Article original

Proposition d'une méthode d'évaluation de l'entretien psychodynamique : analyse approfondie d'une étude de cas en oncologie^{*}

*Evaluation of the psychodynamic interview in oncology:
Presentation of single-case design protocol*

Patrice Cannone^{a,*,f}, Marie-Ange Grimaldi^{b,*,c}, Anne-Lyse Bert^d,
Marie-Frédérique Bacqué^{e,*,f}

^a Psychologue clinicien, service d'oncologie multidisciplinaire et innovations thérapeutiques, CHU Hôpital-Nord, chemin des Bourrely, 13915 Marseille cedex 20, France

^b Psychologue clinicienne, EMSP, CHU Hôpital-Nord, chemin des Bourrely, 13915 Marseille cedex 20, France

^c Psychologue clinicienne, service d'oncologie digestive, CHU Timone, avenue Saint-Pierre, 13005 Marseille, France ^d

Psychologue clinicienne, service de réanimation pédiatrique et chirurgie infantile, CHU Hôpital-Nord, chemin des Bourrely, 13915 Marseille cedex 20, France

^e Psychologue clinicienne et professeur des universités en psychopathologie clinique, EA 3071, subjectivité, lien social et modernité (SULISOM), 12, rue Goethe, 67000 Strasbourg, France

^f EA 3071, subjectivité, lien social et modernité (SULISOM), université de Strasbourg, 12, rue Goethe, 67000 Strasbourg, France

Reçu le 9 mars 2011

Résumé

Objectifs. – Cette étude a pour but d'évaluer les effets de l'approche psychodynamique dans le cadre du travail psychothérapeutique effectué lors d'entretiens cliniques par le psychologue.

Méthodologie. – Il s'agit d'analyser les productions narratives de l'interaction patient-psychologue de formation psychanalytique, afin de déterminer les processus psychiques en jeu à partir d'un protocole d'étude de cas singulier. Cette approche intègre les trois dimensions de la recherche : qualitative, quantitative et statistique, mises à l'épreuve de la clinique par une étude intensive de cas ou étude approfondie d'un seul cas.

^{*} Toute référence à cet article doit porter mention : Cannone P, Grimaldi MA, Bert AL, Bacqué MF. Proposition d'une méthode d'évaluation de l'entretien psychodynamique: analyse approfondie d'une étude de cas en oncologie. *Evol psychiatr* 2012;77(3).

^{*} Auteurs correspondants.

Adresse e-mail : patrice.cannone@ap-hm.fr (P. Cannone).

doi:10.1016/j.evopsy.2012.03.003

Éthique. – Notre démarche répond aujourd’hui à une demande de santé publique d’évaluation du soin psychique, en tenant compte des critères épistémologiques propres à la psychanalyse, en termes de méthode, de principe et d’objectivation de l’intersubjectivité et de la singularité. Seule, la recherche clinique permet d’être au plus proche du vécu du sujet malade et de son travail d’élaboration psychique.

Résultats. – Ce travail permet d’argumenter l’intérêt des propositions de soutien ou de psychothérapies d’inspiration analytique au sein des services de psychiatrie comme de médecine. C’est en étant au cœur de la clinique, que l’on pourra se focaliser sur les processus de changements à l’œuvre dans le travail d’élaboration psychologique, sans ne jamais prétendre aboutir à une clinique standardisée, qui se substituerait à l’orientation théoricoclinique des praticiens.

Mots clés : Oncologie ; Cancer ; Psychanalyse ; Psychothérapie ; Recherche clinique ; Psychodynamie ; Méthodologie ; Évaluation ; Échelle

Abstract

Objectives. – The aim of this study is to evaluate the effects of the psychodynamic approach in the context of psychoanalytical psychotherapy in clinical interviews conducted by the clinical psychologist.

Methodology. – It involves analyzing the narrative productions of the interaction patient–psychologist to determine mental processes in a single-case design protocol. This approach integrates the three dimensions qualitative, quantitative and statistical of research. We will test the clinical study with a intensive case or a deeply analyzed single case.

Ethics. – Our approach answers to the inquiry of evaluation in Public Health, according to the psychoanalytical epistemology into methodology, principle and practice of objectification, intersubjectivity and singularity. By combining research and clinical interviews we would like to respond to be the closest of the patient’s experience and his work of mental development.

Results. – This work should help to argue the interest of proposals for supportive or psychodynamic psychotherapy in psychiatry as well as medical departments. Being at the heart of the clinic, we focus on the changing processes at work in psychological development work without ever reaching a standardized clinic which would replace the theoretical-clinical orientation of the practitioners.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Oncology; Cancer; Psychoanalysis; Psychotherapy; Clinical research; Psychodynamic; Methodology; Evaluation; Scale

1. Contexte

L’évaluation des psychothérapies constitue une problématique complexe en raison des divergences qu’elle soulève en termes de méthode, de principe et d’objectivation des processus en jeu dans ce champ au cœur de l’intersubjectivité. Ainsi, nous assistons en France, à un débat des plus passionnés dont le mérite est d’initier des recherches au plus près des pratiques cliniques. Il s’agit de proposer des grilles de lectures diverses et représentatives de la prise en charge du patient dans son système de soin. Il existe aujourd’hui, une nécessité d’évaluation des pratiques psychothérapeutiques au regard des débats et des enjeux scientifiques mais également pour répondre à une demande de santé publique [1]. Nous nous intéresserons, dans cet article, à l’évaluation de l’approche psychodynamique [2]. Sa méthode d’investigation est référée à la psychanalyse comme modèle, et repose sur le travail d’interprétation et d’analyse du transfert. Ce travail s’inscrit dans la pratique des psychothérapies psychodynamique longues, d’une durée de plus d’une année.

