

Sous la direction de

Anne BRUN

René ROUSSILLON

Patricia ATTIGUI

Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, 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 toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2016
11 rue Paul Bert, 92247 Malakoff cedex
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-075656-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

LISTE DES AUTEURS	XIII
-------------------	------

INTRODUCTION	1
--------------	---

Anne Brun

PREMIÈRE PARTIE

NOUVELLES PERSPECTIVES SUR L'ÉVALUATION EN PSYCHANALYSE

1. Histoire et épistémologie de l'évaluation des psychothérapies	9
A. Brun	
Freud et la recherche évaluative	9
Première génération de recherche : 1917-1968	12
Deuxième génération de recherche : 1959-1984	13
<i>Du côté de l'évaluation des thérapies comportementales, 14 • Du côté de l'évaluation des thérapies analytiques, 14</i>	
Troisième génération de recherche : 1954-1986	19
<i>Du côté de la recherche psychanalytique : le projet de recherche sur la psychothérapie ou projet Menninger, 19 • Les méta-analyses comparatives et le « paradoxe de l'équivalence » des résultats des différentes psychothérapies, 21 • Programme de recherche</i>	

<i>collaborative sur le traitement de la dépression, 22 • Evidence-based medicine et traitements validés empiriquement, 24</i>	
Années 1995-2005 : critique méthodologique des essais contrôlés pour l'évaluation des psychothérapies	25
Quatrième génération de recherche : naissante	27
<i>Importance des études sur le processus, 27 • Apparition d'un nouveau paradigme, la Preuve Fondée sur les Pratiques, 28 • Du côté de la littérature internationale, 29 • En France, le Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques (J. M. Thurin), 30 • Actualité de la recherche : quelques exemples, 32 • Enjeux sociopolitiques de l'évaluation, 35</i>	
2. L'évaluation clinique et la subjectivité	37
R. Roussillon	
On ne peut pas ne pas évaluer	38
L'évaluation clinique et son paradoxe : son objectivité est inévitablement subjective	41
Le degré d'objectivité de la subjectivité	43
Les systèmes de l'autoévaluation et de l'autoreprésentation	44
L'organisation interne d'un espace de l'objet et de l'objectivité	48
Une difficulté majeure dans l'auto-évaluation	49
Vers les dispositifs et modèles d'évaluation cliniques	52
<i>Méthodologie centrée sur les processus psychiques : l'écoute de l'associativité, 53 • Méthodologie centrée sur les processus psychiques : l'écoute du jeu, 55</i>	
Dialectique des représentations du sujet et de l'objet autre-sujet	58
Pour conclure	59
3. Mesures pour mesures	61
R. Perron	
Des groupes... Mais quels groupes ?	62
<i>La définition des actions thérapeutiques, 62 • Problèmes d'échantillonnage, 65</i>	
Vous dites « mesurer » ?	71
<i>Quantifier ?, 72 • Qu'entendre par « niveau de mesure » ?, 73 • Erreurs de mesure, 75 • Des comparaisons hasardeuses, 78</i>	

4. Examen de conscience	83
R. Perron	
Est-ce crédible ?	90
5. Évaluation des pratiques et subjectivité : nouveaux paradigmes	93
N. Georgieff	
L'étude objective de la subjectivité	94
La réhabilitation de la subjectivité dans les sciences	96
Conclusion	99
6. Comment penser l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques dans le contexte de l'évaluation des thérapeutiques ?	101
B. Falissard	
Définition des traitements à comparer	102
Définition des critères d'inclusion et d'exclusion	103
Définition des critères d'efficacité	103
Comparabilité des différents groupes de traitement	104
Discussion	105
7. La folie évaluation : l'outil et la machine	107
A. Abelhauser	
La conjoncture du début du xxi ^e siècle : analyse comparative des psychothérapies et critique de la psychanalyse	108
L'évaluation : la nécessité et la contrainte	112
La folie Évaluation	114
Psychothérapies : l'évaluable et l'inévaluable	116
Science, garantie et imposture	119
L'outil et la machine	120

DEUXIÈME PARTIE

APPROCHE CLINIQUE DE L'ÉVALUATION DES PSYCHOTHÉRAPIES

8. Évaluation « par le processus » : la méthode à partir de dispositifs de médiations thérapeutiques pour enfants	125
A. Brun	
Évaluation des dispositifs groupaux à médiation dans la clinique de la psychose infantile et de l'autisme	127
<i>Des enjeux d'une méthodologie clinique d'évaluation, 127 • Rôle de l'associativité sensorimotrice, 128 • Rôle du transfert sur le médium malléable, 129</i>	
Repères pour une évaluation clinique de la médiation picturale	133
<i>Description des modalités d'utilisation du tableau, 133 • Un groupe de recherche à l'épreuve du tableau « Repères pour une évaluation clinique de la médiation picturale dans la psychose infantile et dans l'autisme », 135</i>	
L'évaluation clinique de l'associativité formelle	143
<i>Clinique individuelle et groupale de la médiation picturale, 144 • Figures fréquentes du premier temps de la médiation picturale : destruction des formes, 145 • De l'associativité sensorimotrice à la symbolisation primaire, 147 • Émergence et mise en forme des signifiants formels, 148 • Reprise de la clinique : signifiants formels et position adhésive pathologique, 149 • Vers le fantasme de peau commune et la transformabilité des états de la matière, 150 • Vers la constitution du deuxième fond : formes représentatives avec contenu figuratif, 151</i>	
9. Exploration métapsychologique des étapes évolutives en psychopathologie de l'adulte	183
P. Attigui	
Préambule et principes fondateurs	183
Les travaux de Geneviève Haag, un lieu d'inspiration	187
Questions et constats cliniques présidant à l'élaboration du tableau de repérage clinique des étapes évolutives en matière de psychopathologie	188
Remarques préliminaires et préconisations d'utilisation	190
<i>Les axes, 191 • Les phases, 191</i>	

