UNIVERSITE PARIS 8

ECOLE DOCTORALE COGNITION, LANGAGE, INTERACTION N°224

DOCTORAT DE PSYCHOLOGIE

CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE

La pratique clinique des premiers entretiens et le cheminement intérieur de l'analyste

Etude en France et au Québec

Alice LACHAN

Thèse dirigée par le Professeur Serban IONESCU

Soutenue le 6 novembre 2014, en vue de l'obtention du titre de docteur en psychologie

JURY

Catherine CHABERT, rapporteur, Professeur – Université Paris Descartes

Serban IONESCU, directeur de thèse, Professeur – Université Paris 8

Roland JOUVENT, examinateur, Professeur – Université Pierre et Marie Curie

Sébastien MONTEL, examinateur, Professeur – Université Paris 8

Philippe ROBERT, rapporteur, Maitre de conférences HDR – Université Paris Descartes

RESUME
La recherche explore la pratique des premiers entretiens dans deux contextes culturels, à travers la façon dont l'analyste témoigne de son cheminement intérieur. Les données émanent de l'analyse qualitative thématique de contenu de 15 entretiens de recherche, réalisés auprès de psychothérapeutes psychanalytiques et de psychanalystes, de 3 à 37 ans d'expérience clinique, en France et au Québec. Au vu des résultats, le cheminement intérieur de l'analyste s'organiserait selon une *trame d'écoute* préétablie, dont le niveau d'explicitation varierait avec l'expérience clinique. L'élaboration, à la fois secondarisée et intuitive, s'appuierait sur le matériel clinique présent et absent, la théorie et l'expérience clinique, réalisant toujours une forme d'évaluation prédictive. De façon similaire, les analystes tiendraient compte dans leur décision de l'évaluation de la demande, du fonctionnement psychique, et des potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel ». Des hypothèses psychodynamiques seraient à l'œuvre dès les premiers entretiens, intervenant dans les aménagements du cadre à proposer au patient. Les dispositions contre-transférentielles projetées sur l'évaluation influenceraient la nature des prédictions quant à l'issue du travail analytique. Le « désir de l'analyste » pèserait manifestement sur l'évaluation des possibilités de travail analytique, avantageant les évaluations favorables ou de potentialités d'évolution, au détriment d'éléments défavorables. Le contexte culturel n'influencerait pas le processus d'élaboration de la décision, mais modulerait la demande et les possibilités de l'analyste d'y répondre, résultat ouvrant des pistes de recherches futures.

MOTS CLES : premiers entretiens, entretiens préliminaires, psychanalyste, psychothérapeute psychanalytique, indication d'analyse, travail psychique de l'analyste, pratique clinique, influence culturelle.

TITLE : *The clinical practice of first interviews and the analyst's* internal psychic development of thought. Study in France and in Quebec.

ABSTRACT
This research explores clinical practice of first interviews in two cultural contexts, through the way the analyst accounts for his/her internal psychic development of thought. The data comes from the qualitative analysis of the thematic content of 15 research interviews, performed with psychoanalytic psychotherapists and psychoanalysts with 3 to 37 years of clinical experience, both in France and Quebec. According to the results, the analyst's internal psychic development of thought would follow a pre-established organic listening structure, of which the level of explicitation would vary with clinical experience. The analyst's elaboration, both secondary and intuitive, would be based on present and absent clinical material, theory, and clinical experience, always carrying out a form of predictive assessment. Similarly, the analysts would take into account in their decision the assessment of the demand, psychic functioning, and possible meeting within a "transference context". Psychodynamic hypotheses would be at work as soon as the first interviews, involved in the adjustments of the framework proposed to the patient. The counter-transferential dispositions –projected onto the assessment– would influence the nature of predictions about the outcome of psychoanalytic work. The "desire of the analyst" would clearly influence the evaluation of analytical work opportunities, advantaging favourable assessments or potential evolution, to the detriment of hindering elements. The cultural context would not influence the decision making process, but would modulate the demands and the analyst's possibilities to answer, opening the door to future line of research.

KEYWORDS : first clinical interviews, preliminary sessions, psychoanalyst, psychoanalytic psychotherapist, psychoanalysis indication, psychic work of the analyst, clinical practice, cultural influence.

La pratique clinique des premiers entretiens et le cheminement intérieur de l'analyste

Etude en France et au Québec

Thèse de doctorat en psychologie clinique et psychopathologie

Sous la direction du Pr Serban Ionescu

Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie (EA 2027)

Université Paris 8 - 2, rue de la liberté 93526 Saint-Denis, France.

En collaboration avec le laboratoire de recherche en santé mentale

Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.

Remerciements

Professeur Serban Ionescu, sans qui ce travail de thèse n'aurait pas pu aboutir. Merci de votre soutien éclairé tout au long de l'aventure doctorale, de votre optimisme à toute épreuve, et de votre talent pour transmettre et stimuler la pulsion épistémologique, en prêtant une attention particulière à l'épanouissement de la question qui anime chaque doctorant de façon singulière, faisant une place de choix à la créativité.

Professeure Colette Jourdan, pour son accueil et son accompagnement lors de mon stage de recherche, au sein du laboratoire de recherche en santé mentale de l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui m'a permis de réaliser la partie québécoise de la recherche doctorale, et m'a transmis un certain « optimisme québécois ».

L'université Paris 8 qui m'a accueillie et offert les conditions de réalisation de la thèse.

Professeure Catherine Chabert et Philippe Robert – Maître de conférences HDR – qui ont accepté d'être les rapporteurs de la présente étude doctorale.

Professeur Roland Jouvent et Professeur Sébastien Montel, qui ont accepté de siéger au jury de soutenance en qualité d'examinateurs.

Les psychanalystes qui ont participé, sans qui cette étude doctorale n'existerait pas, témoignant avec une grande générosité de leur pratique clinique, en m'accordant leur confiance.

P. Letartre, A. Gibeault, T. Bokanowski, avec lesquels j'ai pu échanger autour de mon thème de recherche, partageant leur expérience et leurs élaborations.

R. Pelletier, qui de sa pratique analytique au Québec, a nourri avec richesse, et avec cette « ouverture » québécoise, ma réflexion tout au long de cette recherche doctorale. Je lui adresse ma gratitude pour sa participation à l'analyse des résultats quant à l'influence du contexte culturel sur les pratiques analytiques, et pour sa transmission de ressources bibliographiques précieuses, dont certains exemplaires ont voyagé jusqu'en France, y faisant un séjour prolongé.

D.F. Allen, L. Smadja, J. Tijus-Glazewski, qui par leur transmission cultivent mon désir de recherche dans le champ psychanalytique.

R. Bellas, J. El Rami, M. Herpin, F. Lachan, K. Leroch, pour leurs relectures attentives, et leurs conseils avisés.

D.F. Allen, M. Amdouni, C. Courillon, pour leurs lumières anglophones.

A mes proches,
dont le soutien enthousiaste *m'a accompa*gnée durant ce travail de thèse

Cette construction inévitablement inachevée porte en elle la relance du désir *d'en savoir encore plus ou d'en savoir* autrement.[1]

[1] Letendre (2007, p. 395)

SOMMAIRE

INTRODUCTION **11**

Première partie : CONTEXTE THEORIQUE **21**

CHAPITRE I. PRATIQUE DES PREMIERS ENTRETIENS **23**

I.1. Définitions et fonctions des premiers entretiens **23**

I.1.1. Terminologie 23

I.1.2. Caractéristiques et enjeux propres aux premiers entretiens 25

I.1.3. Mise en place de la situation analytique 27

I.2. Dilemme entre investigation et transfert **28**

I.2.1. Place de l'investigation 29

I.2.2. Place du transfert 32

I.2.3. Dilemme jamais complètement résolu 35

I.3. Technique prédictive ou Incertitude **36**

I.3.1. Technique prédictive 37

I.3.2. Incertitude 40

I.4. De la technique au « tact » **42**

I.4.1. Ecart entre la théorie et la pratique 42

I.4.2. Variations du cadre des premiers entretiens 44

I.5. Recherches sur les pratiques cliniques psychanalytiques **48**

I.5.1. Modèles de recherche sur les pratiques psychanalytiques 49

I.5.1.1. Modèle « scientifique universitaire » 49

I.5.1.2. Modèle « artistique » ou « recherche théorico-clinique » 51

I.5.2. Réticences des analystes à participer 53

I.5.2.1. « Intimité » des processus en jeu 53

I.5.2.2. Sentiment de mise en cause des compétences professionnelles 54

I.5.2.3. Rapport culturel à l'évaluation 55

CHAPITRE *II. CHEMINEMENT INTERIEUR DE L'ANALYSTE* 57

II.1. Spécificités psychanalytiques du cheminement intérieur 57

II.1.1. Terminologie et processus en jeu 57

II.1.2. Place de l'intuition et de la théorisation 61

II.1.3. Cheminement d'une chimère 64

II.2. Modèles d'études et de recherches 68

II.2.1. Comparaison des modèles statistiques et cliniques du jugement clinique 68

II.2.2. Phénoménologie du cheminement intérieur de l'analyste 73

II.3. Caractéristiques particulières aux premiers entretiens 79

II.3.1. Trame d'écoute 80

II.3.2. Articulation de l'intuition et de la compréhension 82

II.3.3. Facteurs influençant la trame d'écoute 85

CHAPITRE III. FONDEMENTS DE LA DECISION THERAPEUTIQUE 91

III.1. Fondements théoriques de la décision liés au patient 91

III.1.1. S. Freud : « le choix des malades » 91

III.1.2. Evolution des critères nosographiques 93

III.1.3. Critères dynamiques de personnalité 95

III.1.4. Ethique et contre-indication 99

III.2. Fondements théoriques de la décision liés à l'analyste 101

III.2.1. Evolution du concept de contre-transfert 101

III.2.2. Extension des indications et implication de la personnalité de l'analyste 104

III.2.3. Désir de l'analyste 106

III.3. Fondements théoriques de la décision liés à la relation patient-analyste 110

III.3.1. Alliance de travail 111

III.3.2. Transfert ou relation de « base » 113

III.3.3. Potentialités transférentielles 115

III.4. Décision dans la pratique : apports des études et des recherches 118

III.4.1. Facteurs prédictifs de processus ou de résultats 118

III.4.2. Fondements de la décision dans la pratique 122

III.4.3. Critères issus de témoignages de pratique clinique 126

CHAPITRE IV. INFLUENCE DU CONTEXTE CULTUREL 133

IV.1. Histoire de l'implantation et des développements de la psychanalyse : aux Etats-Unis, en France et au Québec 134

IV.1.1. Naissance et évolution du mouvement psychanalytique international 134

IV.1.2. Implantation et développements aux Etats-Unis 137

IV.1.3. Implantation et développements en France 141

IV.1.4. Implantation et développements au Québec 144

IV.2. Divergences des développements institutionnels et théoriques 148

IV.2.1. Entre absorption et marginalité 149

IV.2.2. Pragmatisme ou place majeure de la métapsychologie 153

IV.2.3. Orientation vers l'interpersonnel ou l'intrapsychique 158

IV.3. Implications du contexte culturel sur les pratiques 162

IV.3.1. Pratique psychothérapique ou psychanalytique 163

IV.3.2. Inclination interpersonnelle du contrat analytique 167

IV.3.3. Représentations socio-culturelles de l'analyse 171

Seconde partie : COMPTE-RENDU DE RECHERCHE 177

CHAPITRE V. PROBLEMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE 179

CHAPITRE VI. METHODOLOGIE 191

VI.1. Population 191

VI.1.1. Critères d'inclusion 191

VI.1.2. Recrutement 192

VI.1.3. Echantillon de l'étude 196

VI.2. Objets d'étude et outils 198

VI.3. Déroulement de l'étude 203

VI.4. Traitement des données 204

CHAPITRE VII. PRESENTATION DES RESULTATS 209

VII.1. Pratique des premiers entretiens : *Trame d'écoute*, évaluation diagnostique et aménagements du cadre analytique proposé 211

VII.1.1. Niveaux d'explicitation de la *trame d'écoute* 212

VII.1.2. Place laissée à l'évaluation diagnostique et aménagements du cadre analytique 220

VII.2. Caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste 231

VII.2.1. Caractéristiques descriptives du cheminement intérieur 232

VII.2.1.1. Registre, forme et référence aux faits cliniques du discours 233

VII.2.1.2. Niveaux d'information du discours 237

VII.2.1.3. Référence à un tiers dans l'élaboration 241

VII.2.2. Evaluation prédictive et influence de la subjectivité de l'analyste sur l'évaluation 244

VII.2.2.1. Evaluation prédictive 245

VII.2.2.2. Influence de la subjectivité de l'analyste sur l'évaluation 247

VII.3. Fondements de la décision thérapeutique dans la pratique 253

VII.3.1. Demande et prédispositions transférentielles 254

VII.3.1.1. Demande adressée à l'analyste 254

VII.3.1.2. Prédispositions transférentielles du patient 256

VII.3.1.3. Désir de l'analyste et « capacité d'accueil » 258

VII.3.2. Fonctionnement psychique du patient 260

VII.3.2.1. Implications du diagnostic structurel dans la décision 261

VII.3.2.2. Implication des capacités psychiques dans la décision 264

VII.3.3. Potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel » 267

VII.3.3.1. Dispositions transférentielles 268

VII.3.3.2. Dispositions contre-transférentielles 271

VII.3.3.3. Relation patient-analyste 274

VII.4. Influence du contexte culturel sur la pratique des premiers entretiens 278

VII.4.1. Influence du contexte culturel sur la demande adressée à l'analyste 281

VII.4.2. Influence du contexte culturel sur l'offre analytique 283

VII.4.3. Influence du contexte culturel sur les contraintes de la pratique de l'analyste 286

VII.4.4. Influence du contexte culturel sur le cheminement intérieur et « l'identité professionnelle » de l'analyste 290

VII.4.5. Influence du contexte culturel sur les résistances des cliniciens à participer à des recherches sur leur pratique 293

CHAPITRE VIII. DISCUSSION 297

VIII.1. Pratique des premiers entretiens : *Trame d'écoute*, évaluation diagnostique et aménagements du cadre analytique proposé 298

VIII.1.1. Niveaux d'explicitation de la *trame d'écoute* 298

VIII.1.2. Place laissée à l'évaluation diagnostique et aménagements du cadre analytique 301

VIII.2. Caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens 305

VIII.2.1. Caractéristiques descriptives du cheminement intérieur 305

VIII.2.2. Evaluation prédictive et influence de la subjectivité de l'analyste sur l'évaluation 311

VIII.3. Fondements de la décision thérapeutique dans la pratique 315

VIII.4. Influence du contexte culturel sur la pratique des premiers entretiens 322

CONCLUSION 329

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 335

REFERENCES ELECTRONIQUES 361

ANNEXES 363

***I. ECHANTILLON D'ETUDE* 365**

II. PRÉ-RECHERCHE EXPLORATOIRE **368**

III. GUIDE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE **369**

IV. ETHIQUE ET DEONTOLOGIE **373**

IV.1. Formulaire de consentement **373**

IV.2. Certificat d'éthique **375**

V. TRAITEMENT DES DONNEES **376**

V.1. Grille d'analyse thématique de contenu **377**

V.2. Plan standardisé de rédaction des analyses thématiques de contenu individuelles **381**

V.3. Groupes selon le degré d'expérience clinique **392**

V.4. Groupes selon « l'identité professionnelle » **392**

VI. SUBJECTIVITE DU CHERCHEUR **393**

VII. RESULTATS **398**

N.B. : Les références des sources électroniques sont indiquées par un numéro entre crochets dans le texte, et apparaissent à la suite des références bibliographiques.

LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS

Tableau n°1 : Issues des sollicitations à participer à la recherche en France et au Québec 193

Graphique n°1 : Pourcentages de sollicitations avec recommandation de l'effectif de chaque lieu 194

Graphique n°2 : Issues des sollicitations en France et au Québec. Pourcentages relatifs à l'effectif de chaque lieu 194

Graphique n°3 : Issues des sollicitations en France et au Québec. Pourcentages de l'effectif total 194

Tableau n°2 : Motifs exprimés de refus de participer en France et au Québec 195

Tableau n°3 : Motifs de non réalisation d'entretien après accord pour participer en France et au Québec 196

Tableau n°4 : Caractéristiques des 15 entretiens de recherche inclus dans l'échantillon 197

Graphique n°4 : Nombre d'années d'expérience clinique des participants 198

Tableau n° 5 : Caractéristiques des participants inclus dans l'échantillon d'étude 365

Tableau n°6 : Caractéristiques des participants aux entretiens exploratoires 368

Grille d'analyse thématique de contenu 377

Tableau n° 7 : Groupes « degré d'expérience clinique » 392

Tableau n° 8 : Groupes « identité professionnelle » 392

Tableau n°9 : Niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* en fonction des groupes : « lieu de pratique en France ou au Québec » ; « degré d'expérience clinique » ; et « identité professionnelle ». 398

Tableau n°10 : Résultats croisés du niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* avec la place de l'élaboration diagnostique au cours des premiers entretiens 398

Tableau n°11 : Caractéristiques descriptives du discours de l'ensemble de l'échantillon. Proportions relatives du discours des sous-thèmes de de chaque thème. 399

Tableau n °12 : Cooccurrences des prédictions sur l'issue des premiers entretiens, de facteurs impliqués dans l'élaboration de la décision thérapeutique, et de la décision thérapeutique 400

Tableau n°13 : Nombre de cooccurrences des prédictions quant à l'issue des premiers entretiens et des dispositions contre-transférentielles de l'analyste 401

Tableau n°14 : Fondements de la décision thérapeutique dans la pratique de l'analyste 401

Tableau n°15 : Rôle des capacités psychiques du patient dans l'élaboration de la décision thérapeutique 402

Tableau n°16 : Rapports des proportions des niveaux d'information « descriptif » et « théorique » du discours, et des niveaux d'information « théorie explicite » et « théorie implicite » du discours, en fonction des groupes : « lieu de pratique en France ou au Québec » ; « degré d'expérience clinique » ; et « identité professionnelle » 403

LISTE DES ABREVIATIONS

APA : American psychoanalytic association

APPQ : Association des Psychothérapeutes Psychanalytiques du Québec

APF : Association Psychanalytique de France (anciennement SFP)

BPS : British Psychoanalytical Society

CUSP : Clinique Universitaire de Services Psychologiques

ECF : Ecole de la Cause Freudienne

EFP : Ecole Freudienne de Paris (anciennement Ecole Française de Psychanalyse)

IPA : International Psychoanalytical Association

OPQ : Ordre des Psychologues du Québec

PAE : Programme d'Aide aux Employés

SCP : Société Canadienne de Psychanalyse

SFP : Société Française de Psychanalyse

SPM : Société Psychanalytique de Montréal

SPP : Société Psychanalytique de Paris

SPQ : Société Psychanalytique du Québec

INTRODUCTION

La présente recherche doctorale explore la pratique clinique des premiers entretiens à travers la façon dont l'analyste témoigne de son cheminement intérieur, dans deux contextes culturels : en France et au Québec.

L'élaboration du présent sujet d'étude résulte de la conjonction d'observations cliniques, d'intérêts théoriques et de l'expérience de ma recherche antérieure de DEA[1] (Lachan, 2005).
Dans un premier temps, j'ai été interpellée par l'observation, dans la pratique clinique, d'indications de première intention vers la psychothérapie individuelle d'enfant qui pouvaient être réorientées vers des thérapies à médiation ou des groupes thérapeutiques, du fait des résistances des parents. Pour des raisons éthiques et méthodologiques, j'ai choisi de réaliser des entretiens de recherche auprès des cliniciens et non pas auprès des familles, dans ce moment délicat des prémices d'un engagement thérapeutique pour leur enfant. Il est alors apparu que dans la pratique, les cliniciens ne rencontrent pas de refus direct de la part des parents, mais qu'il s'agit plutôt d'une évaluation au cours des consultations préliminaires des résistances parentales, susceptibles d'entraver l'évolution de la psychothérapie individuelle de l'enfant. Il ne leur semblait pas non plus pertinent d'envisager ces situations comme des contre-indications. Nous pouvions alors parler de « prédiction du risque de refus parental » élaborée par le clinicien. La problématique avait évolué de la question des résistances parentales à la psychothérapie d'enfant, à celle de la façon dont la dynamique parentale entrait en jeu dans le processus d'indication. Je commençais dès lors à explorer les pratiques cliniques et la façon dont les cliniciens peuvent en témoigner à travers ce sujet de recherche de DEA.
Ensuite, mon intérêt pour la façon dont la psychologie est transmise et pratiquée au sein de la culture nord-américaine, m'a conduite à réaliser une partie de mes études universitaires au Québec. Cette expérience m'a permis d'appréhender l'influence culturelle sur l'implantation, les développements et la transmission de théories et de pratiques, qui même lorsqu'elles s'avèrent d'origine commune trouvent une expression différente. Le contexte particulier du Québec – région francophone ayant des liens historiques et privilégiés avec la France, baignée dans une culture anglo-saxonne – m'est alors apparu comme un terrain d'étude singulier et propice à l'exploration des convergences et des divergences des pratiques cliniques.

[1] Diplôme d'études approfondies (ancienne nomenclature du « master recherche »).

Par ailleurs, le début de ce travail doctoral coïncide avec celui de mon activité professionnelle. Ainsi l'intérêt pour la théorie, la technique et la pratique des premiers entretiens s'est imposé logiquement, au moment où je découvrais l'élaboration « in situ » de la décision thérapeutique d'engager ou non un travail analytique avec un nouveau patient. Le choix de la psychanalyse comme perspective théorique pour la présente recherche fait suite à mon choix professionnel, suivant Etchegoyen, « quand on aime un travail, on s'intéresse à la manière de le faire » (1986/2005, p. 3). Il existe un parallèle entre la méthodologie retenue ici – qui propose de partir de témoignage de l'analyste sur son cheminement intérieur dans la pratique – et celle de la « recherche clinique » : à travers le discours de pairs, les lectures théoriques, les allers retours avec les questionnements issus d'expériences cliniques, s'échafaudent des constructions théorico-cliniques. J'ai choisi de partir de la transmission des analystes sur leur propre pratique, comme données de recherche au plus près de la clinique. Cela m'amène à évoquer le statut de « praticien-chercheur » (De Lavergne, 2007), sous-tendant que les activités cliniques et de recherche interagissent l'une avec l'autre, de la même façon que dans la recherche psychanalytique la théorie et la clinique interagissent l'une avec l'autre. Engagé avec sa subjectivité, le « praticien-chercheur » conscient de cela, la questionne tout au long de son travail, ce que je me suis efforcée de faire en sollicitant régulièrement des tiers pour discuter mes positions théoriques et cliniques.

Des auteurs soulignent que la question des entretiens préliminaires n'occupe qu'une place restreinte dans la littérature psychanalytique au regard d'autres thèmes (Reid, 1994 ; Hanin, 1996 ; Roger, 2001 ; Reith, Lagerlöf, Crick, Møller & Skale, 2012[1]). La présente étude propose d'explorer le processus de décision thérapeutique au cours des premiers entretiens, qui constitue une question centrale dans le travail avec un nouveau patient, pourtant peu étudiée dans la pratique (Von Benedek, 1989 ; Hanin, 1996 ; Chaltiel, 1998). La spécificité de la démarche analytique amène à considérer une acception étendue de « l'indication », qui me semble mériter d'être explicitée par la recherche. Dans cette définition élargie, « l'indication » ne repose pas sur l'évaluation du seul patient, de ses symptômes ou de sa motivation consciente, comme cela peut être le cas dans d'autres approches théoriques. La subjectivité de l'analyste est engagée dans le processus d'élaboration de la décision. En effet, il est fait une place à la fois à la question de la rencontre entre un analyste particulier et un patient singulier, et à celle de la personne qui éprouve une souffrance psychique non réductible à un ensemble

[1] Recueil d'articles relatifs aux questions cliniques et techniques propres aux premiers entretiens, émanant d'un groupe de recherche de la Fédération européenne de psychanalyse.

de symptômes, ensemble qui serait lié par implication réciproque à un type de psychothérapie prédéterminé. Ainsi, il me semble important d'essayer d'expliciter l'expérience des premiers entretiens, dits préliminaires, afin d'en appréhender l'ensemble des dimensions, en mettant en lumière la façon dont se déroule le processus de décision thérapeutique dans la pratique clinique, au-delà des recommandations théoriques qui ne traduisent pas ce que la demande d'une personne peut susciter chez l'analyste qui l'écoute.

De plus, la présente recherche ajoute un apport original en mettant en perspective les pratiques psychanalytiques en France et au Québec. Il n'existe pas, à ma connaissance, de travaux sur ce thème précis, et peu d'études traitent de l'influence du contexte culturel sur les pratiques psychanalytiques (David, 1997 ; Chamoun, 1998 ; Anzieu-Premmereur, 2006 ; Chervet, 2006 ; Donnet, 2006a ; Green, 2006a ; Jozef Perelberg, 2006).

Remarques préliminaires

Les termes de « psychanalyste » et de « psychothérapeute psychanalytique » ont été retenus dans le présent travail pour désigner un clinicien : diplômé en psychiatrie ou en psychologie, formé à la psychanalyse, et qui s'y réfère exclusivement dans sa pratique. Je suis bien consciente des enjeux impliqués par la désignation « formé à la psychanalyse » : par qui et comment un clinicien se dit-il, ou est-il reconnu comme psychanalyste ? Les diversités et les divergences d'écoles, tant du point de vue théorique que des conditions de la formation à la psychanalyse, entrainent une grande hétérogénéité. Définir la psychanalyse à partir de son contenu conceptuel s'avère donc une tâche ardue (Botella & Botella, 2001). J'aurai pu choisir des participants ne relevant que d'une institution, ou tous affiliés à la même organisation, l'association psychanalytique internationale (IPA) par exemple. Mais même les critères qui permettraient de définir l'identité du psychanalyste ne seraient pas totalement partagés. En effet, la création d'une commission de recherche permanente en psychanalyse au sein de l'IPA, pour atténuer l'inflation des différentes formes que prenait la psychanalyse, a mis en lumière des désaccords forts sur la façon dont sont menées les recherches, qui auraient même risqué de générer des divisions au sein de l'institution (Botella & Botella, 2001). De plus, ce choix laisserait de côté un grand nombre de psychanalystes qui préfèrent rester « en marge » des instituts de formation, pour reprendre l'expression de Peraldi (1987), ou « hors les murs » comme les nomme Lafortune (1987). Ainsi, la question de l'existence ou non d'une pratique commune suscite des débats animés, et s'avère trop complexe pour qu'elle soit discutée de manière développée ici. La construction de l'identité du psychanalyste est un processus résultant d'influences multiples (Joseph & Widlöcher, 1979). Des auteurs, plutôt que

rapporter cette identité à la pratique de la « cure-type », préfèrent considérer sa « position », son « cadre interne », qui reste inchangé dans les activités variées qu'il peut exercer (Joseph & Widlöcher, 1979 ; Urribarri, 2006). La perspective de la présente étude étant de rendre compte d'une pratique dans sa diversité, j'ai choisi d'inclure des participants exerçant en France et au Québec, à des moments différents de leur parcours de formation à la psychanalyse (c'est-à-dire : analyse personnelle, séminaires, supervisions), sans critère d'inclusion d'une école psychanalytique en particulier.

