

# Évaluation des psychothérapies : réflexions épistémologiques



*Ludovic Gadeau*

Maitre de conférences  
de psychopathologie  
clinique  
IUFM et université  
Pierre-Mendès-France,  
Grenoble-II  
Directeur du Centre  
médico-  
psychopédagogique  
(CMPP)  
de l'académie  
de Grenoble

***L'évaluation des psychothérapies est en passe de constituer un enjeu primordial pour les acteurs du soin psychique sous la pression des pouvoirs publics. L'auteur soumet deux réquisits : l'un questionnant la méthodologie de l'évaluation des psychothérapies par la technique test-retest et le statut réservé à l'effet placebo dans toute évaluation, l'autre traitant de la définition même de la science dans le champ des sciences humaines.***

**S**i quelque chose peut précisément définir en quoi consiste la pratique analytique, c'est que sa mise en œuvre ne se soutient d'aucun programme préétabli. On pourrait même dire que tout projet, qu'il soit d'ordre thérapeutique ou didactique, fait essentiellement obstacle à la méthode psychanalytique.

Pourtant, lorsqu'un patient vient faire appel à notre aide, il dit une souffrance, parle de difficultés ou de symptômes dont il voudrait se débarrasser, et porte en lui des attentes au regard de l'aide attendue. Il assigne donc, implicitement ou explicitement, des buts au traitement dans lequel il s'engagera. Cependant, on ne saurait totalement assimiler les attendus qui président à la mise en œuvre du travail

analytique avec ce travail lui-même. On pourrait même dire que la part analytique de toute psychothérapie est précisément ce qui se révèle comme effet imprévu dans l'après-coup du traitement.

Il reste que les orientations actuelles en matière de contrôle et de maîtrise des coûts de santé se satisfont très peu de ce type de paradigme. Elles lui préfèrent les logiques de l'avant coup (avant coût), celles qui prévoient, programment, définissent des objectifs, des cibles, des moyens, les valident et évaluent les effets objectivés des actions de soins réalisées sur le modèle des rééducations.

Poser ainsi la problématique de l'évaluation des psychothérapies, c'est

évidemment l'inscrire dans une dichotomie, voire une opposition qui n'est certainement pas sans lien avec ce qui se vit sur le terrain des pratiques et ce que véhiculent les discours et les écrits qui en rendent actuellement compte. Mais c'est peut-être aussi faire une part belle à la simplification et au manichéisme de part et d'autre. Autrement dit, est-ce que les thérapies rééducatives (thérapies cognitivo-comportementales...) qui semblent se prêter le mieux à l'évaluation objectivée de leurs effets s'offrent aussi facilement que l'on semble le dire à la démarche de recherche propre aux sciences de la nature, et les thérapies analytiques seraient-elles « par essence » impropres à toute évaluation ?

## Statut épistémologique de l'objet de l'évaluation et différences entre rééducation et psychothérapie

L'évaluation de la pratique clinique pose le problème de la preuve, de ce qui est probant pour le clinicien, le patient et les tiers éventuels (familles, institutions, organismes payeurs, etc.). C'est toute la question du statut épistémologique de l'objet de l'évaluation.

Par exemple, la philosophie portée par l'EBM (Evidence Based Medicine), et reprise en France par la Haute Autorité de santé, est de type « conséquentialiste », c'est-à-dire que la valeur d'une action peut être évaluée par la mesure de ses conséquences. C'est, semble-t-il, aussi la philosophie du rapport INSERM (2004) portant sur l'évaluation des psychothérapies<sup>1</sup>. Cette forme d'utilitarisme porte en elle différentes questions : sur quels résultats évalue-t-on les conséquences ? Comment les attentes individuelles, de l'entourage et les facteurs culturels interviennent-ils dans ce jugement ? Comment des valeurs mesurées en termes économiques peuvent-elles être comparées avec des valeurs qui ne sont pas quantifiables ? Quelle importance peut-on donner à la question éthique dans un conflit qui peut surgir entre résultats attendus et mise en œuvre d'un traitement ?

C'est aussi cette question de la philosophie véhiculée par telle ou telle démarche de soin qui préside à cette dichotomie entre techniques rééducatives et psychothérapies analytiques.

La différence entre l'approche psychothérapique et l'approche rééducative tient pour l'essentiel au fait que les psychothérapies ne peuvent faire l'objet d'une formalisation, alors que le principe même des rééducations s'appuie sur un formalisme (qui s'actualise dans un manuel), une temporalité linéaire qui ordonne et organise une progression à partir d'objets circonscrits en amont (exemple : symptômes à supprimer, compétences ou stratégies de compensation ou encore outils d'adaptation à acquérir ou à développer, etc.), et des objectifs à travers des cibles sur lesquels le rééducateur et le patient s'entendent (exemple : symptômes dont le sujet voudrait se débarrasser).