Tableau de repérage clinique : exploration métapsychologique des étapes évolutives en matière de psychopathologie chez le sujet intégré dans un dispositif à médiation	192
Commenter et conclure	195
10. Évaluation « par le processus » : la méthode à partir de dispositifs de psychothérapie institutionnelle	197
A. Brun, R. Roussillon	
Approche méthodologique d'une évaluation de la psychothérapie institutionnelle par le processus	198
<i>Paradoxe d'une démarche rétrospective, 199 • Paradoxe du non-savoir des évaluateurs, 200 • Effacement des critères implicites, 201 • Objectivité d'une évaluation fondée sur la subjectivité, 202 • Paradoxe d'une évaluation non pas en fonction d'une problématique générale (symptôme ou diagnostic) mais en fonction d'une problématique subjective singulière, 203</i>	
Un exemple clinique de démarche évaluative d'un fonctionnement institutionnel	204
<i>Mise en place d'un cadre de recherche, 204 • Un exemple de cadre de psychothérapie institutionnelle, 206</i>	
Critères d'évaluation clinique de dispositifs de psychothérapie institutionnelle, à partir d'un cadre de recherche	207
<i>Cadre : transfert et contre-transfert, 207 • Transfert et associativité : deux piliers de la méthode psychanalytique et de son évaluation, 207 • Transfert sur le cadre, 208 • De l'associativité à la réflexivité, 209</i>	
Critères d'évaluation clinique : Cadre-Transfert et contre-transfert	210
<i>Du côté du patient, 210 • Du côté de l'équipe et de la régulation institutionnelle, 212</i>	
Critères d'évaluation clinique : groupe-transfert et contre-transfert	215
<i>Du côté du patient, 215 • Du côté de l'équipe et de la régulation Institutionnelle, 215</i>	
Critères d'évaluation clinique : associativité et réflexivité	215
<i>Du côté du patient, 215 • Du côté de l'équipe et de la régulation Institutionnelle, 216</i>	

11. Les modalités d'émergences des représentations traumatiques parentales à l'égard du bébé et du générationnel : deux marqueurs cliniques et pronostiques ?	219
C. Maslard, B. Beauquier-Maccotta, T. Metou, E. Stora, P. Vélasquez, S. Séguret, B. Golse, S. Missonnier	
Notre cadre référentiel	220
Méthodologie	223
<i>Caractéristique de la population, 223 • Définition des trois variables analysées dans le verbatim parental (Tp, Et, G), 224 • Définition du degré de spontanéité des variables, 225 • Outils méthodologiques, 225 • Description de la population (n= 5), 226</i>	
Deux vignettes cliniques	226
Résultats d'ensemble et discussion	234
<i>L'équilibre entre les représentations traumatiques liées au bébé et à la filiation, 234 • Évocations spontanées parentales, 238 • Évocations sollicitées par les thérapeutes, 239</i>	
Conclusion	240
12. Repérer et évaluer les effets thérapeutiques des dispositifs-cadres de médiation dans l'accompagnement des troubles d'apprentissage	243
F. Guinard, A. Brun	
L'accueil et l'accompagnement d'enfants en difficulté d'apprentissage	246
<i>L'approche psychodynamique des « troubles des apprentissages », 247 • La place des interactions précoces dans le développement de ces troubles, 248</i>	
Spécificités des médiations groupales chez les enfants en difficulté d'apprentissage	250
Clinique : un groupe d'expression théâtrale	252
Répétitions et inhibitions, des mouvements mé-ludiques aux mélodies du jeu	254
<i>Imitations différées et libre exploration de l'environnement, 255 • De « jouer avec » à « jouer seul en présence de », une co-construction du sujet et de son environnement, 258</i>	
Jeux prototypiques : indicateurs d'un (re)déploiement d'une aire intermédiaire d'expérience	260
<i>Repérer les jeux en souffrance d'être partagés, 261 • Les jeux typiques du développement cognitivo-affectif, 262 • Construire un tableau de</i>	