Le terme de « travail analytique » a été retenu car il répond au positionnement théorique choisi ici, de considérer la pratique du psychanalyste dans les différentes formes qu'elle peut prendre. La distinction entre psychanalyse et psychothérapie est introduite par Freud (1905/2002, 1912b/2002) dans des articles successifs, affirmant la spécificité de sa méthode par rapport à l'utilisation de la suggestion (Roussillon, 2008). L'analyse du transfert devient alors l'axe majeur de la pratique psychanalytique (Missonnier, 2008). L'évolution des applications de la psychanalyse – notamment les modalités de traitement d'enfant, en groupe, ou encore le psychodrame – a introduit des adaptations techniques, prédites par ailleurs par Freud (1919/2002). La question de la nature psychanalytique des processus en jeu s'est alors posée. Deux positions se dessinent dans la littérature : celle d'une distinction des processus entre la psychanalyse et la psychothérapie analytique (Kernberg, 2001) ; et celle d'un continuum entre les deux (Gibeault, 2001 ; Braconnier & Hanin, 2008 ; Gori, 2008), à la condition que la psychothérapie analytique soit pratiquée par un psychanalyste (Aisenstein, 2008).

Dans les débats, trois niveaux de distinction peuvent être dégagés : celui des objectifs du traitement ; celui du cadre ; et celui de la nature des processus en jeu. La « représentation-but guérison » (Guyomard, 2001 ; Kernberg, 2001) liée à la psychothérapie explique l'opposition de nombreux analystes à la qualification psychothérapique de la psychanalyse (Etchegoyen, 1986/2005), où elle advient « de surcroît ». Les différences de modalités du cadre – divan ou fauteuil, fréquence et durée des séances notamment – sont interrogées dans leur rapport dialectique au processus analytique. D'une manière générale, ce critère n'est pas retenu comme pertinent pour distinguer la nature des processus en jeu (Fenichel, 1941/1999 ; Guillaumin, 1998 ; Urtubey, 2002 ; Nachin, 2004 ; Green, 2006a). Néanmoins, il est admis que certains aspects liés à la régression narcissique favorisée par le dispositif du divan peuvent s'en trouver limités (Gibeault, 2001). D'après une enquête réalisée au sein de l'API en 1997 (Bokanowski, 2002), il semblerait que la fréquence des séances demeure en Amérique du Nord un critère dans la distinction entre la psychanalyse et la psychothérapie

psychanalytique, contrairement à l'avis d'une majorité d'analystes en Europe. Le troisième niveau de critères s'attache plus particulièrement aux considérations métapsychologiques (Ody, 2001), sans pour autant nier l'importance du cadre (Laplanche, 2001). Aux dimensions avancées par Freud comme piliers de la théorie psychanalytique et de la méthode qui en découle – la reconnaissance des processus inconscients, des résistances et du refoulement, de la sexualité infantile et du complexe d'Œdipe –, des auteurs ajoutent : la prise en compte du transfert, de l'angoisse et de la vie pulsionnelle (Green, 2006a) ; l'évitement de la suggestion par l'analyse du contre-transfert (Glover, 1955/1958). Forts de l'étude de ces critères, des auteurs proposent trois désignations : la psychanalyse ou « cure type » ; la psychothérapie psychanalytique ; et la psychothérapie désignée comme d'inspiration psychanalytique, de soutien fondée sur la psychanalyse, ou encore « psychodynamique[1] ». Seule cette dernière forme n'engagerait pas des processus psychanalytiques. Orientée vers l'amélioration symptomatique, elle ferait une place à la suggestion, et ne considèrerait pas l'interprétation du transfert comme étant au centre du dispositif. Nous notons que dans la pratique, l'enquête menée au sein de l'IPA en 1997 (Bokanowski, 2002) conclut que tous les psychanalystes de cette association pratiquent la psychothérapie individuelle et en face à face, elle constitue même l'essentiel de l'activité psychanalytique des membres qui n'ont pas de fonction de formation.

Suivant Donnet (1995/2002, 2005) et Urtubey (2002), c'est sur la notion de cadre intérieur de *l'analyste* que s'appuie la conception du travail analytique retenue dans la présente étude. La nature des processus en jeu repose moins sur les modalités du cadre que sur le positionnement contre-transférentiel de celui qui écoute et fonde le processus analytique : il est le seul facteur commun (Green, 2006a ; Moro & Lachal, 2008). Le dispositif, lui, s'adapte aux spécificités des situations cliniques : « la référence unifiante au travail psychanalytique postule que c'est à l'analyste de faire en sorte que, pour chaque patient, le processus soit optimisé » (Donnet, 2005, p. 158). De plus, c'est seulement dans l'après-coup qu'un travail accompli peut être qualifié authentiquement de psychanalytique ou pas (Golse, 2008 ; Gori, 2008). Or, la présente recherche s'intéressant aux premiers entretiens, il devient encore moins pertinent de chercher à distinguer par le dispositif la nature des processus impliqués. Je considère donc ici la pratique des premiers entretiens, que ceux-ci aboutissent ou non à une « indication d'analyse », entendue dans les modalités variables de cure type ou de psychothérapie psychanalytique.

[1] Selon l'acception nord-américaine, « psychodynamique » renvoie à l'utilisation de la théorie freudienne de façon non analytique, dans des applications psychothérapeutiques (Pelletier, communication personnelle).

La thèse présente tout d'abord le contexte théorique et les résultats de recherches antérieures relatifs : à la pratique des premiers entretiens, au cheminement intérieur de l'analyste, aux fondements de la décision thérapeutique, ainsi qu'à l'influence du contexte culturel sur les pratiques cliniques (« Première partie : contexte théorique », p. 21-176). Ensuite, la problématique et les objectifs de recherche, dont découlent les choix méthodologiques explicités, précèdent la présentation des résultats et leur discussion, au regard de la littérature et des résultats des recherches antérieures (« Seconde partie : compte-rendu de recherche », p. 177-328).

La pratique des premiers entretiens (chapitre I, p. 23-56) soulève des enjeux théoriques qui sont propres à ce moment inaugural, lui conférant le statut d'objet de recherche isolé du reste du processus analytique (Lasvergnas, 1994). Les premiers entretiens – se distinguant à plusieurs égards des séances d'analyse – désignent les premiers temps d'une rencontre entre un patient et un analyste, sans présager si celle-ci deviendra analytique à proprement parler (sous-chapitre I.1. « Définition et fonctions des premiers entretiens », p. 23-28). La technique des premiers entretiens varie d'une démarche d'investigation des chances de succès ou d'échec du traitement, à celle de la mise à l'épreuve de la situation analytique avec ses enjeux transférentiels (sous-chapitre I.2. « Dilemme entre investigation et transfert », p. 28-36). Parallèlement aux choix techniques, les analystes peuvent privilégier une démarche prédictive, ou au contraire une position d'incertitude considérant l'imprévisibilité du processus analytique (sous-chapitre I.3. « Technique prédictive ou incertitude », p. 36-42). La pratique des premiers entretiens impliquerait plus encore que le reste de la cure une souplesse par rapport aux principes techniques (sous-chapitre I.4. « De la technique au tact », p. 42-48). Les recherches sur les pratiques analytiques privilégient deux modèles méthodologiques principaux : le modèle « scientifique universitaire » et le « modèle artistique » ou de « recherche théorico-clinique » (Bergeret, 1987). Les réticences des cliniciens à participer à des recherches sur leur pratique amènent à considérer des hypothèses explicatives (sous-chapitre I.5. « Recherches sur les pratiques cliniques psychanalytiques », p. 48-56).
Le *cheminement intérieur de l'analyste* (chapitre II, p. 57-90) renvoie aux processus psychiques de l'analyste au travail, multiples et variés, qui relèvent des trois niveaux topiques et sont aussi soumis aux trois instances psychiques. Selon les auteurs, l'élaboration de l'analyste reposerait principalement sur des processus secondarisés ou sur l'intuition. Une des principales caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste en séance repose sur le fait qu'il n'est pas sa seule production : c'est une chimère, résultant de l'imbrication de deux

inconscients (M'Uzan (de), 1978) (sous-chapitre II.1. « Spécificités psychanalytiques du cheminement intérieur », p. 57-67). Les deux principales approches de l'étude des processus mentaux du clinicien dans sa pratique postulent : soit la possibilité de modélisation de l'objectivable, soit que l'observation du fonctionnement mental du clinicien n'a aucun sens en dehors de l'expérience clinique vécue intérieurement, tenant compte de ses dimensions inconscientes et nécessairement subjectives (sous-chapitre II.2. « Modèles d'études et de recherches », p. 68-79). Les résultats de recherches et d'études phénoménologiques sur le cheminement intérieur de l'analyste, spécifiquement au cours des premiers entretiens, tendent à soutenir qu'il serait organisé selon une *trame d'écoute* préétablie plus ou moins implicite et que la compréhension secondarisée s'articulerait toujours à l'intuition ; ils mettent par ailleurs en lumière les facteurs l'influençant (sous-chapitre II.3. « Caractéristiques particulières aux premiers entretiens », p. 79-90).

Les fondements de la décision thérapeutique (Chapitre III, p. 91-131) sont examinés tout d'abord du point de vue théorique. Historiquement, ils sont dans un premier temps considérés par rapport au patient. Les critères nosographiques s'étendent progressivement parallèlement aux aménagements du cadre de la cure-type. Puis l'indication d'analyse se dégage du modèle médical suivant des catégories diagnostiques, pour tenir compte des critères dynamiques de personnalité (Mijolla (de), 2002), avec les développements théoriques des notions d'analysabilité et d'accessibilité. Si ces notions permettent de se figurer un pronostic, d'envisager les chances de succès ou les risques d'impasse du traitement, elles limitent la prise en compte du potentiel évolutif d'un patient singulier au cours du travail, ce qui va à l'encontre de l'éthique de l'analyste (sous-chapitre III.1. « Fondements théoriques de la décision liés au patient », p. 91-100). Puis, parallèlement à l'évolution du concept de contre-transfert – qui a contribué à l'extension des indications d'analyse – la prise en compte de l'implication de l'analyste dans la décision thérapeutique devient centrale, à travers la notion « d'indication d'analyste », ou bien à travers celle du « désir de l'analyste », préalable essentiel aux possibilités d'un travail analytique (sous-chapitre III.2. « Fondements théoriques de la décision liés à l'analyste », p. 101-109). Enfin, la relation patient-analyste est articulée à la décision thérapeutique, considérant des niveaux topiques différents de celle-ci : soit à travers l'alliance de travail, soit à travers la relation de « base » (ou transféro-contre-transférentielle) sous-tendant des potentialités transférentielles (sous-chapitre III.3. « Fondements de la décision thérapeutique liés à la relation patient-analyste », p. 110-118). Dans un deuxième temps, les fondements de la décision thérapeutique sont considérés dans la pratique clinique, à travers les résultats de recherches et d'études psychanalytiques. Entre une

perspective de recherche qui vise à identifier des facteurs prédictifs de processus et de résultats, et des études cliniques témoignant de ce qui fonde la décision de l'analyste s'appuyant sur son expérience clinique, un troisième courant de recherches tente de rendre compte des parts « rationnelles » ou « théoriques » tout autant que « subjectives » de l'élaboration de la décision thérapeutique, en utilisant l'analyste comme « observateur interne » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis, Braconnier, Hanin, Lancrenon & Widlöcher, 2004). La présente étude doctorale s'inscrit dans ce troisième courant (sous-chapitre III.4. « Décision dans la pratique : apports des études et des recherches, p. 118-131).

Pour étudier l'influence du contexte culturel (chapitre IV, p. 133-176) sur les pratiques des premiers entretiens, il est nécessaire de considérer les particularités de l'implantation et des développements de la psychanalyse en France et au Québec, ainsi qu'aux Etats-Unis, puisque les analystes québécois bénéficient d'une influence double des courants psychanalytiques français et états-uniens (sous-chapitre IV.1. « Histoire de l'implantation et des développements de la psychanalyse : aux Etats-Unis, en France et au Québec, p. 134-148). L'examen de ces particularités permettent de dessiner des « lignes de contrastes » entre les développements théoriques de la psychanalyse « états-unienne » et « française » : entre l'absorption par la médecine et la marginalité ; entre la place privilégiée accordée au pragmatisme ou la métapsychologie ; et entre l'orientation préférentielle vers l'interpersonnel ou l'intrapsychique. Il s'agit d'une description des paysages analytiques états-uniens et français par contraste, qui ne présente que les points de vue les plus divergents, et ne signifie pas la réduction de la richesse et de la complexité de ceux-ci. Quant au contexte québécois, il ne m'apparaît pas possible de caractériser un point de vue majoritaire. Certes des courants anglophones et francophones se distinguent, mais il me semble qu'à l'intérieur de chacun de ces courants se dessine une certaine hétérogénéité, du fait des croisements d'influences et probablement aussi du fait d'un trait culturel favorisant la conciliation de points de vue multiples (sous-chapitre IV.2. « Divergences des développements institutionnels et théoriques », p. 148-162). L'insertion de la psychanalyse dans des contextes culturels différents favorise ou non des applications psychothérapiques plus codifiées, et une pratique des premiers entretiens plus évaluative. Les considérations théoriques sur la relation patient-analyste, conjointement aux données d'un contexte culturel donné, peuvent tendre à la contractualisation de la relation comme celle entre un « client » et un « pourvoyeur de service ». Enfin, les représentations de l'analyse véhiculées dans un contexte culturel donné influencent en partie celles de l'analyste et du patient (sous-chapitre IV.3. « Implications du contexte culturel sur les pratiques », p. 162-176).

La présente étude doctorale vise principalement à mettre en lumière le cheminement intérieur de l'analyste au cours du processus d'élaboration de la décision thérapeutique, dans la pratique clinique. L'étude en France et au Québec ne constitue pas une analyse comparative, mais examine les lignes de convergences et de divergences en tentant d'en dégager des hypothèses exploratoires (chapitre V, « Problématique et questions de recherche », p. 179-189). La présente recherche s'inscrit dans une démarche exploratoire et descriptive, s'appuyant sur le discours de l'analyste « observateur interne » de la situation analytique, au moment où il reçoit un nouveau patient (entre deux et cinq entretiens). Quinze entretiens de recherche enregistrés ont été inclus dans l'échantillon d'étude, sept en France et au huit au Québec. Ils ont été réalisés avec des analystes bénéficiant d'un nombre d'années d'expérience clinique varié (de 3 à 37 ans). L'analyse qualitative thématique de contenu a suivi les étapes de la procédure classiquement recommandée (Mucchielli, 1974/1991 ; Bardin, 1977/2007 ; L'Ecuyer, 1990 ; Blais & Martineau, 2006). Les caractéristiques suivantes ont été prise en compte dans l'analyse des résultats : le lieu de pratique (en France ou au Québec), le nombre d'années d'expérience clinique, « l'identité professionnelle » (déclarée par le clinicien, « psychanalyste » ou « psychothérapeute psychanalytique »), et la référence théorique principale (chapitre VI, « Méthodologie », p. 191-208). L'analyse qualitative thématique de contenu, du discours des analystes rendant compte de leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, a permis d'éclairer la question centrale de recherche, comme les questions plus spécifiques (chapitre VII, « Présentation des résultats », p. 209-296). La discussion des résultats (chapitre VIII, p. 297-328), au regard de la littérature et des résultats de recherches antérieures, amène à considérer la portée des résultats, avant d'ouvrir sur des perspectives de recherches futures qui concluent la présentation du travail de thèse.

Certains aspects permettraient des développements plus conséquents, mais le style choisi ici est de rester centré autour du thème précis de recherche. La question des premiers entretiens croise en effet de nombreux enjeux théoriques qui font débats, comme notamment : les possibilités d'évaluation face à l'incertitude propre à la méthode analytique, et à « l'avant-coup » des processus qui se mettront potentiellement en place ; la définition de la nature du travail analytique qui s'engagera ; l'étendue des aménagements du cadre analytique, considérant le risque de distillation des spécificités analytiques ou au contraire la nécessaire adaptation face à l'évolution de la qualité des troubles psychiques ; ou en encore la question de la fin de l'analyse et les différents théoriques quant à ses « buts ». Néanmoins, sans les développer de manière extensive, j'ai essayé de rendre compte aussi fidèlement que possible

de la façon dont les enjeux théoriques, qui dépassent le propos de la présente recherche, rencontrent la question spécifique des premiers entretiens. Par ailleurs, les références bibliographiques incluent les travaux publiés jusque 2012. En effet, après une interruption, la reprise du travail de thèse a été consacrée à l'analyse des résultats et à la rédaction du compte-rendu de recherche.

La présente étude doctorale s'inscrit dans un courant considérant que les processus analytiques peuvent constituer un objet de recherche – recherche sur la psychanalyse (Emmanuelli & Perron, 2007) – et prend soin par ses choix méthodologiques de respecter autant que possible leur singularité, leur spécificité et leur richesse. Elle vise à explorer, de manière qualitative, *le processus d'élaboration de la décision thérapeutique de l'analyste* dans la pratique clinique, en rendant compte autant que possible des parts explicites et implicites de son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens. A cette fin, elle s'appuie sur le discours de l'analyste – observateur interne de la situation analytique – témoignant de sa pratique au moment des premiers entretiens, c'est-à-dire dans l'avant-coup du destin que prendra la rencontre entre un analyste et un patient donnés. Plus spécifiquement, elle cherche à mettre en lumière : l'existence d'une *trame d'écoute* spécifique aux premiers entretiens, préétablie plus ou moins implicitement ; les caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste dans ce moment particulier ; et les fondements de la décision thérapeutique *du côté de l'analyste*, c'est-à-dire la décision de proposer de s'engager dans un travail analytique avec un patient donné. De plus, par un apport original, elle interroge l'influence du contexte culturel, en France ou au Québec, sur la pratique des premiers entretiens.

Première partie : CONTEXTE THEORIQUE

I. PRATIQUE DES PREMIERS ENTRETIENS

Les premiers entretiens constituent un moment inaugural et singulier du processus analytique, qui lui confère le statut d'objet de recherche isolé du reste du processus (Lasvergnas, 1994). Freud – dans Le début du traitement (1913a/2002) – compare en effet l'analyse à une partie d'échec où seuls le début et la fin peuvent être décrits du fait de leurs caractéristiques intrinsèques, alors que le processus entre ces deux moments est bien trop complexe et variable pour pouvoir l'être. Pour autant, s'il formule quelques principes généraux, il précise qu'il vaut mieux « […] toutefois n'énoncer ces règles qu'à titre de "conseils", sans en exiger la stricte observance » (Freud, 1913a/2002, p. 80).

Des auteurs soulignent que la question des entretiens préliminaires n'occupe qu'une place restreinte dans la littérature psychanalytique au regard d'autres thèmes (Reid, 1994 ; Hanin, 1996 ; Roger, 2001 ; Reith et coll., 2012). Ce constat peut apparaître surprenant face à leur caractère courant et à l'importance qu'on leur prête : ils sont réputés contenir tous les éléments, du moins en germe, qui se développeront comme la problématique centrale dans la cure (Quinodoz, 2002/2008). Ils comportent des enjeux du point de vue technique, mais aussi du point de vue éthique dans la responsabilité d'engager un travail très impliquant, tant du côté du patient que de l'analyste. Comme le souligne Dufresne, « le premier entretien ou entretien préliminaire constitue presque toujours la rencontre la plus délicate et la plus intense, la plus cruciale aussi que nous puissions avoir avec un éventuel analysant » (1994, p. 85).

I.1. Définitions et fonctions des premiers entretiens

I.1.1. Terminologie

Les premiers entretiens, terme retenu dans la présente étude, désignent les premiers temps d'une rencontre entre un patient et un analyste, sans présager si celle-ci deviendra analytique à proprement parler. Le pluriel a été préféré au singulier car ils sont généralement plus d'un dans la pratique. Les auteurs s'accordent pour fixer le nombre de premiers entretiens entre un et cinq environ. Un seul s'avère suffisant lorsque l'analysant potentiel est déjà informé de la psychanalyse et qu'il a mûri son projet avant de rencontrer l'analyste. La multiplication des

entretiens préliminaires en vue de voir la demande s'élaborer est risquée, car le patient craint toujours d'être rejeté, et les transferts qui s'établissent restent ininterprétables compte tenu du contrat qui n'est pas encore établi clairement (Nachin, 2004). Les auteurs qui parlent du premier entretien précisent en effet toujours que c'est une entité qui en contient un nombre variable. Suivant Klauber, « c'est un problème organisationnel et technique que de décider du temps à consacrer à une consultation. Dans une certaine mesure, cela peut dépendre du goût et du tempérament du consultant, et, dans une moindre mesure, des possibilités et des besoins du patient » (1981/1984, p. 163).

Dans la littérature, les premiers entretiens peuvent être nommés : consultations, entretiens préliminaires, premières rencontres. Chacune de ces appellations soulève déjà la perspective donnée à ce moment particulier. Le terme de consultation renvoie à l'idée d'un expert, détenteur d'un savoir, qui évalue et propose un traitement. Il peut également désigner l'analyste qui ne sera pas celui qui poursuivra le travail avec le patient, ce qui implique un cadre différent de celui où l'analyste est celui susceptible de s'engager dans l'analyse. Le terme d'entretiens préliminaires, quant à lui, sous-tend l'issue de ceux-ci : ils précèdent l'engagement d'une psychanalyse ou d'une psychothérapie psychanalytique avec l'établissement éventuel d'un contrat analytique. La fin de la période préliminaire correspondrait alors à l'entrée dans la situation analytique. Or, certains auteurs estiment impossible de définir la limite entre ces entretiens et le début du traitement, la situation analytique pouvant commencer ou se mettre en place avant l'établissement du contrat. Ainsi selon Nacht, la phase du début du traitement commence dès les entretiens préliminaires, avant même de savoir quelle suite donnée à ceux-ci, car « […] une relation transférentielle s'ébauche déjà : les bases de ce que nous appelons "la situation analytique" sont déjà posées » (1960, p. 6). La qualification de préliminaire devient alors relativement impropre. Enfin, le terme de rencontre peut prêter à confusion. En effet, si l'on considère la rencontre analytique avec l'ensemble des enjeux qu'elle implique, rien ne présage qu'elle ait lieu lors des premiers entretiens. Mais dans son acception, Donnet donne une définition de la rencontre qui correspond à celle accordée ici aux premiers entretiens. Il la désigne comme « […] ce qui se joue entre un demandeur et l'analyste auquel il s'adresse, depuis la première prise de contact, jusqu'à l'accord – ou le non accord – pour un engagement réciproque dans un travail analytique. Ainsi définie, la rencontre peut consister en un ou plusieurs entretiens » (Donnet, 2005, p. 190).

Dans la présente étude, il a été choisi d'examiner la pratique des premiers entretiens quelle qu'en soit leur conclusion : l'engagement dans un travail analytique, la poursuite d'un travail

préliminaire ou « pré-psychanalytique », ou encore le refus – du demandeur ou de l'analyste – de leur donner une suite. En effet, il s'agit d'examiner le processus d'élaboration de la décision thérapeutique dans la pratique, et non pas seulement ce qui présiderait au succès d'un travail analytique. Par ailleurs, j'aurais pu choisir le pluriel – les pratiques – car la pratique des premiers entretiens varie en fonction de différentes variables, comme nous l'envisagerons ensemble (voir I.4.2. « Variations du cadre des premiers entretiens »).

I.1.2. Caractéristiques et enjeux propres aux premiers entretiens

Les premiers entretiens se distinguent des séances à plusieurs égards. Le premier entretien constitue un moment inaugural, chargé d'angoisse en ce qu'il ouvre sur l'inconnu, autant du côté de l'analyste que de l'analysant potentiel (Tanguay, 1994b ; Nachin, 2004).
Ils correspondent tout d'abord au moment où l'analyste « […] reçoit la demande d'un inconnu qui s'adresse à lui pour être soulagé d'une douleur qui peut s'exprimer autant par un mal de vivre que par des symptômes embarrassants » (Tanguay, 1994a, p. 7). L'ensemble des auteurs s'accordent sur la prise en compte de l'élaboration de la demande au cours des premiers entretiens. Le terme classique est celui de « demande d'analyse », auquel Donnet lui préfère celui de « demande adressée à l'analyste » en ce qu'il renvoie implicitement à la diversité des cadres, des sites proposés, ainsi qu'à l'importance du choix de site qui découle des rencontres préliminaires. Lacan fait de la « demande d'analyse » un des concepts fondamentaux de sa théorie : celle de la demande adressée au sujet supposé savoir, condition nécessaire aux possibilités d'engager une analyse. Hollande (1983) explicite l'évaluation qualitative de la demande : elle doit contenir en tout premier lieu la reconnaissance d'une souffrance psychique, liée à un conflit interne dont la personne ignore les causes. « Pour Piera Aulagnier, cette reconnaissance d'une méconnaissance fait surgir la dimension de l'inconscient et ouvre l'entretien sur un espace qui est déjà analytique. Une misère banale n'est pas, en elle-même, une indication d'analyse, pas plus qu'une souffrance psychique qui serait entièrement projetée sur le monde extérieur (même sur un mode non délirant) » (Hollande, 1983, p. 6). Hollande considère là l'indication de cure-type. Quinodoz, témoignant de sa pratique avec des patients « hétérogènes »[1], observe qu'il y a d'avantage de patients qu'on ne pense qui peuvent bénéficier d'une analyse. Elle considère qu'il revient à l'analyste d'entendre la demande inconsciente ou préconsciente au-delà de la demande manifeste, de psychothérapie par

[1] C'est-à-dire utilisant à la fois des mécanismes névrotiques et psychotiques (Quinodoz, 2002/2008).

exemple, « souvent, les personnes qui nous consultent vivent sans tenir compte de leur monde interne et du rôle que joue l'inconscient. Elles ont besoin que l'analyste entr'ouvre une porte ouvrant sur ce monde dont elles ne soupçonnent pas l'existence, pour en découvrir la présence en elles-mêmes » (Quinodoz, 2002/2008, p. 123). Les premiers entretiens constituent alors le lieu du processus d'élaboration de la demande du patient.