En matière d'évaluation des psychothérapies, trois axes de recherche définissent des champs d'investigation sur le plan méthodologique, chacun présentant des enjeux épistémologiques importants.

Tout d'abord, l'approche empirique, postule la construction d'études méthodologiquement irréprochables afin de prouver l'efficacité d'une psychothérapie, par la réduction des symptômes, mesurables à l'aide d'outils standardisés, selon les pathologies, les données démographiques et épidémiologiques. Ces études empiriques [3] n'ont pas été à la hauteur des attentes espérées car la rigueur méthodologique creuse l'écart avec la réalité clinique des pratiques et ainsi de l'unicité des suivis [4]¹.

L'autre axe de recherche est l'approche herméneutique. L'approche herméneutique par étude de cas, utilise la méthode clinique [6,7] comme critère de validation et d'évaluation. À partir des récits et des narrations, un recueil des informations dans la situation naturelle permet de définir le contexte et les problèmes rencontrés par l'individu. Ce recueil fera par la suite l'objet d'une étude approfondie et exhaustive de cas [8]. C'est l'approche classique utilisée en psychologie clinique permettant d'être au plus près du vécu du sujet dans sa singularité. Ici, l'analyse théorico-pratique des situations cliniques légitime l'indication psychothérapeutique. L'approche herméneutique s'appuie donc sur un va-et-vient permanent entre la clinique et la théorie, par la mise à l'épreuve des hypothèses, véritable travail de déconstruction et reconstruction qui permet d'affiner la compréhension du cas. De cette dialectique entre la clinique et la théorie, dépendent les élaborations susceptibles d'être validées et de se développer. Dans cette perspective, une validation empirique des avancées théoriques dans le domaine de la psychanalyse est difficilement concevable et ce pour plusieurs raisons selon Rassial et al. [9]. Tout d'abord, la difficulté de la démarche de la recherche en psychanalyse, qui repose sur une conception heuristique de la théorie, permettant de rendre compte des phénomènes psychiques identifiés ou supposés à partir du travail clinique. À cela s'ajoute la difficulté d'articuler l'usage de concepts fondamentaux de la psychanalyse comme l'inconscient, l'interprétation et le transfert en termes de validité empirique. De ce point de vue, certains psychanalystes comme Abelhauser [10] postulent que la psychanalyse dans le champ clinique, demande une exigence de théorisation qui, précisément, lui confère un statut conceptuel proprement inévaluable et insondable. Ainsi, les recherches empiriques sont considérées comme une impasse méthodologique au regard du modèle herméneutique qui s'appuie sur une théorisation de la justification fondée sur la méthode hypothético-déductive à partir d'étude de cas singulier. En d'autres termes, c'est par la validation clinique, que les interactions complexes de la psychothérapie sont analysées à partir de la méthode de l'interprétation des cas cliniques singuliers, en rapport avec l'expérience du clinicien, la cohérence de la théorie et sa déduction clinique.

Les critiques faites à l'approche herméneutique, sont précisément ce qu'elle entend défendre, à savoir la dimension subjective de l'étude de cas singulier, avec pour argument le caractère éminemment subjectif de cette « autoréflexion » par le jeu de l'influence des mécanismes transféro-contre-transférentiels, et cette réticence à la vérification objective de la dimension empirique de son action thérapeutique.

Sur le plan méthodologique, l'approche empirique et herméneutique posent le débat, dans le domaine de la recherche scientifique, de la validité de la méthode dans l'avancée des connaissances [11]. Windelband [12] établit une dichotomie entre les sciences nomothétiques qui cherchent à établir des lois à valeurs universelles en partant de phénomènes reproductibles, et les sciences idiographiques consacrées au singulier et au non reproductible. Pour les psychothérapies, cette

¹ Texte reproduit In: American Psychoanalytic Association. *Psychodynamic diagnostic manual* [5].

distinction permettrait d'établir des conclusions nomothétiques des recherches empiriques, mais également de formuler des hypothèses nomothétiques à partir de données idiographiques. La terminologie de Windelband sur le statut épistémologique des différentes approches nous aidera à la compréhension d'un troisième axe de recherche que nous allons expliciter.

Une troisième approche s'est construite à partir du modèle idiographique et de méthodes de cas singuliers avec pour paradigme l'étude approfondie d'un seul cas ou « étude pragmatique de cas »². Il s'agit de travailler à partir de données idiographiques issues de la méthode clinique comme socle de la pratique clinique et de la reconnaissance du singulier en tant que source de connaissance.

Cependant, ce travail clinique va s'élaborer autour de l'étude approfondie d'un seul sujet. Le protocole d'étude de ce cas singulier va alors permettre de produire une étude standardisée, obéissant au principe de l'objectivité expérimentale, tout en s'opposant aux critères de l'approche empirique habituellement issue de l'étude de groupes homogènes ou cohortes. Ce protocole d'étude de cas singulier s'élabore à partir d'une méthodologie validée par des praticiens, notamment des psychanalystes, pour permettre une évaluation approfondie de la psychothérapie au moyen d'outils prenant en compte les exigences et enjeux des modèles théoriques utilisés en psychothérapie.