<i>repérage clinique des transferts de jeux, 263 • Utiliser un tableau de repérage dans le recueil et la reprise après-coup de la clinique, 265</i>	
Conclusion	266
13. Les processus hallucinatoires dans un groupe à médiation picturale pour patients criminels incarcérés	279
E. Garnier, A. Brun	
Un groupe « corps et peinture » en prison	280
Constitution du fond, écran du rêve et hallucinatoire	281
<i>Du « sans-fond » à la constitution d'un fond pictural en appui sur l'hallucinatoire groupal, 281 • Fond pictural et écran du rêve dans la désintringation hallucinatoire, 284 • L'hallucinatoire groupal comme déploiement d'une communication transmodale autour de l'originare, 289</i>	
De l'hallucination sensorielle à l'hallucination onirique : les processus de restauration de l'écran du rêve	290
<i>Advenue d'un fond catastrophique, représentation de la déchirure de l'écran du rêve et contexte relationnel ?, 290 • Identification d'un double menaçant et mise en scène de la dégénérescence de la sensorialité, 292 • Le rêve éveillé en groupe : intégration de la sensori-motricité sur l'écran du rêve et historicisation des sensations hallucinées, 295 • Représentation de la dépossession sensori-motrice et de la fonction de mantèlement de l'agir violent : une étape vers la restauration de l'intersensorialité, 297</i>	
Conclusion	299
Tableau d'évolution des processus psychiques d'un groupe à médiation corporelle et picturale proposé à des patients criminels incarcérés	300
14. Évaluation des dispositifs à médiation en milieu carcéral	307
M. Ravit, V. Di Rocco	
De la pratique à la recherche : de l'antagonisme à la compatibilité des espaces	308
Cadre et méthodologie de la recherche	310
Cadre général et objectifs	311
Repères méthodologiques de la recherche	311
<i>Présentation des groupes à médiation, 312 • Étapes d'évaluation et outils, 315</i>	
Premiers résultats cliniques	316

Étendre le champ de la recherche modifie les paramètres de la recherche clinique	321
L'évolution de la recherche clinique	322
Pour conclure... une recherche adressée aux institutions soignantes	323
15. La médiation théâtrale : opérativité de quatre critères fondamentaux	325
P. Attigui	
Si observer, c'est aussi jouer	329
Winnicott et l'aire intermédiaire d'expérience	330
Le jeu, un paradigme	331
Évaluation et tiercéité de la fiction théâtrale	332
Concepts et méthode	333
Perspectives thérapeutiques et opérativité des quatre critères fondamentaux	335
<i>Le corps, 335 • De nouvelles perspectives pour la prescription médicale ?, 337 • Jouer pour se remémorer ?, 339 • Le jeu théâtral et ses résonances transférentielles, 342</i>	
16. Repères pour une évaluation qualitative de l'évolution des enfants autistes à l'aide de la médiation équine	349
A. Lorin de Reure	
La médiation équine	353
<i>Des pratiques et des recherches aux orientations différentes, 353 • Le monde sensoriel et la communication entre les poneys, 354 • Particularités et qualités cliniques principales de la médiation équine, 358 • Spécificité du transfert sur le poney, 359</i>	
Présentation du dispositif : principe d'interactions libres	360
Évaluation clinique de la médiation équine	363
<i>Construction du tableau « Repères pour une évaluation qualitative de l'évolution des enfants autistes à l'aide de la médiation équine » (en annexe), 363 • Description des modalités d'utilisation du tableau, 367</i>	
Le cas de Sarah 6 ans	368
<i>Quelques antécédents dans l'histoire de Sarah, 368 • Brève image de l'évolution clinique de Sarah sur deux ans de thérapie avec le poney, 369 • Évaluation de l'évolution de Sarah en début, à mi-parcours et en fin de prise en charge (S2, S32 et S45), 370</i>	

Points de réflexions	375
<i>Appréhension du monde – singularité de la pensée et du fonctionnement autistique, 375 • La question de l'intentionnalité chez l'animal et dans l'autisme, 377 • Imitation et communication d'affects avec le poney, 380</i>	
Conclusion	381
17. Médiations thérapeutiques, évaluation des processus et troubles autistiques : l'exemple de la médiation musicothérapique	441
T. Rabeyron, O. Saumon, E. Carasco, O. Bonnot	
Autisme et processualité psychique	441
Autisme et médiations thérapeutiques	443
Le sonore et la musicothérapie comme médiation thérapeutique pour l'autisme	445
Évaluer les processus des médiations thérapeutiques impliquant le sonore	446
Synthèse clinique : étude de deux groupes à médiation musicothérapique	448
Collage au médium et expressivité de l'angoisse par le sonore	451
Fonctions contenantes et logiques d'accordages par le sonore	453
Transformation des angoisses psychiques par le sonore	457
Altérité, triangularité et logiques de la réflexivité	461
Conclusion : vers une grille d'évaluation des processus de la médiation sonore	463
 <i>POSTFACE. PROTOCOLE DE PROJET DE RECHERCHE SUR L'ÉVALUATION DE LA PSYCHANALYSE PAR LE JEU POUR LA FÉDÉRATION EUROPÉENNE DE PSYCHANALYSE</i>	
René Roussillon	467
 <i>BIBLIOGRAPHIE</i>	473

Liste des auteurs

Ouvrage dirigé par :

Anne BRUN, psychologue clinicienne, psychanalyste, professeur de psychopathologie et psychologie clinique et directrice depuis 2009 du Centre de recherches en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu) à l'université Lumière Lyon2.

