personnalité multiple est devenue une maladie officiellement approuvée pour les Américains. Une fois installée dans les manuels, elle a été diagnostiquée beaucoup plus souvent.

Comme le remarque par ailleurs Ian Hacking (1980), ce trouble des personnalités multiples avait presque disparu des diagnostics européens et il n'est réapparu qu'en Amérique dans les années 1970 pour ensuite se transformer en véritable épidémie au cours des années 1980, phénomène qui est demeuré un trouble du comportement singulièrement nord-américain. Cette réapparition s'inscrit pour moi dans la niche écologique d'une psychiatrie positive qui rend compte du fonctionnement psychique sur le modèle structurel d'un cerveau qui, à la manière d'un ordinateur, possède plusieurs systèmes mentaux modulables. À partir de ce moment-là, les personnalités multiples sont prises comme des entités réelles, de véritables sujets psychologiques qui, par alternance, occupent le champ de la conscience et de l'identité du patient (voir Mulhern, 2001). Ce positivisme des experts américains trouvait dans les revendications féministes l'appui massif d'un autre vecteur de cette maladie mentale transitoire : la souffrance des femmes se déduisait des abus sexuels des enfants qu'elles avaient été et que la culture machiste avait trop longtemps méconnue. Les psychiatres psychanalystes étaient bien évidemment accusés dans ces crimes de mémoire qui méconnaissaient la réalité des viols et des incestes que ces patientes avaient subis et que l'on traitait comme des symptômes hystériques. Grâce à leurs efforts, à l'appui des médias, l'opinion publique fut fabriquée à accueillir toujours davantage les diagnostics de trouble des personnalités multiples et leur diffusion pandémique ; et ce d'autant plus qu'à partir de 1984 la célèbre psychiatre Cornelia Wilbur fournit un modèle héroïque et prototypique aux patients atteints de trouble des personnalités multiples, le cas Sybil, publié en 1973 en livre de poche et adapté à la télévision. Il s'agissait d'une jeune patiente qui, sous hypnose, révéla ses 16 personnalités

produites par les tortures sexuelles et les violences corporelles infligées par une mère sadique. Sybil n'avait aucun souvenir de cette enfance qui ne lui fut révélée que par l'hypnose.

Comme le remarque Sherrill Mulhern (2001), ce n'est pas la description clinique du cas qui emporta l'adhésion des praticiens de la psychiatrie mais sa promotion médiatique. À partir du milieu des années 1970, la promotion du trouble des personnalités multiples fut assurée par quelques cliniciens enthousiastes dont le lobbying permit d'inscrire le trouble des personnalités multiples dans la section des troubles dissociatifs du DSM III. Malgré les réserves de plusieurs psychothérapeutes, les institutions psychiatriques recomposèrent le champ des pratiques et des théories en faveur de cette *conception traumatique* des souffrances des patients. À partir de ce moment-là, on en vint à recommander aux psychothérapeutes d'établir plusieurs contrats de soins avec les différentes personnalités qui alternaient au cours des psychothérapies ; aux partenaires amoureux, on conseilla d'interrompre leurs ébats quand surgissait au cours de l'amour une autre personnalité chez les multiples, et ce d'autant plus qu'il s'agissait d'un enfant et que le partenaire risquait d'être accusé de pédophilie à poursuivre les ébats. Les cas se multiplièrent et les accusations aussi. Les souvenirs « retrouvés » au cours des séances conduisirent les patients à porter plainte contre les parents, les parents contre les thérapeutes et finalement les thérapeutes contre leurs patients. Surtout lorsque les récits rapportés en séance mentionnaient des rites sataniques imposés aux enfants et que la possession diabolique des multiples donnaient aux séances de thérapies des allures d'exorcisme. Les récits des troubles des personnalités multiples se révélèrent alors ouvertement dans les années 1990 comme des discours de possession dont certains se déduisaient de la conduite *réaliste* des thérapies. Cela conduisit les parents et les patients à porter plainte contre les thérapeutes pour dénoncer le caractère iatrogène de ces faux souvenirs.

Les mêmes experts de la psychiatrie *positiviste* qui dénonçaient naguère les traitements culpabilisants de la psychanalyse et revendiquaient la nécessité sociale de reconnaître des traumatismes enracinés dans la mémoire biologique furent donc abusés comme au temps des sorcières. Mais cette procédure inquisitoriale et la part que ces experts prirent trouvèrent sans nul doute un élément facilitateur dans le rejet de la névrose par la psychiatrie positiviste et de ses conduites d'évitement à l'endroit de la psychanalyse. En somme, ces experts furent victimes de ce réalisme qui les avait conduits à désavouer le transfert comme opérateur essentiel du psychisme autant que de la relation thérapeutique. C'est donc au sein d'une culture à la fois toute imprégnée d'un programme de recherche neuroscientifique et d'un progressisme social que les succubes et les incubes firent leur réapparition au sein de la physiologie mentale. Ce retour de l'hystérie constitua sa revanche contre un DSM-III enclin à l'ignorer. Ainsi l'épidémie de troubles des personnalités multiples a-t-elle pris naissance dans une niche écologique au sein de laquelle *l'animisme se révèle comme la vérité du positivisme*.

6. Conclusion

Je voudrais simplement insister sur la portée anthropologique des discours et des pratiques qui recomposent le champ de la psychiatrie. Je me résous difficilement à accepter d'euphémiser la psychopathologie par le vocable de santé mentale. En un mot comme en cent, il n'y a pas d'immaculée conception de la science⁶⁴, surtout dans le champ qui est le nôtre. Au cours de notre histoire, nous avons pu assister de manière récurrente à des tentatives épistémologiques visant à naturaliser le psychisme et ses normes. La psychopathologie se maintient dans une tension dialectique entre les sciences de la nature et les sciences de l'esprit. Je ne crois pas que cette tension doive être résolue au bénéfice de l'un ou l'autre de ces pôles d'attraction, même si j'ai pu avoir moi aussi parfois cette tentation. Mais, à l'heure actuelle, le danger qui nous guette est moins celui de la psychologisation des conduites que leur naturalisation.

Nous assistons aujourd'hui à une mutation anthropologique des sciences dont la tentative de *naturaliser* en psychiatrie les normes sociales se révèle un symptôme. Ce sont toutes nos conceptions du soin et de la pédagogie qui se trouvent actuellement en voie de reconfiguration par le déploiement de ce modèle *médico-économique* néolibéral dont les racines plongent au cœur de la deuxième moitié du XVIII^e siècle. Les conséquences de cette mutation anthropologique au cours de laquelle la *connaissance de soi* a prévalu sur le *souci de soi* sont considérables. Et c'est toujours dans le traitement de la folie, dans la prise en charge de l'angoisse et de la souffrance comme dans les dispositifs de la pédagogie que se révèlent au grand jour les symptômes des nouvelles maladies de notre civilisation occidentale. Pourquoi *apprendre* ce que l'on peut *programmer* ou soigner par la génétique ?

À ce « traumatisme » de la civilisation médico-économique occidentale de l'humain, d'autres civilisations ont cru devoir réagir par une régression nostalgique aux « fondamentalismes » de toutes sortes aptes à permettre des retrouvailles avec le sens perdu d'une parole humaine désormais réduite aux signaux d'appel d'un *tamagoshi japonais*. Cette quête éperdue de retrouver le sens et les fondements d'une existence humaine en se reportant à l'aube des textes fondateurs se dévoile comme un symptôme de désespoir et de « terreur sans nom » inséparable de notre rationalité néolibérale. Ce symptôme de désespoir se révèle inséparable d'un refus, *refus des sujets* de se trouver assignés à une place de consommateurs-consommés calculant leurs stratégies de survie et de profit dans une vie réduite à une partie de Monopoly® qu'ils n'ont pas choisie...

Alors si nous ne voulons pas nous transformer en instruments d'un pouvoir qui traite l'homme en instrument ou nous résoudre à la crise sacrificielle des suicides collectifs, il nous faut restituer à la parole toute sa

64. Pour reprendre un bon mot de Putnam à propos de Quine qui ne croyait pas à l'immaculée conception du langage.

place et sa portée. Portée *étho-poïétique* qui œuvre autant dans le domaine public du politique que dans celui du domaine privé, domaine irrigué par la psychanalyse, le rêve, l'amour et l'art. La confiance accordée à la parole dans l'espace privé se révèle inséparable de sa valeur dans l'espace public.

Alors, ne nous y trompons pas, cette valeur *étho-poïétique de la parole* se dresse en contrepoint de l'évaluation médico-économique généralisée que notre culture nous impose « librement ». À défaut de devoir résister à cette culture qui *fait masse sans faire lien*, nous nous abandonnerions à la prophétie de Lévi-Strauss, écrivant il y a plus d'un demi-siècle dans *Tristes tropiques* (1955, p. 39) :

L'humanité s'installe dans la monoculture ; elle s'apprête à produire la civilisation en masse, comme la betterave. Son ordinaire ne comportera plus que ce plat.