Au-delà de la question d'une technique propre aux premiers entretiens, certains auteurs considèrent qu'ils sont de fait hors cadre car deux règles fondatrices – celle de l'association libre et de l'attention flottante – n'ont pas pu être énoncées et acceptées (Dufresne, 1994). A cela s'ajoute une particularité majeure de ce temps préliminaire qui repose sur la nécessité de conclure, de nous compromettre dit Dufresne (1994), en donnant une réponse. L'écoute de l'analyste est en effet nécessairement différente de celle lors des séances, de par la possibilité du refus qui l'habite : l'analyste peut accepter ou non de s'engager avec un patient. « Sauf à exclure par avance et par principe la virtualité du refus, il est impossible de soutenir que l'analyste se trouve d'emblée et véritablement en position d'analyste : la rencontre *n'est pas* psychanalytique, elle peut le devenir à travers l'élimination du refus » (Donnet, 2005, p. 191-192). Que le processus analytique s'engage ou pas, les premiers entretiens aboutissent à une décision de l'analyste et du patient de la suite à donner à leur rencontre (Quinodoz, 2002/2008). De nombreux auteurs insistent sur la réciprocité de celle-ci. Il s'agit d'offrir la possibilité au patient d'expérimenter ce qui peut se passer dans la relation entre lui et l'analyste dans le cadre proposé, afin qu'il puisse prendre une décision. Parallèlement, l'analyste questionne son engagement dans cette relation.

Les premiers entretiens présentent aussi la particularité d'être limités dans le temps, et de leur dynamique propre, sur une période définie, peut découler une technique spécifique. Ainsi, des auteurs comme Lieberman (cité par Etchegoyen, 1986/2005), attachent de l'importance à l'évolution au cours des premiers entretiens. Une façon de structurer les premiers entretiens consisterait alors à les penser au nombre de trois : le deuxième permettant d'apprécier comment le patient a régi au premier, et le troisième ne se justifiant, d'après Nachin (2004), que si le début de l'analyse est envisagée de façon proche. Nachin suggère qu'avec les patients qui paraissent difficiles, le deuxième entretien permet deux types d'intervention : d'une part en interrogeant les difficultés vitales, séparations et deuils éventuels que le patient n'aurait pas évoqués jusque-là ; d'autre part en sollicitant le patient au sujet d'un rêve et de la première anecdote qui lui vient à l'esprit, ce qui permettrait de comparer la position du patient dans l'entretien, dans le rêve et dans l'anecdote. Comme Etchegoyen, Nachin évoque la

possibilité de faire une interprétation et d'apprécier ce que le patient en fait, ou non, lors du troisième entretien.
Par ailleurs, dans la pratique, certains analystes choisissent de ne pas faire payer le premier entretien considérant que le contrat analytique n'est pas encore établi.

I.1.3. Mise en place de la situation analytique

Les premiers entretiens ont pour fonction de mettre en place un cadre adapté au patient permettant le travail : de construire une situation analytique. Cette mise en place étant progressive, distinguer les premiers entretiens du début du travail analytique s'avère une tâche difficile voire impossible. Baldacci rappelle que « […] si la rencontre entre un psychanalyste et un patient porte toujours les stigmates d'une autre rencontre, une rencontre originaire, elle n'en est pas pour autant psychanalytique d'emblée : elle doit au préalable devenir les premiers temps d'un processus qui sera fait de réactions en chaîne, de mise en abîme pouvant conduire à des séries de scènes antécédentes, et peut-être permettre ainsi de rencontrer l'aléatoire du futur » (2009, p. 1649). Le devenir analytique de la rencontre ne se dévoile que dans l'après-coup.
Pour certains auteurs la situation analytique, dans son sens restreint, renvoie aux règles qui organisent le travail de l'analysant et de l'analyste. Freud (1912b/2002) définissait le cadre analytique par : la règle fondamentale de l'association libre, l'usage du divan, l'échange de temps et d'argent (fréquence, durée des séances et périodes de vacances). Pour d'autres comme Lagache (cité par Nachin, 2004), elle est entendue dans un sens plus large et correspond à l'ensemble des conditions matérielles et psychologiques dans lesquelles les séances d'analyse se déroulent. Une autre perspective permet d'affiner la définition selon que la situation analytique est observée du dehors ou bien en fonction du nouvel espace trouvé-crée entre l'analysant et l'analyste, appliquant les idées de Winnicott sur l'aire transitionnelle à la situation analytique. Ainsi, M. et W. Baranger ont contribué à élargir la notion en considérant le couple patient-analyste : « on ne doit pas imaginer la situation analytique comme mettant en scène un analysant face à un personnage indéfini – en fin de compte face à lui-même –, mais comme une situation où analyste et patient forment un couple inextricablement lié et complémentaire et participent à un même processus dynamique » (1961/1985, p. 1543). Ils considèrent alors la situation analytique comme un champ bidirectionnel se structurant sur les fantasmes inconscients de l'analyste, de l'analysant, et de

ceux construits dans la relation de couple. Reik (1935/2001) évoque l'analyse comme la rencontre de deux inconscients. Selon Bokanowski, « le travail analytique étant un travail à deux, il implique qu'il ne peut se réaliser de façon satisfaisante qu'à la condition d'une mise en action et d'une rencontre du fonctionnement psychique des deux protagonistes, mise en action et rencontre qui permettent, dans une action conjointe, d'aboutir à l'interprétation, à l'élaboration interprétative et à la perlaboration » (1998, p. 47). Pour Urtubey (2002) c'est plus qu'un couple, c'est une relation avec un tiers : un espace commun aux deux, tissés par leurs inconscients. L'analyste relève les fantasmes et affects transférentiels du patient, les siens, mais aussi ceux qui découlent de la réunion des deux participants dans la relation analytique.

Donnet (1995/2002, 2005) distingue situation analytique et situation analysante. Il propose la notion de site analytique qu'il définit par l'ensemble hétérogène d'éléments qui forment une géographie préalable : le dispositif et les conventions coutumières, les principes de méthode, la position de l'analyste incluant son contre-transfert « fonctionnalisable », la théorisation analytique, et même les représentations socio-culturelles de la psychanalyse dans une conjoncture donnée. La situation analytique correspondrait ainsi à l'ensemble de ce qui constitue l'offre d'analyse. La situation analysante quant à elle « […] résulte, aléatoirement, de la rencontre suffisamment adéquate du patient et du site. Elle implique l'utilisation subjectivée, en trouvé-créé, des ressources du site et de leur configuration singulière par l'analysant » (Donnet, 2005, p. 19)**.** Les premiers entretiens ouvrent alors la voie des possibilités d'un travail analytique par la mise à l'épreuve de la situation analytique et de l'utilisation que le patient peut en faire.

I.2. Dilemme entre investigation et transfert

Les possibilités d'une démarche dépendent de sa méthode, les unes ne se pensent pas sans l'autre. La technique des premiers entretiens varie d'une démarche d'investigation des chances de succès ou d'échec du traitement, à celle de la mise à l'épreuve de la situation analytique avec ses enjeux transférentiels. Elle s'appuie respectivement sur une méthode : propre à ce moment, ou au plus près de celle des séances d'analyse. Mais, comme nous l'avons vu précédemment, la problématique du refus inhérente aux premiers entretiens impose de ne pas laisser le transfert s'installer – autant que faire se peut – avant que la décision thérapeutique soit élaborée. Le titre retenu – « Le dilemme : investigation et transfert » – est

emprunté à une formulation de Baldacci et Bouchard (1998), qui articulent de façon remarquable le dilemme jamais complètement résolu que posent les premiers entretiens, ce que nous examinerons à la fin de ce sous-chapitre.

I.2.1. Place de l'investigation

La démarche d'évaluation sous-tend l'existence d'une technique particulière aux premiers entretiens, se distinguant de la séance d'analyse : il s'agit d'investiguer les possibilités de travail analytique. La préoccupation de l'évaluation tient aussi à la responsabilité éthique d'engager un traitement. La question des débuts croise alors celle d'une fin possible : comment évaluer les possibilités de conclure l'analyse ? Ou encore les bénéfices que le patient serait susceptible d'en tirer ? Il ne s'agit pas dans le cadre de la présente étude de développer les théorisations sur la fin de la cure, mais d'en indiquer quelques lignes directrices en ce qu'elles conditionnent l'écoute de l'analyste, et la façon dont il élabore sa décision thérapeutique au cours des premiers entretiens. Les conceptions de ce qui est nommé les buts de l'analyse diffèrent selon les auteurs. Elles démontrent une grande diversité et sont même à l'origine de débats animés dans la communauté psychanalytique internationale. Je tenterai simplement, et de façon schématique par l'illustration de deux perspectives, de montrer deux pôles de ces conceptions : entre les buts « thérapeutiques » et les buts « psychanalytiques », repris couramment dans la littérature, et faisant référence au travail initial de Ticho (1972) (membre du Projet de recherche en psychothérapie de la Fondation Menninger). Une première perspective correspond à considérer les buts « thérapeutiques ». Ainsi Renik, par exemple, les considère comme l'objectif immédiat et explicite du travail clinique, « […] je considère l'accroissement de la satisfaction et la diminution de la détresse dans la vie du patient non seulement comme l'objectif du travail analytique, mais aussi comme le critère définitif permettant d'évaluer son résultat » (Renik, 2001, p. 112). Le traitement analytique vise alors la guérison des symptômes et une plus grande conscience de soi afin d'améliorer la qualité de vie. L'autre perspective considère dommageable au processus analytique de considérer ces buts « thérapeutiques », et tente de définir ce que pourraient être les buts « psychanalytiques ». Suivant la conception freudienne reprise et développée par Lacan, la guérison advient de surcroît – avec toute l'ambiguïté que le terme contient –, et l'analyste doit renoncer à toute représentation-but y compris celle de viser la guérison de son patient. La méthode, pour atteindre les processus qu'elle vise, procède ainsi

de façon disjointe de ses résultats potentiels. Brusset propose comme but de l'analyse « […] le changement topique et la prise de conscience de l'inconscient pulsionnel refoulé ou clivé mais toujours subversif qui dessaisit le sujet de la conscience de ses évidences, et qui est activement maintenu hors de la conscience par les contre-investissements » (Brusset, 2000, p. 111). Il s'agit, toujours selon Brusset, d'obtenir des changements structurels par la mobilisation topique, dynamique et économique qui donne son pouvoir de transformation à l'interprétation. Il apparaît que selon leurs pratiques cliniques, les analystes développent des définitions propres de ce que pourraient être les buts de l'analyse.

Trois courants se dessinent quant à l'investigation diagnostique, considérée : comme indispensable et même un des buts des premiers entretiens, comme utile à minima, ou enfin comme pas nécessaire et même néfaste.

D'une part la démarche diagnostique – plus proche de la première perspective considérant les buts « thérapeutiques » – cherche à mesurer l'adéquation de la méthode analytique en fonction du diagnostic, ce qui correspond aux premières conceptualisations de l'indication d'analyse : l'analysabilité repose alors sur la corrélation du diagnostic au pronostic de réussite du traitement qui conduit à une prescription (Analysabilité : développé Chapitre III. « Fondements de la décision thérapeutique »). Ainsi selon Bleger (cité par Etchegoyen, 1986/2005), l'établissement d'un diagnostic psychologique, indispensable à la décision thérapeutique, constitue l'objectif des premiers entretiens. Klauber (1981/1984) estime que compte-tenu de son but – l'établissement d'un « plan d'action » – la première consultation doit privilégier le fonctionnement conscient du Moi : il convient de se mettre d'accord avec le patient sur les objectifs du traitement. Liberman (cité par Etchegoyen, 1986/2005) ajoute à l'analysabilité la possibilité d'évaluer les attentes du patient. Ainsi « l'analyste fixera tout d'abord le critère d'analysabilité de cette personne par rapport à lui-même ; quant au futur patient, il aura, à l'issue de l'entretien, une expérience qu'il pourra, le moment venu comparer avec la séance afin de se faire une première idée de la méthode psychanalytique. L'entretien nous permet donc d'évaluer ce que nous pouvons attendre de l'analysant potentiel, et, réciproquement, ce qu'il exigera de nous » (Etchegoyen, 1986/2005, p. 58). Hollande (1983), quant à lui, articule la nécessité de prendre en compte les critères structurels psychanalytiques, avec la responsabilité de l'engagement qu'implique la décision d'entreprendre un travail analytique, et avec les aménagements techniques nécessaires liés à la structure psychique. Néanmoins, il rappelle que cette évaluation tient compte de la part d'incertitude relative à la prévision de l'analysabilité.

D'autre part, considérons le courant qui défend l'idée qu'une évaluation diagnostique a lieu, et qu'elle est utile à minima. Celle-ci n'intervient pas de façon déterminante dans la décision : il n'est donc pas nécessaire de l'établir de façon sûre avant d'initier le travail. Ainsi, Donnet (1994) et Diatkine (2006) considèrent qu'il importe de spécifier le diagnostic pour les pathologies « trop graves » ou « extrêmes » pour la psychanalyse, qui pourraient amener à considérer une contre-indication. Fenichel (1941/1999) soutient qu'une certaine élaboration du cas est nécessaire, utilisant : la symptomatologie, l'impression générale de la personnalité et du comportement, et des souvenirs d'enfance. Elle sert de cadre mais il souligne qu'elle est modifiée au cours de nouvelles expériences. Il est en effet rare de pouvoir réaliser un diagnostic structurel en seulement quelques entretiens. Landman (2009) estime que même si le mot d'évaluation lui déplait, on ne peut pas refuser totalement cette idée. Il suit en cela les considérations de Hollande (1983) quant à la nécessité d'évaluer la possibilité d'un travail pour le patient, mais aussi celle de l'engagement de l'analyste. Il précise que « nous savons bien que, même si nous évitons de faire d'emblée un diagnostic de structure, il nous arrive de penser, de savoir immédiatement que telle personne est aux prises avec une structure psychotique ou perverse. Ce n'est toutefois le plus souvent que dans la phase de nouage du transfert que se révèle la structure ; ce moment conclut alors, dans la plupart des cas, cette phase préliminaire » (Landman, 2009, p. 94).

Enfin, envisageons les auteurs qui considèrent que la question diagnostique n'a pas d'intérêt, voire qu'elle va à l'encontre de la fonction des premiers entretiens. Un premier argument consiste à s'appuyer sur le fait que l'indication d'analyse est transnosographique : la visée diagnostique n'est donc surtout pas recherchée car non pertinente (Reid, 1994). Un autre argument repose sur les implications techniques de la démarche d'investigation, contraire à la méthode analytique. Comme le rapporte Dufresne (1994), certains auteurs ou instituts préconisent une étude exhaustive de la biographie du patient, de ses accomplissements amoureux, sexuels, professionnels et sociaux, ainsi que de ses réactions devant les conflits, les pertes et les deuils. L'inconvénient majeur souligné par Dufresne est, à travers l'interrogatoire nécessaire à l'entreprise, de dévoiler les principaux champs d'intérêt de l'analyste qui perd ainsi son caractère neutre d'écran de projection, et coupe court aux associations libres et projections spontanées du patient. Un autre inconvénient est de laisser croire au patient que par la suite l'analyste continuera de questionner et de diriger, et ainsi risquer une grande déception, en laissant le patient se décider quant à l'engagement dans un travail analytique à partir d'un préalable loin de la logique analytique. De plus, tout investiguer peut cacher ce qui aurait pu être omis et le sens latent qui l'accompagne. Pour remédier à cela, des auteurs

proposent que l'évaluation soit faite par quelqu'un d'autre que l'analyste potentiel. Mais dans ce cas c'est omettre que le site analytique[1] inclus la personne même de l'analyste.

C'est ce dernier argument – de la démarche d'investigation contraire à la méthode analytique – qui justifie l'utilisation d'une méthode au plus près des séances d'analyse. Si une évaluation a bien lieu, elle porte sur les capacités du patient d'utiliser la situation analytique qui lui est proposée. Freud (1913a/2002) dans Le début du traitement préconisait en effet le traitement *d'essai*. Durant une à deux semaines avec les patients qu'il connait encore peu, il constituait selon lui la seule façon d'évaluer l'indication de la psychanalyse. En appliquant la méthode elle-même « on se borne, de cette façon, à effectuer un sondage permettant de mieux connaître le cas et de décider s'il se prête ou non à une psychanalyse » (Freud, 1913a/2002, p. 81). Ces premiers entretiens constituent déjà selon lui un début d'analyse, et doivent ainsi en respecter toutes les règles. Il n'en exclut pas la fonction de faciliter le diagnostic, sans pour autant être une méthode absolument sûre pour se faire un jugement. Le traitement d'essai évoluera pour devenir les « entretiens préliminaires », en face à face et non plus sur le divan. A l'opposé, Liberman (cité par Etchegoyen, 1986/2005) défend l'idée de la nécessité d'une « expérience contrastante » entre ces deux temps, afin que le patient comprenne la singularité, dans l'analyse, des interprétations transférentielles. Mais si la méthode est « contrastante », le patient n'a alors aucun moyen d'évaluer si la méthode analytique lui convient avant de s'engager.

I.2.2. Place du transfert

Pour qu'un patient puisse faire l'expérience de la méthode analytique, il convient que les premiers entretiens le lui permettent d'emblée. Quinodoz (2002/2008) se demande en effet comment permettre à un patient de choisir une psychanalyse alors même que, dans une grande partie des cas, il ne sait pas en quoi cela consiste ou seulement intellectuellement ? Les explications rationnelles sur la nature de l'inconscient ou de l'analyse n'étant pas pertinentes dans ce contexte, il s'agit de permettre au patient d'expérimenter ce qui peut se passer dans la relation entre lui et l'analyste. « Il a besoin, pour découvrir ce qu'est une psychanalyse, de le ressentir lui-même de l'intérieur dès les entretiens préliminaires. La prise de conscience peut alors entraîner l'adhésion de toute sa personne, et lui permettre de prendre une décision »

[1] Voir définition p. 28

(Quinodoz, 2002/2008, p. 122). Il s'agit en quelque sorte que le patient pressente ce que veut dire « transfert ». Il n'est ainsi pas question de réaliser une anamnèse, comme l'explicite Quinodoz, « ce qui est important, c'est la façon dont ces informations viennent spontanément à la conscience du patient et dont il nous en parle, afin que nous puissions l'aider à prendre conscience que ces informations ont une signification » (Quinodoz, 2002/2008, p. 123). Ainsi, elle explique que son attitude repose sur une écoute extrêmement attentive des questions qui visent à faire surgir des liens, des chaînons associatifs, c'est-à-dire à faire apparaitre du sens. Renoncer à conduire une anamnèse c'est accepter, pour l'analyste, un temps d'incertitude avant de pouvoir entendre le fonctionnement psychique de son patient, la représentation de son monde interne. Dans la même perspective, Nachin (2004) considère que l'attitude non-directive n'empêche pas des interventions pour faciliter l'expression du patient si l'anxiété est trop grande. Il s'agit de repérer comment le patient exprime sa vie psychique. Il montre que l'entretien, par lui-même, permet de percevoir l'anxiété liée à la rencontre et à la séparation. Selon Dufresne (1994), les premiers entretiens permettent d'évaluer les relations d'objet (au sens fantasmatique), et pour cela trois grands paramètres apparaissent fondamentaux : les premières manifestations du transfert, les productions fantasmatiques et oniriques, et les premiers émois contre-transférentiels de l'analyste. Reid (1994) considère qu'il s'agit de transposer le cadre analytique dans la situation des premiers entretiens, cela permettant au patient d'expérimenter la situation analytique – « vivre la spécificité de la méthode » (Nachin, 2004) – et à l'analyste d'observer les possibilités pour le patient d'utiliser ce cadre.

Si l'évaluation repose sur l'expérimentation de la situation analytique sous-tendue par l'expérience du transfert, cela implique deux questions : la première interroge la place du transfert au cours des premiers entretiens, la seconde celle du risque à laisser s'installer le transfert du fait de la problématique du refus de ce temps particulier.

Le transfert se met-il en place au cours des premiers entretiens ? Est-il déjà là avant même la rencontre ? Glover (1955/1958) distingue les transferts spontanés de ceux qui relèvent spécifiquement de la névrose de transfert, alors qu'Etchegoyen (1986/2005) soutient que le transfert apparaît spontanément et dès le début. Que peut-on qualifier de transférentiel dès les premiers entretiens alors même que la névrose de transfert n'adviendra que plus tard ? Parat (1976, 1982) postule qu'il existerait un double courant transférentiel et contre-transférentiel : d'une part relatif à la névrose de transfert, et d'autre part « doublant la névrose de transfert, précédant souvent son établissement et les contre-mouvements qui guident le choix du maniement technique, il s'établit en effet, à un niveau d'organisation différent, ce qu'on

pourrait désigner par le terme de transfert de base, ou relation de base, qui trouve une correspondance chez l'analyste et d'où celui-ci tire intuitivement les nuances appropriées à tel ou tel patient […], et l'essentiel peut-être des modes d'articulation de sa technique et de sa théorie avec tel sujet particulier » (Parat, 1976, p. 550). Cette relation de base se distingue de l'alliance thérapeutique en ce qu'elle relève de l'infraconscient (suivant l'expression de Parat)[1] et non pas du Moi conscient. Transfert et contre-transfert de base précèdent l'établissement de la névrose de transfert. Le terme de relation transféro-contre-transférentielle permet de distinguer ce niveau de celui de la névrose de transfert. Je souligne ici que Parat désigne le contre-transfert de base comme la disponibilité de l'analyste, précédant la rencontre et permettant que la situation analytique s'instaure. Guillaumin, s'il suggère un noyau très précoce et immédiat de la névrose de transfert dans l'engagement de la cure, considère qu'on ne peut parler de transfert et de contre-transfert que lorsque la cure est engagée (et donc la névrose de transfert établie) : « […] l'engagement d'une cure donnant d'ailleurs aussi, mais seulement *dans l'après*-coup, valeur de "transfert" à tous les déplacements projectifs qui ont pu lui être adressés avant le commencement de la cure » (Guillaumin, 1998, p. 138). Il ne retient pas les termes de pré-transfert et de pré-contre-transfert car, dit-il, « […] je crois nécessaire de bien distinguer clairement des tous premiers états du transfert et du contre-transfert en situation analytique les mouvements de déplacement projectifs "de type transférentiel", qui de façon permanente mais disparate autant que dispersée, existent dans toute situation possible *précédent ou non la mise en place d'une* analyse, aussi bien dans la vie courante que dans les pratiques professionnelles » (Guillaumin, 1998, p. 201). Dans ce sens, il s'accorde à la position théorique de Parat qui différencie deux niveaux transférentiels.

Quant à la seconde question, il conviendrait pour évaluer les risques pris, de pouvoir repérer le moment de nouage du transfert et donc celui du début de l'analyse. Donnet (2005) discute du « début définissable indéfinissable » de l'analyse, et explique qu'un début défini implique la conjonction de la matérialité des séances avec la réalité psychique du processus, en même temps qu'il faut reconnaitre leur inévitable disjonction: l'au-delà des séances. Il propose de faire valoir deux pôles contrastés pour discuter le début de l'analyse : « […] l'un correspond à la situation […] dans laquelle la décision d'instauration ne fait qu'entériner l'amorce processuelle née de et dans la rencontre qui se prolongera dans et par les séances. On va commencer par*ce qu'on a déjà commencé, pour que ça continue* ; à l'autre pôle, le pari

[1] Le niveau infraconscient – non conscient mais parfaitement perçu – renvoie à un mode d'investissement où les « […] vécus affectifs et les échanges préverbaux occupent la première place » (Parat, 1976, p. 550).

qu'implique la décision est plus aléatoire, l'indication est posée à distance de ce qui s'est passé pendant la rencontre et repose sur une évaluation médiate. Le projet table donc surtout sur la dynamique propre de l'instauration, l'utilisation du site, la tenue de la durée : On va *commencer parce que ça n'a pas commencé, pour que ça commence* » (Donnet, 2005, p. 194). La rencontre analytique est ainsi à la fois en quête de sens processuel et d'un cadre, simultanément. L'impossibilité de repérer – dans l'avant-coup – le moment du nouage transférentiel, et donc le risque qu'il advienne avant la décision de la suite à donner aux premiers entretiens, fait dire à Donnet que ces derniers constituent un essai « […] qui doit prendre son temps, aussi court que possible […] » (Donnet, 2005, p.12).

I.2.3. Dilemme jamais complètement résolu

Nous avons examiné ensemble deux positions opposées : celle d'une évaluation diagnostique et celle de la mise à l'épreuve de la situation analytique, autant pour le patient que pour l'analyste. Baldacci et Bouchard interrogent : « entre ces deux pôles, il apparaît opportun de développer une technique d'évaluation suffisamment brève. Mais le problème se pose sur un mode aporétique puisqu'il conviendrait de mesurer l'aptitude au transfert dont il faudrait simultanément limiter l'émergence … » (Baldacci & Bouchard, 1998, p. 13). Dufresne (1994) se demande comment concilier une écoute silencieuse avec une évaluation suffisante. Selon lui, seules quelques questions suffisent à relancer le discours du patient et à introduire des thèmes essentiels. Il n'y a finalement que deux questions essentielles, et du reste implicites à la rencontre : qu'en est-il de votre souffrance qui vous amène ? Comment vous représentez-vous l'aide qu'on pourrait vous apporter ? Mais Baldacci et Bouchard rappellent la triade analytique qui en fait sa définition : une méthode d'investigation, un traitement et une théorie. Ils soulignent ainsi que « ce qui apparaît donc spécifique c'est bien le lien indissociable entre ces trois niveaux, qui fait qu'à la différence de la démarche médicale, investiguer c'est déjà traiter en fonction d'un savoir en mouvement » (Baldacci & Bouchard, 1998, p. 14). La démarche évaluative ne considère alors qu'un des trois niveaux (niveau de l'investigation), de même que celle qui ne privilégierait que la dynamique transférentielle (niveau thérapeutique). S'appuyant sur les pratiques de consultation faisant jouer un tiers réel pour démontrer leur propos, Baldacci et Bouchard explicitent l'implication du troisième niveau – celui du savoir – entremêlé aux deux autres dans les premiers entretiens : « […] nous pouvons penser que, lorsque cette objectivation n'est pas nécessaire [par le recours à un tiers réel] et qu'une

rencontre exclusivement duelle est possible, c'est que se reconnaît simultanément de part et d'autre une référence au savoir comme tradition susceptible d'être mise en question. Ainsi pourrait jouer le fameux "supposé savoir"[1] et toute l'ambiguïté qui s'y attache. Car il traduit que l'analyste, malgré l'asymétrie de la situation, n'est pas un fétiche incarné mais permet de faire jouer l'illusion nécessaire à la symbolisation et à la subjectivation » (Baldacci & Bouchard, 1998, p. 19). Selon eux, c'est de l'évaluation des possibilités chez le patient à cette « référence tierce » qu'il est possible de penser une indication – avec ses ajustements éventuels – ou une contre-indication. Ils rappellent que Freud invitait les débutants à développer leur technique personnelle. Le dilemme n'étant jamais totalement résolu, et n'existant pas de prescriptions techniques magiques, il revient alors à chaque analyste de développer sa propre pratique des premiers entretiens parallèlement au questionnement continu qu'ils soulèvent.