René ROUSSILLON, psychologue clinicien, psychanalyste, professeur émérite de psychopathologie et psychologie clinique, membre du CRPPC-Centre Didier Anzieu à l'université Lumière Lyon2, membre formateur de la Société psychanalytique de Paris.

Patricia ATTIGUI, psychologue clinicienne, psychanalyste, professeur de psychopathologie et psychologie clinique, membre du CRPPC-Centre Didier Anzieu à l'université Lumière Lyon2.

Auteurs ayant collaboré à cet ouvrage :

Alain ABELHAUSER, psychanalyste, professeur des universités (psychopathologie clinique), président du SIUEERPP (Séminaire interuniversitaire européen d'enseignement et de recherche en psychopathologie et psychanalyse), membre de l'association de L'Appel des Appels.

Vincent DI ROCCO, maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique, membre du CRPPC-Centre Didier Anzieu à l'université Lumière Lyon2.

Bruno FALISSARD, pédopsychiatre, professeur de biostatistique et de pédopsychiatrie, directeur du CESP (Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations), INSERM U1018.

Emeline GARNIER, psychologue clinicienne, docteure de l'université Lumière Lyon2, directrice de thèse Anne Brun, membre associée du CRPPC.

Nicolas GEORGIEFF, professeur de psychiatrie à l'université Lyon1, chef de service, Centre hospitalier du Vinatier, Lyon.

Frédéric GUINARD, psychologue clinicien, doctorant au CRPPC, université Lumière Lyon2, directrice de thèse Anne Brun.

Anne LORIN DE REURE, psychologue clinicienne, doctorante au CRPPC, directeur de thèse René Roussillon.

Sylvain MISSONNIER, psychologue, psychanalyste, professeur de psychologie clinique à l'université Paris-Descartes. Directeur depuis 2012 du laboratoire « Psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse » (PCPP), Institut de psychologie, Université Paris-Descartes, Sorbonne Paris-Cité. (service de pédopsychiatrie, hôpital Necker-Enfants Malades, APHP).

Bernard GOLSE, pédopsychiatre, chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants malades, professeur des universités.

Christine MASLARD, psychologue clinicienne, service de psychiatrie infanto-juvénile de l'hôpital de Chartres du Dr Nasry.

Bérengère BEAUQUIER-MACCOTTA, praticien hospitalier, hôpital Necker-Enfants Malades.

Tina METOU, Sylvie SEGURET, Elsa STORA, Paola VELASQUEZ : service de pédopsychiatrie, hôpital Necker-Enfants Malades.

Roger PERRON, psychanalyste, professeur émérite à l'université Paris-Descartes, membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris et directeur de recherche honoraire au CNRS.

Thomas RABEYRON, psychologue clinicien, maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, Université de Nantes.

Océane SAUMON, psychologue clinicienne.

Emmanuelle CARASCO, psychologue clinicienne, musicothérapeute, Institut de musicothérapie, Université de Nantes.

Olivier BONNOT, pédopsychiatre, professeur de pédopsychiatrie, centre hospitalo-universitaire de Nantes.

Magali RAVIT, psychologue clinicienne, professeur de psychopathologie et psychologie clinique, membre du CRPPC-Centre Didier Anzieu à l'université Lumière Lyon2.

Introduction

Anne Brun

LA QUESTION DE L'ÉVALUATION des psychothérapies référées à la psychanalyse est devenue une préoccupation majeure des cliniciens et des psychanalystes confrontés à l'impérialisme de méthodologies évaluatives asservies à des logiques financières ou inféodées à des méthodologies cognitivo-comportementalistes, qui prétendent rendre compte des résultats de psychothérapies psychanalytiques. Comment les auteurs de cet ouvrage en sont-ils venus à vectoriser leurs recherches du côté de l'évaluation qualitative, ainsi qu'à défendre l'urgence de développer une évaluation fondée sur l'épistémologie psychanalytique ?

Les cliniciens sont d'abord confrontés à la nécessité de répondre aux attaques contre l'approche psychanalytique sur les terrains de soin institutionnel : en témoigne récemment la tentative de disqualification des formes de psychothérapies groupales et institutionnelles, référées à la psychanalyse, dans le traitement des autismes. Ces attaques sont souvent menées au nom de pratiques évaluatives du soin selon un modèle purement médical d'évaluation quantitative, avec des méthodologies d'évaluation des psychothérapies qui ont bénéficié aux thérapies comportementales et cognitives, et disqualifié les psychothérapies psychanalytiques. Il ne s'agit donc pas seulement de résister à l'évaluation quantitative en critiquant à juste titre les méthodes expérimentales mais il s'impose de sortir de notre « tour d'ivoire analytique » pour combattre sur le terrain même de l'évaluation, en proposant et en inventant des critères d'évaluation clinique de l'approche psychanalytique, fondés sur notre épistémologie psychanalytique. Autrement dit il s'agit d'engager une réflexion sur les limites de l'évaluation quantitative et de proposer des modèles pour des évaluations

qualitatives, en inventant des méthodologies cliniques d'évaluation, fondées sur notre épistémologie psychanalytique.