L'écart entre les cliniciens et les chercheurs est ici dépassé par ces études naturalistes pour être au plus proche de la pratique. Cela permet également de formuler sur la base de types cliniques de sujets, un nombre considérable de données idiographiques sur la population d'étude.

Cette approche, qualifiée d'« étude de cas singuliers » fondée à partir de recherches naturalistes, consiste à démontrer la preuve par la pratique avant de justifier la pratique par la preuve. Elle offre aux cliniciens la possibilité d'aborder méthodologiquement les paradigmes des scientifiques pour lesquels la base d'un savoir est dominée par la valeur objective comme critère de vérité, tout en défendant la dimension subjective restituant à chaque humain sa singularité. Se risquer sur ce terrain de la preuve par la statistique, même pour une étude de cas singulier, implique comme le dit G. Fischman « la reconnaissance primordiale du savoir clinique, issu de la méthodologie herméneutique et constructiviste, qui noue ses liens fondamentaux avec l'« a-scientificité » de l'humain. » ([14], p. 3–31). Pour mettre en exergue cette méthodologie de recherche, nous nous centrerons sur l'étude du cas de Matthieu. Ce dernier, par sa demande d'un suivi psychothérapeutique, sa capacité d'énonciation et d'élaboration, permettra d'analyser et d'objectiver le processus thérapeutique en jeu dans le contexte de la cancérologie [15,16].

Cette troisième voie est décrite aujourd'hui comme prometteuse dans l'évaluation des psychothérapies [17], parce qu'elle s'est construite à partir des points de butée et des réflexions issues de l'approche empirique et herméneutique, dans une tentative de produire un paradigme qui dépasse les limites des autres modèles.

Les méta-analyses portant sur l'évaluation des psychothérapies analytiques montrent, lorsqu'elles sont méthodologiquement correctes que, non seulement, les psychothérapies psychodynamiques ont des résultats positifs en termes de symptômes et de satisfaction, mais surtout, que les bénéfices s'améliorent avec le temps [18–20]. Par ailleurs, de nombreux apports des psychothérapies psychodynamiques ne sont pas répertoriés dans les échelles telles que celle de Beck ou de Hamilton [21–23]. En particulier, il est rarement relevé par les évaluateurs, que la psychothérapie analytique ne fait pas qu'ôter les symptômes les plus aigus. Elle permet aussi le déploiement

² Thurin JM. L'évaluation des psychothérapies, où en sommes-nous ? Des essais cliniques randomisés aux études intensives de cas et réseaux de recherches fondées sur les pratiques. In: Fischman G, editor. *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux* ([13], pp. 101–115).

de capacités internes de penser le monde qui nous entoure et, qui plus est, donne des ressources pour s'autoriser à vivre avec plus de liberté psychique et de possibilités personnelles [24].

2. Dispositif de recherche

Nous adoptons ici, l'étude intensive de cas singuliers selon le principe de l'objectivité expérimentale pour une évaluation à différents temps du suivi psychothérapeutique. Notre dispositif de recherche reprend la méthodologie enseignée à l'*École de Psychosomatique*³ par M. Thurin et J.-M. Thurin [25], dont les nombreux travaux ont conduit à organiser et recueillir des données cliniques selon trois pôles de recherche, le pôle Borderline, Autisme et Alzheimer. Dans cet article, nous montrerons en quoi cette méthodologie est applicable et pertinente en oncologie dans ce domaine de l'évaluation des pratiques cliniques.

Cette recherche se déroule dans le service d'oncologie multidisciplinaire et innovations thérapeutiques de l'Hôpital-Nord à Marseille. Lors du suivi psychothérapeutique, le psychologue enregistre en audio les séances avec, au préalable, le consentement signé du patient, pour recueillir le matériel clinique. Enregistrer, permet d'être au plus proche de l'énonciation du discours du patient et du clinicien ainsi que de l'interaction à l'œuvre. À partir de la retranscription de ces enregistrements, une formulation de cas est élaborée et différentes échelles sont cotées par le thérapeute et le groupe de pairs. En effet, l'évaluation de la psychothérapie ne se fait pas uniquement par le thérapeute de manière isolée. Un groupe de pairs a été constitué dont chaque membre a suivi une formation préalable aux divers outils d'évaluation, témoignant également d'une forte implication dans cette recherche. Le groupe de travail est composé de trois psychologues cliniciens exerçant dans le champ de la médecine somatique (réanimation, soins palliatifs et oncologie) dont les références théoriques sont plurielles dans le domaine de la psychanalyse. Toutes les personnes qui participent au groupe de recherche sont tenues au secret professionnel. Les enregistrements audio participent à la construction de la recherche en interne et sont rendus anonymes par le clinicien.

Chaque psychologue expert reçoit par e-mail la retranscription des séances enregistrées dans un délai le plus court possible après la réalisation de la séance. Chacun élabore une formulation de cas à partir des enregistrements, et cote les outils standardisés d'évaluation suivant quatre temps particulier de la prise en charge prédéterminés dans le dispositif de recherche. L'entretien de départ est celui de la première rencontre patient-clinicien. Les trois entretiens suivants sont considérés comme les premiers entretiens de la psychothérapie. Ils feront l'objet d'une analyse comparative pour mettre en évidence les processus de changement à court, moyen et long terme (à deux mois, six mois et un an). Ces trois premiers entretiens permettent d'établir la modalité diagnostique qui conditionne la possibilité de l'approche psychothérapeutique à partir de la formulation de cas. Nous avons fixé des évaluations à deux, six et 12 mois pour répondre aux exigences de la recherche en termes de lisibilité concernant l'analyse des données.