Bibliographie

- ANGEL P., AMAR P. (2005), *Le Coaching*, Paris, PUF.
- AUSTIN J.-L. (1994), *Écrits philosophiques*. Paris, Le Seuil.
- AZORIN J.-M. (2004), « Vers une clinique des gens fragiles », *Brochure du Laboratoire Lily*, mars, p. 21-22.
- BALLAT A. (2004), « “Transmissions ciblées” : quand la philosophie fait le lit du libéralisme », *Services Publics*, n° 20.
- BAUMAN Z. (2004), *L'Amour liquide. De la fragilité des liens entre les hommes*, Rodez, Éditions du Rouergue.
- BECK U. (2003), *La Société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, coll. « Champs ».
- BLECH J. (2005), *Les Inventeurs de maladies*, Arles, Actes Sud.
- BRUNEL V. (2004), *Les Managers de l'âme*, Paris, La Découverte.
- CARROY J. (2001), « L'Apparition d'une double personnalité en France. Entre médecine et philosophie », in EHRENBURG A., LOVELL A.-M. (dir.), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, p. 43-74.
- CASTEL R. (1988), *La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minuit.
- DEAN C.E. (1991), « Development of DSM-IV. Letter to the editor », *American Journal of Psychiatry*, n° 148, p. 10.
- FOUCAULT M. (1954), *Maladie mentale et psychologie*, Paris, PUF.
- FOUCAULT M. (1994), *Histoire de la sexualité. 3 : Le souci de soi*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M. (2003), *Le Pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974*, Paris, Le Seuil.
- FREUD S. (1900), *L'Interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1987.
- GORI R. (2005), « La Surmédicalisation de la souffrance psychique au profit de l'économie de marché », *Psychiatrie Française*, n° 4, p. 76-92.
- GORI R. (2006), « La Coaching santé : un *psychobuilding* des patients ? », in BRUN D. (dir.), *8^e Colloque de Médecine et psychanalyse*, Paris, Éditions Études Freudiennes, p. 15-32.
- GORI R., DEL VOLGO (2005), *La Santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.

- GORI R., DEL VOLGO (2008), *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*, Paris, Denoël.
- GORI R., LE COZ (2006), *L'Empire des coachs. Une nouvelle forme de contrôle social*, Paris, Albin Michel.
- HACKING I. (1998), *L'Âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les troubles de la mémoire*, Paris, Le Seuil, 2006.
- HACKING I. (2002), *Les Fous voyageurs*, Paris, Le Seuil.
- HOCHMANN J. (2004), *L'Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF.
- HUGNET G. (2004), *Antidépresseurs. La grande intoxication*, Paris, Le Cherche-Midi.
- INSERM (2005), *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, expertise collective, Paris.
- LANTÉRI-LAURA G. (2005), « Introduction générale », *Évolution Psychiatrique*, n° 70, p. 219-247.
- LEGRAND C. (2001), « Les Modes de légitimation de la prescription de médicaments psychotropes en médecine générale dans la presse professionnelle depuis 1950 », in EHRENBURG A., LOVELL A.-M. (dir.), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, p. 219-228.
- LEPAGE H. (1978), *Demain le capitalisme*, Paris, Le Livre de Poche.
- LEVI-STRAUSS C. (1955), *Tristes tropiques*, Paris, Plon.
- LUKACS G. (1960), *Histoire et conscience de classe*, Paris, Minuit.
- MALEVAL J.-C., CHARRAUD N. (1997), « Modernité du démoniaque », *Psychologie Clinique*, n° 4, p. 117-130.
- MILLER J.-A., MILNER J.-C. (2004), *Voulez-vous être évalué ?*, Paris, Grasset.
- MILNER J.-C. (2005), *La Politique des choses*, Paris, Navarin.
- MULHERN SH. (2001), « Le trouble de la personnalité multiple. Vérités et mensonges du sujet », in Eherenberg A., Lovell A.-M. (dir.), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob.
- PIGNARRE P. (2003), *Le Grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte.
- ROUDINESCO E. (1999), *Pourquoi la psychanalyse ?*, Paris, Flammarion.
- ROUDINESCO E. (2005), *Philosophes dans la tourmente*, Paris, Fayard.
- VIGARELLO G. (1993), *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris, Le Seuil, 1999.
- YOUNG A. (2001), « Nos névroses traumatiques ont-elles un avenir ? », in EHRENBURG A., LOVELL A.-M. (dir.), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, p. 101-126.
- ZARIFIAN E. (1994), *Des paradis plein la tête*, Paris, Odile Jacob, 2000.

CHAPITRE 18

Intérêt et pièges d'un modèle unique en psychothérapieN. Duruz

Ce chapitre a pour but de montrer l'intérêt qu'on peut porter à un modèle unique en psychothérapie, dans le contexte d'une société marquée par la multiplication galopante de ses pratiques. En même temps, il dénonce les pièges d'un tel modèle, dans la mesure où il génère une illusion d'unité et un appauvrissement dans la manière d'exercer son humanité.

1. À l'épreuve de la diversité

On assiste dans notre société contemporaine à une diversification grandissante des pensées et des pratiques sociales, dont on peut à vrai dire se demander ce qui va bien l'arrêter. Pensons par exemple aux diverses possibilités données aujourd'hui de vivre en famille, d'avoir une vie sexuelle, de procréer, ou encore à l'augmentation des différents champs du savoir ou des corps de métiers (par exemple, un ambulancier n'est ni un brancardier, ni un secouriste, encore moins un infirmier !). D'où provient donc ce processus de fragmentation des pensées et des pratiques sociales ? Nous nous référerons ici à l'analyse très poussée de Marcel Gauchet (1985), sociologue du politique qui a montré comment le lien social de type démocratique doit se comprendre en fonction de l'évolution des sociétés religieuses primitives vers des sociétés religieuses d'État, puis des sociétés d'organisation démocratique. Une telle évolution se caractérise par l'épuisement progressif du règne de l'invisible et de la transcendance, propre aux sociétés traditionnelles fondées sur une autorité extérieure à elles-mêmes. Selon Marcel Gauchet, en fonction du principe de la souveraineté des individus (organisation démocratique), nous vivons dans une société caractérisée par « l'individualisme démocratique », qui repose sur le droit à la liberté

d'expression et de décision de tout individu ou groupe d'individus, auquel est lié le devoir de responsabilité. Dans un tel contexte, les processus identitaires centrés sur l'individualité, la singularité ou l'identité différentielle sont fortement valorisés, générant du même coup une pluralité de pensées, de savoirs et de pratiques sociales, qui tôt ou tard ne peuvent bien sûr qu'entrer en concurrence et en conflit entre eux.

Au nom de la démocratie, il s'inscrit un type de lien social relativement menacé qui agit contre celle-ci même (Gauchet, 2003). Ce nouveau lien social a comme effet de rendre les humains plus isolés les uns par rapport aux autres, perdus dans la « foule solitaire », selon la célèbre expression du sociologue américain David Riesman il y a plus de cinquante ans. Ne pouvant plus se nourrir de sentiments d'appartenance forts, ils sont en peine de reconnaissance, enfermés dans les hyperspécialisations que constituent les nouveaux domaines de savoir et de pratiques professionnelles. Ils sont éprouvés par la nécessité de toujours inventer, puisque le « prêt-à-porter », produit d'une société très consensuelle, n'est plus de mise. Certes, on assiste depuis plusieurs décennies déjà à des efforts sociaux pour maîtriser ce démembrement, qui représente une atteinte directe à une certaine solidarité dans l'être ensemble social, mais chacun de ces mouvements a de la peine à réunir les hommes entre eux, ou le réalise avec des effets pervers importants. Le langage des sciences, cherchant à remplacer les certitudes des discours « au nom de Dieu », se trouve contesté par le relativisme postmoderne. L'arsenal du monde technique, capable de réunir anonymement les humains, contribue en même temps à la production d'un homme unidimensionnel. On peut évoquer les grands rassemblements de foule lors de fêtes sportives ou musicales, mais ce ne sont là que des succédanés passagers ; ou encore les nouveaux montages psychoreligieux, suscités par un certain « retour du religieux » dans une société laïque, mais dont les bricolages ésotériques ont de la peine à épouser des formes institutionnelles largement reconnues.

Le champ de la psychothérapie, en tant que science d'une action humaine et pratique sociale, n'échappe évidemment pas à la fragmentation générée par l'individualisme démocratique. Tôt ou tard, la question se pose alors : comment autant d'orientations peuvent-elles coexister ? Chacune peut-elle trouver sa place ?