On reproche en effet souvent aux pratiques cliniques référées à l'épistémologie psychanalytique de ne pas être scientifiquement évaluables, de façon objective, avec des critères spécifiques. Alors que les psychanalystes ont eu tendance à rester longtemps dans leur tour d'ivoire, un certain nombre de psychanalystes et de psychologues cliniciens, au nombre desquels se comptent les auteurs de cet ouvrage, pensent qu'il devient nécessaire et urgent de proposer des modalités d'évaluation spécifiques à l'approche clinique pour défendre la valeur et l'efficacité de notre pratique et de notre épistémologie. En France, les travaux de Jean-Michel et de Monique Thurin (2007) ont posé les fondements sur la question de l'évaluation des psychothérapies, sur ses méthodes et ses pratiques et nous nous référerons à leurs apports, notamment dans le premier chapitre de ce livre.

Par ailleurs, le contexte d'une inflation de l'évaluation du système de santé et, plus particulièrement, des institutions hospitalières de soin, où nombre de professionnels du soin psychique s'insurgent contre la standardisation des pratiques évaluatives selon un modèle purement médical, qui ne tient compte ni de la spécificité des pratiques institutionnelles dans le champ du soin, ni de la singularité irréductible des patients, suscite une forte demande des praticiens et des institutions, sur les différents de soin, hospitaliers et associatifs.

C'est la raison pour laquelle il est urgent de pouvoir proposer à ces équipes des modalités d'approche évaluative de la psychothérapie institutionnelle qui ne soient pas corrélées à des logiques comptables mais à un souci de comprendre les logiques sous jacentes du processus de soin, afin de pouvoir ajuster, voire modifier, des pratiques de soin souvent transmises d'une génération à l'autre ou d'un service à un autre, en fonction d'idéologies héritées du soin dans le champ de la psychothérapie institutionnelle.

Outre cette première raison politique de développer des méthodologies évaluatives spécifiquement référées à l'épistémologie psychanalytique, une seconde raison de ces recherches sur l'évaluation qualitative concerne les problèmes épistémologiques liés à la transposition de la méthode et de la théorie psychanalytique sur d'autres terrains de soin que le dispositif standard : avec quelle spécificité se déploient dans différents cadres-dispositifs institutionnels les piliers de la théorie et de la méthode psychanalytiques, à savoir le transfert, l'associativité et l'écoute interprétante ? À ce titre, les contributions de Patricia Attigui et d'Anne Brun montreront comment les groupes à médiations thérapeutiques, avec des enfants, des adolescents ou des adultes, peuvent être envisagés

comme d'autres terrains de rencontre analytique que le dispositif analytique standard, et avec quels critères ils peuvent être évalués.

Or pour s'interroger sur les fondements épistémologiques sous-tendant par exemple ces pratiques groupales de médiations thérapeutiques, le recours à une perspective évaluative constitue une méthode d'exploration : apparaît ainsi la troisième raison de l'intérêt porté à la question de l'évaluation, qui est fondamentalement méthodologique. Élaborer des outils d'évaluation consiste bien moins à tenter de prouver l'efficacité de nos dispositifs cliniques, qui ont fait leurs preuves, qu'à réinterroger les modalités particulières des processus de symbolisation qui s'y déploient, avec une double visée : améliorer et transmettre nos pratiques, remodeler et affiner nos modèles théoriques. Il va en effet s'agir à partir des critères d'évaluation clinique de redéfinir, de réinterroger les modèles existant des pathologies et de proposer de nouvelles modélisations de la psychopathologie. Autrement dit, il ne s'agit pas d'une évaluation des résultats mais d'une évaluation des processus à l'œuvre.

Une des singularités de cet ouvrage consiste à associer la réflexion de spécialistes de la question de l'évaluation à des travaux de jeunes chercheurs. Ce livre présentera en effet la construction de modèles d'évaluations qualitatives de dispositifs groupaux, issus de travaux récents de notre centre de recherche à Lyon, le Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique (CRPPC)-Centre Didier Anzieu ; la plupart des thèses de doctorat actuellement soutenues dans le cadre de notre centre de recherche comportent des tableaux d'évaluation qualitative, notamment des dispositifs à médiation, qui montrent l'efficacité et l'intérêt de l'approche psychanalytique groupale, dans un contexte de disqualification de l'approche psychanalytique en institution. Nos recherches récentes sur l'approche psychanalytique du groupe concernent en effet des propositions d'évaluation qualitative des dispositifs thérapeutiques groupaux et notamment des dispositifs de médiations thérapeutiques, comme la peinture, le modelage, la musique, mais aussi la médiation sensorielle olfactive, les thérapies avec poney ou les médiations numériques.