Ces outils d'évaluation sont l'échelle d'évaluation santé maladie (ESM, Luborsky), les échelles de fonctionnement psychodynamique (EFP, Hoglend) et le *Psychotherapy Process Q-set* (PQS, Jones). Ces échelles d'évaluation mettent en évidence plusieurs niveaux de lecture évaluant la gravité des symptômes et les fonctionnements à la fois interpersonnels et intra psychiques qui permettront d'appréhender la nature et le processus de la psychothérapie dans ces différentes dimensions. Le PQS traduit le processus de la psychothérapie à travers un large éventail d'interactions psychothérapiques dont les interactions thérapeute-patient, systématiquement caractérisées.

³ Programme d'évaluation des pratiques professionnelles : initier une psychothérapie, en suivre l'évolution, en évaluer les résultats.

Le groupe se réunit au rythme de deux réunions mensuelles pour discuter et argumenter la formulation des cas et les cotations avec les divers outils d'évaluation, pour définir ensemble sur la base d'un consensus, une formulation de cas et une cotation commune. La formulation de cas proposée ainsi que les différents outils d'évaluation seront détaillés dans la suite de cet article en reprenant les descriptions issues de différentes publications [26,27].

3. Mise à l'épreuve du protocole de recherche : analyse des rencontres avec Matthieu

Matthieu, âgé de 33 ans, est hospitalisé pour un traitement par chimiothérapie d'un cancer du testicule avec métastases cérébrales opérées et pulmonaires (Fig. 1). Il vit maritalement, est père de deux enfants de bas âge (quatre et six ans), il est militaire professionnel.

3.1. Formulation de cas

La formulation de cas s'étaye sur la rencontre entre le clinicien et le patient dans ce qui constitue les modalités de la prise en charge, c'est-à-dire le contexte qui amène à cette rencontre, la place de la demande et la nature du travail sollicité sont prises en compte.

La formulation de cas est un outil conceptuel et clinique majeur qui peut être également utilisé comme outil de recherche dans les études portant sur la mise en évidence de résultats et de processus en psychothérapie [28]. Cet outil permet d'organiser toutes les informations complexes et contradictoires issues de l'entretien clinique. Il aide le clinicien à poser des hypothèses sur ce qui définit la problématique du sujet pour mettre en perspective et évaluer les objectifs thérapeutiques lors de la psychothérapie.

La formulation de cas est élaborée à partir de quatre niveaux de dimensions.

Fig. 1. Chronologie du dispositif de recherche. ESM : échelle d'évaluation santé maladie ; EFP : échelles de fonctionnement psychodynamique ; PQS : *Psychotherapy Process Q-set*.

3.1.1. Problèmes actuels du patient et leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement

Matthieu est hospitalisé pour la prise en charge d'un cancer du testicule avec métastases cérébrales opérées et pulmonaires qui nécessitent un traitement par chimiothérapie intensive avant une éventuelle intervention chirurgicale (ablation du testicule). À noter dans son discours une perte de contrôle subjective liée au rapport au réel de la maladie avec mise en place de défenses telles que la rationalisation et l'intellectualisation.

Matthieu tolère bien son traitement par chimiothérapie, grâce à une relative maîtrise de son angoisse. Son attachement est « sûr » (assuré sans angoisse), même s'il repose sur un besoin et une demande d'étayage de son entourage.

Matthieu accepte que son corps soit un « objet » dans le discours médical, du fait d'une dynamique pragmatique, mécaniciste et fonctionnelle, en perspective d'une guérison fantasmée. Il s'inscrit dans une soumission au pouvoir médical qui le renvoie à un appel aux limites, à la loi protectrice. Matthieu accorde une attention toute particulière à ses enfants et insiste sur sa position de père.

Extrait d'entretien :

Je me force à me rattacher sur l'essentiel, si je commence à regarder tous les problèmes j'arrive pas, je n'arrive pas à gérer, pour bien gérer je me concentre sur l'essentiel et l'essentiel aujourd'hui pour moi c'est mes fils, j'aime les autres tous ceux qui sont autour il n'y a pas de soucis mais aujourd'hui c'est eux donc pour eux je me battrais jusqu'au dernier souffle c'est-à-dire que même si doit prendre cinq ans ou dix ans je me battrais jusqu'au dernier souffle, il n'y a pas de soucis, après ça prendra le temps que ça prendra je ne suis pas maître de la maladie je suis maître de moi, de mon corps tant que lui, il résiste, on résiste et le jour où il ne résiste plus et bien au moins on aura combattu quoiqu'il en soit on aura combattu c'est ce qui compte, ne pas baisser les bras si on laisse tomber c'est trop facile c'est pourquoi je parle du présent pas trop loin mais voilà on avance doucement. . .

3.1.2. Facteurs non psychodynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème

On notera un éloignement familial lié à son activité professionnelle de militaire. Matthieu évoque la pénibilité d'une profession à risque physique et psychique. Il n'y a pas de place pour la plainte dans l'Armée.

On relève également la réactualisation d'une rivalité avec son frère, le décès de son père dans un contexte de secret. Il n'évoque pas son histoire (enfance) qui reste parcellaire.

3.1.3. Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes de la personne

3.1.3.1. Facteurs précipitant et maintenant les difficultés. Le contexte somatique avec les effets secondaires des traitements par chimiothérapie, les examens d'imagerie médicale, le cortège de bilans biologiques, demandent à Matthieu toute une série d'ajustements qui le poussent en permanence à puiser dans ses ressources intrapsychiques et interpersonnelles.