Les rééducations proposent donc des méthodes formalisables, assez facilement transmissibles et contrôlables, permettant par des techniques de type test-retest d'évaluer un changement, une correction, une progression. Dans leur philosophie,

les rééducations supposent une représentation essentiellement normée du sujet et une représentation catégorielle du fonctionnement psychologique (que cela soit pensé en termes de compétences, de symptômes, etc.). Cette approche à visée soignante ne porte que sur la rééducation réflexologique de conduites symptomatiques, soigneusement enclose dans la définition qu'elle s'en est donnée.

Les psychothérapies analytiques, quant à elles, supposent une autre représentation du sujet. Par opposition à une représentation catégorielle, on aurait affaire là à une vision plus dimensionnelle du sujet, chaque dimension étant en interaction complexe avec les autres et ne pouvant être prise isolément. En outre, les différentes dimensions répondent à des lois de fonctionnement hétérogènes les unes aux autres, de sorte que le statut de tout contenu psychique garde une part irréductible d'indétermination et avec laquelle il faut pouvoir composer. Il en découle une appréhension nécessairement globale du sujet, prenant en compte à la fois les registres intrapsychiques et intersubjectifs. Cette prise en compte de la complexité s'accompagne dans la démarche psychothérapique de conséquences dont l'une est l'impossibilité d'établir une programmation qui ordonnerait la progression de la dynamique psychothérapique et plus encore son sens.

C'est pourquoi il existe un écart entre l'optique du soin et le désir du sujet. Cet écart est à faire valoir puisqu'il dessine la différence entre les attendus portés par les tiers (équipes soignantes, familles, école, lieux d'exercice professionnel, etc.) et ce que le désir (inconscient) du sujet met à l'œuvre.

À considérer l'évaluation comme portant sur un objet mesurable, on sera toujours confronté dans l'évaluation de l'acte analytique à quelque chose qui précisément n'est pas maniable, qui ne s'appréhende pas avec un appareil de mesure : le pulsionnel, le désirer, la jouissance. Tout ce qui pourra former l'objet d'une mesure observable des effets de l'acte analytique ne constituera qu'une conséquence indirecte d'une transformation interne qui, elle, ne pourra être véritablement jaugée.

Autrement dit, les observables qui pourraient constituer des preuves des transformations de la dynamique interne, par l'effet de la psychothérapie, ne sont que des formes, des habillages, qu'on ne saurait relier directement au processus de transformation qui les a vus naître. Par exemple, un enfant qui, avant sa thérapie, présentait

une grave inhibition névrotique, augmente maintenant ses interactions sociales, répond avec un délai de latence moindre aux questions qui lui sont posées, défend avec plus de vigueur ses positions auprès des autres, présente des mouvements d'hétéro-agressivité, de mécontentements clairement affichés, témoigne, par ces changements visibles, d'une transformation. Ces modifications, dont certaines pourraient ne pas véritablement satisfaire l'entourage, ne disent cependant rien du processus qui les a engendrées. Pour le thérapeute qui a conduit le soin, rien de ce qu'il est advenu sous cette forme singulière-là n'était véritablement prévisible (sinon à gros traits), pas plus que le temps nécessaire pour que cette transformation s'opère et se stabilise peu ou prou dans cette nouvelle forme.

Se trouve là posé tout le problème de la causalité psychique (Green, 1995). À la causalité linéaire qui est la marque même du monde physique (newtonien) dans lequel nous vivons, qui est ce sur quoi également il est misé dans les expériences de laboratoire, il faudra substituer, dès lors qu'on entre dans l'univers de la réalité psychique, une forme de causalité nouvelle, qui, à l'instar de la physique quantique, heurte la pensée et notre bon sens : temporalité non linéaire, absence du principe de non-contradiction, déplacement et condensation des représentations, logique des affects et logique des représentations gouvernées par des mécanismes de défense inconscients, hétérogénéité du système psychique (conflictualité topique), jeu erratique des forces pulsionnelles, etc.

## Statut épistémologique de l'évaluation, effet placebo et limites de l'évaluation

Évaluer une prise en charge psychologique, c'est chercher des indices pertinents qui prouvent que les effets éventuels repérés au terme d'un traitement sont bien le produit du traitement. Il nous

1. Dans le cadre du Plan « Santé mentale » mis en place par le ministère de la Santé en 2001, la Direction générale de la santé (Dgs) a sollicité l'INSERM pour réaliser une expertise collective à partir de la littérature internationale sur l'évaluation de différentes psychothérapies appliquées au soin des troubles mentaux. Cette expertise collective est publiée sous le titre : « Psychothérapie, trois approches évaluées », Éditions INSERM, ISBN 2-85598-831-4, 568 pages, février 2004.

faut tout d'abord interroger ce pouvoir si puissant de la preuve pour mieux comprendre les ressorts et les limites de l'évaluation.

