

CHAPITRE 14. ÉVALUER UNE PSYCHOTHÉRAPIE ANALYTIQUE : DISPOSITIF ET EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DU THÉRAPEUTE EN GROUPE DE PAIRS

Patrice Cannone, Marie-Ange Grimaldi et Anne-Lyse Bert
in Sylvie Pucheu et al., Psychothérapies analytiques en oncologie

Lavoisier | « Psycho-oncologie »

2014 | pages 191 à 217

ISBN 9782257206213

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.infopsychotherapies-analytiques-en-oncologie---page-191.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Lavoisier.

© Lavoisier. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Chapitre 14

Évaluer une psychothérapie analytique : dispositif et expérience subjective du thérapeute en groupe de pairs

P. Cannone, M.-A. Grimaldi et A.-L. Bert

Résumé

Ce travail a pour objet d'évaluer une psychothérapie analytique dans un contexte oncologique à partir d'une méthodologie de recherche qui s'étaye sur l'étude approfondie d'un seul cas selon le principe de l'objectivité expérimentale. Il s'agit d'utiliser une méthode qui puisse rendre compte des réalités cliniques et permettre d'apporter des données qualitatives et quantitatives sur le déroulement de la psychothérapie. La visée de ce travail est d'utiliser une méthodologie peu orthodoxe pour des cliniciens d'orientation analytique afin de montrer aux praticiens et auprès du monde de la recherche « valide et fiable », les effets que le travail de thérapie peut produire avec ses limites, ses apports et la nature des changements qui s'opèrent au cours du suivi.

Dans cette perspective, un groupe de pairs, composé de trois cliniciens d'orientation analytique, s'est réuni à différents temps de la thérapie pour mettre en commun leurs analyses concernant le suivi d'Eymeric. Nous proposons ainsi une grille de lecture autour d'un travail commun de cotation des divers instruments d'évaluation, d'argumentations, de réflexions théorique et praxéologique au plus près du matériel clinique.

Cette démarche rend possible l'évaluation des pratiques de l'intersubjectivité et de la singularité en tenant compte des critères épistémologiques propres à la psychanalyse. Notre dispositif ouvre une voie où l'on peut se focaliser sur la qualité de la relation patient-thérapeute, sur la posture et le cadre adoptés par le thérapeute pour mettre en exergue les processus à l'œuvre dans le travail d'élaboration psychique ; sans ne jamais prétendre aboutir à une clinique standardisée, qui se substituerait à l'orientation théorico-clinique des praticiens.

Où en sommes-nous de l'évaluation des psychothérapies analytiques en général et dans le champ de l'oncologie en particulier ? Quelles sont les méthodologies à notre disposition, les outils adaptés à notre pratique et les programmes de recherche existants qui puissent permettre aux psychothérapeutes que nous sommes, d'ouvrir le débat pour mieux comprendre les processus et résultats de la psychothérapie ? Après une brève revue de la littérature et à partir des travaux actuels sur l'évaluation des psychothérapies analytiques, nous avons construit un protocole d'étude issu de l'objectivité expérimentale comme grille de lecture du déroulement de la psychothérapie (limites, apports et nature des changements...). Nous vous proposons le récit de cette expérience de recherche, de l'expérience subjective du dispositif et de la réflexion autour de la constitution du groupe de pairs.

Comment définir une psychothérapie et particulièrement une psychothérapie analytique ?

À ce jour, il n'existe pas de définition officielle et/ou consensuelle de la psychothérapie même si nombre d'auteurs ont proposé leurs contributions [1, 2]. Définir de façon générale une psychothérapie en dehors de toute conception théorique est complexe et met en évidence un certain flou conceptuel. Les définitions [3, 4] cherchent à intégrer d'une façon générale, l'ensemble des techniques envisagées en psychothérapie, dans une perspective à plus ou moins long terme, d'une visée thérapeutique de son action dans la relation interpersonnelle. Si on admet ce point de vue, la grande diversité des techniques psychothérapeutiques montre à l'évidence qu'il n'existe pas une, mais des psychothérapies dont chacune d'elle comporte des indications, des objectifs et des effets particuliers. Les buts recherchés lors d'une psychothérapie concernent essentiellement la réduction voire la disparition des symptômes et de la souffrance pour une amélioration du fonctionnement psychique du sujet dans son environnement.

La psychothérapie analytique ou psycho-dynamique, est une pratique issue des apports théoriques et références conceptuelles de la psychanalyse avec des évolutions du dispositif de la cure type Freudienne. La psychothérapie analytique [5], s'exerce en face à face au rythme, en général, d'une fois par semaine sur une durée de plusieurs mois. Le rythme des séances et la durée de la psychothérapie vont dépendre des modalités de la prise en charge qui sont à discuter entre le thérapeute et le patient, modalités [6] qui peuvent être l'objet d'une évolution au cours du suivi. Le but de la psychothérapie psycho-dynamique est de produire une prise de conscience (*insight*) des difficultés du sujet dans un rapport à lui-même et au monde, dans une perspective de changement de son mode de fonctionnement [7, 8]. Ainsi, chaque praticien est convoqué à conduire des ajustements en référence aux différents modèles psychanalytiques dont il dispose pour tendre vers une approche à la fois générale mais égale-

ment spécifique en fonction de la psychopathologie du malade, de l'inscription ou non à une dynamique institutionnelle, autant de paramètres à prendre en compte [9, 10].

Quelle est la part des psychothérapies dans l'activité du psychologue en oncologie ?

En reprenant le rapport d'activité 2013 du psychologue exerçant dans le service d'oncologie multidisciplinaire à l'hôpital de Marseille, il est mentionné qu'il s'est présenté auprès de 400 sujets atteints de cancer pour une prise de contact. Ainsi, il est noté :

- 3 ont refusé la rencontre ;
- 180 ont été reçus en entretien de façon ponctuelle lors de leur hospitalisation sans demande explicite d'un suivi psychologique ;
- 187 ont faits la demande d'un suivi psychologique lors des hospitalisations itératives voire quelques séances en consultation dans le bureau ;
- 30 se sont inscrits dans une psychothérapie analytique au rythme d'une séance par semaine sur une durée de plus de 6 mois jusqu'à plus d'un an pour certains.

Ces chiffres montrent ainsi que l'activité principale du psychologue en milieu hospitalier ne concerne pas la psychothérapie mais s'apparente plus à des interventions inscrites au rythme des hospitalisations médicales. Cependant, l'activité psychothérapeutique conduite par le psychologue, constitue une part fondamentale de sa pratique qui l'amène en permanence à interroger la clinique, la théorie et l'éthique. Nous parlons ici de psychothérapie analytique lorsque le suivi s'effectue soit dans le bureau du psychologue en situation duelle, soit au chevet du malade, au rythme d'une séance par semaine pour une durée supérieure à 6 mois/1 an. Il s'agit de créer un dispositif qui s'étaye sur la psychanalyse comme modèle de pensée dont les aménagements du cadre d'intervention correspondent aux évolutions rencontrées dans la pratique.

L'activité psychothérapeutique représente pour ce clinicien travaillant à temps plein à l'hôpital environ 30 % de son activité hebdomadaire, soit 2 à 3 demi-journées selon les périodes. À cela s'ajoutent l'activité clinique hors psychothérapie environ 30 %, l'enseignement, la recherche et la formation qui représentent également 30 % de son activité hebdomadaire.

Évaluation des thérapies analytiques : enjeux méthodologiques et épistémologiques

Depuis Freud, la psychanalyse n'a cessé d'être soumise à divers dispositifs de recherche avec une considérable évolution des instruments d'évaluation et des méthodologies utilisées de plus en plus élaborés et adaptés à l'objet d'étude.

Dès 1917, Coriat a publié une recherche empirique qui porte sur les résultats thérapeutiques de 93 suivis à partir de catégories de diagnostics (hystéries anxieuses jusqu'à démences précoces) [11]. La question de Coriat portait sur les indications cliniques favorables pour un suivi psychanalytique à partir d'un type de cas. La durée du traitement, les critères de « guérison » et les différents types de cas étaient les variables permettant le travail d'analyse des résultats. En 1930, Fenichel réalisa avec l'Institut Psychanalytique de Berlin, une revue quantitative des résultats de psychanalyses menés durant 10 ans dans une perspective de montrer leur efficacité [12]. Dans cette même période et dans une même visée empirique, ont suivi les travaux de la Clinique Psychanalytique de Londres de 1926 à 1936 publiés par Jones [13], les travaux de la Clinique Psychanalytique de Chicago de 1932 à 1937 publiés par Alexander [14], les travaux de la Clinique Menninger entre 1932 et 1941 par Knight [15], ceux de l'Association Psychanalytique Américaine en 1952 chargés de rassembler les données existantes concernant la pratique psychanalytique.

L'ensemble de ces recherches précoces, reposait principalement sur des données statistiques, dont le mérite a été d'apporter une vision générale de la pratique psychanalytique ne permettant pas à ce stade un examen sérié des mécanismes de changement à l'œuvre. Les résultats ont souvent été mesurés en termes globaux, non spécifiques reposant sur la simple mesure des impressions du thérapeute [16]. Elles révèlent également que les investigateurs, même les plus précoces en psychanalyse, étaient conscients de l'importance de l'objectivité, de la fiabilité et de l'indépendance de l'observation. La différence principale entre ces études et des études plus contemporaines se situe dans le déploiement de méthodes plus variées et plus fiables pour l'étude du processus et du résultat de la psychanalyse.