2. La diversité dans le domaine de la psychothérapie

Il est inutile de faire la liste des diverses méthodes de psychothérapie qui font valoir aujourd'hui leur droit à l'existence. On ne peut que prendre acte de leur pluralité, signalée par un psychothérapeute célèbre, Carl Gustav Jung, en 1930 déjà (p. 189) :

Un regard jeté sur la littérature psychothérapeutique, considérable et confuse, suffit à corroborer ce fait, non seulement on compte diverses écoles qui récemment encore évitaient anxieusement de se concerter sur

le fond, mais il existe également des groupes ou associations qui, tels des cellules, se ferment à tout ce qui n'est pas leur croyance. Il est hors de doute que cet état de choses est un signe indéniable de vitalité [...]. Mais, pour instructif qu'il soit, cet état de choses est peu réjouissant ; et d'autre part, il est peu compatible avec la dignité de la science que la discussion, si nécessaire à son développement, soit entravée par un dogmatisme borné ou par des susceptibilités personnelles.

En consonance avec la pluralité des pensées et des pratiques sociales, qui fragmentent notre société contemporaine, comme nous l'avons relevé plus haut, le champ de la psychothérapie apparaît donc lui aussi éclaté. Ce processus de diversification va s'accéléralant car, aujourd'hui plus que jamais, la psychothérapie répond à un double mouvement de société : l'idéal postmoderne et la psychologisation des échanges sociaux.

Depuis les années 1960, la remise en question de valeurs ou croyances absolues, en référence à une autorité toute-puissante, a produit une conception plus tolérante et a ouvert des voies nouvelles pour que chacun puisse faire valoir son droit à l'existence au sein de la société. Dans ce contexte, un modèle ou une pratique qui se voudrait totalitaire devient théoriquement inconcevable, et la pluralité des modèles en psychothérapie participe de cet idéal postmoderne.

Une seconde raison qui peut expliquer l'importance accordée de nos jours aux soins psychothérapeutiques, sous leurs formes les plus variées, est directement liée aux efforts demandés à l'être humain dans le contexte individualiste de notre culture. En effet, dans une société où le tissu social s'atomise, où les démarches et les références s'individualisent, où l'indépendance se cultive au détriment de l'appartenance, l'être humain se sent toujours plus isolé et sans soutien. Par exemple, décider pour une femme d'avoir un enfant, en prenant en compte sa carrière professionnelle, le désir de son mari et les pressions éventuelles de ses propres parents, suscite évidemment un surcroît de tension émotionnelle. Ou encore, pour une personne divorcée, faisant valoir son droit au bonheur, gérer une nouvelle vie de famille avec les enfants de son nouveau conjoint, c'est devoir souvent trouver des solutions sans modèle prêt-à-porter. Les pouvoirs publics désignent alors des agents sociaux pour soulager ceux qui ne s'y retrouvent pas. Les « psys », dont font partie les psychothérapeutes, figurent parmi ces agents sociaux appelés à limiter les effets dévastateurs d'un « vide moral », et investis en conséquence du pouvoir de définir les enjeux essentiels de l'existence humaine.

Mais cette diversité des formes de psychothérapie s'avère finalement être une épreuve pour plusieurs protagonistes. Pensons d'abord aux patients qui, en quête d'une aide psychothérapeutique, sont souvent perturbés face à ces différentes propositions de traitement. Laquelle choisir ? Les psychothérapeutes eux-mêmes, tenants de l'une ou l'autre forme de psychothérapie, se sentent mis en concurrence, menacés sur leur territoire. Qui sera reconnu comme psychothérapeute compétent ? Qui obtiendra le

remboursement de ses prestations ? Qui pourra bénéficier de subsides de recherches conduites au sein des universités ?, etc. Les passions déchaînées tout récemment en France par la publication du rapport de l'Inserm (2004) ou celle du *Livre noir de la psychanalyse* (2005) sont révélatrices des enjeux idéologiques, politiques et économiques. Face à une telle diversité, un même questionnement embarrassant habite le tiers public, qu'il s'agisse des autorités gouvernementales, des responsables de caisses-maladie, ou des associations d'usagers de soins. Chacun se demande quelles sont les formes de psychothérapie sérieuses, acceptables « scientifiquement ».

3. Des essais d'unification du champ de la psychothérapie

Pour faire face à cette fragmentation inquiétante des formes de psychothérapie, et aux menaces qu'elles représentent l'une pour l'autre, on peut relever pour faire bref quatre tentatives ou courants dans l'histoire de la psychothérapie, qui ont cherché ou cherchent à limiter cette pluralité inquiétante. Nous examinerons successivement : l'éclectisme pragmatique, le courant intégrationniste, celui des facteurs communs et celui de la pensée d'école.

- *L'éclectisme pragmatique* consiste à recourir à un ensemble de techniques provenant d'écoles ou d'orientations différentes, avec une recherche essentiellement centrée sur l'efficacité thérapeutique, sans le souci de les inscrire dans un modèle théorique. Même si, d'après de nombreuses enquêtes, une majorité de psychothérapeutes y souscrit, alléguant le bien-être de leurs patients qui présentent une diversité de problèmes, lesquels demandent en retour une diversité de stratégies pour être solutionnés, cette tendance nous semble pseudo-unificatrice dans la mesure où elle minimise les différences théoriques des modèles d'où sont empruntées les techniques. Elle ne se soucie pas en particulier de la cohérence scientifique des processus thérapeutiques.
- Le *courant intégrationniste*, dont on trouvera une très bonne présentation dans l'ouvrage de Norcross et Goldfried (1992), ses défenseurs acharnés, vise une intégration des apports théoriques de chaque orientation. Mais les différents modèles intégrationnistes disponibles sont souvent construits sous l'influence organisatrice d'un modèle prévalent, plutôt d'orientation cognitiviste que psychanalytique, par exemple, et porté par une épistémologie insuffisamment critique.
- Le courant des *facteurs communs non spécifiques* a, quant à lui, une grande tradition. Remontant à Frank (Frank et Frank, 1963), puis défendu par Luborsky (Luborsky et al., 1975), il tend à insister sur les facteurs communs responsables du processus thérapeutique, au détriment de facteurs spécifiques propres à chaque orientation qui sembleraient moins décisifs dans le processus thérapeutique. Chaque traitement psychothérapeutique serait efficace pour autant qu'une alliance thérapeutique est établie, que

l'attente du patient d'aller mieux est renforcée par l'expérience qu'il fait en thérapie d'un début de maîtrise de certains de ses comportements problématiques, ou encore qu'il lui est donné d'y vivre une réelle expérience émotionnelle, etc. Cela signifie-t-il pour autant que toutes les orientations se valent et qu'on perd son temps à considérer leur spécificité ?

- Enfin, une dernière manière de maîtriser la pluralité des psychothérapies est proposée par la « *pensée d'école* » ; celle-ci caractérise toute orientation psychothérapeutique qui tend à se présenter comme la seule vraiment pertinente et efficace, dans la quasi-méconnaissance des autres, en s'imposant souvent de manière disqualifiante et arrogante. Avec l'éclectisme pragmatique, la pensée d'école constitue l'autre pôle extrême de ce continuum réunissant diverses tentatives qui cherchent toutes, à leur manière, à minimiser les différences entre orientations psychothérapeutiques.

4. La force des présupposés

Comment expliquer qu'aucun de ces courants de pensée n'arrive finalement à éponger cette diversité des orientations psychothérapeutiques, en s'imposant comme suffisamment fédérateur ? Notre hypothèse est la suivante : les différents modèles de psychothérapie sont chacun portés par des présupposés, des a priori, des visions du monde portant sur l'homme, la société, la science, qui influencent leur construction, et qui les rendent jusqu'à un certain point irréductibles les uns aux autres.

En d'autres termes, les méthodes psychothérapeutiques se différencient entre elles en fonction de différences peut-être encore plus fondamentales que celles déjà contenues explicitement dans leur théorie et leurs techniques. Cette pluralité de méthodes serait donc en partie redevable à des présupposés différents qui organisent leur modèle et la pratique psychothérapeutique qui en découle. Ces prémisses ou présupposés organisateurs peuvent s'entendre au sens de Bateson (1971, p. 230) comme « un ensemble d'hypothèses ou de prémisses habituels implicites dans la relation entre l'homme et son environnement ». Ils fonctionnent comme des a priori épistémologiques implicites, qui interviennent inévitablement dans l'appréhension et la construction de la réalité, et qui ont pour caractéristique de se valider par eux-mêmes en engendrant un effet de croyance, voire d'évidence⁶⁵. Il s'agit donc d'énoncés concernant la psychothérapie qui ne sont pas directement de l'ordre du démontrable, mais de l'ordre de la conviction. Nous avons moins à nous prononcer sur leur vérité ou fausseté qu'à nous déclarer en accord ou en désaccord avec eux. Par exemple, l'énoncé de Carl Rogers : « L'être humain se développe comme la graine du citronnier, grâce aux conditions favorables de son environnement », ou celui de Jay Haley : « Je pense qu'on

65. Pour un plus large développement de ce terme et de ses conséquences dans la pratique psychothérapeutique et le dialogue entre psychothérapeutes, voir Duruz, 1994 (particulièrement p. 190-196) et Duruz, 1995.