Le principe de la méthodologie de type-test-retest utilisé fréquemment dans l'évaluation des thérapies cognitivo-comportementales a-t-il une véritable validité scientifique<sup>2</sup> ? En quoi la mesure (quantitative ou qualitative) d'un écart entre l'avant et l'après d'une thérapie, établie à partir de « cibles », a-t-elle valeur de preuve de l'efficacité de cette thérapie,

2. *Nous ne posons pas ici la question de l'assise épistémologique des instruments de mesure construits sous la forme d'échelles, par exemple. À notre connaissance, aucune des études de validation de tels instruments ne développe une réflexion épistémologique critique relativement aux réquisits implicites contenus dans la notion d'échelle.*

3. *Les niveaux de preuve retenus par l'Evidence Based Medicine et repris par la Haute Autorité de santé (HAS) en France sont : niveau 1 : étude/essais cliniques randomisés contrôlés (ou revues systématiques d'essais cliniques randomisés), le premier groupe recevant le traitement, le second un placebo ; niveau 2 : étude contrôlée mais non randomisée ; niveau 3 : étude de cohorte prospective ; niveau 4 : étude de cohorte rétrospective (historique), études de cas témoins ; niveau 5 : étude de séries de cas. Ces niveaux de preuve sont corrélés avec des grades correspondant à la force des recommandations que ces niveaux leur confèrent : grade A pour le niveau 1, grade B pour le niveau 2, grade C pour les niveaux 3, 4 et 5.*

4. *Mais l'usage du terme remonterait selon l'Oxford New English Dictionary, au Moyen Âge. Placebo vient du latin placere (« plaire ») : placebo signifiant « je plairai ». On le trouve dans la liturgie de l'Église romaine catholique du XIII<sup>e</sup> siècle, aux vêpres des morts : Psaume 114, vers 9 « Placebo Domino in regione vivorum... » (Dans le monde des vivants, je plairai au Seigneur...). Cf. Aulas (1993), Lemoine (1996).*

5. *À l'origine, ce « je plairai », voulait désigner le prescripteur. On en trouve trace dans le New Medical Dictionary de J. Fox en 1803.*

6. *Stewart Wolf (1956) administre à un de ses patients asthmatiques alternativement un nouveau médicament réputé actif contre les troubles des voies respiratoires et un placebo. Il constate une amélioration de l'état du patient à chaque prise du médicament actif et une rechute à chaque prise du placebo, ce qui constitue la preuve apparente de l'efficacité du traitement actif. En fait, et à l'insu de Wolf, le patient n'avait reçu que du placebo.... Voir aussi Harrington A. (2000).*

c'est bien la question. Et c'est ce à quoi toute démarche ayant des prétentions de scientificité doit pouvoir répondre.

Selon la Haute Autorité de santé, nous disposons d'un modèle méthodologique dans le champ thérapeutique, c'est celui qui est utilisé pour évaluer les effets thérapeutiques des médicaments. Il est considéré par l'EBM comme offrant le meilleur niveau de preuve<sup>3</sup>.

Le modèle utilisé est celui du double aveugle (études contrôlées randomisées) : on compare deux groupes, l'un à qui l'on administre la molécule que l'on évalue, l'autre à qui l'on donne un traitement neutre d'effets. Personne ne sait à qui la molécule supposée active est donnée, pas plus les patients que les soignants. Il s'agit d'évaluer si l'effet de la molécule est supérieur à l'effet que l'on nomme placebo.

### Qu'est-ce donc qu'un placebo ?

Selon la définition de P. Pichot (1961), « l'effet placebo est, lors de l'administration d'une drogue active, la différence entre la modification constatée et celle imputable à l'action pharmacologique de la drogue ». Un placebo est donc une mesure thérapeutique d'efficacité intrinsèque nulle ou faible, sans rapport logique avec la maladie, mais agissant, si le sujet pense recevoir un traitement actif, par un mécanisme psychologique ou psychophysiologique (Kissel P., Barrucand D., 1964). Ce phénomène a été mis en lumière notamment par E. Bernheim (1886, 1910) au cours de ses recherches sur la suggestion, dont le placebo constitue, avec l'hypnose, une des figures majeures. Le placebo ne s'est vu pris en compte par la littérature scientifique que depuis les années 1940 (Pepper, 1945). Le concept de placebo n'est donc pas très ancien<sup>4</sup> et a été proposé par des chercheurs américains au début des premières études cliniques contrôlées visant à valider des produits actifs dans les essais thérapeutiques. Par ce terme, ces chercheurs essayaient de montrer que, malgré l'entreprise de contrôle des variables, quelque chose échappait à la mesure et donc à la prédiction.