De nombreuses autres études ont jalonné la recherche sur l'évaluation de la psychanalyse, car les analystes eux-mêmes sont confrontés dans leur pratique à ce questionnement. Compte tenu des circonstances cliniques du patient, est-ce que l'analyse est indiquée, et si elle le semble, quels sont les effets attendus, possibles et jusqu'à quel point la demande du patient reste une indication pour la psychanalyse ? Jusqu'où l'analyste peut compter sur les ressources psychologiques du patient pour l'entreprise d'une psychanalyse ?

Strupp et Howard décrivent en 1992 de nombreuses études [17] comme celles du centre de conseil de l'Université de Chicago avec Carl Rogers en 1951 [18], de l'Université de Michigan avec Edward Bordin en 1979 [19] ou du Collège d'état de Pennsylvanie avec William Snyder en 1961 [20], qui ont participé à l'évolution des connaissances par la création d'outils cliniques de plus en plus rigoureux et précis ainsi que des efforts méthodologiques pour étayer la pertinence des résultats obtenus.

De cette évolution, de nouvelles études ont été menées comme celle de Luborsky et al. [21], qui ont apporté des axes de recherches majeurs pour l'avenir et marqué ainsi, l'orientation du type d'étude à réaliser (manuels de traitement des données, le développement de mesures opérationnelles de trans-

fert, améliorer les systèmes de diagnostics et les effets produits au cours de la psychothérapie...).

Les études actuelles utilisent des instruments d'évaluation plus sensibles dans l'appréciation des changements, s'intéressent aux patients, aux thérapeutes et aux interactions patient-thérapeute à partir de méthodologies rigoureuses de validation des constructions théoriques et de la technique utilisée. Le contexte actuel demande une implication des cliniciens sur le plan de la recherche pour s'appuyer sur des données validées et des méthodologies reconnues pour être entendue et ainsi défendre nos pratiques et l'accès aux soins.

Dispositif de recherche

Nous reprenons ici, l'étude intensive de cas singuliers selon le principe de l'objectivité expérimentale à partir de la méthodologie enseignée à l'École de Psychosomatique par Monique Thurin et Jean-Michel Thurin [22] appliquée dans le domaine de l'oncologie.

Après avoir obtenu le consentement signé du patient pour le recueil du matériel clinique, notre dispositif consiste à enregistrer en audio des séances à différents temps du suivi psychothérapeutique par le thérapeute. Ce choix de l'enregistrement, nous a permis d'être au plus proche de l'énonciation du discours du patient et du clinicien ainsi que de l'interaction à l'œuvre, afin d'en apprécier l'atmosphère et les éléments perceptibles du discours comme le rythme, les silences, les émotions... La retranscription des séances, rendue anonyme par le clinicien, va ainsi constituer un support de travail pour le groupe de pairs. En effet, l'évaluation de la psychothérapie ne se fait pas uniquement par le thérapeute de manière isolée mais à partir du travail clinique et de cotations effectuées par le groupe de pairs. Ce groupe est composé de trois psychologues cliniciens exerçant dans le champ du somatique et de la psychiatrie dont les références théoriques sont plurielles dans le domaine de la psychanalyse.

Chaque psychologue expert reçoit par e-mail la retranscription des séances enregistrées et va selon la chronologie du dispositif de recherche élaborer une formulation de cas et coter les outils standardisés d'évaluation à différents moments de la prise en charge. Ainsi, nous avons fixé une évaluation initiale, des évaluations intermédiaires (à 2 mois et 6 mois) et finale (12 mois) qui feront l'objet d'une analyse comparative pour mettre en évidence les processus de changement à court, moyen et long terme (Figure 1). Le groupe s'est réuni selon un calendrier préétabli pour discuter et argumenter leurs formulations de cas et leurs cotations des divers outils d'évaluation, pour définir ensemble sur la base d'un consensus, une formulation de cas et une cotation commune. Chaque membre a suivi une formation préalable aux divers outils d'évaluation utilisés.

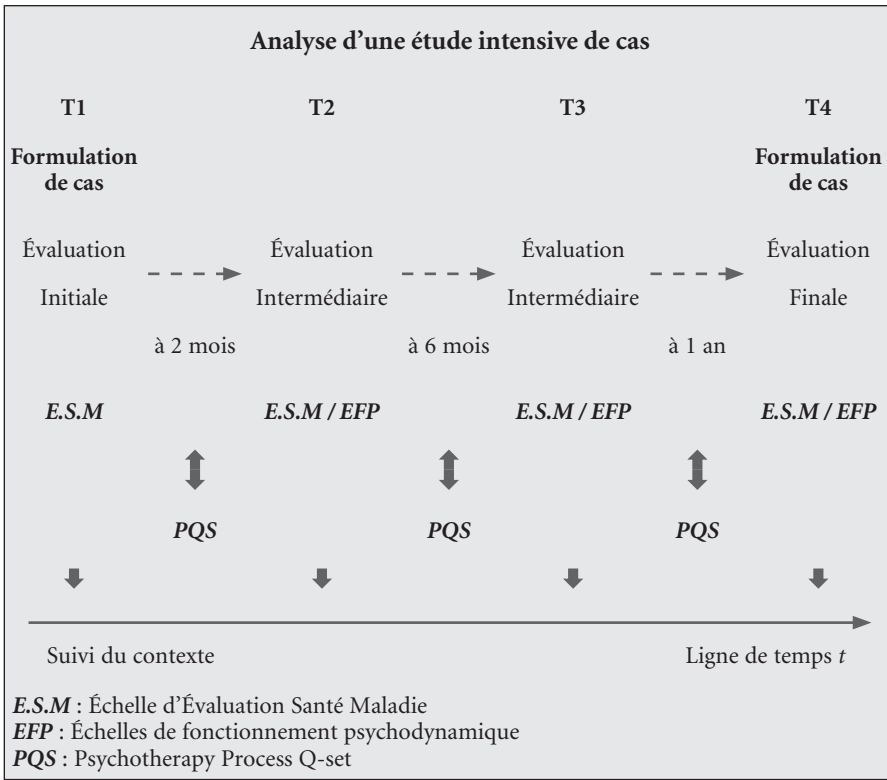


Figure 1 – Chronologie du dispositif de recherche.

Présentation des outils d'évaluation

- **La formulation de cas** s'appuie sur la rencontre entre le clinicien et le patient à partir des modalités de la prise en charge pour définir le contexte qui amène à cette rencontre, la place de la demande et la nature du travail sollicité et envisagé [23]. 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 la problématique du sujet, à définir et évaluer les objectifs et les stratégies thérapeutiques lors de la psychothérapie. La formulation de cas est élaborée à partir de 4 dimensions : problèmes actuels ; aspects non dynamiques précipitants ; intégration des données ouvrant à l'interprétation ; buts et objectifs de la psychothérapie.
- **L'échelle de santé maladie (ESM)** de L. Luborsky [24] porte à la fois sur l'évaluation globale de fonctionnement psychologique sur une échelle de 1 à 100 mais également sur différentes dimensions. L'échelle propose d'attribuer globalement un score santé-maladie à partir des symptômes

et du fonctionnement du patient, ainsi qu'une évaluation autour de 7 échelles analogiques en référence à des critères de santé (Tableau I).

- **L'échelle de fonctionnement psychodynamique (EFP) de Per Hoglend** [25] prend en compte le fonctionnement de la personne dans des domaines essentiels comme les relations inter-personnelles, l'insight, l'aptitude à éprouver, exprimer, différencier et supporter des affects... La place attribuée au symptôme est abordée ainsi que ses répercussions dans la vie du sujet. Ces échelles permettent une appréciation assez fine du fonctionnement dans le registre inter-personnel, de la relation à la réalité et de l'expression des affects. Elles concernent donc le sujet en interaction. Il s'agit d'un instrument qui répond bien à l'appréciation clinique psycho-dynamique (Tableau II).
- **Le Psychotherapy Process Q-set (PQS) de Jones** [26] 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 et éviter les références à une théorie spécifique. Même si les auteurs le décrivent comme étant en grande partie neutre, nous préférons le qualifier de pluri-théorique, ce qui permet d'être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Le PQS permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient. Le but général de l'instrument est de fournir un index significatif du processus thérapeutique qui puisse être utilisé dans des analyses comparatives ou pour des évaluations pré et post thérapies. 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 9 catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par une case neutre (0) (Tableau III).

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.

Tableau I – Cotations ESM d'Eymeric (score de 1 à 100 selon des critères de santé).

	Cotateur 1 Initiale	Cotateur 2 Initiale	Cotateur 3 Initiale	Cotations validations			
				Initiale	2 mois	6 mois	1 an
1. Estimation globale santé-maladie	60	62	62	62	60	78	65
2. Capacité d'autonomie	55	50	45	50	65	80	70
3. Gravité des symptômes	50	35	50	50	70	80	75
4. Malaise subjectif	40	50	50	50	50	60	70
5. Effets sur l'entourage	25		40	40	50	60	40
6. Utilisation des capacités	50	75	50	65	70	80	75
7. Relations interpersonnelles	40	50	65	50	65	75	70
8. Sources d'intérêt	25	60	45	45	45	75	45

Tableau II – Cotations EFP d'Eymeric (score de 1 à 100 dans le registre inter-personnel, rapport à la réalité et expression des affects).