Comment construire une méthodologie d'évaluation ? Voici quelques principes fondamentaux dans la construction d'une méthodologie d'évaluation clinique qui seront développés au fil de ce livre, ce ne sont évidemment pas les seuls principes mais ces derniers constituent en quelque sorte le soubassement d'une méthodologie d'évaluation clinique.

Le premier principe consiste à ne pas proposer une évaluation externe, sur le modèle médical de la médecine fondée sur les preuves. La méthodologie utilisée pour l'évaluation des psychothérapies s'avère selon cette perspective

analogue à celle qui sous-tend la recherche sur les médicaments : les résultats sont réduits à la disparition des symptômes, sans prise en compte des relations interpersonnelles ni du fonctionnement général. Ainsi les bénéficiaires de ce type d'évaluation seront évidemment les thérapies comportementales et cognitives. C'est un modèle d'application de haut en bas des résultats de la recherche à la clinique, la pratique est fondée sur la preuve.

Notre méthodologie clinique se fonde précisément sur une critique du principe de la médecine fondée sur les preuves, comme le montrent Bruno Falissard et Roger Perron dans cet ouvrage, qui se fonde essentiellement sur les essais contrôlés randomisés. Ceux-ci portent sur des groupes de patients répartis de façon aléatoire en deux groupes un groupe de traitement et un groupe de contrôle. Roger Perron met en évidence plusieurs erreurs méthodologiques dans cette démarche, notamment l'illusion de la constitution d'une classe homogène, comme une classe de patients dépressifs considérés comme tous identiques au regard d'une variable qui définit une variation quantitative, le degré de dépression, au détriment de toute variation qualitative : le patient n'est réductible ni à ses symptômes ni à un trouble unique. On pourrait d'ailleurs souligner que cette illusion de groupe homogène se fonde sur un fantasme d'isomorphie, à l'appui de la conceptualisation du pôle isomorphique du groupe par R. Kaës (1993). Dans la médecine fondée sur les preuves, pas de *Singulier pluriel*, selon le titre d'un ouvrage de R. Kaës (2007), mais une catastrophique standardisation du sujet. Cet ouvrage montrera à partir de nombreux exemples comment instaurer des procédures d'évaluation respectueuses de la différence entre les sujets d'un groupe.

Actuellement apparaît un nouveau paradigme qui s'avère l'inverse du précédent : on part au contraire des pratiques pour dégager la preuve, « La preuve est fondée sur les pratiques », et non pas l'inverse. Si l'on transpose cette méthodologie dans le champ de la psychothérapie psychanalytique, il s'impose de dégager des repères d'évaluation à partir de l'expérience même des soignants dans le cadre des dispositifs de médiations thérapeutiques et à partir de l'expérience vécue des patients.

Selon cette méthodologie clinique, et c'est un second principe, l'évaluation s'effectue donc paradoxalement à partir d'un non-savoir des évaluateurs, qui vont partir de l'expérience accumulée par les équipes de soignants. Une des principales originalités de cette démarche, qui se différencie par là des pratiques évaluatives habituelles dans le champ hospitalier, consiste à ne pas se présenter comme une évaluation en quelque sorte « prêt-à-porter », ce n'est pas une évaluation plaquée de l'extérieur, à partir de critères prédéfinis. Il s'agit au

contraire de coconstruire avec les soignants, sur mesure, un outil d'évaluation qui sera réévalué de façon permanente au fil des interrogations cliniques. Il reste toujours de l'inévaluable, qui correspond souvent aux « situations limites » dans le cadre, selon un concept de R. Roussillon, c'est à partir de la façon dont les cliniciens résolvent la situation limite dans une coconstruction avec les patients, qu'on peut construire de nouveaux critères d'évaluation.

Le troisième principe fondamental est la prise en compte de l'intersubjectivité dans l'évaluation clinique. Du point de vue épistémologique, des psychanalystes comme Roger Perron ont souligné le mythe d'une évaluation objective : toute évaluation clinique montre en effet l'importance de l'intersubjectivité car elle se construit à partir de l'effet produit d'une clinique sur l'évaluateur. N. Georgieff propose de déconstruire les oppositions simples entre objectivité et subjectivité, sciences dures et sciences dites molles, entre mesurable et inévaluable. Il n'y a pas d'évaluation sans sujet, et pas de sujet sans besoin de mesure. Il s'agit aussi de sortir de nos idéologies certes confortables mais simplistes.

Un quatrième principe sous-jacent à l'ensemble de l'ouvrage procède de la dimension politique de l'évaluation, précédemment évoquée, à savoir de la critique des modes de perversion de l'évaluation dans nos sociétés modernes, mis en évidence en particulier par A. Abelhauser, R. Gori, M. J. Sauret dans *La folie Évaluation* (2011). Le contexte d'émergence de la réflexion sur l'évaluation qualitative est lié aux critiques formulées à l'encontre du rapport INSERM de 2004 sur l'évaluation des psychothérapies et aux inepties du *Livre noir de la psychanalyse*, publié en 2005, le projet de ce dernier ayant germé en réaction au retrait mal perçu du rapport INSERM du site du ministère de la santé, comme le rappelle A. Abelhauser dans cet ouvrage. Un des modes de perversion de l'évaluation est lié à l'hégémonie des commandes par les compagnies d'assurance.