Martens (1984) a tenté une théorisation psychanalytique de l'effet placebo. Il a suggéré, à la lumière de constatations ethnographiques et cliniques convergentes, un élargissement de la définition de Kissel. Cette extension porte sur certains sujets prenant un placebo en toute connaissance de cause, et ce, avec des

résultats. Ces personnes appartiennent à un milieu (par exemple médical) où son efficacité est ordinairement constatée.

Le choix du terme, placebo, ce « je plairai » n'est évidemment pas anodin puisque l'ingrédient qui échappe à la mesure se dérobe à ce présent que l'on cherche à contrôler, et désigne tout à la fois une sorte d'intention émergente et une adresse : à qui ou à quoi s'agirait-il de plaire<sup>5</sup> ?

Aujourd'hui, la validité d'un médicament consiste en une mise en compétition de la molécule avec l'effet placebo, lequel doit être compris comme un agencement complexe d'éléments appartenant à plusieurs niveaux d'organisation, notamment : le contexte dans lequel le traitement s'inscrit, le contact avec le thérapeute<sup>6</sup> (Wolf, 1956), les effets et rétroactions liées à l'amélioration, la subjectivité engagée dans l'évaluation, etc., (Pignarre, 2001). Ainsi les chercheurs savent-ils que l'effet placebo diminue sensiblement lorsque l'on quitte le contexte des protocoles expérimentaux et, qu'à l'inverse, il est plus important dans les montages dits « de laboratoire ». Autrement dit, l'effet placebo répond à un système de contraintes sociales et de contraintes psychologiques, notamment l'asymétrie qui qualifie la relation entre le patient et le thérapeute. C'est bien dire que les expériences de laboratoire sont des dispositifs complexes qui intègrent aussi une composante sociale et psychologique externe au protocole de recherche.

Pourtant, dès qu'il est nommé, l'effet placebo devient comme tel inanalysable. D'ailleurs, les évaluateurs ne cherchent pas à savoir ce qu'est cet effet non spécifique et se contentent de le considérer comme une sorte de point zéro, à partir de quoi l'on jugera un candidat-médicament (Golomb, 1995).

Les recherches portant sur les caractéristiques psychologiques des patients répondant le plus à l'effet placebo n'ont jamais permis de définir un profil de « placebo-répondeurs » de même que l'on n'a pas mis en évidence un profil de « thérapeute-inducteur ».

L'effet placebo, c'est aussi l'effet d'un discours, discours qui porte une demande, discours qui dit la souffrance ou la maladie, qui dit si la rencontre est possible et à quelles conditions (protocole institutionnel, commissions, dossiers, contraintes matérielles, etc.), qui fait la rencontre entre le patient et son thérapeute (et qui s'institue le plus souvent bien avant la rencontre effective), discours qui fonde la

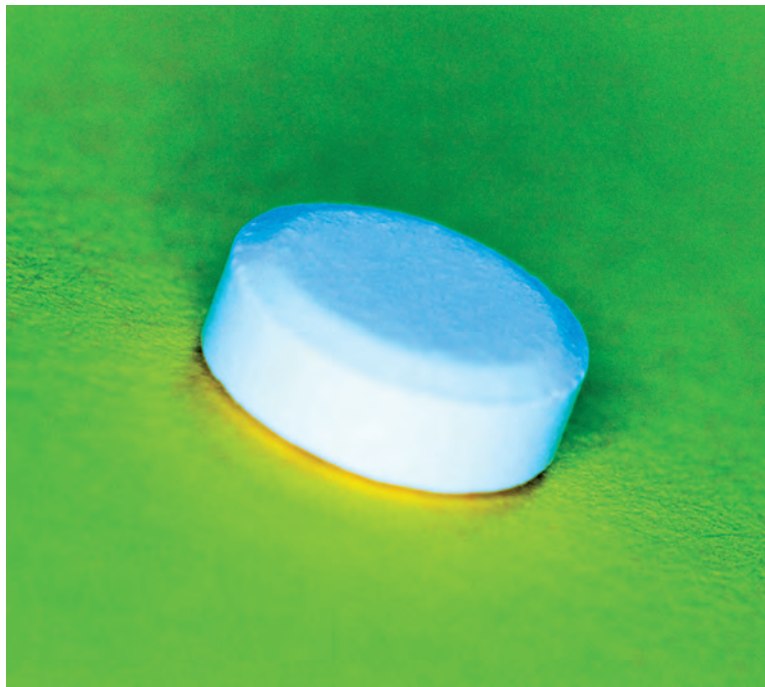
relation, qui définit des règles d'échange, qui met en alliance, etc. On a par exemple montré que l'effet d'une substance broncho-dilatatrice pouvait être inversé selon le message verbal adressé au patient, ou encore qu'un broncho-constricteur présenté comme un puissant broncho-dilatateur pouvait soulager certains patients asthmatiques (Fisher et Grenberg, 1997).