3.1.3.2. Éléments favorables et repérés comme manquants. Mise à distance de l'agressivité avec notamment l'utilisation du « on » dans son discours qui serait un appel à l'autre dans cette confrontation à une perpétuelle mise à l'épreuve de l'angoisse de castration. À noter, l'importance de

la filiation et ses conséquences, de l'implication familiale comme ressource dans le vécu de la maladie et d'un investissement massif de ses enfants qui lui permet de lutter contre l'effondrement.

Pas d'élément anxiodépressif dans le discours manifeste, Matthieu montre une capacité d'analyse de la situation congruente à ses émotions et d'anticipation avec énonciation des scénarii possibles (projection). Ses relations interpersonnelles sont de bonne qualité.

Extrait d'entretien :

Les émotions font partie intégrante de nous mais il faut savoir canaliser ses émotions. Si on ne les canalise pas, c'est là qu'on arrive à régler le problème. Cette canalisation on nous l'apprend au fur et mesure des entraînements. Ça fait qu'on peut avoir un moment d'évasion car on est humain, on n'est pas des robots, pas des machines, il y a des moments où ça lâche, ou ça craque mais il ne faut pas craquer au moment ultime du combat. Il faut craquer après quand il va y avoir la redescende. À ce moment là, on a le droit d'évacuer, de craquer mais à des moments bien précis. Comme la maladie il faut dire ce qui est, il y a des moments où on combat quand on est en traitement on doit être vaillant et il y a des moments où on a besoin de ce moment de relâchement avec les petits, simplement même parfois avec des photos, des souvenirs.

Il ne parle pas de son rapport à la sexualité dans le discours manifeste, il vient questionner ses positions désirantes au travers de son rapport à la loi.

3.1.4. Première définition du but et des objectifs intermédiaires de la psychothérapie et de la stratégie pour les atteindre

Matthieu est préoccupé par la posture à adopter avec ses enfants, « Comment leur parler ? Faut-il tout leur dire et avec quels mots ? Est-il important qu'ils puissent venir à l'hôpital ? ». On observe même un investissement massif autour d'un projet de service réunissant des enfants confrontés à la maladie grave d'un parent. Matthieu souhaite participer activement à ce groupe de parole, associant ainsi sa famille. Au travers de son implication il trouve un chemin possible au déploiement de sa demande, il peut y faire jouer des signifiants qui le concernent en passant par un autre qui prend une importance particulière : « l'enfant ». Cette dynamique discursive y engage une position de sujet en rapport avec son nom, sa filiation, sa place de père. Il s'agit de soutenir ces processus de pensées dans le travail de la maladie. La psychothérapie psychodynamique permet essentiellement ici, un soutien et une expression inscrits dans un processus de co-pensée [29] pour signifier une co-construction de sens à partir du travail psychique partagé au moment de la rencontre clinique patient-thérapeute.

Les entretiens, dont le groupe de pairs va se saisir pour la formulation de cas, sont les premiers entretiens et celui à 12 mois, pour définir ensemble la formulation de cas consensuelle lors de la discussion en groupe. Le consensus valide la pertinence des analyses et cotations relatives à l'expertise clinique du groupe. Chacun apporte sa propre cotation qui fera l'objet d'une comparaison et d'une argumentation clinique afin d'établir une cotation commune.

Notre approche psychothérapique est référée au modèle psychodynamique. Les entretiens s'effectuent dans le bureau du psychologue ou au chevet du malade lors de ses hospitalisations. Le rythme des séances est variable, il est convenu avec chaque patient. La durée moyenne des entretiens est d'environ 30 minutes.

3.2. Instruments d'évaluation

Trois outils d'évaluation sont utilisés à différents temps de la psychothérapie.

3.2.1. L'échelle de santé maladie (ESM) de Luborsky [30]

L'ESM porte à la fois sur l'évaluation globale du fonctionnement psychologique sur une échelle de 1 à 100, mais également sur différentes dimensions. C'est à partir de 34 descriptions de cas types comme support à l'évaluation, qu'est représentée une variété de diagnostics évalués de 5 à 95. Le clinicien parcourt la définition des degrés de l'échelle et décide *a priori* du degré dans lequel se trouve le cas de la personne en évaluation. À la lecture des « cas types » relatifs au degré qu'il estime, le clinicien va coter aussi précisément que possible (estimation globale) la correspondance entre le « cas type » et sa formulation de cas. L'échelle propose ensuite une évaluation autour de sept échelles analogiques en référence à des critères de santé (Tableau 1). Chacun des membres du groupe de pairs effectue sa propre cotation pour ensuite la comparer et la discuter pour validation lors d'une réunion commune. Les résultats sont réunis dans un tableau pour comparaison des évaluations.

L'ESM est cotée par le groupe de pairs lors des trois premiers entretiens, à deux mois, à six mois et un an. Cet outil va permettre de voir l'évolution des différentes dimensions évaluées au cours du suivi psychothérapeutique.

3.2.2. Échelles de fonctionnement psychodynamique (EFP) de Per Hoglend [31]

Un des objectifs de l'instrument est d'apporter des éléments de réponse face aux critiques faites dans le domaine de l'évaluation des psychothérapies sur la question du symptôme, de son importance et de sa réduction. L'EFP n'est pas centrée sur les symptômes principaux, car elle prend en compte le fonctionnement de la personne dans des domaines tout à fait essentiels comme les relations interpersonnelles, l'insight, l'aptitude à éprouver, exprimer, différencier et supporter des affects.