	Cotateur 1 Initiale	Cotateur 2 Initiale	Cotateur 3 Initiale	Cotations validations		
				2 mois	6 mois	1 an
1. Qualité des relations familiales	.	.	60	.	.	80
2. Qualité des relations amicales	75	75	.	.	85	85
3. Relations sentimentales / sexuelles	65	65	55	55	.	60
4. Tolérance aux affects	50	80	55	75	75	70
5. Insight	75	85	65	75	85	75
6. Résolution de problème et capacité d'adaptation	65	85	65	75	85	65

Tableau III – 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

Mise à l'épreuve du protocole de recherche : analyse des rencontres avec Eymeric Formulation de cas initiale

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

Eymeric, 41 ans, est atteint d'un liposarcome mixoïde avec métastases pulmonaires en cours de chimiothérapie depuis 3 ans. Il décrit une relation de couple depuis 1 an ½ sans vivre ensemble car chacun possède et revendique un lieu de vie distinct au prétexte d'une indépendance et autonomie au quotidien. Une violente dispute du couple étaye et renforce sa demande de suivi psychothérapeutique durant lequel Eymeric décrit une agression verbale envers sa compagne avec l'émergence de pensées morbides portées vers l'autre et soi-même. L'annonce d'une éventuelle grossesse vient mettre à l'épreuve le couple et le précipite dans une relation conflictuelle où l'on trouve des éléments d'immaturité affective à partir de tentatives d'exclusion et d'enfermement dans la relation amoureuse ainsi que de comportements « impulsifs ». Eymeric revendique une relation qui le fait souffrir mais qui paradoxalement vient attester le fait qu'il est vivant et qu'il puisse continuer d'exister en tant que sujet. Dans ce rapport à l'autre, Eymeric interroge le couple, le partage des valeurs, des idées, des projets... il questionne son désir, l'amour, le sexe et son mode de jouissance.

Extrait d'entretien : « À 8 h je trouvais bizarre que le téléphone ne sonne pas, quand même... je me suis dit, elle m'appelle pas, elle a peut-être envie de récupérer, de se poser. Et le samedi à 20 h 30-21 h 00, ben j'ai craqué, j'ai pris le téléphone et je l'ai eu. Sauf que quand je l'ai eu, elle m'a fait attendre, elle a quitté un endroit où il y avait beaucoup de musique et beaucoup de bruit. Et quand je lui ai demandé où elle était, elle a pas voulu me répondre. Je l'ai rappelé, j'ai pété un câble. 1, 2, 3, 4, 5... 10 fois. Je lui dis :

- « je comprends pas, tu me dis que t'es fatiguée et que ceci cela, et j'entends... mais t'es dans une soirée, quelque part, chez qui tu es ? »
- « ça te regardes pas, fout moi la paix, j'ai envie d'être seule » et elle a coupé le portable.
- Et là... ben j'ai dit, je vais péter un câble, je vais tout casser et, je te dis, je me suis fait peur, je ne maîtrisais plus rien ».

Eymeric exprime un discours dans lequel il est insupportable de pouvoir être nié par l'autre. Il explore ses sentiments de colère à l'égard de sa compagne qui lui aurait dit « ça te regarde pas fout moi la paix j'ai envie d'être seule ». Il vient questionner les motifs de la dispute dans une tentative de compréhension à partir d'une rationalisation de la situation : « mais comment tu aurais réagi ». Il interpelle également le thérapeute qui lui propose de déplier ses sentiments.

Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème

Pas d'antécédent particulier évoqué, Eymeric n'aborde pas son histoire familiale. Nous savons seulement qu'il est retraité de l'armée et en rupture avec son milieu professionnel à cause de sa maladie (invalidité). Eymeric a subi un geste chirurgical assez mutilant, une thoracotomie, lors de son entrée dans la maladie à l'âge de 36 ans.

Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes de la personne ; éléments favorables et repérés comme manquant

C'est au travers du lien à l'autre amoureux qu'Eymeric explore son lien à l'autre en général. Même s'il reconnaît les limites, il semble les défier sans cesse, il défie sa copine, le médecin, sa maladie. Tout se passe comme s'il se cognait sans cesse à son manque fondamental pour pouvoir fonctionner, avancer. Ici, la question des limites se pose car ce n'est pas « le blanc et le noir, je suis pas du tout agressif avec elle, il faut bien remettre les choses à leur place » et lorsqu'il les met, ça apaise l'angoisse, « ça m'a fait un peu mal au départ mais [...] puis finalement ça a été ».

- Facteurs précipitants :

Ce contexte de soins oncologiques impacte et influence sa confrontation à l'autre et au monde car il réactualise ses difficultés à supporter le silence, l'inconnue et à l'inexplicable qui renvoient à la maladie. Il ne veut pas qu'on puisse s'imaginer qu'il est faible (le travail), il se cogne à la réalité sans cesse en insistant pour retourner travailler dans un endroit où on ne veut pas de lui ou de sa maladie. Il est difficile pour lui d'intégrer les conséquences que le réel de la maladie lui impose.

- Éléments favorables :

Eymeric peut parler sans difficultés des émotions qui peuvent l'envahir à partir d'un discours utilisant du matériel significatif et des métaphores. Son énonciation introduit ainsi du tiers (autrui), il peut faire le tour de ses potentialités violentes, les reconnaître, et par ce chemin il interroge son fonctionnement actuel en le liant à son fonctionnement antérieur.

Eymeric lutte contre une possible séparation par l'intellectualisation des données de sa relation amoureuse et de la manière dont il peut fonctionner habituellement à partir de ce qu'il se raconte dans une forme d'auto-persuasion qui ne fonctionne pas dans ce cas : « Je dis stop ! ». Il rationalise pour se défendre, repère et fait des liens entre son état somatique et ce qu'il peut traverser ou ressentir : « comme n'importe quel gars je pense, on traverse ça,

cette maladie, tu m'apprends que peut-être t'es enceinte, que peut-être tu as un coup de blues, que tu es avec de la musique, des amis, des gens et je crois que c'est naturellement qu'on pète un câble, c'est naturel » ou encore : « Comme quoi je trouve que ça joue énormément le mental sur ce qu'on peut traverser sur le produit, sur l'action du moins du produit dans le corps ».

On note également de façon récurrente, une alternance entre des positions de dépendance et d'autosuffisance dans la relation à l'autre, lorsque son image fait défaut s'en suit une dévalorisation qui lui permet d'exister peut-être autrement « Un monstre sans poil..., découverte du vrai Eymeric physiquement..., elle est la belle et je suis la bête... ». Eymeric ne cesse de mettre en travail ses assises subjectives en interrogeant l'image que lui renvoie le miroir.

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

À partir de ce dispositif, une des premières définitions du but du thérapeute est d'aider Eymeric à supporter les effets que la maladie lui impose et son lot de thérapeutique médicale au quotidien. Ainsi, les problématiques que ces confrontations au réel soulèvent, sont abordées par le détour de leurs implications relationnelles. Il s'agira d'accueillir ses choix concernant notamment le devenir de son couple dans un contexte de déstabilisation lié aux turbulences somatopsychique de la maladie cancéreuse. Le thérapeute reste ici au rythme du sujet dans ses processus associatifs et sera vraisemblablement amené à rester consistant au regard de l'examen de pensées face à l'incertitude de son devenir. Le thérapeute est amené à se risquer à la clinique par son engagement, son positionnement et la possibilité de se laisser surprendre par la rencontre. Eymeric s'est saisi de l'espace de parole pour en faire quelque chose, l'exploration de ses positions désirantes et subjectives est en marche.

Résultats de l'ESM (Tableau I)

C'est à T + 6 mois que les cotations de l'ESM montre une amélioration de l'état psychologique d'Eymeric dans l'ensemble des dimensions explorées. En comparant l'évaluation initiale et celle à 1 an, on observe au cours de la psychothérapie que sa capacité d'autonomie, son malaise subjectif, l'utilisation de ses capacités d'élaboration et ses relations interpersonnelles vont dans le sens d'une meilleure capacité d'utilisation de ses ressources dans ce contexte d'annonce de l'échec de la thérapeutique médicale et d'évolution de sa pathologie cancéreuse. À noter également des effets manifestes sur l'entourage et une restriction de ses sources d'intérêt qui peuvent être expliqués par cette problématique conjugale qui focalise une énergie considérable de la part d'Eymeric.

Résultats de l'EPF (Tableau II)

On retrouve une correspondance et complémentarité des données de l'EPF qui montre également un fonctionnement global de bonne qualité sauf dans ses relations sentimentales/sexuelles. Dans les séances analysées, son discours à propos de sa relation conjugale prend une grande place à l'exception de la séance à 6 mois durant laquelle cette relation était mise sous silence (présence/absence). On note dans l'ensemble des dimensions explorées, une amélioration des scores à 6 mois qui ont tendance à se stabiliser à 1 an sauf concernant la résolution de problème et sa capacité d'adaptation. En effet, ce résultat s'explique du fait que le groupe de pairs a coté la violente dispute d'Eymeric avec sa compagne.