peut parler à quelqu'un de ses problèmes pendant des années, cela ne changera rien, à moins de faire quelque chose », ou encore celui d'un thérapeute systémicien se référant à la cybernétique de second ordre et accordant de ce fait une grande importance à la subjectivité : « La réaction du thérapeute a une valeur diagnostique essentielle : sa subjectivité est un des éléments les plus fiable sur lequel il puisse s'appuyer » ; de tels énoncés ne relèvent-ils pas davantage d'une adhésion, qui peut être sans doute plus ou moins raisonnée, que d'une démonstration ? Dans nos études empiriques auprès de 77 psychothérapeutes suisses de 12 orientations différentes (Duruz et Lob, 1996, 1997), nous avons pu mettre en évidence trois séries de présupposés de base à la pratique de la psychothérapie, renvoyant à ces trois questions clés que tout psychothérapeute peut se poser :

1. À quelle image de l'homme son modèle se réfère-t-il (conception optimiste, tragique, adaptative, etc., de l'homme) ?
2. Dans quel projet de société inscrit-il son activité de psychothérapeute (une activité qui se veut à l'abri du social, ou qui prend en compte ses dimensions politique, institutionnelle ou économique, etc.) ?
3. Quelle valeur scientifique accorde-t-il à son activité de psychothérapeute (option d'une épistémologie réaliste, scientifique ou constructionniste ; importance donnée aux études empiriques et aux recherches d'efficacité ; par le recours à la seule méthode expérimentale ; etc.) ?

5. Science et croyance

Notre propre épistémologie – nous sommes conscient que nous engageons ici un présupposé personnel – consiste à distinguer la connaissance obtenue par la science de celle obtenue par la croyance et à les mettre en relation. Dans celle-ci, la connaissance provient d'une adhésion à un objet de foi ou de conviction, alors que dans celle-là l'attitude critique et réflexive qui la caractérise exige l'administration d'une preuve. Grâce à une méthode rigoureuse, définissable dans ses principales opérations de pensée, l'homme de science cherche à objectiver – étymologiquement, à jeter devant lui – ce qui se manifeste de la réalité étudiée. Même si l'articulation entre ces deux niveaux de connaissance n'est pas simple, une telle distinction mérite d'être faite. En ce sens, notre épistémologie se différencie de celle de Karl Popper qui pense que tout scientifique, en faisant l'effort nécessaire, peut se dégager des croyances qui le guettent. Dans une visée moins rationaliste, nous pensons que ces croyances sont inhérentes au modèle, et plus positivement, qu'elles rendent possible leur construction, les marquant certes d'une certaine partialité, mais fondant par là même l'efficacité de leurs limites⁶⁶.

66. On peut citer ici cette remarque qu'un ingénieur d'École polytechnique, romancier à ses heures, met dans la bouche d'un de ses personnages en train de mener une enquête policière au Vatican : « Un modèle n'est utilisable que dans la mesure où il néglige une partie de la réalité, celle que vous décrêtez inutile et encombrante pour mener à bien votre raisonnement et votre calcul » (Neyrinck, 1999, p. 131) !

Le terme de croyance est encore plus fort que celui de présupposé. Il met l'accent sur la dimension de valeur qui anime ces présupposés, les croyances pouvant se définir comme un ensemble de représentations valorisées socialement au détriment d'autres, qui sont organisatrices du lien et de l'ordre social. Les croyances en la liberté, l'égalité et la fraternité des humains par exemple, comme celles en l'excellence de l'humain porté par les valeurs du travail, du mérite et de la responsabilité, fonctionnent comme des fondements à des positions subjectives sociétales, qui sont autant de manières d'articuler le rapport de soi à l'autre. Dans le domaine plus restreint des écoles psychothérapeutiques, les psychothérapeutes vont également se réunir autour de croyances communes dans un individu, conçu comme un individu capable de maîtrise et de contrôle, par exemple, ou plutôt en fonction de sa singularité subjective et historique ou de ses appartenances, ou encore selon un point de vue plus holistique que fonctionnel, etc.

6. Un travail critique de clarification

Dans ce sens, il nous semble qu'un double travail critique doit être opéré par toute école psychothérapeutique et par les psychothérapeutes qui s'y réfèrent : d'une part, rendre compte de leur modèle selon des critères scientifiques de pertinence et de preuve ; d'autre part, expliciter l'épistémologie engagée par leur modèle, de manière à mettre en évidence les croyances et les valeurs spécifiques qui les sous-tendent, et qui ne sont pas nécessairement partagées par d'autres modèles.

Pour la première tâche, nous avons proposé cinq critères en fonction desquels toute méthode devrait pouvoir être évaluée et déclarée en conséquence scientifique. Il s'agirait d'évaluer sa capacité à :

- rendre compte de ses *filiations thérapeutiques et de son contexte socio-culturel d'émergence* ;
- présenter une *théorie cohérente de la personnalité* où sont définis des critères de santé et de pathologie psychiques ;
- dégager les *facteurs curatifs du processus thérapeutique*, qui permettent de faire un lien entre sa théorie étiopathogénique du trouble psychique, les techniques utilisées et le changement qu'elle vise ;
- mettre en évidence l'*efficacité de sa méthode*, sur la base de critères qui lui sont propres ;
- attester de son *insertion sociale dans la communauté scientifique* par ses appartenances institutionnelles, ses activités de formation, de recherche, et de publication.

Comme on le remarque, l'évaluation de la psychothérapie du point de vue de son efficacité ne représente qu'un aspect parmi d'autres.

Pour ce qui est du travail d'explicitation épistémologique, on pourrait souhaiter que chaque orientation ou psychothérapeute rédige une sorte de « charte épistémologique », mettant en évidence les énoncés fondamentaux qui relèvent de leurs croyances, concernant l'homme tel qu'il est rencontré dans leur traitement psychothérapeutique, la société telle qu'ils la

mettent en lien avec leur patient, et la science enfin, au nom de laquelle ils travaillent. Ce serait une manière de répondre à l'appel lancé par Bateson (1979, p. 31) au terme de sa vie, si conscient que tout modèle véhicule une certaine anthropologie :

Il est évidemment souhaitable (mais non absolument nécessaire) que l'homme de science soit conscient de ses présuppositions, et qu'il soit capable de les formuler. Pour pouvoir porter un jugement scientifique, de toute façon, il est recommandé, pour ne pas dire indispensable, de connaître les présuppositions des collègues faisant des recherches dans le même domaine.

Il faudrait sans doute aller plus loin qu'un seul dialogue au niveau d'un échange de chartes, et porter ce dialogue jusqu'à une confrontation des pratiques elles-mêmes, selon un modèle que j'ai présenté ailleurs (Duruz et Gennart, 2002, p. 6-9).

Mais ne nous le cachons pas, ce travail d'explicitation est extrêmement difficile, puisqu'il engage un travail identitaire portant sur des groupes et des individus. Il invite à rendre explicite ce qui par définition est implicite dans le monde de la science, en nous faisant éprouver les limites de chacun de nos modèles, du fait qu'ils sont portés, comme nous le soutenons, par des croyances. Cette grande psychanalyste qu'est McDougall (1988, p. 606) voyait tellement juste en écrivant les lignes suivantes :

Nous avons besoin de nous assurer qu'il existe un ordre dans le chaos du fonctionnement psychique et qu'il y a des théories pour expliquer les changements psychiques. De plus, nos théories nous aident à faire face aux inconnus de la situation clinique ainsi qu'à nous prémunir contre la solitude qui est la nôtre dans cette situation à deux. En nous attachant à une école théorique, nous faisons partie d'une famille, nous sommes moins seuls face aux incertitudes qui nous assaillent tous les jours [...] L'idéal serait de tenir dans le même respect que les nôtres les théories des autres ; cela nous permettrait de mieux percevoir les limites de nos propres modèles et leur prégnance.

On pourrait dire que nous entrons là dans le domaine d'une anthropologie clinique, à visée comparative (voir Duruz, 2007), qui a cette exigence que, dès le moment où l'on s'intéresse à l'autre différent de soi, on se trouve transformé dans la compréhension de soi-même. En d'autres termes, la connaissance comparée des autres, c'est simultanément la mise en perspective de soi-même. La plupart d'entre nous appartenons à une culture psychothérapeutique spécifique, qui s'est forgée sa propre langue, ce qui n'empêche pas certains d'avoir fait l'expérience d'autres cultures, dont ils ressortent habituellement enrichis dans leur manière de vivre la leur. Ce n'est pas pour autant une invitation à rechercher un *espéranto* culturel. On ne peut jamais renoncer à sa langue maternelle ; elle nous enracine dans notre identité première. Mais à fréquenter d'autres langues, on peut découvrir davantage ses finesses et sa complexité, voire l'enrichir. Goethe, cet esprit

universel, nous invite à cette ouverture sans renier l'ancrage identitaire de la langue-mère, lui qui disait : « *Wer fremde Sprachen nicht kennt, weiss nichts von seiner eigenen* », ce qui pourrait se traduire en ces termes : « Celui qui ne connaît aucune langue étrangère ne sait rien de la sienne » !