I.3. Technique prédictive ou Incertitude

A partir des années 1960, comme le rappellent Piper et Ogrodniczuk (1999), des manuels de psychothérapie ont été développés à des fins de recherche et de formation, essentiellement pour les thérapies comportementales. Il s'agissait de standardiser les pratiques psychothérapiques afin de les rendre comparables, notamment quant aux résultats des traitements. Ils concluent que l'adhésion stricte au manuel, quelle que soit l'orientation théorique, diminue les compétences du psychothérapeute. Il est donc préférable de n'envisager que les grandes lignes plutôt que les comportements relatifs à la technique de façon détaillée. Le développement de tels manuels pour les psychothérapies d'orientation psychanalytique a rencontré l'incompatibilité avec les processus en jeu : ni le contenu ni le déroulement des séances ne sont prédéterminés. La nécessité de laisser une place à l'incertitude est inhérente au travail analytique, à l'émergence de processus inconscients et transférentiels. Il est en effet généralement admis que la complexité des processus en jeu ne peut être réduite à un ensemble de règles systématisées. Cette justification prend d'autant plus de poids dans la présente étude où il est question du travail analytique, et non pas de l'application psychothérapique s'inspirant de la théorie analytique. A cela s'ajoute l'argument classique que je ne fais que rappeler, selon lequel la multiplicité des situations cliniques

[1] Se référant à la théorisation de Lacan sur le transfert (Les séminaires Livre XI « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse »).

s'oppose à la formulation d'une loi générale sur « technique » de l'analyste : chaque situation étant unique (Fenichel, 1941/1999).

Ce préalable n'évacue pas pour autant la dialectique entre une technique prédictive et l'imprévisibilité du processus. Elle constitue le corollaire du dilemme entre la démarche d'évaluation et la mise en place du site analytique[1]. En effet, selon le positionnement théorique adopté – favorisant l'un ou l'autre pôle (prédiction-évaluation ; imprévisibilité-transfert) – découle la technique appliquée à la conduite des premiers entretiens.

I.3.1. Technique prédictive

Comme nous l'avons déjà développé ensemble, l'évaluation prédictive est liée à la représentation des « buts » de l'analyse. Elle conduit à une pratique structurée des premiers entretiens visant à pronostiquer l'adéquation de l'indication de psychanalyse.

La structuration des entretiens préliminaires selon une technique définie apparaît plus fréquemment dans la littérature nord-américaine. Il convient de rappeler les liens entre la psychanalyse et la médecine qui teinte l'implantation de la psychanalyse en Amérique du Nord. L'entretien psychiatrique s'inspire dans un premier temps de l'entretien médical. Puis, comme le rappelle Kernberg, sous l'influence de la psychanalyse : « à une série plus ou moins standardisée de questions, s'est substituée une évaluation plus souple des problèmes prédominants, et l'attention s'est portée sur la manière dont le patient comprend ses conflits, et sur le lien qui rattache l'étude de la personnalité à celle de son comportement au cours de l'entretien. […] Whitehorn (1944), Powdermaker (1948), Fromm-Reichmann (1950), et surtout Sullivan (1954) ont été pour beaucoup dans l'évolution de l'entretien psychiatrique centré sur l'interaction patient-thérapeute, vue comme principale source d'information » (Kernberg, 1984/2004, p. 22).

Kernberg (1984/2004) a développé une méthode systématisée d'investigation – l'entretien structural – pour enrichir l'entretien psychiatrique dont l'approche descriptive lui semblait insuffisante pour réaliser des diagnostics différentiels, notamment dans le cadre des troubles graves de la personnalité. En plus des dimensions descriptives et dynamiques, il s'agit selon lui de pouvoir mettre en lumière les critères structuraux. Dans la pratique, l'entretien structural peut être utilisé pour les premiers entretiens de psychothérapie analytique (comme en témoignent dans la seconde partie de cette étude les résultats de recherche). De cette

[1] Voir définition p. 28

évaluation relativement structurée, Kernberg dégage des critères pronostiques liés à des indications pour le traitement. L'entretien structural est axé sur les symptômes, les conflits et la façon dont le patient les traduit dans l'ici-et-maintenant de l'entretien. Nous notons que la relation dont il est question ici – l'interaction patient-thérapeute – est entendue dans sa dimension duelle et actuelle à un niveau conscient, contrairement à la relation transférentielle – duelle mais à un niveau infraconscient[1] – que nous avons examinée précédemment. L'accent mis sur la dimension conflictuelle vise à créer une tension susceptible de révéler l'organisation défensive et structurale prédominante. Ce type d'entretien combine « […] l'examen traditionnel de l'état mental, l'entretien d'inspiration psychanalytique portant essentiellement sur l'interaction patient-thérapeute, et sur la clarification, la confrontation et l'interprétation des conflits d'identité, des mécanismes de défense et de la distorsion de la réalité que le patient laisse voir dans cette interaction, surtout quand ils expriment des éléments identifiables de transfert » (Kernberg, 1984/2004, p. 22). Après avoir exploré les motifs de consultations et les attentes du patient, ce sont les symptômes, problèmes ou difficultés qui sont investigués, toujours selon trois étapes : clarification, confrontation et interprétation d'essai. L'objectif de l'entretien structural se centre sur le diagnostic différentiel : névrose, psychose, organisation borderline. Par exemple, pour le diagnostic différentiel entre une organisation borderline de la personnalité et la psychose, Kernberg suggère que l'interprétation des mécanismes de défense comme le clivage – qui sont communs aux deux types d'organisation psychique – entraine chez les premiers une intégration du moi et l'amélioration immédiate du fonctionnement du patient, chez les seconds une plus grande régression. Véritable démarche d'investigation et d'évaluation, cette pratique a des implications directes dans l'indication du traitement. « L'entretien structural représente ce que l'on pourrait appeler une "seconde génération" de l'"entretien dynamique" qui l'a précédé, et qui témoignait lui-même de l'influence du cadre de référence psychanalytique sur l'entretien diagnostique en psychiatrie descriptive » (Kernberg, 1984/2004, p. 82).

Il pourrait m'être opposé qu'il s'agit là de l'entretien psychiatrique conduit par un analyste et non pas de l'entretien psychanalytique à proprement parler. Néanmoins, j'ai choisi de développer ce type d'entretien dans le cadre de la présente étude en France et au Québec : non seulement du fait de l'influence de la médecine en Amérique du Nord sur les pratiques psychanalytiques, mais aussi du fait de l'observation de l'utilisation de cet entretien structural

[1] Le niveau infraconscient – non conscient mais parfaitement perçu – renvoie à un mode d'investissement où les « […] vécus affectifs et les échanges préverbaux occupent la première place » (Parat, 1976, p. 550).

pour l'évaluation de l'indication de psychothérapie psychanalytique, y compris par le clinicien qui engagera le traitement.

Cette dimension pronostique est d'autant plus présente dans les situations où l'analyste qui conduit les premiers entretiens n'est pas celui qui engagera le travail avec le patient : il a la tâche d'indiquer un traitement. Pour Klauber (1981/1984) le diagnostic psychanalytique tient compte des défenses et des motivations pour permettre de construire une image de la personnalité du patient dont l'origine remonte loin dans son histoire. Il précise que le consultant tient surtout compte « […] de la compulsion à répéter des modèles de relation dans l'analyse et en dehors d'elle, et donne la possibilité de tenter un pronostic sur la manière dont se déroulera l'analyse » (Klauber, 1981/1984, p. 168). Cette évaluation peut évidemment être inexacte mais elle a le mérite de renseigner l'analyste sur certaines des complications possibles, dit-il. Le facteur essentiel à repérer selon lui est la nature de la motivation du patient, au sens le plus large, « son engagement ferme et réaliste par rapport à l'analyse est la condition la plus importante de la réussite » (Klauber, 1981/1984, p. 168). La motivation consciente ne donne qu'une indication partielle de sa motivation inconsciente, souligne-t-il. C'est le désir refoulé qu'il s'agit de déceler et son rapport avec la crise que le patient est en train de traverser. Il précise les étapes qu'il s'agit de franchir pour réaliser une telle évaluation, comme une feuille de route à suivre. La première évaluation concerne le désir de communiquer du patient et sa capacité d'approfondir cette communication. Il faut évaluer les défenses de caractère : « quelques-unes des défenses de caractère du patient […] peuvent être interprétées immédiatement, et l'on notera les réponses du patient. L'évocation de son schéma de vie offre aussi l'occasion de souligner quelques schémas de répétition ou d'équations et d'identifications inconscientes, et d'apercevoir la nature de l'engagement analytique qui peut en résulter » (Klauber, 1981/1984, p. 170). La prise en considération de maladies organiques ne doit pas être négligée, comme signe de crise psychologique ou d'évaluation des points de fixation. Toujours selon Klauber, les commentaires et les interprétations ne doivent pas dépasser les capacités conscientes d'appréciation du moi. Il expose ainsi la marche à suivre à la façon d'un manuel pour guider la pratique de la consultation psychanalytique. Quant à Glover (1955/1958), il aborde de manière concrète des questions techniques rencontrées au cours des entretiens préliminaires. Il propose un certain degré d'intervention, même s'il reste minime, avec un objectif diagnostique : « […] quelques questions pertinentes suffiront habituellement à mettre à jour les symptômes, particularité et conflits […] » (Glover, 1955/1958, p. 22). Dans la perspective de consultations en vue d'adresser le patient, il préconise un examen approfondi, comprenant notamment un diagnostic provisoire et

l'appréciation de la motivation du patient quant au traitement. Il s'agit de repérer les mécanismes de défense, les symptômes et les conflits. Il précise pour chaque groupe nosographique les points essentiels à évaluer pour établir un pronostic du traitement analytique, comme par exemple pour les cas de troubles caractériels psychotiques ou psychopathiques : « […] il faut d'abord estimer au plus tôt, de préférence au cours d'une consultation préliminaire qui ne peut qu'être longue, les types principaux de défense, la dispersion des fixations du moi et le point ou les points focaux de frustration instinctuelle aussi bien passée que présente » (Glover, 1955/1958, p. 298). Pour autant, il souligne les caractéristiques qui différencient la consultation psychanalytique des autres types de consultation : la place laissée au patient pour raconter sa propre histoire, et l'attention accordée à la façon dont il se raconte. Il est à noter qu'il distingue strictement la pratique des premiers entretiens par l'analyste susceptible de poursuivre le traitement où la méthode interrogative d'examen est omise : « il ne sert à rien de rechercher un matériel qui de toutes façons émergera au cours de l'analyse » (Glover, 1955/1958, p. 22).

A travers ces exemples de recommandations techniques liées à une démarche prédictive, nous observons qu'elles correspondent à une évaluation plus généralement centrée sur le Moi conscient et la relation intersubjective, laissant de côté la question des possibilités de la névrose de transfert ou même celle de la relation transférentielle, et celle de l'accès aux processus inconscients.

I.3.2. Incertitude

Les premiers entretiens, même s'ils aboutissent à une décision réciproque de poursuivre ou non un travail analytique, laissent toujours une part d'incertitude. La spécificité de la méthode analytique, laissant une place à la surprise et à l'inattendu afin d'accéder aux processus inconscients (Reik, 1935/2001), impliquent en effet que les premiers entretiens répondent toujours à un scenario imprévisible (Lasvergnas, 1994) : « […] il n'existe pas d'itinéraire, de feuille de route pour l'inconscient » (Reik, 1935/2001, p. 127).

Freud – Les débuts du traitement (1913a/2002) – souligne que le médecin ne peut pas déterminer avec précision ce qu'il arrivera à faire, et qu'il engage un processus qui dans l'ensemble suit son propre chemin. Nachin (2004) rappelle les propos de Freud – « le candidat à l'analyse est un chat qu'on achète dans un sac » – qui remettent en question l'idée répandue chez les psychanalystes selon laquelle les premiers entretiens contiendraient déjà les questions

centrales qui se développeront au cours de l'analyse. En effet, si la majorité des auteurs s'accordent sur la grande richesse des premiers entretiens, leur contenu n'est interprétable qu'après-coup, à la fin du parcours analytique. « Les soubassements inconscients de ce qui est perçu par l'analyste ne peuvent être élucidés que dans le temps » (Nachin, 2004, p. 51). Cependant, même si l'on peut considérer – lorsque la période préliminaire est suivie d'un travail analytique – que le matériel du début est interprétable après-coup comme annonçant le parcours ultérieur, il n'en demeure pas moins l'incertitude du début de savoir si et comment le travail se poursuivra. Il est alors paradoxal de fonder l'évaluation des premiers entretiens sur une démarche prédictive quand l'inattendu est par définition non planifiable. De plus, Reid souligne qu'un premier entretien doit être relativisé dans ce qu'il n'est que l'expression d'un instantané du fonctionnement psychique du sujet, « […] ce n'est qu'un moment donné, passé avec un thérapeute donné » (Reid, 1994, p. 32). Il importe donc de toujours laisser ouvert l'avenir. Reid (1994) soutient même que les visées prédictives sur l'orientation du processus favoriseraient l'échec de celui-ci. Il considère que le préalable à la méthode analytique est le renoncement à tout potentiel prédictif. Les premiers entretiens requièrent aussi de faire avec ce qu'on ne sait pas. Fenichel (1941/1999) prend l'exemple d'un patient trop calme en début d'analyse, et de l'impossibilité pour l'analyste de pouvoir dire si cela relève d'un manque d'affect ou au contraire d'un affect trop fort, qui par là-même aurait été supprimé. « Nous devons toujours nous attendre à ce que le patient nous conduise à quelque chose de très différent de ce que nous avions cru prévoir » (Fenichel, 1941/1999, p. 56). Quinodoz souligne également la difficulté d'évaluer, forcément de manière prospective, la façon dont le patient pourrait bénéficier de l'analyse ou au contraire les risques qu'il pourrait rencontrer. En effet, elle interroge : « mais n'est-il pas illusoire de prévoir où se trouvera la folie en psychanalyse ? » (Quinodoz, 2002/2008, p. 16). De plus, d'après son expérience clinique, elle remarque que les patients qui l'ont tirée dans les « rivages les plus éloignés de la folie » lui avaient montré, au cours des entretiens préliminaires, des aspects « très raisonnables » de leur personne : « qui aurait pu percevoir chez eux la présence de clivages inconscients ? » (Quinodoz, 2002/2008, p. 16).

Malgré l'incertitude propre à la nature du processus analytique, et bien que l'indication demeure toujours en partie un pari que seule la suite du travail pourra éclairer dans l'après-coup, il apparaît une certaine évaluation qui ne cherche pas l'exhaustivité, mais qui comporte une part de « prédictions » soutenant l'élaboration de l'analyste. Ainsi, Lasvergnas résume les grandes lignes qui peuvent orienter l'évaluation : « dans la plupart des conventions "classiques" de la psychanalyse, la capacité de rêver d'un patient, le contenu des récits

oniriques relatés, la tentative de délimiter une problématique de conflictualisation interne, de départager du génital par rapport à du prégénital, une première appréciation concernant le mode, autant comportemental qu'imaginaire, des relations d'objets, ou encore, la capacité de mentalisation par rapport aux affects, aux agirs ou aux somatisations, sont parmi les principaux facteurs privilégiés dans le processus d'évaluation que signifient le ou les premières rencontres avec un patient » (Lasvergnas, 1994, p. 45). Elle estime que ces dimensions qui sont présentes plus ou moins dans le matériel qu'apporte le patient pour se présenter, sont utilisées comme des indices prédictifs de déroulement à venir de l'analyse et contribuent ainsi à la décision thérapeutique. De la même façon Landman (2009) soulignait qu'on ne peut pas réfuter l'idée d'une évaluation diagnostique à minima même si elle n'est pas recherchée. Ainsi, il me semble que nous pouvons interroger la présence d'une dimension prédictive préconsciente chez les analystes, y compris chez ceux dont la position théorique défend l'incertitude comme un élément inhérent à la méthode psychanalytique. En effet, la question éthique de l'engagement dans une analyse implique nécessairement une part prédictive : le patient va-t-il en tirer un bénéfice ? L'analyste est-il prêt à s'engager avec tous les aléas que cela implique ?

Que la place des prédictions soit centrale ou plus implicite dans l'élaboration lors des premiers entretiens, les possibilités que la situation devienne analysante – suivant l'expression de Donnet (2005) – repose aussi sur les aménagements du cadre que l'analyste est prêt à mettre en place dans la pratique, ce que nous allons examiner ensemble dans le sous-chapitre suivant.

I.4. De la technique au « tact »

I.4.1. Ecart entre la théorie et la pratique

Roazen (1974/1989), dans son étude sur la pratique de Freud, propose un extrait d'une lettre à Ferenczi de 1928, où Freud souligne : « les "conseils sur la technique" que j'ai écrits il y a longtemps étaient presque essentiellement de nature négative. […] ce que l'on ne devait pas faire […]. J'ai laissé presque tout le dispositif, ce que l'on doit faire, à la discrétion du "tact" de chacun, dont vous proposez de débattre. Le résultat en fut que les analystes dociles ne perçurent pas l'élasticité des règles que j'avais posées, et s'y soumirent comme si elles avaient

été taboues. Un jour, tout cela devra être corrigé, sans pour autant annuler les obligations que j'ai mentionnées » (cité par Roazen, 1974/1989, p. 11, c'est moi qui souligne). Freud par exemple, a expliqué que le choix de la position divan-fauteuil correspondait à des préférences personnelles, mais elle a été adoptée par de nombreux analystes car elle facilite chez la plupart des analysants la détente et la rêverie, elle permet aussi à l'analyste de ne pas avoir le souci de contrôler sa posture et ses mimiques. Roazen montre la souplesse dans la pratique de Freud, que la théorie qu'il a écrite ne reflète que partiellement. A la fois chercheur et clinicien, il oscillait entre le théoricien voulant transmettre sa découverte de façon rigoureuse et le clinicien qui s'adapte suivant son « tact » à chaque patient singulier. L'orthodoxie quand elle se veut le respect d'un protocole décrit dans des manuels de technique psychanalytique, ou quand elle s'attache de façon dogmatique aux textes freudiens, va à l'encontre de la création inhérente à la pratique. Lasvergnas attire notre attention sur le risque de rigidification de l'écoute dans la pratique des premiers entretiens lié « […] au degré d'idéalisation d'un modèle type de la première entrevue et de la cure que l'analyste transportera […], en actes et en tête » (Lasvergnas, 1994, p. 43). Guillaumin considère que « l'éthos, dont dépend le contre-transfert, prime sur le "technique", et sans doute l'organise » (1998, p. 126).

Au contraire, c'est dans les écarts entre la théorie et la pratique, dans ce que la théorie ne permet pas de comprendre de la clinique, que se trouvent les possibilités de créativité pour l'analyste. Bokanowski (1998) rappelle les différents théorico-pratiques entre Freud et Ferenczi, puis entre A. Freud et M. Klein, pour montrer « […] de quelle manière, confronté à l'inadéquation entre la pratique et la théorie, chaque analyste peut se sentir à tout moment sollicité par les réflexions concernant la pratique et sa pratique : "du fait de l'écart théorico-pratique constaté, dans quelle mesure ma pratique rencontre-t-elle la théorie et se sent-elle renforcée par celle-ci ? ", ou bien à l'inverse, "face à l'écart théorico-pratique constaté, quelle est la part de ma pratique qui peut s'exercer indépendamment de toute référence théorique ?" » (Bokanowski, 1998, p. 29). Donnet (1995/2002, 2005) démontre lui aussi la nécessité de l'écart entre la théorie et la pratique. Il souligne le risque que l'analyste cherche à faire coïncider sa pratique avec ses conceptions théoriques, et plaide pour que « […] l'écart théorico-pratique en analyse [ait] une valeur spécifique, puisqu'il n'est pas de fait mais relève d'une prescription éthique, relative au respect de l'altérité » (Donnet, 2005, p. 5). Cet écart, irréductible, peut être une source d'inventivité. « C'est […] dans la mesure où il [l'analyste] ne cherche pas à combler par des a priori l'écart rencontré entre la clinique et la théorie qu'il peut, alors, tenir compte des aléas des processus psychiques infinis de l'être humain et connaître, ainsi, le bonheur de voir surgir en lui certains mouvements authentiquement

créateur » (Bokanowski, 1998, p. 29). Ainsi, si la théorie est très investie par les analystes, il semble important qu'ils puissent « suspendre leur activité théorisante » (Bokanowski, 1998) pendant leurs heures de consultations et d'analyses, pour laisser à leur écoute toute liberté et pouvoir peut-être, mais seulement dans l'après-coup, faire une redécouverte théorique.

La technique dépendrait à la fois des caractéristiques individuelles (Klauber, 1981/1984) de chaque analyste, et de chaque patient qui « […] "crée" un analyste différent (comme chaque enfant "crée" des parents différents) suggérant des révisions majeures ou mineures de la technique pour lui » (Racker, 1948/1997, p. 37). Il est spécifique de la méthode analytique, à l'origine même de son invention par Freud, de considérer que l'analyste apprend de l'analysant (D.F. Allen, communication personnelle). L' « attitude » et la technique de l'analyste dépend d'un ensemble de facteurs comme : sa personnalité, sa sensibilité théorico-clinique, son expérience clinique (autant par sa durée que sa nature), ou encore la transmission de ses analystes ou superviseurs. Chaque analyste construit sa propre théorie en lien avec sa pratique. « Avec l'augmentation de son expérience clinique et de sa compétence, l'analyste construira de façon préconsciente (sur un plan descriptif, de façon inconsciente) toute une série de segments théoriques reliés directement à son travail clinique » (Sandler, 1983/1985, p. 1529). Selon Fenichel (1941/1999), la personnalité de l'analyste jouant sur le transfert, celle-ci influence aussi le comportement des patients. Glover (1955/1958) évoque le « système didactique » qui varie selon la pratique et la personnalité de chaque analyste. Il est important selon lui de repérer le lien entre la technique de l'analyste et celle de son ancien analyste : il appelle « transfert didactique » la tradition transférentielle qui influence le rejet ou l'adoption de tel ou tel aspect technique.

I.4.2. Variations du cadre des premiers entretiens

La pratique des premiers entretiens impliqueraient plus encore que le reste de la cure une souplesse par rapport aux principes techniques. Landman (2009) souligne en effet qu'il importe de ne surtout pas théoriser ces premiers moments au risque de les mettre en péril. « Si on se rappelle la phrase de Freud, "Chaque analyste se doit de réinventer la psychanalyse à chaque nouvelle cure", les entretiens préliminaires sont vraiment le lieu où adopter cette attitude d'apathie [se réfère à Lyotard], et le terrorisme théorique comme radicalement à bannir. C'est là le message que je voudrais adresser aux nouveaux praticiens de l'analyse :

vouloir nouer les entretiens préliminaires théoriquement, c'est l'impasse assurée du côté de la conduite à tenir » (Landman, 2009, p. 98). Cette position s'oppose à ce que nous avons examiné précédemment chez les auteurs favorables à l'évaluation diagnostique et pronostique.

Nous avons vu que les premiers entretiens peuvent aboutir à la mise en place du cadre et à son énonciation formelle. Suivant Reid (1994), s'il est impossible de préparer l'inattendu, il demeure possible néanmoins de favoriser les conditions du processus par la mise en place du cadre, ce qui rejoint la réflexion de Donnet sur la quête simultané de sens processuel et d'un cadre. La pratique des premiers entretiens peut varier en fonction : de chaque analyste, de chaque situation clinique, et du contexte[1] (institutionnel ou libéral, ou encore consultations remboursées par une assurance maladie privée exigeant certaines évaluations ou contractualisations).

Chaque analyste développe des « habitudes techniques » au cours de sa pratique. Ainsi, Glover préconise l'énoncé de divers détails pratiques dès le début, et de façon plus précise encore que Freud, « […] nombre de séances par semaine, longueur des séances, détermination d'une heure fixe ou variable, nombre et durée des interruptions dues aux vacances, honoraires, méthode et moment du paiement, problème des séances "annulées", établissement d'un mode de communication d'urgence entre l'analyste et le patient » (Glover, 1955/1958, p. 23). Selon lui, si cette précaution n'est pas prise cela peut entrainer des réactions transférentielles violentes dans le futur, voire conduire à une impasse dans le traitement. Il se fonde ainsi sur son expérience clinique pour invoquer ces précautions techniques. Etchegoyen (1986/2005), quant à lui, propose des recommandations techniques issues de sa propre expérience. Il aborde au début de l'entretien ses objectifs et sa durée afin de ménager l'angoisse du patient. Il conseille par exemple de ne pas pratiquer l'interprétation lors des premiers entretiens. La règle classique préconise en effet de ne pas interpréter avant que le transfert soit constitué. Cependant, il dit pouvoir y avoir recours pour déplacer un obstacle concret du travail en cours, ou encore pour apprécier la réaction du patient, ce qui peut renseigner sur ses capacités d'insight. Urtubey (2002) donne un exemple d'une interprétation sur les angoisses d'abandon qu'elle a tardé à formuler en respectant les principes techniques, et qu'elle a regretté dans l'après-coup de ne pas avoir proposé au patient plus tôt. Selon elle « l'analyse doit être guidée par l'intention d'interpréter transfert et résistance quand ils apparaissent et ils le font souvent dès les débuts » (Urtubey (de), 2002, p. 81), même si elle

[1] Les implications du contexte culturel sur la pratique des premiers entretiens sont traitées dans un chapitre spécifique : IV. Influence du contexte culturel.

soutient qu'il est préférable d'attendre de mieux connaître le patient. Selon elle toujours, les interprétations de fonctionnement psychique comme des propositions de liens sont nécessaires dès le début de la cure pour que le patient puisse apprendre son « métier de patient », suivant l'expression de Nacht. Nous voyons là que les recommandations théoriques demeurent toutes relatives aux particularités de chaque situation clinique, et que le meilleur outil reste l'appréciation cognitive et intuitive de l'analyste.