Résultats du PQS (Figures 2, 3 et 4)

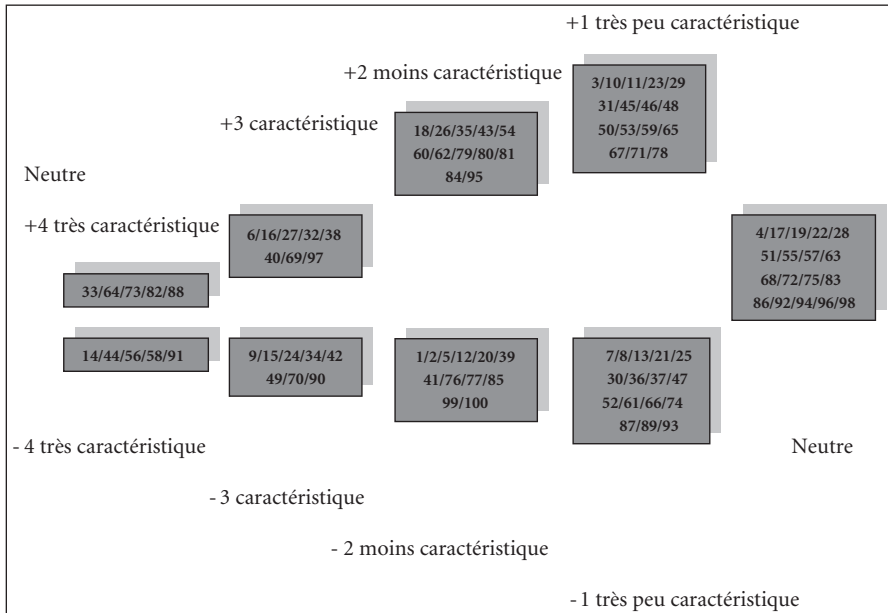


Figure 2 – PQS Final d'Eymeric à 2 mois validé par le groupe de pairs.

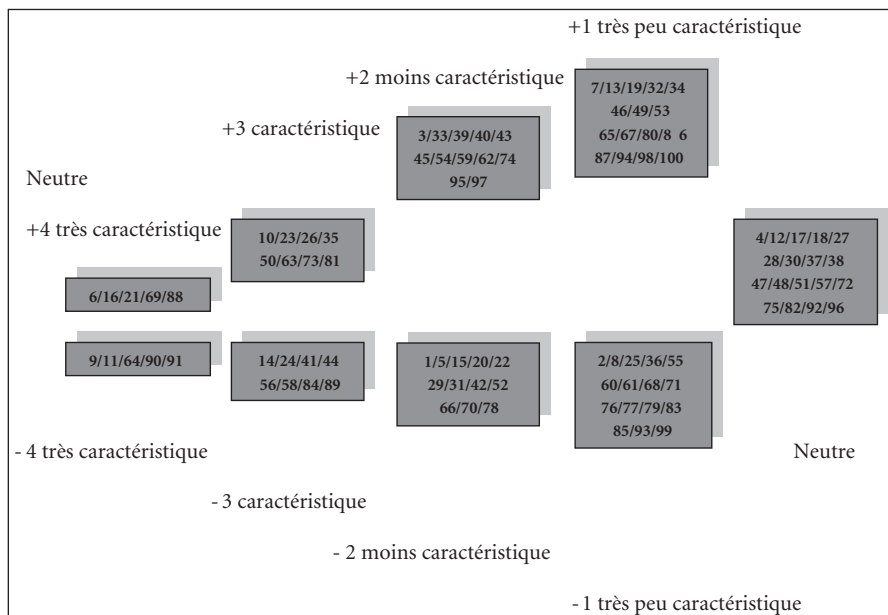


Figure 3 – PQS Final d'Eymeric à 6 mois validé par le groupe de pairs.

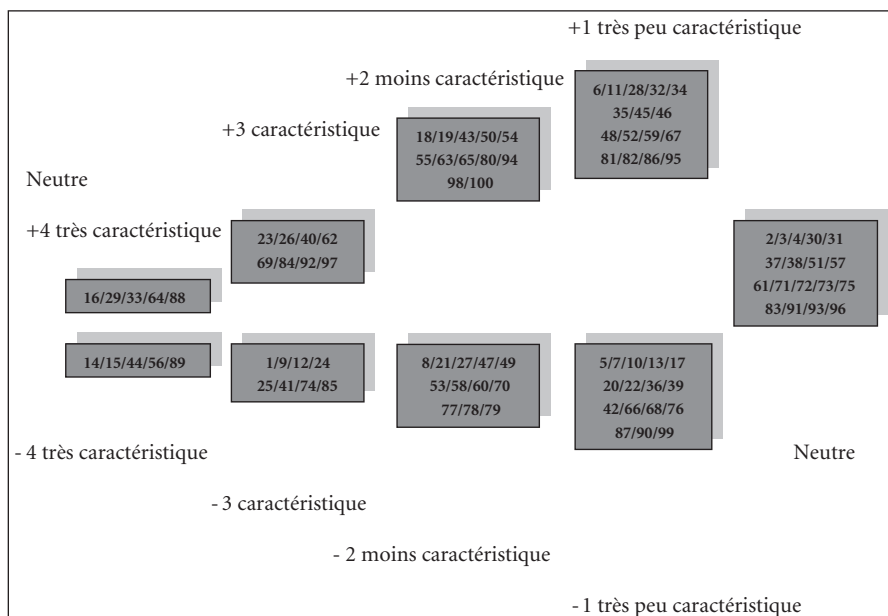


Figure 4 – PQS Final d'Eymeric à 12 mois validé par le groupe de pairs.

Ce qui apparaît comme résultats saillants (-4 ; -3 ; +3 ; +4) et stables au cours de la thérapie.

Concernant Eymeric (items 14, 15, 26, 33, 41, 44, 56, 58, 88, 97)

Ces items portent sur les capacités d'Eymeric à se saisir des séances pour s'inscrire dans un travail d'élaboration. Ainsi, Eymeric apporte du matériel significatif à partir de thématiques importantes centrées essentiellement sur le vécu de sa maladie et les répercussions de celle-ci dans son quotidien du point de vue interpersonnel. Sa problématique lui permet par des mouvements de bascule d'explorer ses sentiments internes et de reconnaître ses pensées morbides. Eymeric se sent profondément concerné par ce qu'il exprime à partir d'un discours le plus souvent secondarisé, fluide et bien structuré pour aborder des questions essentielles et existentielles comme sa propre mort, son devenir, son inscription dans le temps et l'espace... Ses affects restent en congruence avec le contenu de son discours, et il réussit à aborder des scénarios pénibles et angoissants par association et enchaînement d'idées. Cette introspection est rendue possible par le cadre, l'atmosphère et la posture d'écoute du thérapeute qui permet l'expression des affects (tristesse, peur et humour). Eymeric rapporte cette confiance et sa sensibilité au dispositif de la thérapie.

On note également une restriction de ses attentes futures au regard de la chronicité et de l'évolution de sa pathologie qui induit un travail de sape concernant son devenir. Le besoin de l'autre est permanent, qu'il s'agisse du médecin, de l'autre malade, du thérapeute ou de sa compagne, il témoigne de son désir d'être proche. Extrait d'entretien : Eymeric : « Est-ce que je suis si terrible que ça ? Je le sais pas, je m'en rends pas compte tout seul... Faut pas tout reporter sur la maladie aussi, parce que j'ai tendance à avoir des réactions, comment dire, pas méchant, pas agressif, pas du tout... euhhh, je suis pénible au quotidien, je suis un gros chiant ! Moi je pense qu'avec toutes ces opérations, tout ce qui m'est arrivé, je perds ma confiance en moi, déjà au niveau physique-esthétique, parce que je suis ouvert d'en haut en bas donc... quand je me regarde dans une glace, déjà j'ai du mal à me supporter, à voir l'image que je renvoie. Du coup, étant avec une jolie fille, j'aurai tendance à mettre des doutes quand j'arrive pas à la joindre ou autre, et j'en deviens un peu pénible sur ça... Elle commence à mal supporter toutes ces crises de « jalousie ». Si elle rappelle pas dans la demi heure qui suit, je rappelle « mais t'es où ? Qu'est ce que tu fais ? Tu pourrais rappeler ? » ».

Concernant le thérapeute (items 9, 24, 40)

La posture du thérapeute est ici mise en évidence par son implication affective et le fait d'être réceptif aux dires d'Eymeric. Cependant, cette implication affective n'impose pas dans la relation thérapeutique des réponses émotionnelles inappropriées, bien au contraire, le thérapeute s'appuie sur son contre-transfert dans les séances. Des moments de très fortes intensités ont saisi et bousculé le

thérapeute qui a fait preuve de « contenance » par ses paroles, son engagement et une certaine distanciation pour permettre un travail sur l'angoisse.