Bibliographie

- BATESON G. (1971), « La Cybernétique du "soi" : une théorie de l'alcoolisme », in BATESON G., *Vers une écologie de l'esprit*, t. 1, Paris, Le Seuil, p. 225-252, 1977.
- BATESON G. (1979), *La Nature et la pensée*, Paris, Le Seuil, 1984.
- DURUZ N. (1994), *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative*, Neuchâtel-Paris, Delachaux & Niestlé.
- DURUZ N. (1995), « La Psychothérapie existe-t-elle ? », *Psychothérapie Forum*, n° 39, p. 48-57.
- DURUZ N. (2007), « L'Anthropologie clinique au carrefour des psychothérapies », *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, n° 5, numéro spécial, 1, p. 17-22.
- DURUZ N., GENNART M. (2002), *Traité de psychothérapie comparée*, Genève, Médecine & Hygiène.
- DURUZ N., LOB R. (1996), « Qu'est-ce que la psychothérapie ? Regard métaclinique de 77 psychothérapeutes suisses », *Psychothérapies*, n° 16, p. 171-180.
- DURUZ N., LOB R. (1997), « Psychothérapeutes : analyse de trois présumés », *Psychothérapies*, n° 17, p. 67-77.
- FRANK J.D., FRANK J.B. (1963), *Persuasion and healing : A comparative study of psychotherapy*, 3rd ed., Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1991.
- GAUCHET M. (1985), *Le Désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Paris, Gallimard.
- GAUCHET M. (2003), *La Démocratie contre elle-même*, Paris, Gallimard.
- INSERM (2004), *Psychothérapie. Trois approches évaluées* (CANCEIL O., COTTRAUX J., FALISSARD B., FLAMENT M.), Paris, INSERM.
- JUNG C.G. (1934), « La Névrose et l'auto-régulation psychologique. Situation de la psychothérapie en 1930 », in *La Guérison psychologique*, Genève, Georg et Cie, 1953.
- LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L. (1975), « Comparative studies of psychotherapies : Is it true that "Everyone has won and all must have prizes" ? », *Archives of General Psychiatry*, n° 32, p. 995-1008.
- MCDUGALL J. (1988), « Quelles valeurs pour la psychanalyse ? », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 52, p. 585-612.
- NEYRINCK J. (1999), *L'Âge dans le placard*, Paris, Desclée de Brouwer.
- NORCROSS J.T., GOLDFRIED M.R. (dir.) (1992), *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer, 1998.
- RIESMAN D., DENNEY R., GLAZIER N. (1978), *La foule solitaire : anatomie de la société moderne*, Paris, Arthaud. Trad. fr. de *The lonely crowd*, Yale University Press, 1951.

Index des noms propres

- A**
- Ablon, S. 159
 Accoyer, B. 214
 Advenier, F. 57
 Allilaire, J.-F. 217
 Andler, D. 13
 André, C. 45
- B**
- Ballat, A. 243
 Barkham, M. 199
 Baruch, C. 163
 Bateson, G. 184, 263, 266
 Beauchesne, H. 216
 Beck, A. 46, 50
 Bergeret, J. 215
 Bernard, C. 125
 Bertrand, X. 234
 Blatier, C. 51
 Blatt, S. 70, 158
 Blueler, E. 247
 Boston, 154
 Bréchet, C. 201
 Breuer, J. 133, 135
 Broca, R. 132
 Brusset, B. 43, 237
 Bucci, W. 144, 153
- C**
- Canguilhem, G. 17, 18
 Capdevielle, V. 216
 Carnap, R. 12
 Carroll, L. 224
 Castoriadis-Aulagnier, P. 137
 Charcot, J.-M. 247
 Chartier, J.-P. 129
 Chauviré, C. 12
 Cho Seung-Hui, 223
 Cialdella, Ph. 93
 Cipriani, A. 227
- D**
- Cléry-Melin, Ph. 217
 Coetzee, J.M. 228
 Coriat, I. 143
- D**
- Dagognet, F. 17
 Dahl, H. 145, 153
 Darwin, C. 225
 Dazord, A. 6
 De Kervasdoué, J. 4
 De Roten, Y. 175
 Del Volgo, M.J. 92
 Despland, J.-N. 96, 175
 Devereux, G. 62, 212
 Diderot, D. 67
 Doucet, C. 216
 Douste-Blazy, Ph. 77, 93
 Duruz, N. 259
- E**
- Ehrenberg, A. 5
 Elkin, I. 102
 Ellis, A. 50
 Erikson, M.H. 54
 Esquirol, J.-E. 47
 Ey, H. 247
 Eysenck, H. 102
- F**
- Falissard, B. 77
 Fischman, G. V, 96
 Fodor, J. 51
 Fonagy, P. 22, 96, 144
 Foucault, M. 209, 243, 246
 Frances, A. 141
 Franck, J.D. 262
 Freud, S. 20, 21, 45, 46, 47, 55, 60, 61, 125, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 142, 158, 164, 176, 177, 244, 253

G

Gabbard, G. 96, 146
Galton, F. 96
Gauchet, M. 259
Gérin, P. 6, 92
Gillieron, E. 176
Glass, G. 227
Glover, E. 144
Goethe, J.W. 266
Goldfried, M.R. 262
Goldstein, K. 247
Gori, R. 92, 95, 239
Green, A. 97, 134
Grosbois, Ph. 209
Grünbaum, A. 20
Guelfi, J.D. 17, 91
Gunderson, J. 96
Guyotat, J. 131

H

Habermas, J. 20, 21
Hacking, I. 245, 253
Hadley, S. 228
Haley, J. 264
Hempel, C. 12
Høglend, P. 193
Horowitz, M. 145
Horwitz, L. 146
Howard, K. 195

I

Ioannidis, J. 228, 235

J

Janet, P. 253
Jones, E. 23, 72, 97, 146, 159, 194
Jung, C.G. 260

K

Kächele, H. 21
Kantrowitz, L. 154
Kazdin, A. 71, 105

Kendall, P. 71, 105
Kernberg, O. 158
Kirk, S. 130
Klein, M. 23
Knapp, Ph. 148
Knight, R.P. 148
Kuhn, R. 85
Kutchin, H. 130

L

Lacan, J. 23, 133, 229
Lakatos, I. 13, 14
Lantéri-Laura, G. 246, 247, 249
Latour, B. 17, 223
Laurent, E. 95, 223
Leuzinger-Bohleber, M. 23, 96, 231
Lévi-Strauss, Cl. 256
Lodge, D. 228
Luborsky, L. 92, 146, 147, 180, 184, 193, 262
Lyotard, J.-F. 25

M

Margison, F. 199
Marx, K. 251
Marzillier, J. 129, 132
McDougall, J. 266
Ménéchal, J. 215
Mergenthaler, E. 179
Mesmer, F.-A. 246
Miller, J.-A. 16, 95, 96, 232, 235
Milner, J.-C. 95, 235
Mostardeiro, B. 134
Mulhern, S. 254

N

Nash, J. 225
Nasio, J.-D. 137
Norcross, J.T. 262

O

Odier, B. 97
Ogien, A. 33

P

Perec, G. 132
Périer, F. 129
Perron, R. 93, 95, 97, 117, 144,
228
Perry, J.C. 97, 147, 180
Pfeffer, A. 153
Pichot, P. 217
Pinel, Ph. 47, 246
Popper, K. 13, 15, 264
Pötzl, O. 142

R

Ribot, T. 216
Riesman, D. 260
Robert, M. 141
Rogers, C. 263
Rose, S. 226
Rosenzweig, S. 142
Roudinesco, É. 130
Roussillon, R. 97

S

Sandell, R. 169
Schafer, R. 21, 23
Shedler, J. 158
Slife, B. 12
Smith, A. 228
Spitzer, 130
Stigler, M. 179
Stiles, W.B. 195
Strupp, H. 153, 228

Swendsen, J. 48, 51
Sybil (cas), 253

T

Thöma, H. 21
Thurin, J.-M. 71, 96, 101, 187,
193, 230
Thurin, M. 187

V

Vassali, G. 60

W

Waelder, R. 21
Waldron, S. 147, 158
Wallerstein, R.S. 92, 143, 147, 153,
155, 157
Weber, M. 20
Westen, D. 158, 229
Western D. 11
Widlöcher, D. 67, 96, 132
Wilbur, C. 253
Windelband, W. 18
Winnicott, D. 184