Dans les recherches cliniques de laboratoire en double aveugle, l'effet placebo est aussi l'effet d'une parole qui se formule en termes de recrutement des candidats à l'évaluation, d'énoncés de protocole de recherche, de réquisition du consentement éclairé des candidats, de prescription de médicaments rendus anonymes avec la part d'étrangeté et de magie qui peut s'y associer, de protocoles de prise du traitement, de suivi et d'évaluation intermédiaire, etc.

Autrement dit, le sujet de l'observation s'inscrit dans un système de contraintes, porteur potentiel de modifications et qui contient les ingrédients de base de l'effet placebo. C'est dire aussi que tous les dispositifs ne sont pas porteurs des mêmes potentialités, et donc que l'effet placebo n'a en rien valeur de constante, contrairement à ce que la pharmacologie considère<sup>7</sup>.

On voit dès lors que l'administration de la preuve en matière de psychothérapie bute sur la place à donner à l'objet placebo. Ou alors, comme dans les recherches pharmacologiques, on essaie de jauger l'effet de la technique thérapeutique au regard de l'effet placebo en cherchant à les comparer, ou bien alors on considère cet effet comme inhérent au dispositif thérapeutique lui-même.

1 – Dans le premier cas, il s'agirait de mettre en place une méthodologie de contrôle qui s'apparente à la technique du double aveugle, mais on se heurte conséquemment à des problèmes techniques et déontologiques considérables : comment concevoir des groupes véritablement appareillés<sup>8</sup> ou encore un groupe contrôle avec une « pseudo thérapie », etc. Cette idée d'un dispositif thérapeutique supposé « neutre » a pourtant été suggérée dans le rapport de l'INSERM relatif à l'évaluation des psychothérapies (2004), et évoquée à de multiples reprises, sans réflexion consistante sur la question éthique que soulève un tel projet, par J. Cottraux (1996, 2004). En outre, il y aurait à s'interroger sur la valeur de ces montages qui imitent les travaux en pharmacologie, sachant qu'ils ne peuvent effectivement pas jauger l'effet placebo.



L'effet placebo, c'est aussi l'effet d'un discours qui porte une demande.

La méta-analyse réalisée par Hirobjartson et Gotzche (2001) met en évidence que l'effet placebo apparaît bien marqué dans les études mesurant des variables continues, celles justement que l'on évalue par des échelles (comme l'anxiété, l'insomnie, etc.), alors qu'il s'avère faible ou nul dans les travaux utilisant des variables binaires (présence ou absence d'un signe). On peut, dès lors, se demander jusqu'à quel point les évaluations de type test-retest de cibles à partir d'échelles ne mesurent pas ce qu'elles prétendent écarter, à savoir l'effet placebo.

2 – Dans le second cas, il s'agira de considérer l'effet placebo en le mettant en travail dans le cadre de la dynamique thérapeutique. Ce « je plairai », c'est par exemple ce que la psychanalyse inclura dans le concept central d'amour de transfert.

Un des objectifs implicites de l'évaluation des psychothérapies est bien de faire apparaître des facteurs spécifiques du changement, indépendants du thérapeute, et, par là même, de développer et de transmettre des techniques favorisant l'émergence et le contrôle de ces facteurs dans le travail thérapeutique, alimentant dès lors les orientations actuelles en matière de recommandation de bonnes pratiques professionnelles.

### Aux limites de l'évaluation

Les pouvoirs publics doivent s'assurer que les moyens mis à disposition des secteurs

sanitaires et médico-sociaux sont utilisés à bon escient au bénéfice des usagers. Qu'il y ait donc un contrôle de l'activité des établissements et un regard sur les pratiques qui y sont développées, on ne saurait s'en offusquer. Mais, interroger les pratiques soignantes et notamment les psychothérapies, ce n'est pas les soumettre à une exigence à laquelle elles ne peuvent par nature répondre. C'est pourtant sur ce terrain que l'on observe une sorte d'offensive venant essentiellement des tenants des thérapies comportementales et cognitives, et légitimées par les associations d'usagers auxquelles on prétend donner la parole.

7. Cf. Le débat méthodologique introduit par Béatrice A. Golomb en 1995 dans la revue *Nature*.

8. Pour cela, il faut transformer les patients en « cas », en sujets comparables, c'est-à-dire être assuré qu'ils sont porteurs de mêmes traits (notamment ceux que l'on met à l'étude), ce qui n'est pas une opération simple. Il faut ensuite constituer deux ou trois groupes comparables (par exemple, et selon les nécessités du protocole : un groupe de référence, un groupe placebo, le groupe expérimental). Le choix d'inclusion ou d'exclusion d'un sujet comme cas, c'est une opération et une décision « négociées » entre chercheurs. À partir de quels indices, de quel niveau, le décidera-t-on ? On sait que les résultats de ces études dépendront pour beaucoup de ces critères d'inclusion comme de ce que l'on juge utile de mesurer durant l'étude.