Extrait d'entretien : Eymeric : « Et c'est lourd pour toi de travailler ici, d'être en contact avec des gens comme nous tous ?... »

Thérapeute : « C'est tout le paradoxe, y a des moments de légèreté et y a des moments tu es confronté à des questions très fortes d'ordre existentiel..., le fait de bosser ici, mais c'est d'être présent dans quelque chose de plus authentique, c'est-à-dire qu'à un moment donné, on est acculé, c'est... je suis pas là pour te faire un test d'embauche ou... et c'est vrai qu'y a pas mal aussi de moments dépressifs qui se lisent chez les soignants. Quand tu es saisi par l'autre, lorsque tu rentres chez toi, y a des moments où tu déprimes un peu, tu te dis « mais comment puis-je être heureux en sachant que lui ou elle est dans cette situation là ! ».

Eymeric : « Moi je dirai plutôt « profite, vis tout ce que tu as à vivre avec ta belle petite famille ». Souvent je me dis « mais qu'est-ce que c'était ma vie avant d'avoir tout ça ? ».

Le groupe de pairs a remarqué que les interprétations du thérapeute se référaient à des personnes réelles de la vie d'Eymeric. Ceci est à mettre en relation avec la nature factuelle du matériel clinique exprimé qui concerne les rencontres et les événements du quotidien.

Concernant l'interaction Eymeric-thérapeute (items 16, 69)

Dans cette co-construction de la relation thérapeutique, la place, la fonction et les enjeux autour du corps sont parlés de façon itérative par rapport à l'évolution de sa pathologie et des effets secondaires de la thérapeutique médicale. Un corps abimé, ouvert en deux, un corps à corps avec sa compagne, un corps source d'un investissement important par une forme de modélisation par des rituels de « séance de musculation », un corps malade sans poil, un corps viril et imposant signe de force... Cette dimension corporelle est restée présente tout au long du suivi.

Extrait d'entretien : Eymeric : « J'en ai conscience, à la plage, tu te mets en maillot, les gens se retournent pour savoir. Mais là elle me dit, mais non, c'est par rapport à ta musculature, on voit quand même que t'es sportif ! Mais non je lui dis, regardes, les gens regardent pas ça, ils me regardaient pour savoir pourquoi j'avais une cicatrice qui part du thorax qui descend en bas, et qu'est-ce que c'est ce truc qui sort, ce port à cath. La plupart des gens ne connaissent pas l'existence d'un port à cath, faut être dans le milieu du cancer pour savoir ce que c'est, dans le milieu de la maladie ».

En lien avec les interprétations du thérapeute sur des personnes réelles que rencontrent Eymeric dans son quotidien, il a été souligné cette propension à aborder des situations récentes et actuelles avec peu d'associations concernant son enfance ou son histoire passée. Cette centration dans l'ici et maintenant, avec des tentatives de résoudre les difficultés rencontrées, reste intimement liée à l'évolution de sa maladie et à l'écueil de plus en plus important à se projeter dans l'avenir.

Extrait d'entretien : Eymeric : « J'ai oublié ce que c'était que d'avoir de la continuité, le bien-être dans son corps, d'être bien... c'est devenu un quotidien récurrent (...) Mais tous les jours, toi tu penses que t'es malade et que si ça dégénère ça peut t'emporter. Et tu vis avec ça, des fois c'est dur et y'a des moments où j'y pense pas du tout ! Mais y'a des moments où ça me rappelle un peu la réalité. Tu vis avec ces angoisses là... ».

Ce qui apparaît comme résultats saillants (-4 ; -3 ; +3 ; +4) et qui ont évolué au cours de la thérapie

Concernant Eymeric (items 10, 25, 29, 34, 49, 73, 84, 92)

Ces items permettent l'exploration d'autres dimensions indiquant les processus de changement à l'œuvre dans la psychothérapie. En effet, Eymeric a cherché une plus grande intimité et proximité avec le thérapeute à 6 mois dans une recherche du « même » par identification à partir des enjeux autour de la maladie comme tentative d'emprise et d'appréhension des limites. Quand ses difficultés reviennent sur le devant de la scène à 1 an, Eymeric fait preuve d'une plus grande distance avec le thérapeute et d'une certaine autonomie dans son récit. D'ailleurs, on retrouve ce processus de distance/proximité, de dépendance/indépendance dans ce qu'Eymeric livre de sa relation à la médecine, dans sa thérapie et dans sa relation conjugale. Alors qu'il se décrivait comme prêt à assumer la responsabilité de ses difficultés, au cours du suivi il a eu tendance à redistribuer les parts de responsabilité vers ceux qu'il jugeait à propos et de ce fait identifiait autrui comme impliqué dans sa situation actuelle.

Extrait d'entretien : Eymeric : « Je me pose la question. je reste pourquoi ? Je n'ai plus du tout confiance en elle (sa compagne), mais plus du tout. Y a eu, je crois qu'y a eu un facteur, c'est que quand j'étais, on s'est rencontré alors que j'étais en chimio, j'avais pas du tout la même tête, pas de cheveux, pas de cils, pas de sourcils, plus de vie, ça a été la seule personne à me regarder. Ça, je l'oublie pas. Ça joue peut-être en ma défaveur actuellement parce que je me suis dit, « elle a essayé de voir plus loin que la chimio, la maladie ». Ben non, je pensais moi finir seul pratiquement. Ben, ça a été la seule personne à me regarder, je sais pas, est-ce que ça joue ? Je le sais actuellement ça joue. Après on est là à traverser la deuxième opération du thorax, on continue. Comme elle a dit hier, j'étais levé trois jours après l'opération. J'étais agressif avec tout le monde parce que j'ai eu tellement peur, il faut me comprendre une fois ouvert devant, là sur le côté, je n'en peux plus de tout ça... ».

Lors de la séance à 1 an, Eymeric réussit à mettre en lien le vécu de sa relation amoureuse actuelle avec ses expériences passées pour tenter de mieux cerner les contours de sa problématique sentimentale. Lorsqu'il aborde cette problématique, il émerge en systématique un sentiment de colère, une violence difficile à contenir qui l'anime, interroge les limites et s'avère destructrice.

Extrait d'entretien : Eymeric à propos de sa compagne : « Je lui ai dit : « tu es allée vraiment là où il ne fallait pas aller. » Pendant ces trois semaines, je suis resté seul, je pouvais pas, on m'invitait à droite et à gauche j'avais l'impression de la tromper..., de pas lui dire la vérité. Je suis devenu fou. Je pense qu'on est deux caractères complètement différents où je suis trop entier peut-être, trop possessif peut-être, mais j'ai pas eu le truc d'aller voir quelqu'un d'autre parce que j'étais pas libre dans ma tête, j'étais pas libre dans mon corps. Jusqu'à ce que j'apprenne l'existence de cette tierce personne. Ça m'a détruit, c'est incroyable. Comment ? Je sais pas. J'ai eu, tu sais, des coups d'un soir, et j'ai eu des relations très longues jusqu'à dix ans avec une personne. J'ai eu trois personnes qui ont compté dans ma vie, une relation de dix ans qui s'est stoppée, on a pris le temps de prendre une décision, y a pas eu de violence, on en a parlé et le jour où elle a quitté la maison, on était en larmes tous les deux mais on savait que c'était fini et qu'il fallait que ça s'arrête. Deux ans après cette personne a rencontré son mari, elle m'a annoncé elle-même qu'elle allait se marier et qu'elle attendait un bébé. Ça m'a fait mal au cœur. Tu vis dix ans avec quelqu'un et elle t'annonce qu'elle va se marier et qu'elle attend un bébé. J'étais content pour elle parce qu'elle m'avait dit la vérité... C'est quitter quelqu'un sous l'effet du bonheur... ».

Concernant le thérapeute (items 6, 21, 27, 89)

La posture du thérapeute évolue selon les séances dans le but de faciliter la parole et ainsi pousser Eymeric à mobiliser ses ressources. A 6 mois, le thérapeute révèle des éléments de son histoire personnelle à partir d'une séquence où il livre un rêve comme possible support et étayage dans le travail en cours. Cette tentative d'ouvrir à la rêverie a trouvé comme écho chez Eymeric un discours métaphorique où la mort et le temps s'apprivoisent.

Extrait d'entretien : Thérapeute : « À des moments on peut faire des rêves, alors, je te cache pas qu'à des moments, je me suis vu sans cheveux avec le pied à perf, la merde quoi ! Un drôle de rêve ! Tu peux te dire que tu travailles ici et que voilà, que c'est qu'un job ou je ne sais quoi, et à la fois, y a ces questions qui adviennent de... de son propre enterrement, comment ? Et l'angoisse, elle était là mais à des moments, y a pas d'angoisse car c'était pas forcément super angoissant...mais c'est des moments où il faut dire stop, il fallait arrêter le truc ! Je sais pas comment tu le vis ?