Pour finir, au-delà de la diversité des thématiques, une lecture attentive des tableaux d'évaluation proposés met en évidence des principes communs dans les critères d'évaluation choisis. La dynamique des recherches se fonde en effet d'abord sur le repérage du rôle joué par la sensori-motricité dans les cliniques de l'extrême, comme la criminalité (E. Garnier, M. Ravit, V. di Rocco), les autismes (A. Brun, A. Lorin de Reure, T. Rabeyron et coll) : les dispositifs visent à l'intégration des expériences non intégrées qui se manifestent souvent sous forme hallucinatoire, avec le retour de ces expériences très précoces notamment dans le transfert sur le cadre. En second lieu, la prise en compte du lien à l'objet s'avère centrale dans l'approche psychothérapique : beaucoup de critères d'évaluation en effet relèvent d'une lecture fine des interactions avec les thérapeutes et de la manière dont les comportements sensorimoteurs des patients, sans adresse

explicite de messages, peuvent progressivement se transformer en messages signifiants, à partir des réponses des cliniciens. Il s'agit de repérer de façon fine le langage sensoriaffectivomoteur, que nous n'avons pas l'habitude de repérer. C'est ce repérage qui va nous inciter à saisir des messages sensoriaffectivomoteurs et à y répondre. C'est paradoxalement notre réponse qui fera advenir comme messages signifiants ces messages sans messages, messages sans contenu préalable, que nous devons faire advenir comme messages. Donc donner des critères d'évaluation clinique aux autres praticiens, c'est leur permettre d'étendre leur écoute pour pouvoir transformer en messages signifiants les comportements énigmatiques, par exemple des enfants autistes. Il faut observer les messages implicites des patients et faire advenir ces messages qui ne peuvent devenir messages que s'ils sont observés. Enfin, une constante avec les cliniques relevant des pathologies narcissiques identitaires aux patients souffrant de pathologies lourdes, d'émerger de processus en quelque sorte sans sujet pour accéder à des processus d'appropriation subjective.

En définitive, une évaluation préformatée d'une pratique clinique oriente cette pratique et le moyen devient une fin. Dans l'approche psychanalytique, l'évaluation ne doit jamais se substituer à la rencontre clinique, jamais devenir une défense avec le confort d'une grille « prêt-à-porter ».

Cet ouvrage constitue pour notre équipe du Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique (Centre Didier Anzieu, université Lumière Lyon 2) un premier jalon de travaux sur l'évaluation qui se développeront sans doute dans les années à venir. Ces travaux de recherche nouveaux autour de la question de l'évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques nous donnent quelques raisons d'espérer malgré le contexte actuel des attaques contre l'approche psychanalytique...

PARTIE I

Nouvelles perspectives sur l'évaluation en psychanalyse

■ Chap. 1	Histoire et épistémologie de l'évaluation des psychothérapies	9
■ Chap. 2	L'évaluation clinique et la subjectivité	37
■ Chap. 3	Mesures pour mesures	61
■ Chap. 4	Examen de conscience	83
■ Chap. 5	Évaluation des pratiques et subjectivité : nouveaux paradigmes	93
■ Chap. 6	Comment penser l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques dans le contexte de l'évaluation des thérapeutiques ?	101
■ Chap. 7	La folie évaluation : l'outil et la machine	107

Chapitre 1

Histoire et épistémologie de l'évaluation des psychothérapies

A. Brun

FREUD ET LA RECHERCHE ÉVALUATIVE

Freud a fondé la psychanalyse comme une science mais ses écrits témoignent de sa réserve, voire de son opposition à une évaluation des résultats de la psychanalyse à l'appui de méthodologies expérimentales. Il opposait aux préjugés hostiles à la psychanalyse la question du temps, qui les « useraient », selon sa propre expression, et surtout la validation de la méthode psychanalytique par le très grand nombre d'heures et de patients concernés, dont l'évolution favorable prouvait amplement le bien fondé du traitement psychanalytique. Dans *Introduction à la psychanalyse*, en 1917, Freud rapporte qu'il n'a pas accepté le conseil d'amis de la psychanalyse qui lui avaient « conseillé de répondre à un recueil d'insuccès », qui étaient reprochés aux psychanalystes, « par une statistique des succès ». Ils déployaient alors les arguments suivants, qui restent d'une telle actualité que nous ne pouvons que les associer aux pratiques de la modernité :

« J'ai fait valoir qu'une statistique est sans valeur, si les unités qui y sont mises en série sont trop peu homogènes, et que les cas d'affections névrotiques qu'on avait pris en traitement n'étaient pas vraiment équivalents, et ceci dans les directions les plus diverses. » (Freud, 1917, p. 478)