Le contexte d'utilisation de ces échelles est une analyse du corpus des entretiens explorant six dimensions (Tableau 2).

3.2.3. Questionnaire de configuration psychothérapique (version adultes) : le Psychotherapy Process Q-set (PQS, Jones 2000)

Le PQS [32,33] constitue un langage commun pour décrire et classer le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour être observable, éviter les références à une théorie spécifique.

Le PQS utilise la méthodologie du tri forcé. Cette méthodologie conduit à hiérarchiser l'importance de chaque item descriptif. Elle oblige à classer un nombre défini d'items dans les neuf catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (−4), en passant par

Tableau 1
Cotations échelle d'évaluation santé maladie (ESM) de Matthieu.

	Cotateur 1	Cotateur 2	Cotateur 3	Cotations validations			
	2 mois	2 mois	2 mois	Initiale	2 mois	6 mois	1 an
1. Estimation globale santé maladie	68	95	90	70	75	85	85
2. Capacité d'autonomie	65	90	75	75	70	65	75
3. Gravité des symptômes	75	85	85	80	80	75	80
4. Malaise subjectif	70	80	75	70	75	65	75
5. Effets sur l'entourage	60	95	75		70	50	70
6. Utilisation des capacités	60	80	85	80	75	80	80
7. Relations interpersonnelles	65	90	85	80	80	80	75
8. Sources d'intérêt	55	75	85	60	65	55	65

Tableau 2
Échelles de fonctionnement psychodynamique (EFP) de Matthieu.

	Cotateur 1	Cotateur 2	Cotateur 3	Cotations validations		
	2 mois	2 mois	2 mois	2 mois	6 mois	1 an
1. Qualité des relations familiales	85	70	75	70	55	80
2. Qualité des relations amicales	85	80	80	80		85
3. Relations sentimentales / sexuelles	85	80	90	80		75
4. Tolérance aux affects	70	70	50	60	70	85
5. Insight	85	70	70	70	70	75
6. Résolution de problème et capacité d'adaptation	85	80	85	85	70	75

Tableau 3
Répartition du nombre d'items par catégorie selon leur valeur (moins caractéristiques, neutre, plus caractéristiques).

Catégories	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valeur	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
Nombre d'items par catégorie	5	8	12	16	18	16	12	8	5

une case neutre (0) (Tableau 3). Le PQS comprend trois types d'items, qui portent respectivement sur les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience du patient ; les actions et les attitudes du thérapeute ; la nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance.

Le PQS est aujourd'hui l'instrument de référence dans le champ des études sur le processus thérapeutique et des relations entre processus et résultats. Le PQS appréhende les processus tout en conservant la possibilité d'une analyse qualitative, quantitative et statistique de ses résultats, ce qui permet de saisir le caractère unique de chaque cas tout en facilitant la définition des similarités et des différences d'un cas par rapport à un autre.

4. Résultats intermédiaires à deux mois

L'ESM montre des processus de fonctionnement globaux qui vont dans le sens d'une adaptation opérante aux événements. Seulement, les sources d'intérêt se trouvent limitées au profit de défenses nécessaires à une certaine adaptation. En l'occurrence, les sources d'intérêt de Matthieu se focalisent presque exclusivement sur son état somatique et ses répercussions sur la dynamique familiale, principalement sur la qualité des relations entretenues avec ses enfants (Tableau 1).

L'EFP nous montre que les relations interpersonnelles sont de bonne qualité. À noter que la tolérance aux affects présente un score relativement bas qui s'explique par la difficulté à éprouver des affects variés. Ce fonctionnement et l'emploi d'un discours rationnel permettent à Matthieu de mettre à distance les affects anxiodépressifs (Tableau 2).

Ci-dessous sont décrit le PQS de Matthieu à deux mois, validé par le groupe de pairs (Fig. 2).

4.1. Ce qui apparaît comme résultat saillant (-4 ; -3 ; +3 ; +4)

4.1.1. Concernant le patient

Matthieu se saisit de l'entretien par un investissement de la relation en tant que ressource nécessaire, l'accès à la parole s'en trouve facilité. La mise à distance de la sexualité et une certaine rationalisation dans son discours, lui permettent notamment d'évoquer la traversée de la

Fig. 2. *Psychotherapy Process Q-set (PQS)* final de Matthieu à deux mois validé par le groupe de pairs.

maladie cancéreuse et ses répercussions somatopsychiques. Il présente une maîtrise de ses émotions avec un sens de l'engagement, du devoir et de protection. Sont abordés des thèmes spécifiques tels que le contexte somatique avec la thérapeutique médicale par chimiothérapie, ses relations filiales et son questionnement existentiel face à cette inconnue de la mort. On note également un investissement affectif qui définit le lien opérant avec son entourage, une centration sur les conséquences des symptômes somatiques ainsi qu'un évitement de l'histoire subjective en lien avec son enfance.

4.1.2. *Au niveau de l'interaction Matthieu/thérapeute*

La co-crédation d'un lien au regard de la non-directivité dans une relation de confiance, se formalise par une mise en relation des données cliniques et un soutien à l'élaboration lors de l'entretien. On note également un investissement affectif, une richesse du matériel clinique avec une mise à distance de la qualité érotique. La rivalité n'est pas présente dans le mode d'entrée en relation.