Quelle serait cette exigence ? Rigoureusement de se conformer au modèle des sciences de la nature. Ce modèle ne veut considérer comme scientifiques que les seules démarches dans lesquelles l'objet de recherche et les procédés de pensée ou les méthodes techniques, auxquelles on recourt pour l'approcher ou le traiter, sont tenues pour exactement définies. Dès lors, la scientificité exige idéalement l'abandon ou le rejet de toutes les incertitudes qui obéiraient à la rigueur des définitions, ou leur réduction conventionnelle en probabilités stochastiques (Guillaumin, 2003). Ainsi se dessine le projet d'un savoir asymptotiquement complet et parfait, qui ne laisserait rien dans l'ombre et n'aurait finalement aucune marge d'inconnu ou d'indécidable.

Cette matrice disciplinaire (Kuhn, 1970) reprise à son compte par les sciences cognitives confisque la démarche scientifique dans cette entreprise réductrice et réificatrice. Mais le savoir, produit de la démarche scientifique, ne saurait être conçu sans la prise en considération du mode même de fonctionnement de l'esprit humain dans le travail d'appropriation ou de construction de la connaissance. Depuis E. Kant, nous savons que le réel ne nous est donné qu'à travers les schèmes spécifiques de notre appréhension du monde, rendant en cela impossible la rencontre avec l'objet en soi, lequel ne cesse de nous échapper dans son « ipséité ». Pour J. Guillaumin, la science moderne a été bâtie, paradoxalement, sur la mise en suspens de cette condition essentielle de la connaissance. Son épistémè est structurellement réductrice et contrainte d'utiliser des modèles opératoires à caractère strictement hypothético-déductif. Mais tout système de savoir présenté comme cohérent inclut en fait une part d'irrationnel, un extérieur au système, et pourtant nécessaire à son fondement (Gödel, 1931, Smullyan, 2000). En ce sens, note Guillaumin, « la scientificité classique déplace en direction de l'inconnu ou simplement

*cherche à méconnaître la part d'irrationalité sur laquelle s'appuient ses constructions rationnelles, rejetée ainsi paradoxalement aux marges du savoir que précisément elle fonde ».*

On conçoit que le problème devienne particulièrement aigu quand il s'agit de la connaissance et du traitement de la vie psychique de l'être humain lui-même, sujet autant qu'objet de la recherche. Impossible, alors, de ne pas prendre en compte dans la démarche cognitive elle-même la part d'inconnu et aussi d'inconnaissable que contient nécessairement toute tentative d'appréhension de l'être humain en termes de totalité. On ne saurait disqualifier et rejeter hors du champ de la science une démarche adaptée à son objet d'étude, quand elle cherche à maintenir en tension, mais sans la réduire, cette part d'inconnu et, mieux, lorsqu'elle tente de s'en servir pour le travail même du comprendre<sup>9</sup>.

Considérons un exemple situé hors du champ des psychothérapies pour faire entendre à quelle forme d'erreur on peut être conduit dès lors que l'on soustrait à un objet d'étude l'épaisseur de sa problématique. Dans le champ de l'éducation, les difficultés de gestion des comportements de certains élèves ont donné lieu au développement de certaines pratiques, que l'on peut rassembler sous le terme de pratiques du contrat : dans sa forme la plus simple, le contrat définit un certain nombre de prescriptions et de proscriptions auxquelles l'enfant ou l'adolescent doivent se conformer, comme des sanctions positives ou négatives qui leur sont associées. Pour évaluer la pertinence de cette pratique, on comparera par exemple (pour faire le parallèle avec les méthodologies test-retest d'évaluation des effets des psychothérapies) deux groupes appariés, l'un ayant bénéficié du contrat, l'autre pas, du point de vue des conduites transgressives, ou d'objectifs à atteindre, etc. Or, la notion même de contrat mérite d'être interrogée en soi. Faire appel à un contrat dans le cadre d'une relation éducative, c'est se situer en deçà de la Loi symbolique et de ce que sa représentation par un Père produit comme effets structurants (Gadeau, 2001, 2005a). Par le contrat s'instaure une sorte de relation au semblable, rompant avec l'asymétrie enfant-adulte, et introduisant une forme de rationalisation de la relation à laquelle concourt une évaluation permanente du respect ou du non-respect des termes du contrat. La relation de l'enfant à l'adulte est alors suspendue à une sorte de donnant donnant. On confond pacte (ou alliance) et contrat, comme on