Eymeric : « Je sens, y'a des moments de grosses angoisses, comme tout le monde, et la peur de la mort, je crois qu'on en a tous, c'est pas des mensonges, j'essaie de passer rapidement, de passer à autre chose, et de me dire « attends t'es pas cuit, c'est pas fini, la bataille n'est pas terminée, ne pense pas à ça ». Mais c'est vrai qu'y a beaucoup de moments où ça revient où je vis en me disant... je me réveille la nuit en me disant, « tiens il faudrait que je laisse des instructions pour ça, faudrait que je fasse ça pour ça ». Y'a pas longtemps, je me disais, y'a quelques mois, je crois que j'ai plus trop peur de la mort, de tout ça. Avant j'angoissais, la peur de disparaître. Y'a pas... c'est pas un détachement, c'est... y'a plus cette crainte de la mort, je sais pas pourquoi. Ça dure pas longtemps,

après j'oublie... mais, j'ai mon petit rituel qui doit m'amener, je programme le cerveau jusqu'à 80 balais, ça fait rire les gens quand je dis ça mais c'est vrai, je me conditionne mais alors, on verra si ça marche pas, c'est une expérience... ». À 2 mois, le thérapeute s'est autorisé à faire des suggestions sur la façon d'appréhender la situation, ce qui lui a permis de proposer une interprétation. Cette vignette clinique montre comment Eyméric se saisit de « conseils pratiques » a priori du thérapeute pour accéder à de l'intime.

Extrait d'entretien : Thérapeute : « Qu'est ce que tu sais faire du côté artistique ? »
Eyméric : « Dessiner, peindre,... tout ça je sais faire... J'ai des bases, je les ai acquises, sans prétention je serai capable de refaire ce tableau, je vais te le refaire, bon plus ou moins bien attention, c'est pas une copie conforme mais, je sais que ça me fait pas peur de m'attaquer à un dessin comme ça, pour avoir un résultat qui est pas trop moche ».

Thérapeute : « Oui mais le tableau est déjà fini là. C'est-à-dire que même si ta feuille est blanche dessous, tu sais lire la finalité, tu sais que ça sera plus ou moins ça. Alors pourquoi pas écrire une BD..., pars de la thématique de ton choix pour en faire un projet... Et tu sais, tout à l'heure quand tu me disais « je joue pas à armes égales avec l'homme idéal, tu sais le cliché », c'est pas que tu joues pas avec les mêmes armes, c'est que tu joues avec d'autres armes et c'est plus redoutable ce que tu as toi, puisque d'ailleurs elle reste. Y a quelque chose de très, et qui n'est pas que physique, qui est beaucoup plus profond et ça, c'est comme si cette énergie là, tu la pressentais mais que t'arrivais pas à la matérialiser ».

Eyméric : « Y'a beaucoup de choses que je n'arrive pas à comprendre, de plus en plus qui me perturbent, où je vois qu'on avance pas alors que j'aimerais. Alors que j'aimerais tant, je t'en avais déjà parlé, avoir un enfant, c'est en train de me.... je vois que la vie avance et j'en ai pas, que j'aimerais, pas parce que c'est le moment mais parce que j'en ai envie voilà... ».

Le groupe de pairs a également mis en évidence que le thérapeute lors de la séance à 1 an a laissé émerger des sentiments pénibles et douloureux de la part d'Eyméric sans pour autant tenter de les supprimer. Ainsi, le thérapeute n'agit pas pour renforcer les défenses mais s'inscrit plutôt dans le repérage de ses défenses pour s'ajuster et se positionner là où Eyméric semble l'attendre dans le transfert. Le thérapeute apporte un dispositif au sein duquel il est amené à évoluer et s'adapter selon les exigences et orientation du suivi.

Concernant l'interaction Eyméric-thérapeute (items 11, 23, 38, 63, 64, 74, 90, 91)

Selon les séances, le dialogue s'est focalisé sur des thèmes spécifiques comme la qualité de sa relation sentimentale et de ses relations interpersonnelles qui ont été particulièrement développées lors des séances à 2 mois et un an. D'ailleurs les relations interpersonnelles ont évolué au cours de la thérapie à l'image de ses confrontations itératives face à la violence de sa relation conjugale qui ont montré le travail d'Eyméric sur ses capacités d'investissement et de lien afin d'être reconnu et porté par l'autre pour continuer d'exister.

L'utilisation de l'humour lors des séances est un indicateur des défenses à l'œuvre qui a apporté une tonalité et une atmosphère dans l'interaction. L'humour a été utilisé notamment à 6 mois dans la rencontre du « semblable malade » avec lequel il met en discussion l'image de soi à partir d'une appétence relationnelle et une nouvelle capacité à se projeter.

Extrait d'entretien : Eyméric avec son voisin de chambre : « On a eu une grande discussion, c'est complètement fou, parce qu'on comparait les blessures de guerre. Lui son amputation, moi mon ouverture comme une sardine et, c'est complètement fou parce qu'il me dit « si j'avais un souhait comme un magicien... Aladin, ben je préférerais garder mon amputation que d'avoir ta cicatrice... » et je l'ai regardé et je lui ai dit « mais attend, ffoouu, moi je préfère ma cicatrice à un membre en moins »... Je trouvais complètement fou sa façon de penser. Je lui ai dit mais si tu vis bien ça, y'a une force terrible ! Je pense pas qu'un membre en moins j'aurai pas eu cette force là. Une petite jambe en moins, chacun se garde sa cicatrice, on équilibre tous les deux et on fait une balance, on fait que rire depuis ce matin, on est en train de dévergonder le service. Les infirmières et les internes, tout le monde en rigole ! D'ailleurs, je crois que c'est la chimio la plus rigolote que je passe. Espérons que ça continue comme ça, jusqu'à demain... ».

Ce qui n'apparaît pas comme résultats saillants (-1 ; 0 ; +1)

Concernant Eyméric (items 5, 7, 8, 13, 20, 59, 61, 71, 72, 83, 87, 95)

Certaines caractéristiques n'ont pas été cotées comme significatives par le groupe de pairs qui a été en difficulté pour rendre saillante une dimension qui évolue durant la même séance. Ce sont les items se rapportant à l'état anxieux vs calme, d'infériorité vs supériorité, timide vs désinvolte, exigeant vs hésitant ou animé vs éteint. D'autres items ne reflétaient pas le mode de contact et la tonalité de la relation au cours de la thérapie comme par exemple la question de l'auto-accusation, de sa dépendance avec le thérapeute ou des tentatives de contrôle de la relation thérapeutique.

Concernant le thérapeute (items 17, 28, 36, 37, 45, 46, 48, 51, 57, 65, 66, 67, 76, 77, 80, 86, 93, 99)

De nombreux items ont été cotés comme non significatifs ou non pertinents par le groupe de pairs concernant la posture du thérapeute et ses interventions. Pour la posture, il s'agit de dimensions telles que la neutralité, l'attitude professionnelle, la confiance en lui ou l'explication de sa technique. En ce qui concerne ses interventions, les items portaient sur le style cohérent et clair, le contrôle de l'interaction, l'activité de reformulation, l'intention d'être directement rassurant, l'encouragement ou l'indépendance d'action et d'opinion auprès d'Eyméric.

Concernant l'interaction Eymeric-thérapeute (items 4, 30, 68, 75, 96)

Eymeric, par son engagement dans la thérapie, s'est saisi du cadre thérapeutique sans difficulté et sans remettre en cause les modalités de la prise en charge. Les buts et la fin du suivi n'ont pas été parlés car sa situation sociale et médicale apportait du matériel clinique qui était repris en séance.

Lors de l'interaction, il y a peu de distorsion de la réalité et d'hypothèses erronées, d'ailleurs Eymeric s'inscrit dans un discours où il n'apporte pas de rêve ni d'élément important de son passé. A noter que la discussion autour de thèmes cognitifs n'a pas été cotée comme significative par le groupe de pairs car Eymeric dépassait en permanence le registre idéationnel pour tenter de creuser par association son questionnement existentiel.

Formulation de cas à 1 an

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

À un an, Eymeric est en progression au niveau de sa maladie avec augmentation des métastases sous traitement par chimiothérapie. Dans ce contexte d'échec de la thérapeutique médicale, il continue de mettre en lien l'histoire de sa maladie avec sa relation de couple qui semble se télescoper de façon brutale à certains moments clés : l'annonce d'une parole qui déstabilise par l'échec de ce qui est source d'espoir. S'ensuit toujours une prise de décision concernant la poursuite des traitements, concernant le devenir de son couple. Ambivalence entre espoir et désespoir, entre impuissance et toute-puissance (utilité/inutilité) entre illusion et désillusion d'un idéal qui ne s'inscrit pas dans la réalité, avec un travail de sape qui s'exerce quand tout semble s'apaiser.

Cette relation amoureuse s'est inscrite dans le lieu de l'hôpital et reste liée à sa maladie dans une sorte de miroir, regard réflexif sans fond dans lequel Eymeric se perd. Un an plus tard, la relation à l'être aimé est toujours marquée par des postures extrêmes, binaires et ambivalentes : difficulté à être ensemble, à être séparé.

On retrouve encore une dispute conjugale avec un degré d'intensité supplémentaire, l'intervention des gendarmes, une gifle et une morsure : « Y a eu un déchaînement, elle a pris une gifle, je sais pas elle a du te raconter la fin. Il a fallu que je la tienne par le cou parce qu'elle me mordait les doigts, c'est allé loin. Pour moi, c'est allé trop loin hier soir. C'est un truc de fou. Jamais j'aurais pensé qu'on en arrive à ça ».

Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème

Nous avons peu d'éléments supplémentaires car Eymeric reste quasiment collé à sa situation actuelle, au présent et aux éléments quotidiens qui constituent son cadre de vie. Bien qu'il termine l'entretien sur l'impact socioprofessionnel de la maladie et le soutien familial « Quand on est malade, on y pense pas à tout ça (...) Moi, je suis resté 8 mois sans salaire, j'aurais été seul sans famille, je finissais à la rue, donc quand on te sucre tout : carte bleue, chéquier, impossibilité de retrait, c'est fini. Tu vis comment, ben... », il semble ne pouvoir parler que de sa relation conjugale.

Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes de la personne ; Éléments favorables et repérés comme manquant

Il évoque la question de sa castration la plus fondamentale par le détour d'une relation dans laquelle il se retrouve dépourvu de possibilité d'emprise. Il est difficile pour lui de penser la séparation puisque « Je n'ai pas la force de la quitter actuellement parce que ça me fait mal, mais je sais très bien que je continuerai pas avec elle ».

- Éléments favorables : « Beaucoup de choses se sont cassées, j'essaie de rafistoler comme je peux », résume bien à la fois sa situation oncologique et conjugale qui ne cesse de se rejouer. « Tout ce brouillon que je te livre là » met en scène sa tentative lors de la thérapie de mettre en ordre, de mieux cerner et comprendre qui il est, ce qui l'anime et surtout ce que l'autre objet de désir réanime en lui. L'enjeu est de passer du brouillon au livre, de rendre lisible ce qui dans un premier temps reste désordonné et non perceptible au regard de l'autre.

La violence qu'il a pu avoir envers sa compagne semblait être la seule issue face à ces positions paradoxales à savoir « ne me quittes pas mais je pars avec un autre homme ». Ce passage à l'acte semblait être la seule réponse à sa disposition dans ces circonstances. Il se retrouve débordé par le non sens de la scène qui se joue et pour s'échapper il met en acte. Le nœud de la problématique qu'il rejoue avec cette femme pourrait se soutenir par un effet de miroir où il s'efforce à se prendre pour ce qu'il est à savoir « une image » pour un autre, et finalement cela le réduit à n'être qu'un cancéreux de plus. En effet, c'est à cette place qu'il se maintient, à cette place qu'il l'a séduite, à cette place qu'elle le maintiendrait et il n'y aurait pas d'au-delà. Cette fermeture le précipite à la place d'objet pour cet autre qui fait « comme elle l'a décidé ». Il s'agit pour lui de découvrir qu'elle désire ailleurs alors qu'il se trouve dépendant d'elle. Cette relation nous renvoie à une relation que peut entretenir une mère avec son enfant : lui dépendant d'elle, de son regard, de son amour, et lui qui s'efforce de la faire tomber de son piédestal et qui échoue à répondre à l'énigme de son désir.

Avancées et orientations de la psychothérapie

Eymeric pose la question du « comment ? », face à la violence de l'annonce de l'échec de la thérapeutique médicale. Il s'agit d'un traitement de la violence, violence à l'égard d'un possible filet de sécurité (l'instance médicale) qui n'a plus sa fonction tierce et qui se désengage de sa part de responsabilité à son égard. Il s'agit de recréer un espace en thérapie, de traiter les effets de cette violence avec les moyens du bord.

Ainsi il tente de faire quelque chose de ce forçage pour lui redonner un sens. Parce qu'il ne restera bientôt plus de temps, ni d'espace, ni surtout de désir... il a choisi de se mobiliser pour donner le « là » dans le sens d'une ouverture possible à toutes nouvelles créations. Selon Oury, « s'il n'y a pas d'ouvert, s'il n'y a pas de possibilité d'intégrer le vide (c'est-à-dire l'autre), la distance à autrui est également compromise ; et on retombe dans cette sorte de cercle infernal, on ne peut pas dépasser le « même » [27]. Ainsi, l'ouvert c'est cet espace où peut se manifester quelque chose. Ce serait cet espace que propose le thérapeute puisque « là » ça peut se dire et surtout être entendu. Eymeric se risque à la parole avec un thérapeute pour qui il est autre chose qu'un objet de la science. Il y a de l'ouvert parce qu'il y a de l'autre, il y a autrui. D'ailleurs pour étayer cette analyse, on peut remarquer que le thérapeute tutoie Eymeric, ce qui a questionné le groupe de pairs. Après quelques entretiens, Eymeric a demandé au thérapeute l'autorisation de se tutoyer pour insister sur ce besoin de créer un climat de confiance dans cette relation du presque « même » (même âge, même sexe). Le thérapeute a accepté cette proximité qui ne l'a pas déstabilisée a priori et s'en est servi pour favoriser le transfert et améliorer la qualité de la relation. Le thérapeute a également reçu lors d'une séance la compagne d'Eymeric en acceptant d'être pris dans le désir d'Eymeric mais en maintenant un espace possible pour s'en saisir comme support d'élaboration et d'orientation de la thérapie. Ainsi, cette rencontre vient confirmer que le travail avec les patients ne se détermine pas à l'avance, que nous sommes soumis aux effets de la relation transférentielle. Seulement si la distance à l'autre n'est pas pensée, il n'y a pas de place pour la surprise, pas d'espace pour le déploiement des problématiques singulières.

Extrait d'entretien : Thérapeute : « Qu'est-ce que tu en penses du dispositif que l'on a mis en place ? Je me suis adapté à tes demandes, mais comment tu perçois ce fait que l'on commence la consultation tous les trois (avec sa compagne) puis tu sors de façon impulsive de la séance pour me laisser avec elle. Que penses-tu de ce schéma ? ».

Eymeric : « C'est venu d'un coup, on était assis, j'ai voulu aussi lui faire comprendre que tu n'étais pas là pour prendre parti de l'un ou de l'autre, que tu pouvais très bien l'écouter seule et me recevoir seul moi après... J'ai essayais de lui prouver que je pouvais la laisser seule avec toi dans le sens où elle pouvait parler, se lâcher, te dire ses craintes, ce qui c'était passé... C'est une preuve aussi de, comment dire, que je suis pas là pour l'enfermer ou lui faire payer ce qui s'est passé quoi ! ».

Discussion du dispositif

Une grille de lecture pour le thérapeute

Ce travail nous a permis de rendre compte autrement du travail que le thérapeute effectue dans les arcanes de la clinique à partir d'un dispositif et d'une méthodologie de recherche expérimentale. Il existe aujourd'hui de nombreux protocoles de recherche, pour l'essentiel dans le domaine de la psychiatrie, qui utilisent des instruments d'évaluation adaptés à la population d'étude et issus de la psychanalyse [28]. Notre dispositif s'inscrit dans la continuité de ces travaux construits sur le principe de l'objectivité expérimental à partir d'études naturalistes pour démontrer la preuve par la pratique [29]. À partir de cette grille de lecture et des cotations du matériel clinique, il est possible de mettre en exergue les effets dans la thérapie à partir des différentes dimensions qui évoluent au cours de suivi. De plus, ce dispositif amplifie les compétences des cliniciens car il propose via le groupe de pairs un travail théorico-clinique qui ouvre le regard du thérapeute sur ses propres effets dans la relation.

Ce point est fondamental car cette démarche d'évaluation de nos pratiques ne se fait pas par le seul thérapeute mais dans l'interaction avec les psychologues qui composent ce groupe de pairs. Notre groupe a développé une certaine expérience car nous avons effectué ce travail d'analyse intensive de cas pour deux autres suivis [30, 31]. Chaque membre a été formé aux différents instruments d'évaluations pour comprendre leur construction, ce qu'ils entendent mesurer et l'appréciation de leur utilisation pratique. Notre questionnement a évolué depuis que nous utilisons cette méthodologie. Nos premières difficultés concernaient la cotation des données cliniques où nous avons l'impression de tomber dans un réductionnisme et dans une démarche de quantification de la relation thérapeutique qui va à l'encontre de la dimension intersubjective comme socle de nos pratiques. En tant que psychologue, nous sommes peu habitués à hiérarchiser, à classer, à synthétiser les éléments cliniques. Pourtant, 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 se réduire aux divers instruments d'évaluation. C'est par la mise en commun et la discussion en groupe de pairs que le travail clinique s'effectue et que la cotation est possible et adaptée à la situation. On a pu observer lors de la mise en commun des cotations un changement de point de vue à partir de l'argumentation d'un des membres qui a fait prendre conscience de telle ou telle dimension lors de la séance. Nous avons acquis une plus grande « liberté » concernant cette démarche de hiérarchisation des données cliniques qui nous paraissaient les plus importantes, tout en ayant conscience que nous travaillons sur du subjectif. Nous ne sommes plus dans une tension permanente concernant les modèles de la subjectivité et de l'objectivité, des méthodes qualitatives versus quantitatives mais bien dans une démarche d'unir ce qui tend à s'opposer pour proposer un autre paradigme [32].