L'adaptation de la pratique de l'analyste à chaque situation clinique est nécessaire pour favoriser la mise en place d'une situation analytique. Sandler estime que « pour y arriver, il [l'analyste] a besoin de se sentir avec son patient détendu et sans contrainte de manière appropriée, et à certains moments il devra prendre des distances relativement grandes avec la technique "classique" » (Sandler, 1983/1985, p. 1530). D'après lui cela n'est possible que tant que l'analyste garde cet aspect privé et non publique. (Je souligne le point de vue de Sandler, car *l'aspect privé et non publique* des écarts entre la théorie et la pratique pourrait expliquer le peu de recherches sur les pratiques cliniques des analystes, comme nous le verrons dans le sous-chapitre suivant.) Quinodoz insiste sur la nécessité d'adapter son attitude à la personne rencontrée, ce qu'elle a appris de sa pratique avec des patients qu'elle nomme « hétérogènes »[1]. En effet, « si le psychanalyste garde avec les patients hétérogènes la même réserve qu'il adopte avec ceux qui sont venus lui demander une psychanalyse en connaissance de cause, la communication s'établira difficilement entre eux. Le patient croira que la psychanalyse n'est pas pour lui, parce qu'il ne saura toujours pas de quoi il s'agit » (Quinodoz, 2002/2008, p. 123). Suivant la même idée que Quinodoz, Donnet (2005) explique comment avec certains patients il peut être amené à réaliser une « perlaboration préliminaire ». Il ne s'agit plus alors d'une évaluation, mais de tenter de favoriser autant que faire se peut la possibilité pour le patient de « trouver-créer ». Il témoigne ainsi qu' « il arrive fréquemment que, en dépit de l'adéquation globale qu'implique le pari de l'indication, le patient se heurte de manière traumatique à une inadéquation de tel ou tel élément – par exemple la position couchée, la réserve silencieuse de l'analyste, etc. […]. L'analyste est amené à s'engager dans des modalités d'échange propices à une sorte de perlaboration préliminaire. Elle ne vise pas à familiariser le patient avec ses résistances, mais avec les ressources du site. La rencontre n'est pas envisagée sous l'angle de ce qu'elle répète mais sous l'angle de ce qu'elle offre de nouveau » (Donnet, 2005, p. XIII). Il souligne l'écho dans cette pratique – avec des patients « limites » où la notion de site à construire éclaire les

[1] C'est-à-dire utilisant à la fois des mécanismes névrotiques et psychotiques (Quinodoz, 2002/2008).

aménagements techniques nécessaires – avec le squiggle winnicottien. Il ne s'agit plus alors de voir, à travers l'essai de la méthode, si le patient présente des capacités d'utiliser le site analytique[1], mais bien de le co-construire avec lui. « Le jeu de l'analyste dans la perlaboration préliminaire consiste à déceler le moindre indice d'une aire de jeu partageable, d'une ébauche de tiercéité » (Donnet, 2005, p. XXI).

Entre les pratiques institutionnelles et libérales, la différence est double : l'évaluation préalable par un consultant ou non, et l'équipe tiers ou non. Nous pourrions ajouter dans certains cas : la gratuité ou non. En cabinet privé libéral, la position de consultant n'existe pas, ou bien l'analyste a les deux fonctions successivement, dépendamment de la manière dont il perçoit son travail et dont il se positionne. Donnet (1994) discute de la spécificité du premier rendez-vous avec un psychanalyste consultant dans un dispensaire (CCTP : Centre de Consultations et de Traitements Psychanalytiques) privé dépendant de la SPP (Société Psychanalytique de Paris), qui par définition n'assure pas le suivi de la personne ultérieurement. Déjà là, Donnet note les exceptions possibles à la règle : la possibilité de consultations thérapeutiques espacées, ce qui démontre la complexité pratique du problème. La distinction est faite entre psychanalyste consultant et psychanalyste traitant, induisant que seul le deuxième réalise strictement la situation de l'entretien préliminaire. « Le consultant serai ainsi chargé d'une fonction assez sommaire : éliminer les demandes trop aberrantes ; explorer la non contre-indication de gratuité. Cet entretien serait idéalement de "peu de portée", et ne déboucherait que sur une *indication d'analyste* ; sans autre prédiction de cadre » (Donnet, 1994, p. 57). La rencontre analytique relèverait alors de celle avec l'analyste traitant. Selon cette perspective la consultation s'inscrit dans le champ extra-analytique. Ce qu'elle a d'essentiellement différent de l'entretien préliminaire c'est « […] la préoccupation prédictive *et la maîtrise de l'à*-venir qu*'elle implique, la présence d'une échéance, l'attente d'une décision, d'un acte qui aura à trancher* » (Donnet, 1994, p. 61, en italique dans le texte). Il est courant d'entendre, dans le cadre de consultation ou d'entretien d'accueil, c'est-à-dire de tout dispositif où le patient n'est pas destiné à être suivi par la personne qui le reçoit, qu'il ne faudrait pas l*aisser le transfert s'installer.* Or, comme nous l'avons développé le moment du nouage du transfert s'avère difficilement déterminable, et peut-être seulement repérable dans l'après-coup. Tanguay interroge les implications institutionnelles dans le travail analytique : « en regard du cadre de la cure-type, de la spécificité du travail psychanalytique, de son éthique même, le projet psychanalytique en institution, élaboré par une activité groupale telle

[1] Voir définition p. 28

que la nôtre, ne porterait-elle pas de façon intrinsèque un risque supplémentaire de mésalliance ou d'impasse ? » (Tanguay, 1994b, p. 78). Elle entrevoit comme facteurs de risque : la gravité de la symptomatologie des patients qui consultent le centre, la gratuité réclamée, et le sentiment d'obligation d'apporter de l'aide. Le choix mutuel pourrait être biaisé. Ainsi dans les centres gratuits Tanguay (1994b) observe que l'analyste peut se sentir obligé d'accepter le patient, ou Urtubey (2002) évoque l'orientation par un collègue qui s'avancerait auprès du patient avant de parler à l'analyste concerné. Il en va de même – comme le remarque Glover (1955/1958) qui s'intéresse beaucoup à la formation et à la condition des analystes débutants – des candidats en formation qui se voient réduits à accepter les cas qui leur sont référés par leur superviseur. Néanmoins, Donnet (1994) rappelle qu'il existe toujours un droit de véto qui laisse toute la place à la décision thérapeutique de l'analyste, même si le cadre doit probablement influencer la façon dont l'analyste envisage les premiers entretiens selon qu'ils aient été : précédés d'une consultation ou non, indiqués par un pair ou un superviseur.

Par ailleurs, il ne me semble pas être nécessaire ou adéquat de discuter ici de l'intérêt de la pratique ou non des tarifs variables. Néanmoins, étant préoccupée dans la présente étude par les possibilités d'analyse entre un analyste et un patient, je soulignerais seulement les recommandations de Glover (1955/1958) : de ne pas demander un tarif que le patient ne pourrait pas supporter, et de ne pas non plus accepter un tarif bas si l'analyste ne peut pas se le permettre.

I.5. Recherches sur les pratiques cliniques psychanalytiques

Dans ce sous-chapitre, je présente les travaux de recherche sur les pratiques psychanalytiques à travers leurs objectifs et leurs méthodologies. Les résultats sur le cheminement intérieur de l'analyste et les fondements de la décision thérapeutique dans la pratique clinique seront respectivement présentés dans les chapitres II et III. En effet, je traite séparément l'étude des pratiques psychanalytiques car les travaux spécifiques aux premiers entretiens sont rares, ce qui mérite d'analyser quels thèmes et types de recherches sont répandus, et quelles pistes explicatives des réticences des cliniciens à participer, rapportées par les chercheurs, peuvent être proposées.

I.5.1. Modèles de recherche sur les pratiques psychanalytiques

Suivant Bergeret (1987) – qui s'appuie sur deux des quatre modèles d'acquisition des bases méthodologiques qu'a présentés Kernberg (1984, symposium de Taunton Grande Bretagne) – les psychanalystes privilégieraient soit un modèle « scientifique universitaire » soit un modèle « artistique » pour penser les rapport de la théorie et de la clinique. Le modèle « scientifique universitaire » permettrait une certaine rigueur de recherche, et le modèle « artistique » favoriserait une certaine liberté de circulation des idées. De ces deux conceptions découlent une façon d'entrevoir la recherche et sa place dans la pratique clinique. En effet, d'un côté le modèle « scientifique universitaire » s'attache à élaborer des théories qui définissent une technique applicable dans la pratique, afin d'améliorer celle-ci. D'un autre côté, le modèle « artistique » procède à l'analyse de la clinique à partir de laquelle émerge la théorie. Il existe alors autant de techniques que de situations cliniques.

I.5.1.1. Modèle « scientifique universitaire »

Le modèle « scientifique universitaire » – plus largement répandu en Amérique du Nord – propose une évaluation des pratiques cliniques essentiellement afin de dégager des critères d'efficacité. Les thèmes de recherche évoluent à travers une succession de phases (de : légitimation, compétition, prescription et compréhension) qui reviennent en fonction des nouveaux apports théoriques et méthodologiques (Duruz, De Roten, Pomini & Despland, 2003). La phase de légitimation tente de démontrer l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique. Elle débute dès 1917, puis est conduite à partir des années 1950 par des grands centres psychanalytiques américains qui mettent en place des protocoles longitudinaux, avec une standardisation permettant la comparaison des résultats (Rappard, 1996). L'essor aux Etats-Unis des thérapies cognitives et comportementales annonce la phase de compétition. Les résultats des recherches comparatives ne démontrent pas de supériorité notable parmi les principales formes de psychothérapie étudiées (cognitive et comportementale, psychanalytique, systémique, humaniste, et gestaltiste). La phase de prescription cherche alors à identifier quel type de psychothérapie serait le plus efficace pour quels types de patients (Luborsky, 1991). Puis la phase de compréhension renvoie à l'étude des processus psychothérapiques. Elle est toujours teintée d'une préoccupation d'efficacité à travers la recherche des facteurs prédictifs de processus psychothérapique ou de résultats

(Luborsky, 1991). Les recherches de ce courant visent une tentative d'objectivation des processus et des facteurs de succès ou d'échec du traitement.
La méthodologie de ce courant de recherche « scientifique universitaire » repose sur l'étude des processus et des résultats par des tiers extérieurs, de manière longitudinale ou rétrospective, procédant le plus souvent à une analyse quantitative des résultats (et même des méta-analyses statistiques à partir des années 1980, dont les faiblesses méthodologiques sont vivement critiquées). Les outils utilisés sont des questionnaires, des enregistrements ou comptes-rendus de séances, ou encore des échelles de mesure. Ces recherches prennent en compte des facteurs liés : au patient, à l'environnement, aux théories de références des analystes, mais aussi au clinicien.

Spécifiquement au champ psychanalytique, les recherches « systématisées »[1] sur les pratiques sont motivées par la diversification – pour ne pas dire les divergences – des théorisations remettant en question l'unité de la psychanalyse. Déjà Glover en 1938 avait mené une des premières – et aujourd'hui encore rares – enquêtes par questionnaire sur les « pratiques techniques usuelles » au sein de la Société Britannique de Psychanalyse, afin de dégager les points d'accord et de désaccord (Glover, 1955/1958). Il y a relevé les contradictions dans les réponses des analystes relatives aux idées préconçues à l'approche d'un cas. Les réponses témoignaient d'un « […] souci authentique de combiner idéalement intérêt théorique et intérêt clinique. Les réponses les plus étonnantes étaient celles où l'on pouvait constater une certaine contradiction entre la pratique clinique de l'analyste et son attitude générale » (1955/1958, p. 404). Jimenez (2009) souligne la difficulté d'accéder à ce que les psychanalystes font dans « l'intimité de leur relation thérapeutique » et non pas ce qu'ils disent qu'ils font. Il rappelle le risque de présenter une clinique idéalisée, ou de s'accrocher à une théorie officielle qui ne rend pas compte des théoriques implicites utilisées dans la pratique. Fort de cette préoccupation quant aux divergences, des chercheurs ont ouvert un courant de recherche relativement récent s'intéressant à ce qui se passe « réellement » dans les pratiques cliniques pour découvrir les théories implicites et leur rapport avec la théorie officielle de référence (Jimenez, 2009, cite notamment les travaux réunis dans l'ouvrage Psychoanalysis : from practice to theory, sous la direction de Jorge Canestri, West Sussex : Wiley, 2006).

[1] J'utilise le terme de « systématisées » pour désigner les recherches empiriques avec un observateur externe, par contraste avec les recherches théorico-cliniques utilisant l'étude de cas individuelle et réalisées par l'analyste traitant lui-même.

Quant aux recherches « systématisées » sur les pratiques psychanalytiques des premiers entretiens, elles s'avèrent extrêmement rares. Widlöcher est à l'origine d'un groupe de recherche à la Salpêtrière en France, qui s'est intéressé spécifiquement à la clinique des premiers entretiens (Von Benedek, 1983 et 1989 ; Rappard, 1993 ; Braconnier, 2002 ; Kosmadakis et coll., 2004 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004). Dans une démarche qualitative (et quantitative pour les travaux de 2004), ce groupe de recherche tient compte tout autant de la part cognitive qu'affective du travail mental de l'analyste au cours des premiers entretiens. Braconnier (2002) explique que ce groupe de recherche s'appuie sur ce que le psychanalyste retransmet des premières rencontres avec son patient, étant en position « d'observateur interne ». Ils ont développé un questionnaire standardisé : le QPPS (Questionnaire Pré-Psychothérapique de la Salpêtrière), et procède à l'analyse du discours des analystes. A la différence de la majorité des recherches antérieures sur les pratiques psychothérapiques, il ne s'agit pas d'évaluer l'efficacité du traitement ou la pertinence de l'indication d'analyse au regard du développement du processus analytique ou des bénéfices thérapeutiques, mais de rendre compte d'une pratique. Ils interrogent non seulement l'élaboration de l'indication de psychanalyse ou de psychothérapie psychanalytique, mais aussi la trame de travail plus ou moins implicite du projet, élaborée dès les premiers entretiens.

I.5.1.2. Modèle « artistique » ou « recherche théorico-clinique »

Le modèle « artistique », ou plus souvent nommé de « recherche théorico-clinique », est considéré par une partie des psychanalystes comme la seule méthodologie adaptée : appliquer à la recherche la méthode psychanalytique elle-même. Les recherches standardisées sont de plus considérées trop éloignées de la clinique pour apporter des résultats utiles à la pratique (Duruz et coll., 2003), et ont dans les faits peu d'implication sur la formation ou la clinique (Luborsky, 1991 ; Bergin & Garfield, 1978/1997). Il est classique de trouver une certaine méfiance chez les cliniciens à l'égard de la recherche, notamment quantitative, renvoyant à la question du tout généralisable face à la singularité des individus (Huber, 1987 et 1993b). Ces éléments pourraient intervenir dans le crédit que le clinicien accorde aux chercheurs comme susceptibles d'être en mesure d'analyser sa pratique et donc dans son implication quant à la recherche « systématisée ».

Parmi les recherches psychanalytiques, les principaux thèmes traités sont : le fonctionnement psychique du patient, les processus psychothérapiques, et le contre-transfert (Von Benedek, 1989). En revanche, « […] les travaux relatifs à la pratique concrète des cliniciens, au travail

mental et à l'élaboration de la pensée du psychanalyste au cours de son travail, sont extrêmement rares » (Von Benedek, 1989, p. 13, c'est moi qui souligne). Quant à la question des premiers entretiens, il existe peu de travaux écrits relativement à l'ensemble de la littérature psychanalytique (Hanin, 1996). La nature même de la conduite des premiers entretiens, imprévisible dans la pratique, adaptée à chaque patient, variant en fonction de chaque analyste et même de chaque couple patient-analyste, rend difficile sa communication écrite, en tout cas en dehors de l'étude de cas. De manière orale, lors de séminaires ou de groupes de travail ou de supervision, le partage de l'expérience des premiers entretiens avec un patient particulier est assez répandu. La méthodologie de recherche la plus répandue étant celle de l'étude de cas ou de l'étude des processus par le psychanalyste traitant, il faut noter que la théorie relative aux premiers entretiens exposée précédemment est la somme de résultats de recherches théorico-cliniques des analystes observateurs internes de leur propre pratique.

Ainsi les théorisations que nous avons examinées ensemble précédemment sont issues d'élaborations individuelles, ou de groupe de travail de psychanalystes qui mettent en commun leurs observations cliniques. Nous pouvons signaler les travaux de recherche : du Pavillon Albert-Prévost à Montréal (Tanguay, 1994b) ; du Centre Jean Favreau à Paris (par exemple Donnet témoigne de la façon dont la recherche clinique en groupe est une source pour ses théorisations propres, 1997 et 2005) ; et de la Fédération Européenne de Psychanalyse[1] (études de cas mais aussi recherches systématisées) dont la 25ème conférence en 2012 portait sur « Le premier entretien psychanalytique et le processus thérapeutique ». Spécifiquement à la question des premiers entretiens, nous pouvons citer les travaux de Quinodoz (2002/2008) qui témoigne de son expérience clinique pour expliciter les théorisations qui en découlent. Elle rapporte ses interventions au plus près du matériel clinique de la séance. Notamment, elle s'intéresse à la place de l'identification projective et à la pertinence de son interprétation dès les premiers entretiens avec les patients « hétérogènes »[2]. Ce type d'interprétation permet parfois selon elle la mise en marche d'un travail de symbolisation et l'éveil d'un intérêt du patient pour son monde interne. Landman (2009) et Combe (2001) proposent l'interprétation dans l'après-coup des premiers entretiens à travers des études de cas. Ils témoignent ainsi du processus d'interprétation. Landman (2009)

[1] Le Bulletin de la FEP n'est accessible qu'aux membres pour des raisons de droits d'auteurs.

[2] Quinodoz désigne par « hétérogènes » des personnes qui utilisent à la fois des mécanismes névrotiques et psychotiques.

souligne la nécessité, d'autant plus dans les premiers entretiens, de ne pas chercher à les théoriser au moment de leur pratique.

La présente étude de doctorat s'inscrit dans le courant de recherche du groupe de la Salpêtrière visant à rendre compte, à travers l'analyse d'un chercheur externe, des pratiques cliniques des premiers entretiens à partir du discours du clinicien au moment où ils les réalisent, c'est-à-dire dans « l'avant-coup » de l'interprétation du matériel clinique.

I.5.2. Réticences des analystes à participer

Considérant la rareté des études sur les pratiques des psychanalystes, et sur celle des premiers entretiens en particulier (Kosmadakis & Widlöcher, 2004), je vous propose d'examiner ensemble les hypothèses qui permettraient d'éclairer les réticences des psychanalystes à participer à des recherches sur leur pratique clinique. En effet, au-delà des difficultés de réalisation de ces recherches qui peuvent être liées aux protocoles contraignants ou longitudinaux, Von Benedek (1989) rapporte des difficultés de recrutement et des manifestations de réticences à participer malgré l'intérêt suscité d'emblée par sa recherche chez de nombreux cliniciens. Les recherches qui traitent de la pratique clinique en cours, comme la présente étude doctorale, cumulent donc deux positions inhabituelles pour les psychanalystes : le chercheur est extérieur et non pas le clinicien lui-même, et elles procèdent « avant-coup ».

I.5.2.1. « Intimité » des processus en jeu

En premier lieu, la réticence à participer à des recherches sur le travail en cours peut reposer sur la crainte de provoquer des interférences dans l'intimité de la situation duelle. Cela pose des questions éthiques : quelle influence peut avoir l'entretien de recherche sur les entretiens avec le patient ? Est-ce que la théorisation de ce qui se passe, au moment où ça se passe, peut être néfaste à la démarche analytique ? Von Benedek (1989) rapporte que les analystes ayant participé à sa recherche témoignent dans leur majorité des effets profitables de la recherche en ce qu'elle a permis une élaboration supplémentaire. Ainsi, nous pouvons nous interroger sur la réalité de cette crainte ou sur sa valeur de rationalisation défensive.

Ensuite, la spécificité du fonctionnement psychique de l'analyste au travail repose sur la prise en compte de sa part inconsciente. Ce dont l'analyste a conscience c'est bien qu'il demeure une part non maîtrisable, et que parler d'une situation clinique implique toujours en partie de parler de soi (Reik, 1935/2001). L'analyste ne peut parler de son expérience clinique que de sa position d'analysant, à travers sa propre expérience personnelle de l'analyse[1]. Il me semble ainsi compréhensible que cette dimension rende difficile de soumettre sa pratique au regard de l'autre, d'autant plus s'il est chercheur. Selon Donnet (1995/2002) le partage clinique entre analystes repose sur le « récit de cas », mais la pratique en séance « […] reste en dernier ressort privée, intime, pour ne pas dire secrète » (Donnet, 1995/2002, p. 34). Il existe un paradoxe entre l'intérêt grandissant pour le contre-transfert dans la théorisation et le peu de témoignages sur ce thème. Panaccio (2000), dans sa recherche sur la transmission de la psychanalyse au Québec, note que les psychanalystes sont peu enclins à parler de leur transfert, « ils reconnaissent l'importance de l'expérience du transfert mais ne parlent pas de leur propre expérience » (Panaccio, 2000, p. 117). Anzieu (1983b), en conclusion d'une journée d'étude sur le contre-transfert, observe la tendance à parler du travail du psychanalyste en général plutôt que de rester centré sur le contre-transfert proprement dit, ce qui selon lui est un évitement d'un sujet très impliquant personnellement. Abensour (2006) témoigne en effet des « rationalisations et des détournements » qui interviennent lorsqu'il s'agit de parler de son contre-transfert : « comment, en effet, le sentir à l'œuvre et comment même en parler quand il y va, dans les cas les plus révélateurs d'entrecroisements transféro-contre-transférentiels [reprenant l'expression de Viderman], de moments situés à la fois au plus intime de la relation au patient et au plus intime de l'analyste, là où une part de mystère est à préserver pour agir » (Abensour, 2006, p. 413).

Ainsi, l'intimité psychique convoquée dans la pratique clinique pourrait expliquer en partie les réticences des cliniciens à participer à une recherche sur ce thème.

I.5.2.2. Sentiment de mise en cause des compétences professionnelles

Von Benedek (1989) lie les réticences exprimées par les analystes sollicités pour participer à sa recherche au sentiment éventuel de mise en cause de leurs compétences professionnelles. Elle rappelle l'observation de Ticho (1972) de réactions anxieuses des cliniciens auxquels il demandait la permission d'étudier leur cas cliniques, qu'il a nommé « anxiété de recherche ».

[1] D.F. Allen, communication personnelle.

Il note également un scepticisme exagéré quant aux résultats du traitement, qu'il attribue à un perfectionnisme plus ou moins inconscient et à une confusion entre les « buts du traitement » (buts psychanalytiques) et « les buts de vie » (buts thérapeutiques). Glover estime que « […] la timidité, les considérations de prestige nuisent souvent à la discussion lors des réunions scientifiques » (Glover, 1955/1958, p. 415). Il semblerait que les cliniciens les plus jeunes soient plus anxieux et plus prompts à refuser face à une sollicitation de participer à une recherche sur leur pratique (King, 1979), et inversement les plus sûrs d'eux seraient plus susceptibles de participer (Pekarik & Finney-Owen, 1987 ; Mohl, Martinez, Ticknor & Appelby, 1989). Le sentiment d'être évalués dans leurs compétences professionnelles serait d'autant plus anxiogène qu'ils seraient moins sûrs d'eux.

I.5.2.3. Rapport culturel à l'évaluation

Globalement il semblerait, au vu de la littérature scientifique, que les chercheurs nord-américains effectuent plus facilement que les français des études sur le fonctionnement professionnel des cliniciens et sur leurs caractéristiques d'une manière générale. Si dans les études anglo-saxonnes portant sur les cliniciens et leur pratique, il est bien fait référence à l'anxiété qu'elles suscitent, les chercheurs font peu ou pas mention des réticences à participer, et il apparaît qu'elles sont bien plus nombreuses qu'en France. Cette observation m'amène à questionner l'hypothèse d'une différence culturelle quant au rapport des cliniciens à la recherche sur leur pratique, notamment quant au sentiment d'être évalué ou à l'évaluation réelle.

Le rapport à «l'échec » dans la culture nord-américaine repose sur l'idée qu'il est une source d'expériences bénéfiques permettant de s'améliorer. Ce sont des recherches anglo-saxonnes pour l'essentiel qui traitent la question des erreurs en psychothérapie, y compris celles liées au clinicien (Mihaescu, 2000 ; Kottler & Carlson, 2003). Ces travaux visent à mettre en avant ce qui est appris des erreurs en vue d'être bénéfique à la pratique clinique. Depuis mon point de vue culturellement français, j'ai noté la façon dont un analyste américain – James Anderson[1], qui dispense un cours sur les premiers entretiens de psychanalyse à des étudiants en psychologie – choisit de ne pas faire l'impasse sur les interventions qu'il aurait modifiées après-coup. Au contraire, il tient à exposer sa pratique y compris dans ses défauts, pour mettre en lumière les processus en jeu chez l'analyste. Par ailleurs, les recherches sur les

[1] Communication personnelle

caractéristiques des psychothérapeutes, sous-tendues par l'idée que certaines d'entre elles font de bons ou de mauvais cliniciens, sont très majoritairement nord-américaines (Lecomte, Savard, Drouin & M-S. & Guillon, 2005). Ce n'est pas tant que ce type de thème de recherche ne suscite pas de réticences, de réactions de rejet ou de difficultés à mettre en œuvre[1], mais je veux souligner ici le rôle de la dimension culturelle dans le fait que de telles recherches sont stimulées et réalisables.

Les premiers entretiens sont donc, selon les auteurs, soit en premier lieu le temps d'une évaluation, soit celui de la mise en place d'une situation analytique. Ils considèrent pour une part d'entre eux l'importance de la dimension prédictive, et pour une autre celle de l'incertitude dans leur élaboration. Pour l'ensemble des auteurs, qu'ils soutiennent ou non une approche « structurée » des premiers entretiens, la spécificité de l'écoute analytique caractérise les premiers entretiens. Nous allons examiner ensemble le cheminement intérieur de l'analyste, et la façon dont son écoute suivrait une structuration plus ou moins implicite lors des premiers entretiens, dans « l'avant-coup » des interprétations ultérieures.