Z

Zarifian, É. 131
Zimmerman, D. 134
Zinn, E. 144

Index

A

Addiction(s) 49, 251
 Agence française
 – de normalisation (Afnor) 217
 – de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) 227
 Agoraphobie 45
 Agrégation de groupes 150
 Ajustement 183
 Alliance thérapeutique 54, 96, 142, 177, 180, 183, 196, 211, 241, 262
American College of Rheumatology (ACR) 79
 Analyse
 – configurationnelle 23
 – statistique de série temporelles 147
 – transactionnelle 241
 Animisme 252, 254
 Anthropologie XI, 17, 241, 242, 245, 247, 249, 250, 255, 266
 Antidépresseurs 226, 227
 Approche
 – longitudinale 190
 – observationnelle 190
 Association psychanalytique allemande 148, 231
 Association psychanalytique argentine 156
 Association psychologique américaine (APA) 9, 58, 103, 177, 232
 Association psychiatrique américaine 228
 Atomisme 12
 Attitude générale du thérapeute 183
 Auto-évaluation 71, 84
 Auto-observation 169
 Auto-questionnaires 212

B

Base de données 112, 179, 197
Benchmarking 37

Biais 94
 – statistiques 93
 Biopolitique 239, 243
 Boston (projet de) 148
 Boulimie 48

C

Capacités
 – identificatoires 170
 – psychologiques 141
CARR (Configuration Analysis and Role Relationship model) 145
 Cas
 – cliniques 88
 – isolés 103
 – singulier 24, 27, 190
 – unique 71, 147
CCRT (Core conflictual Relationship Theme) 147, 182
Ceteris paribus 13
 Changement
 – comportemental 155
 – structurel 155, 156
 Chimiothérapies 210, 226
 Classification internationale des maladies (CIM) 79
Coaching 240, 241, 242, 243, 251
 Cognition 54
 Cognitivism 50
 Columbia (projet de) 149
 Communauté scientifique 171
 Comorbidité 52, 124
 Confidentialité des données 192
 Conflit(s) 165, 167, 235, 252
 – inconscients 156
 – internes 52
 – moral 250
 – psychique(s) 54, 188, 251
 – relationnel 181, 182
 Connaissance de soi 255
 Consentement du sujet 235

- Construction
- analytique 61
 - intersubjective 20
- Constructivisme 13, 19
- Courant de pensée 58
- éclectisme pragmatique 262
 - intégrationisme 262
- Critère(s) IX
- aléatoire 166
 - de démarcation 13
 - d'efficacité 80, 88
 - d'égalité 38
 - d'équité 38
 - d'évaluation XI, 94
 - d'exclusion 104
 - de fonctionnement global 94
 - de quantification 34
 - de rationalité 34
 - de réussite 134
 - de variabilité individuelle 189
 - diagnostiques 79
 - d'inclusion 78, 104, 166
 - d'utilité 34
 - esthétiques 34
 - scientifiques de pertinence 265
 - subjectifs 129, 137
- Croyance(s) 65, 264
- D
- Défense(s) 46, 47, 49, 165, 183
- capacités 141
 - (mécanismes de) 54, 94, 97, 147, 166, 168, 181
 - *Mechanism Rating Scales* (DMRS) 97, 147
 - narcissiques 182
 - obsessionnelles 182
 - processus 134
 - renforcement 51
- Démocratie 249
- Déontologie 228
- Dépression 50, 68, 230
- Développement personnel 215
- Déviance sociale 244
- Diagnostic(s)
- nosographique 193
 - psychopathologique(s) 191, 193, 244
- Direction générale de la santé (DGS) 217
- Dodo bird verdict* 224, 227, 230
- Données
- extensives 192
 - numériques 171
 - psychanalytiques 22
- Double aveugle 69
- DSM 79, 103, 129, 130, 249
- DSM-III 130, 240, 244, 247, 248, 249, 250, 253, 254
- DSM-IV 104, 124, 125, 130, 141, 248, 250, 251
- E
- Échantillon 118, 124, 125
- Échantillonnage 149
- Échelle 120, 169, 180
- d'adhérence/compétence 178
 - d'aptation sociale 94
 - de capacités psychologiques (*Scales of Psychological Capacities* [SPC]) 157
 - de fonctionnement psychodynamique de Høglend 193
 - de Likert 178
 - de processus analytique (*analytic process scales*) 23, 147, 158
 - d'évaluation des interventions psychodynamiques 180
 - d'évaluation des mécanismes de défense (*Defense Mechanism Rating Scales* [DMRS]) 147, 180
 - inventaire de relations d'objet 24, 158
 - procédure d'évaluation de Schedler et Western 24, 158
 - protocole herméneutique d'efficacité de cas singuliers 23
- Économie V, 34, 49, 51, 252
- de la santé XI, 4
 - néolibérale 51
 - politique 248, 249
 - pulsionnelle 49
- Effet(s)
- de changement 209

- d'un médicament 59
 - placebo 51
 - Efficacité 1, 6, 7, 10, 11, 23, 33, 103, 112, 117, 167, 176, 182, 183, 209, 264, 265
 - Empirically supported psychotherapy* 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 25, 26
 - Empirisme V, 6, 14, 18, 20, 21, 46, 54, 55, 59, 63, 92, 97, 101, 103, 142, 146, 147, 156, 176, 177, 264
 - Enregistrement(s) 144, 169, 178, 212
 - Épidémie des troubles 247
 - des personnalités multiples 254
 - du comportement 250
 - Épidémiologie clinique 235
 - Épisodes relationnels (*relational episodes* [RE]) 147
 - Épistémologie 3, 11, 53, 85, 131, 209, 213, 215, 248, 249, 255, 264, 265
 - Ésotérisme 260
 - Essais contrôlés randomisés (ECR) 95, 101, 103, 104, 106, 109, 224, 229
 - Étalonnage 87
 - Éthique(s) V, 51, 166, 168, 192, 242, 245, 251
 - Étude(s)
 - contrôlées randomisées (ECR) 8, 68, 71, 96, 103, 109, 189, 226, 228, 231, 232
 - d'agrégation de groupes de cas cliniques 148
 - de cas 102, 132
 - de la Société psychanalytique de Boston de Kantrowitz 154
 - épidémiologique 202
 - intensive de cas 108, 187, 190, 199, 201
 - pilote du changement du fonctionnement mental pendant les psychothérapies 168
 - processus-résultats 112, 190
 - prospective(s) 149, 152, 154
 - qualitative(s) 107, 231
 - rétrospectives 144
 - sur le processus 144, 153, 156
 - sur les résultats 147
 - Évaluation 194, 213
 - autoévaluation 84
 - clinique 132
 - comparative 106
 - des effets des psychothérapies 212
 - des politiques publiques 35
 - des pratiques professionnelles 191
 - du médicament 80
 - *evidence-based* 232
 - hétéroévaluation 84
 - médico-économique 256
 - *value-based* 232
 - Evidence based medicine* (EBM) IX, 4, 7, 26, 57, 71, 103, 118, 136, 234, 235
 - Evidence-based practice* 104
 - Evidence supported therapy(ies)* 57, 59, 103, 129, 131, 132
- ## F
- Facteur(s)
 - communs non spécifiques 262
 - de changement 96, 102, 107, 196
 - institutionnels 211
 - « personnalité du psychothérapeute » 210
 - relationnel non spécifique 53, 211
 - spécifiques 211
 - Faisabilité 192, 195
 - Falsificationnisme 13, 14
 - Fédération française de psychiatrie 202
 - Fiabilité 130, 149, 189, 244, 249
 - Flexibilité 250
 - Fonctionnement psychique 168
 - Fondamentalismes 255
 - Fondation Menninger 143, 155
 - Formation
 - des praticiens VI
 - en psychopathologie 219
 - Formulation
 - du cas 190, 193, 198
 - idiographique des conflits 23
 - FRAMES (*Fondamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures*) 145
- ## G
- Génération(s) de recherche(s) 104, 141, 144, 147, 154

Gestalt-thérapie 241
 Gestion 33
 – biopolitique des populations 234
 – système de soins 209
 Groupe(s)
 – contrôle(s) 8, 10, 94, 165, 166, 170, 224, 228, 229
 – de pairs 111, 190, 191, 198
 – de population 229
 – expérimental 94, 166
 – homogènes 165, 166
 – sous-groupes 118
 – témoin 118, 125

H

Haute autorité de santé (HAS) 71, 234
 Hédonisme 12
Hermeneutic Single-Case Efficacy Design 23
 Herméneutique 19, 20, 21, 158
 Hétéro-observation 169
 Heuristique (valeur) 6, 97
 Homogénéité des patients 9
 Hygiène 243, 246
 Hyperactivité (trouble de l') 248
 Hystérie 60, 133, 247, 252, 254

I

Idéal-type 20
Idiographic Conflict Formulation (ICF) 23
 Idiographique (s) 19, 25, 27
 Individualisme 259, 260
 Inductivisme 22, 69
 Inserm IX, 4, 77, 93, 95, 101, 112, 118, 123, 126, 131, 132, 201, 209, 211, 213, 225, 226, 229, 234, 248, 249, 262
Insight 23, 146, 149, 155, 169, 193, 196
 Instances psychiques 168
 Institut pour la formation et la recherche psychanalytiques (*Institute for Psychoanalytic Training and Research [IPTAR]*) 156