4.1.3. *Concernant le thérapeute*

Le thérapeute présente une posture opérante décrite par une distance nécessaire, une attitude non directive dont Matthieu se saisit, une atmosphère propice à un investissement de la relation et une sensibilité clinique permettant un soutien à l'élaboration. La neutralité bienveillante et l'humilité sont également des éléments saillants du thérapeute.

4.2. *Ce qui n'apparaît pas comme résultat saillant (-1 ; 0 ; +1)*

4.2.1. *Concernant le patient*

Les attentes et exigences de la thérapie, le travail de la pensée (association libre), l'introspection et la prise de conscience (rationalisation) sont des modalités non significatives à l'analyse de l'entretien à deux mois.

4.2.2. *Au niveau de l'interaction Matthieu/thérapeute*

Le but et l'indication de la thérapie, la différenciation active des significations réelles et fantasmées (principe de réalité prégnant) sont des modalités non saillantes.

À partir de l'analyse des items saillants, Matthieu est engagé dans la thérapie et apporte du matériel significatif qu'il met au travail (item 88, 90). À noter que les souvenirs et reconstructions de la petite enfance et de l'enfance ne sont que difficilement élaborés, il met à l'œuvre ses ressources psychiques dans l'ici et maintenant (item 69, 91).

Fig. 4. *Psychotherapy Process Q-set (PQS)* final de Matthieu à 12 mois validé par le groupe de pairs.

5. Discussion : mise à l'épreuve de la méthode

Cet article a proposé la description de l'évaluation du cas Matthieu à partir d'une méthodologie permettant de rendre compte des pratiques cliniques des psychologues dans leurs suivis psychothérapeutiques. Cette méthodologie nous semble permettre de proposer une réponse à la question de l'évaluation de l'approche psychodynamique.

Tout d'abord, la formation aux différents instruments d'évaluations est essentielle, pour comprendre la construction de l'outil, ce qu'il entend mesurer et l'appréciation de son utilisation pratique. Ayant reçu cette formation, il n'en demeure pas moins qu'une des premières difficultés rencontrées est la cotation des données cliniques. Les psychologues cliniciens, les psychanalystes sont peu habitués à hiérarchiser, classer, synthétiser les éléments cliniques refusant par là le risque de réductionnisme, de quantifier la relation thérapeutique et ainsi de mettre à mal la dimension intersubjective, socle de la pratique analytique. La complexité de ce travail empêche bien souvent d'adopter des « méthodes objectivables ». Pourtant, reconnaître la valeur de cette méthodologie, permet d'entrevoir un chemin vers une lisibilité des pratiques qui sous-tend une confrontation de termes à laquelle certains se sentent soumis. Cet exercice amène, au fil des rencontres, à mêler une approche globale du sujet en situation sans pour autant négliger la part strictement subjective qui ne peut nécessairement se résoudre par une formulation de cas ou échelles d'évaluations. C'est par la mise en commun, par la discussion en groupe de pairs que le travail clinique s'effectue et que la cotation est possible.

Par là est reprise l'idée de P. Gerin selon laquelle il est nécessaire de trouver « une procédure permettant (aux observateurs) d'exprimer de manière reproductible leur perception subjective ». On parviendra ainsi à la « codification de l'expression « subjectif », codification scientifique puisqu'aboutissant à une évaluation reproductible et communicable.

La constitution du groupe de pairs est primordiale car c'est à partir du travail clinique effectué ensemble, au regard d'arguments issus de l'entretien et des modèles théoriques, que les outils d'évaluation ont été ici cotés pour mettre en exergue le fonctionnement psychologique de Matthieu. Les associations et limitations d'un membre du groupe facilitent d'autres élaborations de ce même groupe, source de discussions visant à confronter, élaborer, analyser des processus qui étaient étrangers jusqu'alors. Cette rencontre de pairs est le croisement de pratiques, de paradigmes théoriques, de sensibilité clinique, de repérages qui participent au fondement même de l'évolution de la connaissance. Un nouvel article en préparation montrera l'évolution longitudinale d'un

patient au regard des cotations. Le matériel clinique est si important qu'un seul patient ne peut être traité à la fois de manière détaillée.

D'après les résultats obtenus, cette méthodologie semble opérante au sens d'une objectivation du processus thérapeutique, qui passe par la singularité du patient, la posture adoptée par le thérapeute et l'interaction de cette rencontre en séance. Nous ne prétendons pas à l'analyse impossible de chaque faits et gestes, paroles et éprouvés de l'entretien, tant de choses échappent, « ça » nous dépasse si souvent [34]. Nous proposons une voie possible dans cet exercice complexe d'évaluation des pratiques psychologiques permettant d'objectiver et de quantifier des modalités du suivi psychothérapeutique de praticien dans l'exercice de sa fonction.

6. Conclusion

Ce travail doit permettre d'argumenter l'intérêt des propositions de soutien ou de psychothérapies d'inspiration analytique au sein des services hospitaliers (il existe en effet une part de transfert du patient sur l'institution publique qui ne peut être négligée et distingue ce type de prise en charge de celle de la cure en cabinet privé). En effet, l'approche psychodynamique offre un espace psychique à l'intérieur du cadre psychothérapique, permettant au patient par un travail de la pensée, de mieux cerner les contours de sa problématique de façon à travailler sur sa perception, son récit et ainsi sur son expérience et son devenir.