[1] Kottler et Carlson (2003) font part d'un tiers de refus de participer sur l'ensemble des personnes sollicitées, qui avaient toutes une relation avec les auteurs construite sur un certain degré de confiance et de respect mutuel.

II. CHEMINEMENT INTERIEUR DE L'ANALYSTE

Je vous propose d'examiner ensemble les spécificités du cheminement intérieur de l'analyste en ce qu'il prend en compte la dimension inconsciente, autant celle de l'analyste que de l'analysé. Nous examinerons ensuite les modèles de recherche utilisés pour l'étudier, en partant des travaux sur la pensée clinique non spécifiquement analytique pour arriver aux méthodologies propres à la psychanalyse. Enfin, nous exposerons la littérature et les résultats de recherche sur le cheminement intérieur lors des premiers entretiens.

II.1. Spécificités psychanalytiques du cheminement intérieur

II.1.1. Terminologie et processus en jeu

Les processus psychiques de l'analyste au travail sont multiples. La littérature psychanalytique relative à la pensée ou à l'élaboration de l'analyste recouvre en effet de nombreux concepts. Je choisis un terme « générique » – le cheminement intérieur – en ce qu'il désigne l'ensemble des processus variés en jeu. Ceux-ci relèvent à la fois des trois niveaux topiques (Inconscient, Préconscient, Conscient), mais sont aussi soumis aux trois instances psychiques (Moi, Ça, Surmoi). Ils relèvent tout autant du registre cognitif qu'affectif, à travers le ressenti de l'analyste, et tiennent compte des informations verbales et non-verbales du patient. A ce sujet, Green (1990/2010) parle de la polysignifiance (les signifiants : « […] langagier, représentatif, affectif, corporel, actif […] », p. 396) qu'écoute le psychanalyste polyglotte qui entend « […] le langage du rêve, du fantasme, du lapsus, de l'acte manqué, ou de tout ce dont le style inconscient se nourrit » (Green, 1990/2010, p. 397). De plus ces processus sont à la fois de l'ordre de l'intuition et de l'élaboration secondarisée. C'est pourquoi tenter de les décrire s'avère une tâche complexe. L'hypothèse de l'inconscient sous-tend l'écoute analytique. C'est la spécificité du travail de l'analyste que d'être en partie inconscient : « l'analyste travaille avec son insu – son inconscient –, et parfois même "à son insu" […] » (Garate-Martinez, 1995, p. 58). Par ailleurs, nous trouvons également dans la littérature les termes de discours intérieur ou d'expérience intérieure. Je retiens celui de cheminement car il marque le parcours de pensée de l'inconscient vers le conscient, de l'intimité intérieure de la pensée jusqu'à la formulation d'une interprétation.

Je ne chercherai pas dans le cadre de la présente étude doctorale à définir de manière exhaustive la complexité de toutes les théorisations et de l'ensemble des questions débattues sur les concepts relatifs au cheminement intérieur de l'analyste. Je vais tenter d'en délimiter les contours et les spécificités.

Nous pourrions catégoriser les processus en jeu rapportés dans la littérature selon trois niveaux de description : le premier qualifie l'écoute analytique selon le principe d'attention flottante ; le deuxième figure les chemins de l'élaboration, les mécanismes psychiques qui interviennent chez l'analyste en séance ; et le troisième renvoie à la finalité de l'élaboration, c'est-à-dire l'interprétation jusqu'à sa possible formulation au patient.

L'attention flottante est la méthode préconisée par Freud pour accéder aux processus inconscients. Il formule (Freud, 1912b/2002), dans ses conseils aux médecins, que « […] nous ne devons attacher d'importance particulière à rien de ce que nous entendons et il convient que nous prêtions à tout la même attention "flottante" […] » (Freud, 1912b/2002, p. 62), ce qui évite – autant que possible – à l'analyste de choisir dans le matériel clinique fourni, selon des attentes ou des tendances. Cette forme particulière d'attention, dans ce qu'elle relève en partie d'une attention involontaire, laisse la place à l'analyste d'être surpris (Reik, 1935/2001). Avec une explication par le rébus, suivant Freud qui l'avait utilisé pour expliquer le travail de rêve, Reik montre comment travaille l'attention et la nécessité qu'elle ne soit pas toujours volontairement orientée vers un point particulier. Pour deviner le sens du rebus il faut accepter de retirer une part de son attention active qui mène, non pas à de l'inattention, mais au contraire à la mobilité de l'attention : « […] on devient ainsi disponible pour les diverses invitations qui émergent de notre inconscient ou de l'inconnu » (Reik, 1935/2001, p. 81). Il précise que l'attention de l'analyste n'est pas exclusivement flottante, elle peut faire place à l'attention volontaire pour un point particulier, ou encore être retirée d'un objet pour se tourner vers d'autres qui semblent éloignés. L'attention flottante – mettant en œuvre essentiellement des représentations de chose – requiert dans la plupart des cas l'abandon de la reconnaissance immédiate des liens entre les données : « elle crée en quelque sorte une pièce où stocker les impressions d'où naitront par la suite des connaissances. Mais elle crée aussi les conditions préalables de ces faits surprenants qui se présentent dans l'analyse comme le résultat d'une condensation et d'une désunion lentes et inconscientes des impressions » (Reik, 1935/2001, p. 86).

Il convient pour l'analyste de s'en remettre à sa mémoire inconsciente (Freud, 1912b/2002), c'est-à-dire sans chercher à retenir des éléments du discours du patient ou de ses propres

associations. L'observation montre que sans effort conscient, des éléments surgissent de la mémoire quand ils sont en corrélation avec de nouvelles données apportées par le patient : c'est la particularité de la mémoire analytique. La mémoire de l'analyste, en séance, ne cherche pas à organiser des événements ou des connaissances. Au contraire, elle relève des éléments du matériel du patient a priori sans importance, qui ne prendront du sens que dans l'après-coup en se liant les uns aux autres, en révélant l'action de l'inconscient. Selon Urtubey, cette mémoire tire son origine de l'inconscient au sens topique, suivant Freud, mais aussi au sens dynamique, c'est-à-dire « […] des aspects refoulés chez l'analyste avant l'auto-analyse de la situation actuelle et régulière chez le patient » (Urtubey (de), 2002, p. 67). Toujours selon de Urtubey (2002), la mémoire de l'analyste traite à la fois : des chaînes associatives retenues par l'analyste, des souvenirs des séances précédentes, et de la connaissance du mouvement de la cure.

Quant à ce qui constitue le fonctionnement mental de l'analyste en séance, Klauber (1981/1984) schématise de la façon suivante les opérations intellectuelles requises : études des associations verbales du patient et du comportement concomitant ; localisation de la source d'angoisse du patient ; observer les moyens dont il s'en défend ; inférer la nature de la motion pulsionnelle sous-jacente dont le patient cherche à éviter la décharge ; et enfin l'analyste communique au patient. Il précise qu'« il faut voir ce schéma comme un modèle, dans la pratique, l'analyste modifiera en fonction d'autres réflexions conscientes ou préconscientes, par exemple la nécessité d'apporter une réponse à un patient intensément perturbé » (Klauber, 1981/1984, p. 144). Il dessine ainsi l'ensemble des tâches que l'analyste doit accomplir, mais ne témoigne pas des processus internes sous-jacents à celles-ci. Sa description reste centrée sur l'évaluation du patient. Urtubey (2002) propose une série d'éléments qui correspondent aux habiletés nécessaires à l'analyste : « […] le désir d'analyser, l'aptitude à écouter, à comprendre, à s'identifier, à contenir, la possession d'une mémoire analytique efficace, la capacité d'établir des liens, l'habileté à interpréter adéquatement et au bon moment, la compétence à s'auto-analyser » (Urtubey (de), 2002, p. 23). Elle tente d'énumérer les différentes opérations à l'œuvre dans le but d'interpréter (Urtubey (de), 2002). Ainsi elle relève entre autres – en plus de la capacité à se souvenir et de l'auto-analyse continue que nous venons d'examiner – que l'analyste procède à un travail d'associations et de représentations (de manière visuelle et auditive, précise-t-elle). Il s'appuie sur sa capacité : à fantasmer, à éprouver des affects et à s'identifier. Enfin, il effectue un travail de « liaison-déliaison-reliaison » afin de permettre l'émergence de la « représentation psychique de la pulsion » (Green, 1990/2010). Urtubey (2002) se référant à Green

(« Introduction du tiers » in Psychanalyse : questions pour demain, 1990) souligne la place essentielle de « la triade fondamentale liaison-déliaison-reliaison » pour le fonctionnement psychique. Le travail analytique en négatif a deux formes : une organisatrice et une désorganisatrice. Le travail analytique est concerné en positif par la déliaison, celle du contenu manifeste pour accéder au contenu latent. L'activité de liaison consiste à mettre en rapport les éléments psychiques et à rattacher au moyen de l'interprétation le passé au présent, les représentations aux affects (Urtubey (de), 2002).

Les auteurs insistent sur la nécessité de l'auto-analyse, à la fois pour être en mesure d'accepter les mouvements psychiques internes produits chez l'analyste et à la fois pour examiner leur pertinence. Reik (1935/2001) propose de distinguer les anticipations conscientes et celles qui s'établissent inconsciemment mais sont reconnues ultérieurement par le Moi, de celles qui doivent leur origine aux motions de l'inconscient refoulé et demeurent inconscientes : « il semble que dans le processus de l'anticipation, outre les réactions psychologiques de l'autre on doit aussi pressentir l'effet de nos propres motions pulsionnelles inconscientes » (Reik, 1935/2001, p. 302-303). Il donne l'exemple de la sensation d'effroi intellectuel (« réaction affective à ce qui fait irruption »), à laquelle peut être confronté l'analyste face à des pensées ou des représentations dont la nature contredit ses exigences morales, esthétiques ou logiques ; devant le retour du refoulé. Une des tâches de l'analyste est de ne pas se dérober devant l'effroi intellectuel, mais alors de chercher à analyser ce qui émerge en lui de représentations absurdes ou déviantes. La « bonne foi intérieure » (Reik, 1935/2001), celle qui permet de ne pas se dérober devant l'effroi, est selon lui un des postulats essentiels de l'investigation de l'inconscient. Urtubey (1994) note que les fantasmes s'ajoutent à la représentation élaborée à partir des mots, parfois avec une coloration de futur, et l'analyste remarque si ses « prévisions » se réalisent, non pas comme signe de toute puissance, mais comme un indice de contact inconscient satisfaisant.

Enfin, concernant l'interprétation, nous allons l'examiner en parallèle de l'intuition dans le sous-chapitre ci-dessous. La tension entre ces deux positions traduit le paradoxe contenu dans l'attitude *d'attention flottante* : tourner son attention vers l'écoute de l'inconscient tout en ne cherchant surtout pas à orienter cette écoute.

II.1.2. Place de l'intuition et de la théorisation

Pour élaborer et arriver à l'interprétation, l'analyste met en jeu l'intuition et la théorisation. La tension entre se laisser surprendre et procéder à un examen logique, traduit le paradoxe de la formulation d'attention flottante que nous venons de relever.

L'interprétation, dans sa définition topographique, correspond à traduire les représentations de chose en représentation de mot. Elle est définie comme une activité du psychanalyste, c'est « […] une communication de l'analyste à l'analysant pour lui dévoiler le sens latent de son dire et de ses conduites, dégagé peu à peu grâce à ses associations » (Nachin, 2004, p. 101). Sur ce point les auteurs s'accordent. Les points de débat concernent la théorie qui la sous-tend et la méthodologie pour l'utiliser. Les interprétations peuvent être issues d'une construction consciente ou préconsciente, comme se révéler à partir d'intuitions, ou de mécanismes inconscients chez l'analyste. Reik souligne les deux temporalités possibles de la compréhension : soit à l'issue d'une « longue et patiente enquête », soit émergeant « d'éclairs soudains issus des profondeurs de l'inconscient » (Reik, 1948/2002, p. 7). Il met en lien (Reik, 1935/2001) la compréhension immédiate avec la saisie directe de la nature et de l'orientation des tendances pulsionnelles. Le rythme de l'interprétation, le moment propice pour la formuler au patient, serait perçu par l'analyste grâce à l'imbrication inconsciente dans le rythme pulsionnel du patient. A l'autre pôle de celui de la « saisie directe », une partie des interprétations fait l'objet d'une construction[1] dans l'esprit de l'analyste avant d'être communiquées.

Selon Reik (1935/2001), l'intuition analytique peut être définie comme le moment où émerge de l'inconscient une représentation, le moment où elle passe des processus primaires aux processus secondaires. Une élaboration inconsciente précède l'idée subite qui émerge à la conscience. A des fins d'étude, Reik (1935/2001) décompose les processus de l'analyste qui lui permettent de deviner et de comprendre le psychisme d'autrui en trois parties : 1. de la perception consciente jusqu'à son émergence dans l'inconscient de l'analyste ; 2. l'élaboration inconsciente ; 3. la ré-émergence à la conscience du matériel jusqu'à sa figuration ou sa formulation. Il est impossible de se prononcer sur l'élaboration inconsciente, le processus lui-même n'est accessible que dans une certaine mesure à l'observation introspective. Cela lui fait dire qu'il est « […] parfaitement utopique d'exiger que dans

[1] « Terme proposé par Freud pour désigner une élaboration de l'analyste plus extensive et plus distante du matériel que l'interprétation et essentiellement destinée à reconstituer dans ses aspects à la fois réels et fantasmatiques une partie de l'histoire infantile du sujet. » (Laplanche & Pontalis, 1967/1997, p. 99)

chaque interprétation on sache exactement pour quel motif et dans quel but on interprète […] parce que c'est introduire la rationalisation dans une phase du processus analytique qui ne peut être comprise de manière rationnelle qu'ultérieurement » (Reik, 1935/2001, p. 128). De plus, ce que l'analyste perçoit et saisit consciemment découle d'un choix rétrospectif. Il ne se rappelle consciemment que d'un extrait de ce dont il se sert réellement, mais « cette saisie rétrospective des traces mnésiques anciennes, liée chez l'analyste à la perception de petits indices auxquels il n'a guère prêté attention, contribuera chaque fois plus ou moins à un résultat psychique : deviner des traits refoulés » (Reik, 1935/2001, p. 168).

Reik, défendant la nécessité chez l'analyste d'une capacité de supporter une part de doute, d'incertitude, postule que « […] ne pas comprendre un fait psychique représente un progrès par rapport à la compréhension superficielle […] » (Reik, 1935/2001, p. 333). Parat (1976) considère elle aussi que les meilleures interventions s'appuient non pas sur un savoir, ni même une élaboration, mais sur un ressenti et « […] s'expriment souvent dans une communication directe qui court-circuite le conscient, le travail analytique s'apparente alors de façon très proche à la création artistique » (Parat, 1976, p. 559). Reik interroge : « que savons-nous de la vie psychiques des autres ? Nous ne pouvons que constater des mouvements expressifs, entendre des bruits, observer une activité ou des arrêts de l'activité, mais il nous faut interpréter tout ce matériel. […] Il nous faut les déduire » (Reik, 1935/2001, p. 39). Selon lui, l'utilisation par l'analyste des connaissances analytiques théoriques (livresques) de façon mécanique peut être un signe de résistance latente envers l'analyse, et une forte entrave à la compréhension du psychisme du patient. Ce point de vue n'est pas partagé par l'ensemble des auteurs. Notamment, Fenichel (1941/1999) soutient que la technique psychanalytique ne s'oppose pas nécessairement à l'attention flottante et à la possibilité d'être surpris. Il met en effet en garde contre l'effet de surprise utilisé de façon défensive, qui peut être tout aussi inauthentique qu'une référence à la théorie. Selon lui, « la technique psychanalytique est un travail compliqué. Son outil est l'inconscient de l'analyste qui saisit intuitivement l'inconscient du malade. Son but est d'élever cette compréhension de l'intuition à la clarté scientifique » (Fenichel, 1941/1999, p. 14). S'il ne remet pas en question la nécessité pour l'analyste de se laisser aller à ce qui lui vient, à son propre inconscient, il met en avant le rôle de l'examen logique du matériel apporté par le patient.

Selon les analystes, le recours à l'intuition ou à l'évaluation intellectuelle varie, mais une majorité s'accorde sur la combinaison des deux. Selon Glover (1955/1958), ce sont des facteurs subjectifs qui conduisent chaque analyste à se fier à l'un ou à l'autre, et il importe selon lui que l'analyste apprenne à travers son expérience jusqu'à quel point il peut s'en

remettre à sa méthode préférée, et qu'il puisse ainsi moduler ses conclusions. Pour Racker (1948/1997), les activités intellectuelles et intuitives se combinent toujours, comme un balancier entre les deux positions. Il poursuit ainsi l'idée de Ferenczi (La technique psychanalytique, 1919) à laquelle il fait référence : l'élaboration de l'analyste suit « une oscillation permanente entre le libre jeu de l'imagination et l'examen critique ». Klauber souligne que la spontanéité élargit « le champ où peut prendre place la communication préconsciente entre patient et analyste » (Klauber, 1981/1984, p. 129), et doit donc s'ajouter à la rigueur intellectuelle. Godfrind (1994) plaide pour une certaine certitude dans le travail analytique : « […] l'interprétation, même si elle se veut ouverture à la polysémie d'un inconscient insondable, même si elle prend le risque d'une brèche vers un éventuel irreprésenté, n'a-t-elle pas, pour *l'analyste,* un ancrage dans une certitude, celle d'une organisation psychique intégratrice ? » (Godfrind, 1994, p. 1532). Elle défend l'idée que les moments de déstabilisation sont au profit de l'intégration psychique, reposant sur la croyance en l'élaboration possible de ce qui est au départ indicible ou irreprésentable, « mais ne nous y trompons pas : c'est bien, paradoxalement, d'une certitude dans l'incertitude qu'il s'agit, celle qui incite à s'interroger sans cesse mais qui, dans le même temps, permet de transmettre à l'analysant l'espoir d'une meilleure intégration psychique, gage de mieux être » (Godfrind, 1994, p. 1533). Reik (1935/2001) ne nie d'ailleurs pas l'existence de processus logiques et conscients chez l'analyste au cours de l'analyse, mais il soutient que les connaissances fondamentales concernant les processus refoulés ont dans leur exploration analytique une allure de surprise, dans leur essence. Il se défend des critiques de Fenichel lui reprochant de réduire la part du conscient et de la pensée dirigée dans l'analyse : « la reconnaissance de la souveraineté de l'inconscient en tant qu'organe de la perception psychologique peut très bien aller de pair avec le contrôle de soi le plus aigu et la vérification logique répétée » (Reik, 1935/2001, p. 201). Il ne donne pas non plus à l'intuition la toute-puissance, il convient de prendre les précautions et la prudence requises.

Enfin, la tension entre intuition et examen intellectuel renvoie à la place donnée à la théorisation dans la clinique tout autant qu'à l'origine clinique de l'élaboration de la métapsychologie. Reik (1935/2001), comme nous l'avons développé, considère que la connaissance analytique n'est pas un savoir livresque théorique, « un savoir de fichier », mais celle qui vient de son propre inconscient. Il met en garde contre la recherche de concordance, de confirmation dans l'analyse d'un cas de la théorie. L'analyse doit être une expérience vécue pour le patient, comme pour l'analyste qui l'exerce. « La profondeur d'une connaissance n'est pas indépendante de la voie par laquelle on y est parvenu » (Reik,

1935/2001, p. 114). Il faut arriver à la connaissance analytique par son propre chemin, par une intuition personnellement acquise, « se servir de la théorie analytique pour acquérir des connaissances est dangereux aussi parce que l'extraordinaire expérience vécue qui consiste à deviner et à comprendre les processus psychique y fait défaut et qu'il se crée chez l'analyste une certitude apparente, une pseudo-compréhension » (Reik, 1935/2001, p. 115). Prenant la question dans l'autre sens, si je puis dire, Bonnet (1996) s'intéresse « […] aux formulations et à la place de la métapsychologie au sein même du cheminement processuel de l'analyste en séance […] » (Bonnet, 1996, p. 211), et montre comment la métapsychologie (théorisation de l'inconscient et de ses formations) se dégage de l'articulation dialectique entre la spéculation fantasmatique et la rationalité théorique. Il estime que la « fantasmatisation spéculative » serait privilégiée pendant la séance, alors que la théorisation se manifesterait plutôt dans l'après-coup de celle-ci. « Cette double polarité n'exclurait pas, bien entendu, la rencontre dialectique, voire le mixage de ces deux modes-temps constitutifs du travail de perlaboration de l'analyste » (Bonnet, 1996, p. 214). Le travail de construction ne découle ainsi pas directement de la théorie, mais de l'écoute conduite par attention flottante, qui peut laisser émerger la métapsychologie, faisant reprendre à Bonnet la formulation d'Aulagnier de « théorisation flottante ». Ainsi, l'analyste n'est ni ignorant, ni tout puissant.

II.1.3. Cheminement d'une chimère

Une des principales caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste en séance repose sur le fait qu'il n'est pas sa seule production : c'est une chimère, résultant de l'imbrication de deux inconscients (M'Uzan (de), 1978). Nous allons parcourir ensemble les apports de plusieurs auteurs sur cette particularité de la pensée de l'analyste en séance.

Green souligne tout d'abord qu'elle est dialogue, « cela veut dire qu'elle ne traite pas seulement du patient qui souffre, mais aussi de l'analyste, dont le travail est d'écouter la souffrance dans le couple ainsi formé, et cela grâce à un type très particulier d'écoute et d'empathie. Nous savons aujourd'hui qu'il est impossible d'aborder les questions liées au transfert sans considérer aussi le contre-transfert – c'est-à-dire ce que la théorie des relations d'objet et l'intersubjectivité disent dans leurs propres contextes » (Green, 2007, p. 20). C'est à partir des années 1950 (notamment avec les travaux de Heimann, 1950, 1960, et de Racker, 1948/1997), que le contre-transfert est étudié comme une question théorique, et considéré comme véritable instrument sensible qui peut être utile au développement du processus

analytique (Urtubey (de), 1994). Le transfert et le contre-transfert sont alors considérés comme faisant partie d'une unité : « le contre-transfert […] est "normalement" produit par la situation analytique et n'est pas uniquement destiné à l'auto-analyse mais surtout à la compréhension de la situation analytique, où, dans leurs rôles asymétriques analyste et patient sont immergés » (Urtubey (de), 1994, p. 1323). La situation analytique n'est plus alors pensée comme l'espace psychique du patient interprété par l'analyste, mais comme un nouvel espace co-crée. L'analyste est intégré dans la situation analytique avec le patient, ils sont engagés dans un processus dynamique où l'un n'est pas intelligible sans l'autre. M. Baranger (1993) souligne qu'il faut faire un effort d'abstraction pour décrire le cheminement de l'analyste entre l'écoute et l'interprétation. Il s'inscrit non seulement dans une intersubjectivité, mais aussi dans un champ intersubjectif. Ce dernier serait « […] sous-jacent aussi bien au discours du patient qu'aux formulations de l'analyste, et, chez ce dernier, détermine aussi bien le contenu de l'interprétation que le sentiment et la conviction que l'interprétation doit être formulée » (Baranger, 1993, p. 225). La situation analytique est comprise comme un champ bi-personnel exprimé par le fantasme inconscient, fantasme de couple, créé en collaboration par les deux inconscients. (Baranger & Baranger, 1961/1985). Selon M. Baranger, « le champ est une structure distincte de la somme de ses composants […] » (1993, p. 227), et il serait structuré à trois niveaux : le cadre fonctionnel de l'analyste, le dialogue analytique et la structure dynamique inconsciente à ce dialogue. Widlöcher (2004) appelle co-pensée – me semble-t-il en résonnance au deuxième niveau de structuration du champ suivant M. Baranger – les effets d'inductions réciproques de la pensée, c'est-à-dire : « […] entendre en soi des affects et des représentations issues d'affects et de représentations venant d'autrui […] ». p. 986). De M'Uzan parle de chimère pour décrire ce qui correspondrait au troisième niveau de structuration de champ suivant M. Baranger : « l'analysé et son analyste forment aussi une sorte d'organisme nouveau, un monstre en quelque sorte, une chimère psychologique qui a ses propres modalités de fonctionnement » (M'Uzan (de), 1978, p. 93). Cette chimère fait appel à une des modalités de fonctionnement de l'analyste proche du rêve – sans lui être identique précise de M'Uzan – par les mécanismes qu'elle utilise. Considérant la vie inconsciente du couple analytique, Ogden (2005) l'évoque comme le tiers analytique intersubjectif, l'analyste étant à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'intersubjectivité inconsciente du couple analyste-analysant. Il témoigne, rejoignant de M'Uzan sur ce point, de la dimension de rêverie du fonctionnement psychique de l'analyste au sein du tiers analytique : « je pense qu'une dimension essentielle de la vie psychique de l'analyste dans le bureau de consultation avec le patient prend la forme d'une rêverie sur des détails ordinaires, quotidiens de sa propre vie.

[…] Cette vie psychique représente […] des formes symboliques et proto-symboliques (fondées sur des sensations) données à l'expérience non articulée (souvent pas encore ressentie) de l'analyste tandis qu'elles sont en train de prendre forme dans l'intersubjectivité inconsciente du couple analytique (c'est-à-dire, dans le tiers analytique) » (Ogden, 2005, p. 764-765). Il souligne que l'examen de cet aspect du couple transfert et contre-transfert réclame un « effort psychique considérable », car il touche un domaine très personnel de l'analyste, et qu'il faut pouvoir accepter qu'il ait été modifié par et dans le tiers analytique. Urtubey (2002) souligne également qu'il ne s'agit pas d'une rêverie personnelle mais des productions psychiques issues d'un nouvel espace co-créé. Si un choix inconscient se fait inévitablement parmi les associations du patient et de l'analyste, il est influencé par l'identification de l'analyste à l'analysant et l'auto-analyse de son contre-transfert.