confond autonomie et indépendance (Gadeau, 2001, 2005b). On peut considérer que la pratique du contrat dans le champ de l'éducation est à la fois l'effet d'une dégradation de la posture du Tiers qui fait Autorité, et une participation à cette dégradation dans l'institution scolaire. Dès lors, que signifierait une évaluation qui montrerait que la pratique du contrat produit des effets jugés positifs par comparaison avec un groupe témoin. Cette valeur relative masquerait alors le fait que le contrat lui-même alimente la dégradation de l'Autorité quand il prétend la restaurer en quelque façon, la mesure favorable par l'évaluation lui en donnant apparemment et fausement argument<sup>10</sup>. Cette erreur commise dans l'interprétation de l'évaluation tient à ce que ces montages méthodologiques se réalisent sans véritable appareil théorique donnant du sens à l'objet de l'évaluation. Cet objet, ici le contrat, là le symptôme, apparaît comme une sorte d'objet en soi déconnecté de la réalité complexe de laquelle on l'a artificiellement extrait. La quantité différentielle (test-retest) que l'on a fait apparaître est non interprétable et, à proprement parler, insensée. C'est bien le reproche essentiel que Canguilhem adressait sévèrement à la psychologie béhavioriste.

## Pour conclure

À considérer la démarche scientifique issue des sciences de la nature et les dispositions méthodologiques qui l'accompagnent comme susceptibles de rendre compte de tout, on l'érige en juge absolu de toutes les pratiques thérapeutiques. C'est oublier que les dispositifs thérapeutiques comme objets de recherches ne sont pas des objets naturels, et donc qu'ils doivent être appréhendés par des méthodologies spécifiques.

Introduire du tiers dans la relation thérapeutique, c'est probablement réduire la part de suggestion inhérente à la relation thérapeutique. Ce tiers s'incarne dans le travail en équipe, dans les temps de synthèse, dans le travail d'écriture clinique, dans la formation continue, dans les supervisions, dans les groupes de réflexion professionnelle (groupe de lectures, groupe d'analyses de la pratique, etc.), dans les contrôles de thérapie, dans l'activité de recherche, etc.

Mais, introduire de la tiercéité ne suffit pas pour sortir de l'autoréférenciation. C'est pourtant à cette illusion que les tenants de la science expérimentale s'accrochent. La démarche clinique, psychopathologique, psychothérapique, quelle

9. Cf. ce que Guillaumin (2003) a appelé « opérateur négatif » ou « attracteur étrange négatif », mais aussi l'épistémologie de G. Canguilhem et les réflexions de I. Stengers (1989) sur les définitions de la science.

10. N'est-ce pas ce à quoi l'on a affaire quand on observe la multiplication des formes de contrat en milieu scolaire ? Plus le tiers symbolique s'affaiblit, plus on a recours au contrat, lequel participe à la dégradation de l'Autorité dès l'instant que l'on y fait appel.

que soit la rigueur que l'on lui applique, ne permet pas de sortir de l'autoréférenciation. C'est bien un consensus social dans un contexte historique, donné entre spécialistes, qui détermine les règles de transformation des patients en « cas ». Même le courant psychiatrique américain l'a d'une certaine façon compris qui, bien qu'ayant abandonné toute dimension herméneutique, date et donc « historicise » ses différentes versions du DSM.

L'entreprise du rapport INSERM sur l'évaluation des psychothérapies semble s'appuyer sur une forme de pensée dans laquelle le psychisme est considéré comme séparé du monde, ce qui aboutit à un retour à la démarche organo-génétiq ue, à l'affirmation d'une causalité dysfonctionnelle (neuro-bio-logique), à l'idée que les troubles psychiques sont en général des handicaps d'adaptation, susceptibles de rééducation, conformément aux directives de l'OMS. Ce paradigme positiviste est non seulement en voie de s'imposer, mais il est pratiquement hérétique, dans le monde anglo-saxon auquel les organismes de recherche et l'université française se sentent inféodés, de vouloir le remettre en question aujourd'hui. En appui sur une démarche qui se donne les apparences de la scientificité, c'est malheureusement à une entreprise idéologique que l'on a affaire dans la problématique complexe de l'évaluation des psychothérapies.