Le thérapeute a également pris de la distance lors de son travail de cotation des séances en ayant même l'impression par moment qu'il s'agissait d'un autre thérapeute que « lui-même ». Un sentiment de peur de se confronter aux regards, à l'expertise ou au jugement de l'autre a également été éprouvé par le thérapeute au début du dispositif puis s'est estompé rapidement. En effet, il ne s'agit pas de parler de sa pratique par associations libres ou à partir de quelques notes manuscrites mais à partir d'un support de travail écrit issu de la retranscription complète de la séance. Cette crainte de livrer une clinique à l'état « brut » résonnait comme une possible mise à nu, possible atteinte narcissique ou rivalité entre pairs. Ces scénarii ne se sont pas joués car le groupe a fait preuve de confiance, de contenance et de rigueur dans ce travail passionnant. Les membres du groupe se connaissent bien, ce qui peut d'ailleurs représenter un biais, mais à l'inverse si l'atmosphère du groupe n'est pas favorable à l'échange, rien n'est possible. À noter également, que les psychologues qui ont accepté de se lancer dans cette aventure ont été peu nombreux, la plupart ont refusé par manque d'intérêt, de temps ou de motivation pour ce type de dispositif.

Nous avons travaillé régulièrement les séances en prenant soin de coter et de se rencontrer au fur et à mesure pour éviter d'être parasité par les séances suivantes. Les rencontres du groupe de pairs constituent un moment de travail, d'échange et de convivialité que nous favorisons mais il est également possible de constituer un groupe de pairs à partir de membres éloignés sur le plan géographique et qui se retrouvent sur Skype. Ainsi, une expérience tout à fait intéressante a été menée en 2012 avec trois psychologues « Paris, Dijon et Marseille », qui ont réalisé une étude intensive de cas. Un horaire était fixé au préalable et le travail de cotation s'est réalisé de façon tout à fait cohérente et argumenté. Cette évolution du dispositif montre les diverses possibilités qui s'offrent à ceux qui souhaitent s'investir dans ce type de recherche.

En quoi cette démarche est utile ?

Cette méthodologie pourrait être reprise à l'université comme grille de lecture possible, support pédagogique et base de données contribuant à l'avancée de la connaissance en matière d'approche thérapeutique. La formation dispensée par l'université sur les tests projectifs comme le Rorschach et le TAT par exemple, montre que les cliniciens ont accès dans leur cursus à la cotation, démarche qui tente l'objectivation diagnostique et thérapeutique des processus psychologiques. L'analyse intensive continue de cas, répond précisément à cette exigence d'adaptation d'outils cliniques pour rendre compte de nos pratiques.

Notre époque nous incite à essayer de parler de notre travail autrement, à ouvrir des pistes qui nous permettent de continuer à travailler avec nos patients en utilisant les outils que nous proposent le cadre analytique. Cette recherche ne peut être menée que par des cliniciens qui sont conscients que

tous les phénomènes qui se produisent dans le transfert ne peuvent se quantifier. Ainsi, pratiquant au quotidien, nous nous autorisons à promouvoir une pratique qui a des effets par le prisme de la recherche objectivable. Le choix des outils s'est particulièrement porté sur l'importance que ces derniers accordaient à la relation patient-thérapeute pour tenter de mettre en exergue nombres de phénomènes à l'œuvre au cours des suivis. A l'heure actuelle cette pratique analytique n'est plus légitimée au regard des outils que nous proposent les multiples modèles quantitatifs de la recherche. Cependant l'être parlant ne se résume pas à la mesure que peuvent nous en donner ces derniers, sinon il n'y aurait plus de place pour l'homme : « Si tous les raisonnements ne sont que la résultante d'un calcul, il ne fait aucun doute que nous serons un jour en mesure de fabriquer des machines à penser. Mais que sera alors devenu l'homme ? Si, en revanche, l'initiative et la créativité ne sont pas entièrement réductibles à des calculs, si le sens des mots est une valeur ajoutée qui ne peut se déduire des mots eux-mêmes, il restera toujours une place pour l'homme » en citant Jacques Arzac [33].

De ce fait, nous ne prétendons pas à l'analyse (impossible) de chaque donnée clinique, de chaque parole et éprouvé de l'entretien, tant de choses « échappent », « ça » nous dépasse si souvent. Nous proposons une voie possible dans cet exercice complexe d'évaluation des pratiques permettant d'objectiver et de quantifier des modalités du suivi psychothérapeutique des praticiens dans l'exercice de leur fonction. C'est en étant au plus près de la clinique des praticiens que nous pourrions mettre en exergue une partie de la relation thérapeutique et de ses effets sans ne jamais aboutir à une clinique standardisée. Les termes utilisés par les outils de recherche comme celui de « santé mentale » nous paraissent discutables car ils engagent une certaine normalisation des conduites ou des comportements qui n'a guère de sens dans la clinique. En effet, les êtres parlants que nous sommes complexifient les rapports de cause à effet que la recherche expérimentale voudrait parvenir à identifier. Cependant cette rencontre avec Eymeric nous démontre que les événements qu'il traverse le ramènent à la confrontation avec sa limite la plus fondamentale et dans ses rapports avec cette limite nous nous débrouillons tous différemment.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Porot A (1952) Manuel Alphabétique de Psychiatrie. Paris, PUF, p. 542-546
2. Strotzka H (Ed) (1978) Psychotherapie : Grundlagen, Verfahren, Indikationen, Urban and Schwarzenberg, Munich
3. Tuke DH (1872) Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body in Health and Disease, with Especial Reference to the Imagination. The British Journal of Psychiatry. 18: 369-389
4. Bernheim H (1889) Hypnosis and suggestion in psychotherapy: A treatise on the nature and uses of hypnotism. C.A Herter (Trans), New Hyde Park, NY: University Books, 1964

5. Gabbard GO (2010) *Psychothérapie psycho-dynamique*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson
6. Bachmann S, Resk F, Mundt C (2003) Psychological treatments for psychosis: history and overview. *J Am Acad Psychoanal Dynam Psychother* 31: 155-176
7. Kohut H (1974) *Le Soi, Psychanalyse des transferts narcissiques*. Paris, PUF, 2004
8. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2002) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press
9. Widlöcher D, Aisenstein M, Braconnier A, Brusset B (2008) *Psychanalyse et psychothérapie*. Paris, Eres
10. Bacqué MF (2010) Complexité des psychothérapies et de la recherche clinique dans les services d'oncologie. *Psycho-oncol* 4: 143-147
11. Coriat IH (1917) Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses. *Psychoanal Rev* 4: 209-216
12. Fenichel O (1930) Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute, 1920-1930. Report of therapeutic results 28-40
13. Jones E (1936) Decennial report of the London Clinic of Psychoanalysis, 1926-1936. Results of treatment 12-14
14. Alexander F (1937) Five-year report of the Chicago Institute for psychoanalysis, 1932-1937 and supplement to the five-year report. Critical evaluation of therapeutic results: 30-43
15. Knight R (1941) Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 98: 434-446
16. Barber S, Lane C (1995) Efficacy research in psychodynamic therapy: a critical review of the literature. *Psychotherapy in private practice* 14 43-69
17. Strupp HH, Howard KI (1992) A brief history of psychotherapy research. In: Freedheim DK, ed. *A history of psychotherapy* (pp. 309-334). Washington DC: APA
18. Rogers C (1951) *Client-centered Therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin
19. Bordin ES (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, Research and Practice*, 16, 252-260
20. Snyder WU (1961) Group report of a program of research in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology* 8: 37-42
21. Luborsky L, Popp C, Luborsky, E, & Mark D (1994) The core conflictual relationship theme. *Psychotherapy Research* 4: 172-183
22. Thurin M, Thurin JM (2010) Utiliser des instruments spécifiques pour caractériser une psychothérapie dans le cadre naturel de la pratique. *Psychotropes, De Boeck Université* 16: 63-83
23. Horowitz (2007) Configurational Analysis. States of Mind, Person Schemas, and the control of ideas and affect. In: Eells T, ed. *Psychotherapy case formulation*. Handbook, Guilford, 2d ed. p. 136-163
24. Luborsky L (1975) Clinicians judgements of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic* 35: 448-480
25. Hoglend P, Bogwald K.P, Amslo S et al. (2000) Assessment of change in dynamic psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 9:190-219
26. Jones EE (2000) *Psychotherapy Process Q-set (PQS), Therapeutic Action*. Jason Aronson Inc, Northvale, New Jersey
27. Oury J (1989) *Création et schizophrénie*. Paris, Galilée, 36-37
28. Thurin JM, Thurin M (2007) *Evaluer les psychothérapies, méthodes et pratiques*. Paris, Dunod
29. Thurin JM (2005) Pourquoi faire de la recherche empirique en psychanalyse, pourquoi et sur quelles bases ? *Psychologie clinique* n°19: 221-248

30. Cannone P, Grimaldi MA, Bert AL, Bacqué MF (2012) Proposition d'une méthode d'évaluation de l'entretien psycho-dynamique : analyse approfondie d'une étude de cas en oncologie. *L'évolution psychiatrique* 77 : 418-432
31. Cannone P, Bert AL, Grimaldi MA, Bacqué MF (2012) Evaluer une psychothérapie psycho-dynamique en pratique oncologique : présentation d'un protocole d'étude d'un cas singulier. *Psycho-Oncol* 6: 72-84
32. Fischman G (2009) *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse*. Issy-les-Moulineaux, Masson
33. Arsac J (1993) *La science et le sens de la vie*. Paris, Fayard