Les auteurs utilisent les concepts d'identification, d'introjection ou d'identification projective pour décrire la façon dont l'analyste pourra comprendre le patient. Urtubey (2002) rappelle la distinction proposée par Deutsh, entre les identifications concordantes de l'analyste avec les instances de l'analysant (Moi, Ça, Surmoi) et les identifications complémentaires relatives aux objets parentaux internes du patient. Suivant Racker (1948/1997) qui applique cette distinction au contre-transfert, ce serait l'identification concordante qui permettrait de ressentir ce que le patient est incapable de ressentir consciemment. Dans l'espace psychique co-créé par l'analyste et le patient, l'identification primaire est au premier plan, constituant le mode privilégié de compréhension en permettant un accès direct à l'intérieur du patient : à ses fantasmes et ses affects (Urtubey (de), 2002). Reik (1935/2001) parle d'élucidation réciproque des événements inconscients, postulant que l'analyste peut saisir les processus inconscients d'autrui, car l'expérience d'autrui a des points de contact avec la sienne. Le patient éveille chez l'analyste des souvenirs et pensées devenus inconscients. Le travail d'auto-analyse permet de déchiffrer le processus. Reik (1935/2001) considère l'empathie insatisfaisante pour expliquer ce processus, et s'appuie sur l'introjection : « pour comprendre l'autre, il ne s'agit pas de "se mettre dans sa peau" mais de le sentir inconsciemment en nous-mêmes. Nous ne pouvons parvenir à une compréhension psychologique de l'inconscient d'autrui que s'il est saisi au moins pour quelques instants par notre propre inconscient "comme s'il était un fragment de nous-mêmes" (ce qu'il est d'ailleurs) » (Reik, 1935/2001, p. 282). Avoir l'autre en soi comme un « fragment de nous-mêmes » renvoie à l'identification projective. Sandler estime que ce terme est insuffisant pour « […] expliquer et comprendre le processus d'interaction dynamique qui se produit dans le transfert et le contre-transfert. Il semble que ce soit tissé un réseau compliqué d'indices inconscients à la fois émis et reçus »

(Sandler, 1976, p. 411). Pour M. Baranger (1993), l'identification projective comme la contre-identification projective seraient insatisfaisantes pour décrire le champ bi-personnel, en ce qu'elles ne tiennent pas compte de la participation active de l'analyste : « […] l'histoire personnelle, consciente et inconsciente, de l'analyste, qui ne peut comprendre et formuler quelque chose s'il ne l'a pas vécu dans ses expériences et sa fantaisie » (Baranger, 1993, p. 227).

De M'Uzan (1976, 1978, 1989) souligne que ces processus d'identification primaire provoquent chez l'analyste des expériences de dépersonnalisation, de perte des limites. Il nomme pensées paradoxales « cette activité psychique original de l'analyste, qui double celles qui nous sont familières […] » (M'Uzan (de), 1976, p. 582). Occupant une place limitée, elles n'apparaissent à la conscience de l'analyste que de façon fugace et pas à chaque séance, loin de là. Elles adviennent lorsqu'à un niveau défini du fonctionnement de l'analyste « *son appareil psychique est littéralement devenu celui de l'analysé* » (M'Uzan (de), 1976, p. 582). Ces pensées appartiennent à l'analysé (ou plus exactement ce qu'il ne peut pas penser), mais sont élaborées chez l'analyste dont le psychisme est « envahi » par les représentations de l'autre (M'Uzan (de), 1978). Pour se laisser « envahir », l'analyste doit donc procéder à un « retrait de ce qu'il y a de plus individuel en lui » (M'Uzan (de), 1989, p. 151), tout en continuant à investir cet objet narcissiquement. La possibilité d'accéder au mode de fonctionnement psychique de l'analyste permettant la chimère, dépend donc de ses dispositions à l'identification primaire et de sa capacité à supporter les expériences d'un certain flottement de son identité. Ogden (2005) propose une lecture de l'identification projective comme un forme particulière de tiers analytique assujetissant, en ce qu'il a pour effet « d'englober les subjectivités individuelles des participants », dans une large mesure, tant pour celui qui projette que pour celui qui reçoit. Il considère ainsi l'identification projective dans une perspective dialectique où les sujets : « […] se nient et se préservent mutuellement, chacun s'autorisant à être "assujetti" par l'autre – c'est-à-dire nié de façon à devenir, à travers l'autre, un troisième sujet (celui de l'identification projective) » (Ogden, 2005, p. 768). Le processus analytique doit ensuite permettre aux sujets, à travers cette expérience du tiers analytique, de se réapproprier leurs subjectivités individuelles transformées par celle-ci.

II.2. Modèles d'études et de recherches

Nous allons examiner ensemble les deux principales approches de l'étude des processus mentaux du clinicien dans sa pratique. Nous traiterons des aspects spécifiques aux premiers entretiens dans le sous-chapitre suivant (II.3. Caractéristiques particulières aux premiers entretiens).

Suivant la distinction vue précédemment (I.5. Recherches sur les pratiques cliniques psychanalytiques), les recherches suivent deux grandes catégories : celle de la démarche « scientifique universitaire », et celle du modèle « théorico-clinique ». Ces deux perspectives de recherche postulent respectivement : soit la possibilité de modélisation de l'objectivable, soit que l'observation du fonctionnement mental du clinicien n'a aucun sens en dehors de l'expérience clinique vécue intérieurement, tenant compte de ses dimensions inconscientes et nécessairement subjectives.

II.2.1. Comparaison des modèles statistiques et cliniques du jugement clinique

L'approche « scientifique universitaire » –plus répandue en Amérique du Nord comme nous l'avons déjà signalé – du fonctionnement mental du clinicien porte sur le jugement clinique[1]. Elle traite du processus d'élaboration de ce jugement dans sa dimension cognitive, et vise à évaluer sa validité ainsi que les biais influençant son exactitude. La question sous-jacente consiste à savoir lequel des modèles statistique ou clinique du jugement serait le plus efficace dans la pratique et permettrait d'établir les meilleures prévisions. L'étude du jugement clinique est comprise dans une démarche qui établit une équation linéaire entre le diagnostic psychologique (fonctionnement psychologique) et l'indication d'un traitement et de stratégies thérapeutiques adaptées. Le plus souvent, les principales orientations théoriques des psychothérapies sont prises en compte. La psychothérapie d'orientation ou d'inspiration psychanalytique est plus souvent considérée dans ce type de recherches que le traitement psychanalytique à proprement parler.

[1] Nous ne traitons pas ici des recherches sur les processus psychothérapiques, trop éloignés de la question des premiers entretiens, dont les grandes lignes ont déjà été indiquées (voir I.5.1.1.).

Les travaux visent à modéliser le processus de jugement clinique à la fois à partir de la pratique clinique, et à la fois par des modèles statistiques. L'examen psychologique est entendu de façon plus large que la seule éventuelle passation de tests. Il s'agit de décrire les différents processus d'inférence, de déduction et en dernier ressort de prise de décision à l'issue de l'évaluation. Sultan (2004) souligne que le jugement clinique a pu être rationalisé à partir du moment où le diagnostic psychologique a été pensé comme une « activité complexe de prise de décision ». Les recherches considèrent l'examen psychologique dans des cadres variés de demande (Sultan, 2004) : la détermination diagnostique, l'étiologie, le degré de déficit fonctionnel ou psychopathologique, l'indication différentielle de traitement, et enfin le pronostic. Ce dernier point intéresse la présente étude : le pronostic étant pris en compte dans l'élaboration du projet de soin. L'examen psychologique dans cette perspective est différent de l'entretien clinique ou d'une séance de psychothérapie dans le sens où il « […] est là pour permettre une objectivation de certaines observations individuelles : en cela il s'éloigne du simple recueil de ce que les sujets peuvent dire sur eux-mêmes, de l'observation du comportement du patient, ou encore des réactions intuitives du clinicien à l'égard d'une personne » (Sultan, 2004, p. 142). Cette approche suit les données elles-mêmes plutôt qu'une théorie, souligne Sultan.

Huber (1987, 1993b) décrit le jugement clinique comme un processus séquentiel d'investigation et de vérification, dont les phases sont en interaction les unes avec les autres. Il aboutit à une synthèse communiquée au demandeur. Il distingue schématiquement quatre moments : la formation de premières impressions, plus ou moins conscientes, dès le début de la rencontre ; l'élaboration d'hypothèses de départ sur le problème et le but de l'examen, qui prend en compte la demande et le point de vue du patient ; la précision d'une stratégie et des méthodes d'investigation adaptées mises en œuvre ; l'organisation progressive des données ; et enfin la synthèse finale permettant de faire des prédictions et de prendre des décisions. Huber (1987) décrit les facteurs qui influencent le processus : l'institution et le rôle qu'y joue le psychologue ; l'orientation et le cadre de références théoriques (notamment dans la formation de la première impression, et dans l'organisation et l'élaboration des informations ainsi que de la synthèse finale) ; le style d'approche du processus de jugement clinique (c'est-à-dire la façon de collecter les données et leur élaboration successive, qui dépend en grande partie des références théoriques). Huber (1987) précise deux styles d'approches : le style « clinique » qui procède par synthèse émergente utilisant principalement l'empathie et l'intuition, mais aussi la vérification des hypothèses (Il donne comme exemple l'étude de Reik que nous examinerons en II.2.2.) ; et le style « triage taxonomique », approche

discursive (raisonnements explicites et conscients procédant par déduction) attentive à la « mesure » des phénomènes et considérant des lois générales pour les individus. Le premier style considère l'individu comme sujet total et unique, alors que le second considère certains de ses aspects ou de son entourage.

Les résultats de recherche ont mis en évidence les biais qui pouvaient diminuer l'exactitude du jugement clinique (Huber, 1987 ; Sultan, 2004) : l'ordre d'accès aux données, l'auto-confirmation, l'ignorance des fréquences ou des normes dans la population générale, la mauvaise estimation de covariance, ou encore l'« erreur logique » qui entraine des corrélations illusoires issues de la familiarité de l'observateur avec les difficultés ou les patients considérés. Sultan relève dans les recherches le biais d'après-coup qui vient d'une tendance chez le clinicien à construire des explications causales par des raisonnements déterministes : « le biais d'après-coup rend compte de cette conviction que nous avons quand on pense qu'on "savait" qu'un événement allait se reproduire, comme si l'enchaînement des causes était simple, prévisible et clair » (Sultan, 2004, p. 147). « L'erreur fondamentale » influence également le jugement clinique. Elle consiste en la forte tendance chez le clinicien à surestimer la causalité psychique au détriment des causes externes contextuelles. Enfin, les implications des théories implicites de personnalité ont été démontrées.

Sultan (2004) indique une revue de la littérature sur la validité des jugements clinique en fonction du contexte. Il considère cinq contextes différents : l'évaluation de la personnalité et de la psychopathologie, la détermination d'un diagnostic psychiatrique, la prédiction du comportement, la description de cas, et la validité vis-à-vis des décisions thérapeutiques. D'après les données empiriques, les cliniciens procèderaient à des jugements cliniques valides et fidèles quant à l'évaluation de la personnalité et de la psychopathologie, alors qu'il apparaîtrait peu de validité pour la détermination d'un diagnostic psychiatrique. Quant à la prédiction de comportement, Sultan (2004) souligne qu'il n'existe pas d'outils ou de méthodes dans le domaine psychologique permettant des prédictions fiables, ce qui ne permet pas de conclure sur les résultats de recherche. La description de cas « […] se réfère au recueil de l'histoire de la personne et à celle des troubles, et aux inférences élaborées par le clinicien sur les causes de ses troubles » (Sultan, 2004, p. 129). Ce contexte est celui qui se rapprocherait le plus de la situation des premiers entretiens considérée dans la présente étude. Sultan (2004) rapporte que la validité et la fidélité des descriptions de cas sont décevantes, notamment dans l'attribution de causalité, ce que les chercheurs imputent au fait qu'elles sont le plus souvent basées sur l'intuition, l'expérience clinique et les théories de référence des cliniciens, et non pas sur l'élaboration de causalité par des méthodes scientifiques et des

recherches empiriques. Enfin, les décisions thérapeutiques renvoient à la prescription de traitements médicamenteux ou psychothérapiques. L'accord entre les professionnels s'avère souvent faible.

Les chercheurs savent que le clinicien combine des informations en vue de formuler des prédictions mais ne savent pas comment. Wiggins (1981) rapporte deux approches de recherche pour répondre à cette question : demander au clinicien comment il fait, ou construire des modèles qui reproduisent les jugements réalisés, c'est-à-dire trouver ce qu'il fait plutôt que ce qu'il dit faire. Cette seconde démarche aboutit à l'élaboration de modélisations statistiques du processus de jugement clinique. Ce type de recherches porte le plus souvent sur le diagnostic de personnalité mesuré par une échelle. Wiggins (1981), à travers l'étude de la revue de la littérature, soutient que la majorité des résultats tend à montrer qu'un modèle linéaire d'addition des données suffit à rendre compte de manière satisfaisante du processus de prédiction clinique.

Les travaux de Meehl (1954/1996) ont suscité de vifs débats entre les partisans d'une approche clinique, c'est-à-dire globale où la combinaison des informations est guidée par l'intuition et l'expérience clinique, et ceux d'une approche statistique où la combinaison suit des règles et des formules préétablies. Les conclusions de Meehl (1954/1996) indiquent que les prédictions statistiques sont égales ou supérieures à celle faite par l'approche clinique. Huber (1987) précise que dix ans plus tard, Meehl confirme ce résultat à travers une revue des recherches actualisée : « […] dans les deux tiers des recherches, la prédiction statistique est supérieure, dans un tiers, les deux approches sont égales » (Huber, 1987, p. 134). Meehl (1954/1996) indique en effet – dans la préface actualisée de l'édition de 1996 – que sur 136 recherches analysées, pas plus de 5% montrent que la procédure prédictive du clinicien serait plus exacte qu'une procédure statistique. Des critiques ont été formulées quant à ces résultats en interrogeant si la proportion de résultats négatifs pourrait être due : soit à l'influence de l'hypothèse que les capacités du clinicien seraient limitées pour traiter toutes les informations, soit à l'artéfact des conditions de laboratoire qui ne reflètent pas les conditions réelles de la pratique (notamment quant aux informations dont dispose le clinicien). Huber (1987, 1993b), après une revue détaillée de la littérature, propose une synthèse des conclusions. Il indique alors que « […] le jugement discipliné et analytique est meilleur que le jugement global intuitif ; la prédiction d'un comportement est meilleure lorsque l'évaluation de la personnalité est complétée par celle de la situation ; lorsqu'il existe des procédés statistiques pour assister le clinicien il devrait les utiliser ; la qualité d'un jugement statistique et d'un jugement assisté

par ordinateur dépend de la qualité des observations et données cliniques de départ » (Huber, 1987, p. 137).

L'ensemble des chercheurs tendent à s'accorder sur l'intérêt de l'approche clinique qui ne doit pas être opposée à l'approche statistique, mais que cette dernière doit être considérée comme un apport complémentaire utile pour améliorer les jugements cliniques. Sultan souligne en effet qu'« insister sur la nature "objective" de l'examen psychologique n'est pas refuser sa place à la théorie et à l'intuition pendant l'interprétation des données psychologiques : ces aspects jouent un grand rôle particulièrement dans les deux dernières phases du processus d'interprétation » (Sultan, 2004, p. 143), c'est-à-dire d'organisation progressive des données et de synthèse finale. Il existe toujours une part d'intuition dans les prédictions cliniques, et cette part contient des informations utiles. Ainsi, l'objectif des chercheurs n'est pas d'accepter ou de rejeter cette part, mais de l'améliorer notamment en réduisant les biais d'évaluation (Wiggins, 1981). Pour améliorer le jugement clinique dans la pratique, Sultan (2004), s'appuyant sur les travaux de Garb (1998), considère que : les recherches empiriques solides méthodologiquement devraient compter d'avantage aux yeux des cliniciens que leur propre expérience clinique (qui aurait peu d'influence sur l'amélioration de la validité des jugements cliniques) ; l'examen psychologique devrait utiliser les tests psychologiques (notamment pour réduire le biais de confirmation) et les méthodes d'évaluation du comportement (surtout pour l'indication de thérapie cognitive et comportementale) ; les stratégies pour neutraliser les biais cognitifs devraient être appliquées (comme considérer des interprétations alternatives, ne pas trop compter sur sa mémoire) ; et enfin les cliniciens devraient utiliser les aides à la décision (critères diagnostiques standardisés, normes et fréquences dans la population générale, …). Il a été démontré dans la formation des cliniciens qu'il ne suffisait pas de demander à limiter ces biais, mais bien d'enseigner leur nature : une fois compris ils pourront être limités (Wiggins, 1981). Rock (1994) a réalisé une enquête auprès de professionnels en psychologie clinique, dont 98% étaient des docteurs en psychologie engagés dans la pratique clinique. Il les a interrogé sur : leur connaissance des recherches sur le jugement clinique, leurs attitudes quant à la généralisation des résultats, et leurs opinions sur les pratiques cliniques de jugement. Ils considèrent que les recherches comptent et qu'elles pourraient avoir des implications dans leur pratique. Leur connaissance de la littérature sur le jugement clinique était significativement inférieure à celle attendue. Les participants soulignent fortement que les tâches utilisées dans les recherches ne sont pas représentatives de leur pratique. Ces résultats amènent Rock à préconiser une plus grande attention des chercheurs aux considérations des

cliniciens afin que les recherches empiriques aient plus de sens et d'implications dans les pratiques.

Par ailleurs, je note que les résultats de ces recherches suggèrent que les cliniciens auraient peu de conscience de leurs propres processus cognitifs (Sultan, 2004), notamment ils ne seraient pas en mesure de décrire les informations sur lesquelles ils se basent pour élaborer leur jugement clinique (Meehl, 1973). Etendue à la question des premiers entretiens en psychanalyse, cette observation me conduit à une démarche de recherche opposée à celles que nous venons de décrire. En effet, tenant compte de la dimension subjective, en partie implicite et variable en fonction de chaque patient, de l'élaboration de la décision thérapeutique, il me semble justement opportun de partir du discours du psychanalyste, non pas exactement sur ce qu'il fait, mais sur les élaborations en cours au moment des premiers entretiens. Si les cliniciens ne peuvent pas dire systématiquement sur quelles informations ils se basent, il me semble possible en les invitant à associer (c'est-à-dire en soutenant leur propre forme d'élaboration psychique) que leur *trame d'écoute*, plus ou moins implicite, sous-tendant l'élaboration de leur décision se dessine.

II.2.2. Phénoménologie du cheminement intérieur de l'analyste

Contrairement aux recherches exposées précédemment (voir II.2.1.) qui visent l'objectivation des processus cognitifs des cliniciens, les études psychanalytiques tentent de décrire les phénomènes impliqués dans le cheminement intérieur de l'analyste, ainsi que leur mode d'apparition. Elles tiennent compte à la fois de la dimension cognitive et de la dimension affective. Les processus sous-tendant l'intuition sont un objet d'étude, à la différence des recherches de modélisation du jugement clinique qui, si elles ne nient pas la part intuitive et son intérêt, la considèrent comme un paramètre clinique et non de recherche. Dans cette approche phénoménologique, ce n'est pas l'exactitude des prédictions qui importent mais la façon dont elles émergent et sont prises en compte, plus ou moins implicitement, dans l'élaboration de l'analyste.

Il existe, à ma connaissance, relativement peu de recherches sur les processus mentaux du psychanalyste, et parmi celles-ci rares sont celles qui s'y intéressent dans la situation de la pratique clinique, comme dans la présente étude doctorale. Le contre-transfert est un thème qui a été beaucoup étudié. Mais les exposés traitant précisément du contre-transfert de

l'analyste avec des exemples de leurs propres cliniques sont assez rares (Parsons, 2006). Nous avons examinés précédemment les hypothèses explicatives des réticences des cliniciens à participer aux recherches sur leur pratique (voir I.5.2.). De plus, la nature inconsciente ou préconsciente d'une partie des processus en question les rend difficiles à saisir et à énoncer, ce qui peut contribuer au peu de tentatives de recherche.

Nous allons examiner ensemble en quoi la nature en partie inconsciente du cheminement intérieur de l'analyste ne permet pas l'application de méthodologies contrôlées, et rend très difficile sa communication écrite. Puis les deux études majeures analysant de manière étendue la façon dont l'inconscient « vient » à l'analyste seront rapportées. Il s'agit des travaux de Reik (1948/2002) sur l'intuition et la troisième oreille, et ceux d'Urtubey sur le travail de contre-transfert. Par ailleurs, Jimenez (2009) fait part des recherches sur les théories implicites de l'analyste au travail, étudiant un des aspects de son élaboration en interrogeant la façon dont est utilisée la théorie dans la pratique. Par ailleurs, les travaux du groupe de recherche de la Salpêtrière (Von Benedek, 1983 ; Von Benedek, 1989 ; Rappard, 1993 ; Braconnier, 2002 ; Kosmadakis et coll., 2004 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004), dont la perspective méthodologique a déjà été présentée (voir I.5.), visent à rendre compte du travail mental de l'analyste en s'appuyant sur son discours, à partir d'un questionnaire standardisé. J'ai choisi de ne pas développer les recherches sur les théories implicites de l'analyste car elles n'envisagent pas le cheminement intérieur de l'analyste dans son ensemble comme les deux études de Reik et d'Urtubey qui vont être détaillées. Les travaux du groupe de la Salpêtrière, quant à eux, seront traités dans le sous-chapitre suivant (voir II.3.3), car ils portent spécifiquement sur les premiers entretiens.

Les parts inconscientes, subjectives, et intimes de l'élaboration de l'analyste – processus intrapsychiques – ne peuvent être étudiées qu'à partir de l'expérience intérieure de celui-ci. La majorité des analystes considèrent que la méthodologie s'appuyant sur un observateur extérieur est par conséquent inadaptée (Denis, 2006), en tous les cas quand il s'agit de rendre compte de cette part de l'élaboration difficilement accessible. Il se produit déjà une distorsion inévitable quand l'observateur intérieur de ses propres processus à l'œuvre en séance tente de les décrire. Ainsi, Reik postule qu'« […] on ne peut traiter de cette technique [psychanalytique] qu'en liaison avec l'exposé psychologique des processus les plus intimes et les plus secrets de l'analyste » (Reik, 1935/2001, p. 35). Edelman (2004), neurobiologiste américain, propose l'hypothèse des qualia dans sa théorie de la conscience. Les qualia renvoient à l'ensemble des expériences personnelles et subjectives d'une propriété, leur

ressenti (sentiment, impression), qui résulte de la dynamique du cerveau et de l'expérience. Ce sont des « discriminations d'ordre supérieur » qui établissent la conscience. La subjectivité est ainsi constitutive de l'expérience de l'état de conscience : « la conscience est un processus qui est attaché à un corps et à un cerveau individuels, ainsi qu'à leur histoire. Du point de vue de l'observation, l'expérience à la première personne n'est pas écrite sur un mode transférable qui puisse être entièrement traité par un observateur scientifique à la troisième personne » (Edelman, 2004, p.84). S'appuyant sur cette hypothèse, Green (2007) postule donc que « nous ne pouvons construire une psychologie phénoménale qui puisse être partagée avec d'autres à l'instar de la physique. Les qualia directement éprouvées par un individu ne peuvent être partagées par un autre individu jouant le rôle d'observateur » (Green, 2007, p. 27). De plus les parts affectives, singulières à chaque individu, échappent aux critères de scientificité des sciences dites « dures » et des méthodologies quantitatives (Green, 2007). L'activité psychique inconsciente étant l'objet d'étude du psychanalyste – ce qui implique non seulement de prendre en compte « […] ce qu'il peut déduire de l'inconscient du patient, mais aussi ce qu'il déduit du sien propre en rapport avec celui du patient […] » (Green, 2007, p. 29) – la méthodologie quantitative ne peut pas s'appliquer à l'investigation de l'inconscient. Green précise : « nous n'entendons pas par-là que la recherche quantitative doit être abandonnée pour ce qui concerne la psychanalyse. Nous disons simplement qu'elle est périphérique et peu significative dès lors que l'inconscient est au cœur de la recherche » (Green, 2007, p. 29).

Par ailleurs, de M'Uzan (1989) note que les études sur le contre-transfert sont toujours d'une certaine façon « retenues », et formule l'hypothèse que cette retenue serait liée à une « entrave » à laquelle le psychanalyste est parfois confronté dans sa pratique. Il fait ainsi un parallèle entre « l'entrave » dans la recherche et « l'entrave » rencontrée dans la pratique même de l'analyste. Il part de l'observation que les travaux sur le fonctionnement mental de l'analyste en séance sont le plus souvent non systématiques et se limitent au cadre du contre-transfert : « tout se passait comme si quelque chose venait freiner, voire dévier la réflexion dès lors qu'on se consacrait à la mise en forme de ce qui avait été perçu pendant les séances. En fait, le frein en question correspond à une entrave affectant parfois l'activité de l'analyste dans la situation analytique » (M'Uzan (de), 1989, p. 148). Il souligne – en reprenant l'évolution des considérations sur le concept d'empathie –, que tout en considérant le ressenti, la sensibilité émotionnelle comme légitimes et nécessaires, la compréhension au niveau moïque a d'abord été valorisée, avant d'arriver à un certain compromis sur les deux niveaux d'élaboration. Nous avons vu ensemble (voir II.1.3.) que les moments de pensées

paradoxales en séance peuvent fragiliser les limites, le sentiment d'identité, l'intégrité du Moi. De M'Uzan (1989) conclut que les mouvements de « retenue » sur la réflexion de ce qui est perçu en séance procèdent parallèlement au mouvement interne de l'analyste qui peut supporter transitoirement l'état de fonctionnement paradoxal pour revenir à une pensée secondarisée. Ainsi, comme cela va être exposé dans le paragraphe suivant, l'étude de l'expérience intérieure de l'analyste est plus souvent le fait de témoignages isolés que celui de travaux étendus et systématiques.