Autrement dit, Freud évoque l'idée que la non-constitution d'une classe homogène de patients invalide toute statistique et on peut induire déjà de ce texte la critique majeure adressée par les psychanalystes aux modalités d'évaluation quantitative, l'impossibilité de constituer une classe homogène de patients. Freud poursuit en relevant une seconde difficulté méthodologique, soit un laps de temps trop bref pour pouvoir affirmer qu'il s'agisse de guérisons durables. À l'appui des expériences contemporaines d'évaluation, on pourrait associer cette remarque de Freud à une critique majeure à l'égard des évaluations cognitivo-comportementalistes ciblées sur la réduction du symptôme dans un intervalle de temps réduit. Freud ajoute que « dans bien de cas », « on ne pouvait absolument rien communiquer » sur le point de la guérison car ces cas « concernaient des personnes qui avaient tenu secrets aussi bien leur maladie que leur traitement et dont le rétablissement devait être également maintenu dans le secret ». En d'autres termes, la complexité provient ici de l'auto-évaluation des patients qui peuvent dénier leur maladie, comme refuser de reconnaître une guérison, en lien par exemple à des réactions thérapeutiques négatives.

Mais Freud avance un dernier argument, qui lui semble encore plus fort que les précédents, celui de l'irrationalité des hommes :

« Mais ce qui constituait le plus grand empêchement, c'était de s'apercevoir que les êtres humains, en matière de thérapie, se comportent de manière extrêmement irrationnelle, si bien qu'on n'a aucune perspective d'arriver à quelque chose avec eux par des moyens raisonnables. Une innovation thérapeutique est ou bien accueillie avec un enthousiasme frénétique, comme, par exemple, lorsque Koch présenta autrefois au public sa première tuberculine pour lutter contre la tuberculose, ou bien traitée avec une méfiance insondable, comme la vaccination vraiment providentielle de Jenner qui, aujourd'hui encore, a ses adversaires irréductibles. Contre la psychanalyse il y avait e toute évidence un préjugé. Quand on avait remis sur pied un cas difficile, on pouvait entendre dire : ce n'est pas une preuve, il aurait tout aussi bien recouvré la santé de lui-même dans le même temps.

Et lorsqu'une malade, qui avait déjà parcouru quatre cycles de dépression et manie, étant venue en traitement chez moi au cours d'une rémission consécutive à la mélancolie, le traitement psychanalytique, se retrouva trois semaines plus tard au début d'une manie, tous les membres de la famille, mais aussi la haute autorité médicale appelée en consultation, furent convaincus que le nouvel accès ne pouvait être que la conséquence l'analyse tentée sur la malade. Contre les préjugés on ne peut rien [...]. Le plus raisonnable est d'attendre et d'abandonner ces préjugés au temps qui les usera. » (*Ibid.*, p. 479)

Cette question de l'irrationalité des hommes ne se trouve-t-elle pas toujours au centre des approches actuelles, qui affirment pourtant la plus grande scientificité, avec un déploiement sans précédent des procédures évaluatives ?

On sait par ailleurs que Freud a bénéficié d'un soutien expérimental de sa théorie du rêve par Otto Pötzl.

En 1934, Saul Rosenzweig, psychologue américain a écrit une lettre à Freud pour évoquer une méthode expérimentale permettant d'étudier le refoulement, à laquelle Freud répond par un constat d'impossible vérification expérimentale :

« [...] 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... »

Se dessine là l'argument développé ultérieurement par les tenants d'une approche qualitative d'une impossible sériation de la richesse du matériel clinique en données objectivantes.

On ne peut pas arguer d'une quelconque méconnaissance de la méthode expérimentale par Freud, médecin de formation scientifique, se référant régulièrement dans son œuvre au savoir scientifique de son époque dans les domaines de la physique, de la biologie et de la neurologie. Freud n'a au demeurant jamais discuté la valeur de la méthode expérimentale, il s'en est simplement détourné pour fonder la méthode clinique, qui, comme on le sait, a gardé des traces de la méthode anatomo-physiologiste à laquelle il avait été formé. La méthode clinique freudienne est marquée par un raisonnement hypothético-déductif hérité de la méthode expérimentale.

La réticence de Freud à l'égard de méthodologies expérimentales évaluatives de la psychanalyse a été suivie d'une grande réserve de ses successeurs à l'égard des démarches évaluatives (2009, M. Robert, p. 143). Dans ce contexte, un Projet de recherche sur la psychothérapie (Psychotherapy Research Project) a été engagé, dans les années cinquante, pour trente ans, à la fondation Menninger à Topeka, au Kansas. Wallerstein était en effet devenu directeur de recherche à cette Fondation en 1954 et, sous son impulsion, les travaux successifs de recherche dans l'histoire de l'évaluation de la psychanalyse et de la psychothérapie psychanalytique ont été divisés en quatre générations, qui correspondent tant à une durée qu'à des conceptualisations et méthodologies différentes. C'est la raison pour laquelle les études de la troisième génération (1954-1986) sont contemporaines de celles de la deuxième génération (1959-1984) car, comme on le verra, elles ont combiné les deux types d'études de la seconde génération. Ces travaux de recherche sont répartis entre les études sur les résultats et les études sur le processus, en fonction des deux questions initialement posées par les chercheurs du Projet de recherche sur la psychothérapie : d'abord **la question**