Cet axe de recherche, (étude de cas singulier) offre aux cliniciens la possibilité d'aborder méthodologiquement les paradigmes scientifiques pour lesquels la base d'un savoir est dominée par la valeur objective comme critère de vérité, tout en défendant la dimension subjective propre à chaque humain, ce qui le restitue dans sa singularité. C'est en étant au cœur de la clinique des praticiens, que l'on pourra se focaliser sur les processus de changements à l'œuvre dans le travail d'élaboration psychologique, sans ne jamais prétendre aboutir à une clinique standardisée, qui se substituerait à l'orientation théoricoclinique des praticiens.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Ablon JS, Jones E. How expert clinician's prototype of an ideal treatment correlates with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioural therapy. *Psychother Res* 1998;8(1):71–83.
- [2] Gabbard GO. *Psychothérapie psychodynamique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.
- [3] Chambless D, Hollon S. Defining empirically supported psychological interventions. *J Consult Clini Psychol* 1998;66(1):7–18.
- [4] Westen D, Novotny C, Thompson-Brenner H. The Empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004;4:631–63.
- [5] American Psychoanalytic Association. *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organisations; 2006.
- [6] Lagache D. *L'unité de la psychologie*. Paris: PUF; 2004.
- [7] Perron R. *La pratique de la psychologie clinique*. Paris: Dunod; 1997.
- [8] Widlöcher D. Le cas singulier. *Nouv Rev Psychanal* 1990;42:285–302.
- [9] Rassial JJ, Costa Pereira ME. Questions épistémologiques et méthodologiques sur la validation en psychanalyse. *Psychol Fr* 2008;53:71–80.
- [10] Abelhauser A. La psychanalyse « inévaluable » ? *Bull Psychol* 2006;596(486):571–4.

- [11] Lesieur P. Méthodologie appliquée au cas unique. Pour la recherche, 16; 1998 [Available from: <http://www.psydoc-france.fr/fmi/xsl/psydocindex/browserecord.xml?-lay=sitedujour&-recid=3270&-find=-find>].
- [12] Windelband W. Sciences de l'histoire et sciences de la nature (1894). Études Philos 2000;84:1–16.
- [13] Thurin JM. L'évaluation des psychothérapies, où en sommes-nous ? Des essais cliniques randomisés aux études intensives de cas et réseaux de recherches fondées sur les pratiques. In: Fischman G, editor. L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux. Paris: Elsevier Masson; 2009. p. 101–15.
- [14] Fischman G. L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2009.
- [15] Bacqué MF. Annoncer un cancer. Paris: Springer; 2011.
- [16] Cannone P, Bacqué MF. Mentalization in psychodynamic support psychotherapy of cancer patients: analysis of the therapeutic Process. Psycho-oncology 2009;18(Suppl. 2):S15.
- [17] Thurin JM. Pourquoi faire de la recherche empirique en psychanalyse, pourquoi et sur quelles bases ? Psychol Clin 2005;19:221–49.
- [18] Abbas AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2006;4:CD004687.
- [19] Anderson EM, Lambert MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 1995;15:503–14.
- [20] De Maat S, De Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. Harv Rev Psychiatry 2009;17(1):1–23.
- [21] Leichsring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. J Am Med Assoc 2008;300:1551–65.
- [22] Blatt SJ, Auerbach JS. Psychodynamic measures of therapeutic change. Psychoanal Inq 2003;23:268–307.
- [23] Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice enhance the knowledge base and improve patient care. Am Psychol 2008;63:149–59.
- [24] Shedler J, Westen D. The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. J Pers Assess 2007;89:41–5.
- [25] Thurin JM, Thurin M. Évaluer les psychothérapies, méthodes et pratiques. Paris: Dunod; 2007.
- [26] Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques. Point sur le pôle borderline. Pour la recherche, 56; 2008, p. 1–12. [Available from: <http://www.psydoc-france.fr/fmi/xsl/psydocindex/browserecord.xml?-lay=sitedujour&-recid=3315&-find=-find>].
- [27] Thurin M, Thurin JM. Utiliser des instruments spécifiques pour caractériser une psychothérapie dans le cadre naturel de la pratique. Psychotropes 2010;16:63–83.
- [28] Horowitz MJ, Configurational, Analysis. States of mind, person schemas, and the control of ideas and affect. In: Eells TD, editor. Handbook of psychotherapy case formulation. 2nd ed. New York: Guilford; 2007. p. 136–63.
- [29] Widlöcher D. Les nouvelles cartes de la psychanalyse. Paris: Odile Jacob; 1996.
- [30] Luborsky L. Clinician's judgements of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. Bull Menninger Clin 1975;35:448–80.
- [31] Hoglend P, Bogwald KP, Amslo S, Heyerdahl O, Sorbye O, Marble A, et al. Assessment of change in dynamic psychotherapy. J Psychother Pract Res 2000;9:190–219.
- [32] Jones EE. Psychotherapy process Q-set (PQS), therapeutic action. Northvale: New Jersey: Jason Aronson Inc; 2000.
- [33] Thurin M, et al. Le Psychotherapy Process Q-set (PQS). Questionnaire de configuration psychothérapique. Pour la recherche, 61; 2009, p. 1–12. [Available from: <http://www.psydoc-france.fr/fmi/xsl/psydocindex/browserecord.xml?-lay=sitedujour&-recid=3321&-find=-find>].
- [34] Bacqué MF. Psychodynamic approach of different stages of cancer: from diagnostic disclosure to end of life acceptance. Psycho-oncology 2010;Suppl. 2:31.