Il conviendrait de développer une position plus médiane, qui ne tourne pas le dos au problème de l'évaluation, quelle que soit sa complexité, et qui se défend de tout excès de réductionnisme<sup>11</sup> auquel concourent les méthodologies qui veulent exporter les techniques de laboratoire, s'assurant faussement ainsi une garantie de scientificité. Il y a là un enjeu crucial : dans la décennie qui suit, la place et le destin des pratiques thérapeutiques psychanalytiques dans les lieux de soins se décideront. L'évaluation des pratiques thérapeutiques peut être utilisée pour le pire (avec des stratégies défensives de reproduction du même ou des stratégies de conquêtes institutionnelles comme on le voit aujourd'hui et comme cela s'est déjà joué à l'université en moins de dix ans), elle peut être aussi l'occasion d'un véritable travail de recherche sur les pratiques et le statut épistémologique de l'objet de l'évaluation. Cela suppose, pour chacun, une part de dessaisissement de ses propres certitudes (savoirs, théories) et, modestement, une ouverture véritable vers l'inconnu, point d'appel de toute recherche scientifique. ■

## Bibliographie

- Aulas J.-J.**, 1993, *Les Médecines douces. Des Illusions qui guérissent*, Paris, Odile Jacob.
- Bernheim E.**, 1886, *De la suggestion et de ses applications thérapeutiques*, Paris, Doin.
- Bernheim E.**, 1910, *Hypnotisme et suggestion*, Paris, Doin, 3<sup>e</sup> édition.
- Bouvard M., Cottraux J.**, 1996, *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Paris, Masson.
- Cottraux J.**, 2004, *Les Visiteurs du soi. À quoi servent les psys ?*, Paris, Odile Jacob.
- Fisher S., Grenberg R. P.**, 1997, *From Placebo to Panacea. Putting Psychiatric Drugs to the Test*, John Wiley & Sons, Inc. New York.
- Gadeau L.**, 2005a, « Approche psychanalytique du temps psychique dans l'acte éducatif : adolescence en déshérence », *Dialogue*, 4 : 105-115.
- Gadeau L.**, 2005b, « Voies de l'autonomie psychique : de l'indépendance aux dépendances des désirs », *Perspectives Psy*, 44 (1) : 387-394.
- Gadeau L.**, 2001, « Figures de l'affectation du Père à l'adolescence : bannir, sacrifier, honnir, hériter », *Adolescence*, 19 (1) : 281-293.
- Gadeau L.**, 1998, « Le temps dans la problématique obsessionnelle : le père en question », *L'Évolution psychiatrique*, 63 (3) : 507-514.
- Gödel K.**, 1931, Über formal unentscheidbare Sätze der Principia Mathematica und verwandter Systeme, I. *Monatshefte für Mathematik und Physik*, 38 : 173-198. Trad. franç. in Nagel E., Newman J.-R., Gödel K., Girard J.-Y. (1989), *Le Théorème de Gödel*, Coll. « Sources du savoir », Paris, Éditions Le Seuil.
- Golomb B.**, 1995, « Paradox of Placebo Effect », *Nature*, vol. 375, 530.
- Guillaumin J.**, 2003, *La Psychanalyse, un nouveau modèle pour la science ?*, Bordeaux, L'Esprit du temps.
- Green A.**, 1995, *La Causalité psychique. Entre nature et culture*, Paris, Odile Jacob.
- Harrington A. et al.**, 2000, *The Placebo Effect. An Interdisciplinary Exploration*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Hirobjartsson A., Gotzche P.C.**, 2001, « Is the Placebo Powerless ? An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with no Treatment » *New England Journal of Medicine*, 345 : 1594-1602.
- Kissel P., Barrucand D.**, 1964, *Placebos et effet placebo en médecine*, Paris, Masson.
- Kuhn T. S.**, 1970, *La Structure des révolutions scientifiques*, Trad. franç. Champs Flammarion, 1983.
- Le Guen C., Fournoy O., Guillaumin J. et Stengers I.**, 1989, *La Psychanalyse, une science ?*, Paris, Les Belles Lettres.
- Lemoine P.**, 1996, *Les Mystères du placebo*, Paris, Odile Jacob.
- Martens F.**, 1984, « Effet placebo et transfert », *Psychoanalyse*, 1 : 38-62.
- Pepper P.**, 1945, « Note on Placebo », *Tr. Stud. Coll. Physicians*, 13 : 81-2.
- Pichot P.**, 1961, « À propos de l'effet placebo », *Revue Méd. Psychosom.*, 3 : 37-40.
- Pignarre Ph.**, 2001, « L'effet placebo n'existe pas », *Ethnopsy*, 3 : 117-123.
- Rapport INSERM**, 2004, *Psychothérapie, trois approches évaluées*, Éditions INSERM, ISBN 2-85598-831-4.
- Smullyan R.**, 2000, *Les Théorèmes d'incomplétude de Gödel*, Paris, Dunod.
- Stengers I.**, 1989, « Boîtes noires scientifiques, boîtes noires professionnelles », in C. Le Guen, O. Fournoy, I. Stengers, J. Guillaumin, *La Psychanalyse, une science ?*, Paris, Les Belles Lettres.
- Wolf S.**, 1956, « The Pharmacology of Placebo », *Pharmacologic. Rev.*, 11 : 689-704.

11. Même si une part de réductionnisme est nécessaire et incontournable dans toute entreprise convoquant la pensée rationnelle et visant à l'intelligibilité des phénomènes.