Intelligence artificielle 51
 Interprétations 20
 Intervention(s)
 – psychodynamique brève (IPB) 176
 – de soutien 183
 – d'exploration 183
 Inventaire de relations d'objet 24

K

Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP : Profil psychodynamique de Karolinska) 157

L

Liberté individuelle 36
 Libéralisme 243
 Lien social 242
 Lobbying parlementaire 213
 Logique(s)
 – classificatoire 124
 – de confirmation 14
 – de la quantification 39
 – de prescription 64
 – de recomposition 64
 – dimensionnelle 78
 – d'intégration sociale 249
 Loi nomologico-déductive 12

M

Maïeutique socratique 241
 Maîtrise
 – comptable 26
 – des dépenses de santé 35, 37
 Maladie(s)
 – mentale transitoire 245, 253
 – nosocomiales 252
 Manuel(s) 59, 60, 132
 – de traitement 10, 178
 – d'intervention 8
Mc Glashan semistructured interview (MSI) 158
Multiple Code Theory (MCT : Théorie du code multiple) 145
 Mécanismes de défense, voir Défense(s)

- Médecine 91, 213, 216, 239
 – aliéniste 244, 246
 – fondée sur les preuves 117, 125
 – médicalisation 95
 – somatique 88
- Médicalisation
 – de l'existence 95, 239, 248
 – pseudo-sciences 131
- Médicament(s) 68, 166, 212, 226, 230, 247, 250
- Mesure(s)
 – chi carré kappa 130
 – de distances 87
 – de la structure de la personnalité 158
 – de la subjectivité XI, 16
 – d'efficacité 38
 – objective(s) 17, 83, 85
 – processus 144, 158
 – standardisées 157
 – subjectives 77, 83, 85, 87
 – système d'étalonnage 85
- Méta-analyse(s) 8, 10, 11, 93, 142, 224, 227, 228,
- Méta-herméneutique 20
- Métapsychologie 20, 21, 54, 137
- Méthode(s)
 – du Thème relationnel conflictuel central (*Core Conflictual Relationship Theme* [CCRT]) 180
 – hypothético-déductive 19
 – qualitatives 231
 – statistiques 59
- Métrologie 119
- Michelson (expérience de) 87
- Modèle(s)
 – d'assimilation 107
 – d'adéquation 181
 – d'analyse de configuration et de la relation de rôle de M. Horowitz 145
 – de relation de rôle (*role relation model* [RRM]) 146
 – herméneutique 19
 – idiographique 24
 – médico-économique néolibéral 255
 – pharmacoclinique 91
 – unique 259
- Moyennes 122, 123, 171
- N
- Narcisisme 68
- National Institute of Mental Health* (NIMH) 102, 103, 226, 230, 235
- Naturalisation 27, 240, 255
- Naturalisme(s) V, 11, 106, 110, 189, 251
- Neurosciences sociales 248
- Névrose 45, 49, 68, 244, 252
 – de caractère 151
 – obsessionnel(le) 46, 47, 130, 133
- New York (projet de) 150
- Niche écologique 240, 245, 252, 253
- Nomothétique 18
- Normalisation 17, 85, 211, 240, 243, 246
- Normalité 18, 166, 250
- Normativité 17, 18, 26
- Norme(s) 35
 – de qualité 7
 – sociales 255
- Nosographie 92, 131, 132
 – a-théorique 130
 – taxinomique 124
- O
- Object Relations Inventory* (ORI ; Inventaire des relations d'objet) 158
- Objectivation 12, 39, 234
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* (OPD) 158
- Opérationnalisme 12
- Organisation mondiale de la santé (OMS) 79, 231
- P
- Paradigme(s) X, 85, 110, 244, 252
 – alternatif de recherche 108
 – de mesure 87
 – psychiatriques 245
- Paradoxe de l'équivalence 7, 26, 166

- Patient moyen 59
- Performance(s) 26, 35, 41, 241
- Personnalité(s) 69, 132, 188, 229, 265
- anti-sociale 131
 - multiples 130, 253
- Pharmacologie 117, 184
- Phobie(s)
- de l'ascenseur 45
 - du cheval 45
 - sociale 68
- Physicalisme 11
- Placebo 68, 118, 125, 211, 226, 229
- Politique(s) de santé publique 33, 34, 36, 39, 41, 68, 69, 88, 172, 218, 232, 240, 242, 259
- Positivismisme 12, 252, 253, 254
- Postmodernité 242
- Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* 111
- Pragmatisme 55, 249
- Principe de la Congruence P-T-O 153
- Processus
- analytique 23, 62, 117, 146, 151
 - de changement 71, 103, 105, 112
 - de changement médiateur modérateur 194, 196
 - thérapeutique 111, 176, 213, 262, 265
- Processus-résultats 7, 202
- Programme(s)
- analytique de collaboration multi-sites (CAMP) 153, 157
 - de recherche collaborative sur le traitement de la dépression (TDCRP) 102, 230
 - de recherche neuroscientifique 254
 - d'éducation sanitaire 241
 - d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) 197
 - sociaux de réhabilitation 248
- Projet de recherche sur la psychothérapie (*Psychotherapy Research Project* [PRP]) 143, 155, 157
- Prototype narratif 19
- Psychiatrie
- positive 253
 - postmoderne 252
- Psychobuilding* 241
- Psychodynamic diagnostic manual* 141
- Psychologisation 261
- Psychopathie 234
- Psychopathologie 111, 214, 215, 244, 245, 246, 248, 250, 251, 253, 255
- Psychothérapeute(s) 181, 211, 214
- titre 172, 213, 218
- Psychothérapie(s) 8, 11, 12, 110, 195, 213
- brève 182, 228, 241
 - cognitives 54, 56, 165
 - cognitives et comportementales 43, 44, 47, 50, 51, 53, 55, 68, 93, 94, 102, 103, 104, 118, 214, 226, 229, 230, 241
 - de soutien 156
 - éclectiques et intégratives 55
 - empiriquement fondée(s) 8, 11, 12, 60, 62, 64, 65
 - interpersonnelle 195, 230
 - médicale objective 214
 - psychodynamiques 3, 110
 - relationnelle 213
- Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) 23, 72, 97, 111, 146, 158, 194, 198
- Psychotropes 247
- Q**
- Quantification X, 34, 38, 41, 77, 117, 164
- R**
- Raisonnement
- hypothético-déductif 164
 - pratique classique 63
- Randomisation 8, 60, 94, 166
- Rapport
- coût/bénéfice 4, 36
 - coût/efficacité 37, 38
 - du coût 202, 210, 232
 - santé/maladie 193
- Rationalité néolibérale 255

- Réaction thérapeutique négative 134
- Recherche(s)
- appliquée(s) 117, 210
 - de santé publique 210
 - dites de développement 117, 210
 - fondamentales 210
 - planifiée 172
 - programmatique 176
 - qualitative 192
 - quantitative 192
- Réfutabilité 15, 64, 97
- Registre national des psychothérapeutes 218
- Réglementation des psychothérapies 209, 214
- Réhabilitation sociale 248
- Relations
- affectives 23
 - d'objet 168, 169
 - interpersonnelles 69
- Relativisme 53
- Réseau(x) de
- pratique clinique 111
 - recherche clinique fondée sur les pratiques 112, 201
- S
- Santé 101, 105, 111, 209, 240
- individuelle 202
 - mentale VI, 65, 141, 233, 244, 249, 255
 - publique IX, 202
- Science(s)
- biologiques évolutionnistes 142
 - cognitives 51, 56
 - de la cognition 56
 - de la nature 97, 255
 - de l'esprit 255
 - économiques 69
 - empiriques 19
 - exactes 13, 97, 117
 - humaines 13, 19, 69, 71, 211, 217
 - idiographiques 18
 - molles 13
 - néokraepelinienne 248
 - nomothétiques 18
 - pseudo scientifique 92
- Scientificité 13, 20, 26, 54, 55, 56, 84, 104, 118, 124, 132, 137, 144, 226
- Scientisme 20, 21, 54, 91, 93, 95, 226, 229, 247, 249
- Singularité 17, 18, 78, 167, 260
- Société
- de New York 150
 - française de psychologie 131
 - psychanalytique de Paris 217
- Society for Psychotherapeutic Research* 58
- Souci de soi 247, 255
- Souffrance subjective 234
- Standardisation X, 21, 22, 26, 67, 68, 72, 85, 120, 209, 229, 230, 233, 248
- Statistique(s) 14, 34, 57, 59, 94, 120, 143, 149, 165, 227, 234, 235
- dite t de Student-Fischer 122
 - non paramétrique 123
 - test paramétriques et non paramétriques 171
- Structure de soins 233
- Structured Interview for Personality Organization* (STIPO) 158
- Subjectivité 17, 58, 81, 83, 94, 95, 247, 264
- Sujet(s) 22, 68, 168, 212, 214, 232, 240, 241, 252, 255
- Surmédicalisation 251
- Symptôme(s) 105, 108, 129, 132, 141, 165, 166, 167, 214, 233, 243, 250, 252, 253, 255
- Syndicat national des praticiens en psychothérapie relationnelle et psychanalyse 213
- Système(s) de
- santé 210
 - soins 92
- T
- Taille d'effet 123
- Testabilité 15

Thème relationnel conflictuel central (CCRT) de Luborsky 147
 Théorie de la technique 26
 Thérapeute, *voir* Psychothérapeute(s)
 Thérapie(s), *voir* Psychothérapie(s)
 Transfert 54, 142, 147, 170, 252, 254
 Traumas 254
 TRIP (*Treatment Interventions Project*) 146
 Trouble(s)
 – de l'adaptation 68
 – de la personnalité 146, 229
 – de l'axe I 188
 – des personnalités multiples 245
 – du comportement 244, 248
 – du comportement sexuel 251
 – hyperactivité de l'enfant 248
 – mentaux 244, 252
 – obsessionnel(s) compulsif(s) (TOC) 46, 130
 – oppositionnels avec provocation 131, 248
 – psychotique 68
 Types idéaux 18

U

Universalisme 12, 17

V

Valeur(s) 65, 242, 261, 265
 – collectives 38
 – de preuve 189
 – étho-poiétique de la parole 256
 – scientifique 247, 264
 Validation XI, 3, 19, 27, 79, 107, 182
 – du modèle de l'adéquation 183
 – scientifique IX
 Validité(s) V, 39, 63, 87, 103, 171, 179, 189, 192, 244
 – des données 191
 – du diagnostic 249
 – externe 7, 25, 176, 226
 – formelle 63
 – interjuges 191
 – interne 7, 25, 103, 176, 189
 – scientifique V
 Variable(s)
 – dépendante 23, 177
 – dimensionnelles 71
 – « translationnelle » 177
 Variance 123, 151, 192
 Vérification 15, 57, 71, 94

TABLE DES MATIÈRES

Préface	V
Liste des auteurs.....	VII
Avant-propos	XI
Liste des abréviations.....	XV

PARTIE I. Rationalité et cadres conceptuels

Chapitre 1	Fondements épistémologiques et modèles de validation (G. Fischman).....	3
	La clinique et la recherche : un fossé infranchissable ?.....	5
	Recherches empiriques et psychothérapies	6
	Remarques épistémologiques	11
	Perspectives sur la recherche empirique en thérapeutique psychanalytique	18
	Conclusion	25
Chapitre 2	Le concept d'efficacité en mode gestionnaire (A. Ogien)	33
	L'efficacité en mode gestionnaire.....	33
	L'efficacité en matière de santé	35
	Les antinomies d'une politique de santé.....	36
	Peut-on quantifier une valeur collective ?	37
	La primauté du moral	39
	Conclusion	40
Chapitre 3	L'action des thérapies comportementales et cognitives du point de vue psychanalytique (B. Brusset)	43
	L'objet des thérapies comportementales et cognitives.....	45
	Comment comprendre l'action des thérapies comportementales et cognitives ?	51
	Le problème épistémologique fondamental	53

	L'évolution actuelle des thérapies cognitives	54
	Conclusions	55
Chapitre 4	Quels liens entre le raisonnement pratique et la théorie ? Le cas de la psychanalyse (F. Advenier)	57
	Les spécificités de la recherche empirique, expérimentale et reproductible, appliquée aux psychothérapies	59
	Les objections à l'application de l'EST à la pratique psychanalytique	60
	Deux conceptions de la pratique qui s'affrontent . . .	63
	Conclusion	65
Chapitre 5	Prêt-à-porter ou sur mesure ? Évaluation et standardisation des soins (D. Widlöcher) . .	67
	Hétérogénéité des pratiques et standardisation des soins	67
	Pistes pour surmonter les obstacles à l'évaluation des soins en psychothérapie	70
	Conclusion	72

PARTIE II. Procédés et méthodologies

Chapitre 6	Méthodologie d'évaluation des psychothérapies : la question des mesures subjectives (B. Falissard)	77
	Définition des prises en charge à comparer	78
	Définition des critères d'inclusion et d'exclusion des sujets inclus dans les études	78
	La comparabilité des différents groupes de traitement	80
	La définition des critères d'efficacité	80
	Mesurer la subjectivité : définitions	81
	Mesures subjectives et mesures objectives : les différences	83
	Mesures subjectives et mesures objectives : les convergences	85
	Mesures subjectives : synthèse	87
	Conclusion	88

Chapitre 7	L'évaluation des psychothérapies dans la psychiatrie contemporaine (J. D. Guelfi)	91
	Les enjeux du débat sur les méthodes évaluatives	92
	Le rapport de l'Inserm : réactions, résultats et leçons	93
	La croisée des chemins	95
	Perspectives d'avenir et conclusion	96
Chapitre 8	L'évaluation des psychothérapies, où en sommes-nous ? (J.-M. Thurin)	101
	Repères historiques et contextuels	102
	Dix ans d'élaboration d'une seconde génération de recherches répondant aux critères de scientificité	104
	Un programme passionnant... mais comment faire ?	108
	Une période de mutation à partir des limites des ECR	109
	Un nouveau paradigme : la preuve fondée sur les pratiques à partir d'études naturalistes	110
	Soutenir un processus de réunion de cas, à partir d'un format général de recueil et d'organisation des données en fonction de la recherche	111
	Pour conclure	112
Chapitre 9	Sur les illusions de la mesure (R. Perron)	117
	Quelle science ?	117
	Les illusions de la mesure	118
	L'illusion de classe homogène	124
Chapitre 10	De l'« <i>evidence-based</i> » à l'absence de toute certitude : une approche subjective (J.-P. Chartier)	129
	Des DSM à l' <i>evidence-based psychotherapy</i>	130
	L'évaluation clinique de notre travail	132
	En guise de conclusion	137

PARTIE III. Historique et actualité de la recherche

Chapitre 11	État actuel des recherches appliquées à la psychanalyse et à la psychothérapie psychanalytique (M. Robert)	141
	Historique	142
	Études de première génération (1917-1968)	143
	Études de deuxième génération (1954-fin du XX ^e)	147
	Troisième génération de recherche : processus et résultats combinés (époque actuelle)	154
	Quatrième génération de recherche (naissante)	157
	Conclusion	158
Chapitre 12	Évaluation des psychothérapies psychanalytiques : entre certitudes et incertitudes (C. Baruch)	163
	Quelques éléments critiques sur les évaluations des psychothérapies	164
	Un exemple : une étude pilote du changement du fonctionnement mental pendant des psychothérapies (Baruch et al., 2005)	168
	Une recherche planifiée : pour quoi faire ?	172
Chapitre 13	Évaluation ou dévaluation de la psychothérapie ? Récit d'une expérience de recherche (J.-N. Despland, Y. de Roten)	175
	Un projet de recherche programmatique	176
	Quelques résultats	182
	Conclusion	184
Chapitre 14	Protocole d'études intensives de cas en groupes de pairs (J.-M. Thurin, M. Thurin)	187
	Élaboration d'un cahier des charges	187
	Présentation de la méthodologie	189
	Apports de deux expériences	194
	Perspectives de développement	201
	En conclusion	202

PARTIE IV. Enjeux politiques, culturels et portée anthropologique

Chapitre 15	Évaluation et projet de réglementation des psychothérapies (P. Grosbois)	209
	L'évaluation des psychothérapies	209
	Le lobbying actif du mouvement dit « humaniste » et la psychothérapie conçue comme une profession indépendante	213
	Psychopathologie, psychiatrie, psychologie et psychothérapie : précisions sémantiques	215
	La situation en Europe	216
	La psychothérapie : une activité et non une profession indépendante	217
	La loi sur la réforme de la politique de santé publique	218
Chapitre 16	Impasses de l'évaluation (E. Laurent)	223
	Les failles des techniques de mesure : essais cliniques randomisés (ECR), méta-analyses, groupes contrôles	224
	Les effets pervers de la mesure : des recherches en laboratoire à la clinique réelle	229
	L'expertise et le contrôle de ses dégâts collatéraux	234
Chapitre 17	Thérapies molles, pathologies flexibles et logique évaluative (R. Gori)	239
	Des thérapies molles pour l'individu postmoderne	240
	Des pathologies flexibles masquées par les catégories diagnostiques	244
	Les virtualités anthropologiques et les paradigmes psychiatriques	245
	La dissolution de la psychiatrie et la médicalisation de l'existence	247
	Le retour de l'animisme dans le programme de la psychiatrie positiviste	252
	Conclusion	255

Chapitre 18	Intérêt et pièges d'un modèle unique en psychothérapie (N. Duruz)	259
	À l'épreuve de la diversité	259
	La diversité dans le domaine de la psychothérapie	260
	Des essais d'unification du champ de la psychothérapie	262
	La force des présupposés	263
	Science et croyance	264
	Un travail critique de clarification	265
	Index des noms propres	269
	Index	273
	Table des matières	281