Les études sur l'expérience intérieure de l'analyste tentent de rendre compte de la façon dont l'inconscient « vient » à l'analyste en séance, et de la manière dont ses propres mouvements internes complètent ceux du patient et participent au processus analytique.
Nous avons vu ensemble (voir II.1.3.) comment de M'Uzan (1978, 1989) pour décrire la pensée paradoxale, et Ogden (2005) pour élaborer le tiers analytique, s'appuient sur leurs propres mouvements internes en séance, sur leur discours intérieur, dont ils témoignent. Procédant de la même démarche, Dispaux (2007) questionne la participation de l'analyste (par rapport au concept de neutralité) au déploiement du processus analytique à travers l'étude approfondie de fragments de séances. Elle distingue la neutralité due à la méthode, et la neutralité état intérieur « […] liée à l'écoute psychanalytique où elle apparaît comme le baromètre et le garant de la liberté associative chez l'analyste » (Dispaux, 2007, p. 675). Elle interroge ses mouvements internes, à la fois dans les séances et à la fois dès le choix des fragments utilisés, choix « au hasard » qui procède d'une neutralité toute relative comme elle l'explicite. Elle montre ainsi comment la position de l'analyste n'est pas froide ou inaffective, mais que la neutralité est toujours conçue comme un « espace intérieur et un temps de suspension », constitutive « d'une passivité bienveillante et accueillante ». Jacobs (1993) quant à lui, cherche à montrer la façon dont il utilise ses « expériences internes » dans sa compréhension du processus analytique. Il rapporte « tout ce qu'il a noté », et souligne qu'il craint que le lecteur en sache plus que ce qui l'intéresse face à un « matériel aussi personnel ». Mais ce « matériel personnel » est nécessaire pour montrer l'apport du processus mental de l'analyste au cours d'une séance particulière : « j'essaierai d'illustrer la façon dont un analyste utilise ses propres expériences au cours de son travail, et de montrer comment certaines pensées, sentiments, fantasmes, sensations corporelles que j'ai découverts au cours de la séance […] ont surgi grâce aux communications inconscientes de mon patient, ont éclairé certaines de mes résistances et ont décidé de la forme et du contenu de mes interventions » (Jacobs, 1993, p. 239). Il fait en effet part de ses impressions, pensées fugaces, images,

associations, souvenirs, … Et montre la façon dont il est attentif tout autant au discours du patient qu'à ses gestes, ses attitudes, ses intonations. Il met en avant le processus analytique comme une « interaction de deux psychologies » : où les expériences internes de l'analyste apportent souvent une ouverture sur celles du patient, et les complètent ; et où le travail des résistances concerne tout autant celles du patient que de l'analyste : « et dans ce processus de surmonter ses propres résistances, l'utilisation que fait l'analyste de ses expériences personnelles, telles qu'elles surgissent spontanément au cours de la séance, joue un rôle essentiel » (Jacobs, 1993, p. 240).

Je viens de présenter quelques exemples de recherches cliniques sur l'expérience intérieure de l'analyste. Mais de façon étendue et systématique, ce sont les travaux de Reik (1935/2001, 1948/2002) et de Urtubey (1994, 2002, 2006) qui m'apparaissent majeurs.

Dans son ouvrage Le psychologue surpris (1935/2001), Reik tente « de décrire les démarches psychologiques du chercheur qui veut saisir le psychique-inconscient d'autrui » (Reik, 1935/2001, p. 33), en partant du moment où l'analyste devine les processus inconscients jusqu'au moment où il les comprend. Dans le second ouvrage – Ecouter avec la troisième oreille (1948/2002) – il s'intéresse aux processus inconscients de l'analyste, et non pas seulement du patient, en partant de l'observation de soi et de l'auto-analyse. La troisième oreille correspond à l'écoute particulière de l'inconscient. Il se place comme observateur interne de son propre fonctionnement psychique au travail. Il faut souligner qu'il est le premier à proposer ce type d'étude. Il s'efforce de transmettre son expérience en témoignant des phénomènes en jeu dans l'accès à l'inconscient à partir de sa pratique clinique, mettant en jeu sa propre subjectivité. Il démontre que la surprise constitue une manifestation d'une lutte contre quelque chose de su, mais inconsciemment. L'effet dynamique du processus de surprise relève de la rencontre entre un fragment de la réalité psychique ayant un caractère inconscient refoulé, avec un fragment de la réalité matérielle. Du point de vue économique, la réaction au sens latent inconsciemment reconnu est *l'effroi*, qui correspond à une réaction défensive passagère : « c'est (donc) aussi l'économie des opérations de la pensée consciente qui produit l'effet de surprise, puisque l'action de l'inconscient permet de court-circuiter les conclusions logiques » (Reik, 1935/2001, p. 93-94). La surprise chez l'analyste est un bon indice du fait que son inconscient participe lui aussi à la connaissance des éléments inconscients. « Ce ne sont pas la réflexion logique et la connaissance théorique mais les traces mnésiques de cette expérience de surprise qui forment le noyau du savoir préconscient et conscient, l'auxiliaire si précieux du psychologue à la recherche des processus refoulés » (Reik, 1935/2001, p. 96). Reik nomme la phase qui précède la compréhension (logique du

Moi) « le temps de latence de la compréhension psychologique », et il la décrit comme « […] ce qui jaillit des couches intellectuelles les plus profondes et les plus obscures est précédé pendant un moment par une sorte de sentiment d'étrangeté, une absence, qui passe rapidement. […] L'obscurcissement momentané, qui précède le moment où l'on devine, n'est peut-être que l'expression de la défense inconsciente contre la naissance qui assiège la conscience et en même temps le signal qu'elle va jaillir de façon imminente » (Reik, 1935/2001, p. 141-142). Contrairement à la phase préparatoire de deviner, dans celle de la compréhension « l'assemblage logique et la réflexion, les déductions, la vérification et la critique strictes des faits individuels, l'appréciation des notions conscientes, bref tous ces processus intellectuels rationnels doivent avoir ici la première place » (Reik, 1935/2001, p. 219). Le chemin qui mène à la compréhension des processus inconscients d'autrui fait un détour par le Moi de l'analyste et par ses expériences vécues latentes ou ses possibilités latentes d'expérience. En empruntant ce détour l'analyste apprend aussi quelque chose de ses propres motions pulsionnelles inconscientes, c'est en cela que Reik (1935/2001) propose de parler d'élucidation réciproque des processus inconscients.

Dans ses travaux, Urtubey (1994, 2002, 2006) n'interroge pas seulement la nature de l'interprétation ou du contre-transfert, mais comment ils naissent et viennent à l'esprit de l'analyste. Selon elle, l'interprétation « […] se forge dans le contre-transfert et constitue l'aboutissement de celui-ci » (Urtubey (de), 1994, p. 1366). Mais questionner l'accès au contre-transfert, « […] dont le niveau le plus profond et le plus actif est inconscient, inconnaissable sans auto-analyse dans l'élaboration de la situation analytique dans laquelle il est inséré » (Urtubey (de), 2006, p. 379), équivaut parfois à se demander comment l'inconscient vient à l'analyste. Elle définit le travail de contre-transfert comme étant celui de l'analyste dans la situation analytique : « [il] est, en grande partie, un phénomène du moi, puisqu'il est capable d'utiliser des représentations de mots, mais il est influencé par le surmoi et l'idéal du moi et est porté par les désirs du ça » (Urtubey (de), 2002, p. 23). Il comporte plusieurs étapes : « […] être présent physiquement et psychiquement pendant la durée prévue de la séance (et celle, imprévisible, du temps de la cure), écouter avec une attention flottante, se représenter, fantasmer, éprouver des affects, s'identifier aux aspects inconscients du patient et de ses objets, se souvenir, lier, s'auto-analyser, interpréter et faire des constructions » (Urtubey (de), 1994, p. 1272-1273). Le travail de contre-transfert procède à l'inverse du travail de rêve en démontant les condensations, déplacements, figurations et symbolisations : pour aller des représentations de choses aux représentations de mots. L'accès aux contenus latents du contre-transfert s'effectue de la même façon que pour ceux du transfert : au moyen

d'associations libres. Elle indique que le contre-transfert de l'analyste peut jouer sur sa mémoire analytique, lorsque l'analyste n'arrive pas à se souvenir de ce qu'il a écouté « […] par désinvestissement contre-transférentiel, par identification à des parents "sourds" ou avec le moi du patient qui ne voulait ou ne pouvait pas écouter » (Urtubey (de), 2002, p. 68). Je voudrais souligner qu'Urtubey (1994) témoigne de la façon dont elle «voit » le récit du patient. Elle note que des analystes font appel à la poésie ou aux contes de fées, à la musique, à des images, pour exprimer les contenus contre-transférentiels.

La présente étude doctorale s'inscrit dans une démarche exploratoire et descriptive, cherchant à rendre compte de la part explicite et autant que possible implicite du cheminement intérieur de l'analyste, en favorisant le travail d'association au cours de l'entretien de recherche. Mon attention porte à la fois sur la part cognitive et la part affective de ce cheminement, notamment en explorant la dimension contre-transférentielle.
La présente étude ne permettra sans doute pas d'accéder aux processus inconscients, ni de mettre en évidence les qualia de l'état de conscience (Edelman, 2004) : « tout individu peut décrire son expérience à un observateur, mais cette description sera toujours partielle, imprécise et relative au contexte personnel de l'individu » (Green, 2007, p. 28). Néanmoins, elle tient compte de la subjectivité du cheminement intérieur de l'analyste en proposant d'étudier ce dont il témoigne, l'utilisant comme observateur interne (dans la suite des travaux du groupe de recherche de la Salpêtrière, voir II.1.5.).

II.3. Caractéristiques particulières aux premiers entretiens

Nous allons examiner ensemble les caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste spécifiquement lors des premiers entretiens. Je tenterai dans un premier temps de montrer que l'écoute de l'analyste semble organisée selon une trame préétablie. Puis j'interrogerai l'articulation de l'intuition et de la compréhension (logique au niveau moïque) – suivant la formulation de Reik (1935/2001 ; 1948/2002) – relativement aux enjeux des premiers entretiens. Enfin, je rendrai compte des facteurs de variation de l'écoute analytique dans ce moment particulier, en m'appuyant sur les résultats de recherche.

II.3.1. Trame d'écoute

Il semblerait qu'une trame préétablie, plus ou moins implicite, organise l'écoute de l'analyste au cours des premiers entretiens, n'empêchant pas pour autant la place à l'incertitude et à l'imprévisibilité. D'une manière globale, tout analyste soutient que son écoute est tournée vers les processus inconscients. Mais au-delà de ce principe général, les premiers entretiens avec les enjeux qu'ils contiennent – notamment celui d'aboutir à une décision – dessinent-ils une *trame d'écoute* spécifique ? Dans le cadre de ce chapitre II sur le cheminement intérieur de l'analyste, je vais tenter de définir à partir de quelles influences cette trame est construite et la façon dont elle procède dans l'élaboration de l'analyste. Le « contenu » de celle-ci – c'est-à-dire les questions qu'elle porte – et l'implication de ce « contenu » dans la décision thérapeutique seront examinés dans le chapitre III « Fondements de la décision thérapeutique ».

Cette *trame d'écoute* serait plus ou moins implicite. M. Baranger (1993) souligne que celle-ci – qu'elle nomme « schéma référentiel » de l'analyste dans son article – peut être plutôt consciente, avec le risque de rigidité que cela pourrait impliquer, ou plus implicite même chez les analystes qui s'en défendent, elle serait dans ce cas moins rationalisée et cohérente. De nombreux auteurs soutiennent que l'attitude non-directive, le principe d'attention flottante, n'empêche pas une écoute orientée (Nachin, 2004) ; même s'il est nécessaire et intéressant de s'écarter et de se libérer de « […] son canevas d'entretien préformé et personnel, de repérage ou de maniement de l'entretien » (Lauru, 2007, p. 25). Tanguay (1994b) soutient que la décision de s'engager, du côté du psychanalyste, s'appuie sur l'observation d'un certain nombre d'éléments, dans le contexte d'un entretien non structuré qui ouvre la voie à la libre association. Ainsi, si l'entretien est non structuré il n'en demeure pas moins l'idée d'une écoute éclairée, peut-être même implicitement « construite », l'idée d'une évaluation – même a minima – « […] c'est-à-dire la mise en jeu de son expérience clinique et de la prévision relative qu'elle permet » (Donnet, 2005, p. 192). M. Baranger (1993), si elle insiste sur la nécessité de rester ouvert à l'imprévu et à la surprise, souligne que « ce n'est pourtant pas une écoute passive ou ingénue. Elle est orientée par le capital que possède l'analyste pour écouter. La théorie analytique, non formulée, lui offre un cadre dans lequel situer ses découvertes. Il faut citer ici le concept de "théorisation flottante" d'Aulagnier[1] » (Baranger,

[1] Aulagnier, P. (1979). Les destins du plaisir. Presses universitaires de France, Paris.

1993, p. 231). D'une certaine façon c'est ce que Reik (1948/2002) entend par la troisième oreille, celle formée à l'écoute des processus inconscients à travers l'analyse personnelle, l'auto-analyse continue, mais aussi le bagage théorique et l'expérience.

Hanin (1996) estime qu'il n'est pas valable de réfuter l'idée d'une orientation de l'écoute de l'analyste sur le motif que la rencontre entre un analyste et un patient serait trop singulière, et que ce serait contraire à la méthode psychanalytique. Il postule qu' « il y a pourtant quelques raisons de penser que tout analyste constitue au fil de sa pratique, le plus souvent de manière implicite, une sorte de grille de lecture ou d'écoute du cas l'amenant à l'issue des entretiens préliminaires à poser ou non l'indication » (Hanin, 1996, p. 82). Fadda (1995) souligne que si le processus d'indication repose en partie sur un savoir, le savoir-faire, c'est-à-dire l'utilisation de ce savoir vient de l'expérience clinique.

Malgré l'imprévisibilité des processus inconscients et donc de la façon dont l'analyste y accède avec un patient, Reik concède que l'analyste emporte certaines attentes dans son écoute : « il suffit de penser à sa conviction que l'événement psychique est couramment déterminé, à sa croyance que le refoulé-inconscient dispose de possibilité de s'exprimer et se trahira par ses rejetons » (Reik, 1935/2001, p. 124). Ses conceptions théoriques orientent ainsi son écoute sans en déterminer une méthode systématique : « […] il n'y a pas de règle impérative qui décide de ce qu'il faut mettre en avant et de ce qu'il faut laisser en arrière » (Reik, 1935/2001, p. 190). Lasvergnas soutient (1994) que le psychanalyste transporte de manière implicite, en modèle identificatoire, un savoir préconstruit qui structure à l'avance son l'écoute.

Des études tendent à montrer que le modèle théorique de la névrose imprégnerait de manière privilégiée l'écoute de l'analyste, d'autant plus lorsqu'il est débutant. L'orientation à partir de ce modèle théorique aurait plus de poids en début de traitement, qu'à la suite du travail où le matériel clinique viendrait infirmer les hypothèses initiales. Reid rapporte l'hypothèse issue du groupe d'étude de l'unité de psychothérapie psychanalytique du Pavillon Albert-Prévost à Montréal, selon laquelle « […] le modèle de fonctionnement psychique névrotique pourrait, plus ou moins à notre insu, demeurer une référence théorique centrale dans notre manière d'accueillir le matériel du premier entretien » (Reid, 1994, p. 13). La théorie psychanalytique s'étant construite à partir de l'étude de la névrose, il est compréhensible que le modèle névrotique prédomine dans l'esprit et la réflexion des analystes. Selon Lasvergnas (1994) – membre du groupe d'étude de Montréal sus-cité – le traitement de différents indices de manière prédictive pour fonder sa décision thérapeutique (classiquement : capacité onirique, conflictualité interne, distinction génital/prégénital, mode de relation d'objet, mentalisation

des affects, agirs ou somatisations), consiste à privilégier le modèle névrotique de compréhension des processus inconscients. Elle regrette que l'écoute sélectionne d'avantage certains indices car cela implique le risque de s'inscrire « […] dans l'emprise du modèle de la névrose et le renforcer, autant dans sa position paradigmatique que dans sa position normative » (Lasvergnas, 1994, p. 45). Elle ajoute que cette tendance serait renforcée par le fait que la plupart des analystes fonctionnent eux-mêmes plutôt selon le mode névrotique, et laissent ainsi les autres modes de fonctionnement dans une compréhension moins aboutie. Les jeunes analystes seraient plus influencés que les analystes expérimentés par leur propre fonctionnement psychique et croiraient leurs patients névrosés comme eux, déniant l'importance de la pathologie de leur patient (Urtubey (de), 2002). Anzieu observe, d'après son expérience de supervision, « […] que là réside la difficulté peut-être dominante chez les élèves-analystes : la tendance à ériger leur propre fonctionnement mental en norme, en modèle, en étalon auquel le patient est implicitement invité à se soumettre sinon à se démettre ; avec la tendance complémentaire chez eux à s'appuyer sur les éléments de la théorie psychanalytique qui justifient leur propre fonctionnement plutôt que sur ceux qui conviennent à la compréhension du fonctionnement du cas » (Anzieu, 1983a, p. 25). Ainsi deux éléments viennent renforcer ce phénomène : le fait que les théories les plus abouties correspondent au modèle de la névrose, et le fait que la majorité des analystes fonctionnent psychiquement selon ce même modèle. Cette constatation amène Lasvergnas à se demander « dans quelle mesure le trop-connu du modèle névrotique pour le psychanalyste ne viendrait-il pas endiguer son écoute, et, à son insu, l'amener à juger de l'autre qu'essentiellement en écart par rapport à ses propres modes de conflictualisation intime (ces derniers se trouvant ainsi érigés en modèles normatifs) ? » (Lasvergnas, 1994, p. 46). L'auto-analyse du contre-transfert de l'analyste apparaît ici fondamentale. L'implication contre-transférentielle lors des premiers entretiens sera envisagée en II.3.3., à la fin du présent sous-chapitre.

II.3.2. Articulation de l'intuition et de la compréhension

Soutenir l'existence d'une *trame d'écoute* préétablie sous-tend la question de la place accordée respectivement à l'intuition et la compréhension secondarisée, ainsi que celle de leur articulation au cours des premiers entretiens. Certains auteurs pointent la recherche de compréhension du fait de l'enjeu de la décision à laquelle il s'agit d'aboutir, alors que

d'autres mettent en avant la place prépondérante de la dimension affective lors des premiers entretiens. Cette articulation rappelle le « dilemme entre investigation et transfert » que nous avons examiné ensemble précédemment (voir I.2.), mais cette fois-ci au niveau du cheminement intérieur de l'analyste spécifiquement et moins en termes de technique (position plus ou moins active lors de premiers entretiens).

Lorsque les psychanalystes soulignent l'implication de la compréhension lors des premiers entretiens, ils n'en font jamais le seul axe d'élaboration. Ainsi Donnet précise : « je n'entends pas suggérer que la décision de l'analyste découlerait de l'objectivité d'un savoir clinique ; je veux seulement souligner qu'une dimension consultative est inhérente à la rencontre, qu'elle met en jeu la référence tierce à la psychanalyse instituée » (Donnet, 2005, p. 192). En effet, la majorité des auteurs met en avant la conjugaison de logique secondarisée et de ressenti, d'éléments conscients et inconscients, qui s'influencent mutuellement dans une dynamique construite à deux lors des premiers entretiens (Lasvergnas, 1994 ; Fadda, 1995).
Même si de nombreux auteurs recommandent une écoute non secondarisée, exempte de préconceptions, Lasvergnas (1994) rappelle qu' « en définitive un premier jugement a tendance à s'élaborer au niveau des processus cognitifs les plus évolués, si l'on veut bien concéder que c'est en effet une théorie qui sert "d'appareil d'écoute et de gestion" des propos du patient, et que l'observé, tout comme le perceptuel ou le ressenti, ne sont guère plus que du préconstruit » (Lasvergnas, 1994, p. 43). Même chez les analystes qui cherchent à ne pas secondariser leur écoute, qui ne cherchent pas une élaboration en vue d'une évaluation, des hypothèses de travail sont à l'œuvre, comme le montrent des résultats de recherche (Von Benedek, 1983 et 1989 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004). Elles ont la particularité d'être en construction, toujours remises en question au fur et à mesure de l'émergence de nouveau matériel clinique. Elles ne sont pas nécessairement énoncées d'emblée, et avec d'autant plus de précaution au moment des premiers entretiens. Kosmadakis et Widlöcher (2004) notent, d'après leurs résultats, que la majorité des analystes formulent une hypothèse psychodynamique dont ils précisent le caractère incertain et évolutif. Elle apparaît en tout cas plus en cours d'élaboration qu'absente. D'autres analystes n'en formulent pas par choix, cherchant à éviter de fixer leur pensée dans une hypothèse trop structurée ; ou encore estiment que le petit nombre d'entretiens ne leur permet pas de s'avancer. « Cependant, si l'on se reporte au versant objectif de leurs réponses au questionnaire, celle-ci n'est pas pour autant totalement absente de leur mode d'élaboration » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004, p. 333).

Les hypothèses en cours d'élaboration lors des premiers entretiens semblent être en partie prédictives. D'après les résultats de recherche (Von Benedek, 1983 et 1989 ; Braconnier, 2002), le psychanalyste organiserait de façon préconsciente la trame de travail qu'il pense suivre avec son patient : « les prédictions seraient toujours à l'œuvre dans tout travail psychothérapique, même implicitement » (Von Benedek, 1983, p. 73). Dans son étude Von Benedek (1983, 1989) montre que les prédictions sont en continuelle évolution en fonction du nouveau matériel apporté par le patient, et servent d'hypothèses de travail soutenant l'élaboration de l'analyste. Elle montre que dès les premiers entretiens, l'analyste construit plus ou moins implicitement des prévisions initiales, une sorte de projet thérapeutique (anticipation, prévision, souhait par rapport au projet thérapeutique). D'une manière générale, il semble en effet que « la singularité de la relation thérapeutique est construite à partir de l'ensemble de prédictions et validations (ou réfutations) qui constituent le dialogue entre analyste et patient » (Jimenez, 2009). La part d'incertitude, de doute, inhérente à la démarche psychanalytique, se traduit par le caractère toujours en évolution des élaborations de l'analyste. Dans ce sens, Glover (1955/1958) parle de diagnostic provisoire au cours des premiers entretiens, et suggère de vérifier la justesse des déductions préliminaires « […] par l'observation de la quantité d'affect qui a pu s'exprimer » (Glover, 1955/1958, p. 33). Valabrega, considérant les fonctions du doute en psychanalyse, rappelle que le diagnostic et le pronostic analytiques doivent toujours être « […] maintenus fluctuants, modifiables, ouverts, à la différence des normes habituelles du diagnostic psychiatrique » (1979/1994, p. 27).

Les impressions cliniques occupent une place privilégiée lors des premiers entretiens. Klauber (1981/1984) explique qu'au début de l'entretien, du fait de la personne qui adresse ou du premier contact téléphonique il existe quelques idées préconçues, et surtout quand le patient entre et commence à parler des impressions se forment. Il considère qu'« aucune de ces impressions ou idées préliminaires ne doit être négligée. Mais il importe encore plus qu'elles prennent leur importance exacte dans l'esprit de l'analyste à la lumière de l'entretien tout entier » (Klauber, 1981/1984, p. 167). Parat (1976) pointe le fait que le premier contact est en face à face et favorise les échanges infraverbaux, ainsi « […] l'analyste tient compte intuitivement d'éléments plus ténus qui font entrer en résonance l'ébauche de ce sur quoi pourra s'établir son contre-transfert » (Parat, 1976, p. 547). Reik (1935/2001) met l'accent sur la sensorialité (audition, vue, goût, odorat) consciente, préconsciente, mais aussi inconsciente dans la compréhension psychologique, qui, « en utilisant l'expression de stimuli qui ne franchissent pas le seuil de notre conscience comme des signaux et en les utilisant pour compléter ou corriger la perception sensorielle normale, [elle] parvient à la formation d'une

intuition psychique particulière » (Reik, 1935/2001, p. 58). Ces perceptions sensorielles qui échappent à la conscience concerneraient selon lui principalement les pulsions. Témoignant de l'expérience clinique des premières rencontres avec un adolescent, Lauru (2007) considère que sont particulièrement mobilisés chez l'analyste un imaginaire très pulsionnel et des fantasmes archaïques. Melese (2007) souligne que l'éprouvé de l'analyste traduit la façon dont « […] sa psyché se laisse mobiliser, de comment elle est affectée au contact de cette autre psyché » (Melese, 2007, p. 37), ce qui lui permet d'accéder à la compréhension de celle du patient. Reik (1935/2001) insiste sur l'attention particulière à accorder aux premières impressions à peine perceptibles que nous recevons d'une personne, et si elles ne sont pas les bonnes, elles contiennent souvent des intuitions exactes qui ont subi des déformations. Klauber considère, particulièrement lors de la consultation psychanalytique, qu'il ne dispose que « d'indices affectifs », « mais les affects sont, après tout, les arbitres de tous nos jugements » (Klauber, 1981/1984, p. 175). Guillaumin (1998) conclut lui aussi que l'analyste est généralement conduit à s'en remettre à l'intuition dans les premières rencontres.

Ainsi, si la dimension affective – le ressenti de l'analyste – constitue une source essentielle de compréhension du psychisme du patient et de la situation analytique, et peut être particulièrement investie lors des premiers entretiens, la pensée secondarisée semble toujours intervenir sous la forme d'hypothèses de travail en cours d'élaboration. La différence entre les analystes tiendraient plus de la volonté ou non de laisser leur *trame d'écoute* à un niveau implicite, pour se prémunir du risque de systématisation qui entraverait l'espace libre nécessaire à la surprise (Kosmadakis & Widlöcher, 2004).

II.3.3. Facteurs influençant la trame d'écoute

Comme nous venons de le voir ensemble, en premier lieu la *trame d'écoute* varie en fonction des références théoriques propres à chaque analyste (Reik, 1935/2001 ; Baranger, 1993 ; Lasvergnas, 1994 ; Fadda, 1995 ; Lauru 2007). En effet les « théories implicites » (Jimenez, 2009) utilisées par chaque analyste dans sa pratique dépendent de leur personnalité, de leur formation et de leur expérience (Green, 2007). La *trame d'écoute* est aussi influencée par le fonctionnement psychique de l'analyste, soit du fait de la tendance à projeter son propre fonctionnement psychique sur son évaluation (Lasvergnas, 1994 ; Reid, 1994 ; Anzieu, 1983a ; Urtubey (de), 2002), soit à travers sa sensibilité émotionnelle singulière qui lui donne

accès à certains ressentis de manière privilégiée. Le savoir-faire « […] se fonde sur les capacités perceptives et intuitives du thérapeute ; il est donc largement conditionné par son organisation inconsciente » (Fadda, 1995, p. 81). Suivant M. Baranger, chaque analyste construit en effet sa propre *trame d'écoute* en fonction de facteurs multiples. « Ce schéma référentiel est la quintessence condensée et élaborée personnellement par chaque analyste de ses adhésions théoriques, de sa connaissance des travaux analytiques, de son expérience clinique et surtout de ses échecs, de ce qu'il a appris sur lui-même dans son analyse, de ses identifications avec son analyste et ses superviseurs, et inclusivement des modes théoriques qui agitent périodiquement le mouvement psychanalytique » (Baranger, 1993, p. 231). Il semblerait que l'expérience jouerait plus que les références théoriques sur les pratiques des analystes : « très rares sont les études qui ont cherché à comparer non les théories, mais la pratique effective des psychothérapeutes. Elles démontrent, en général, que, en dépit des théories, les attitudes des thérapeutes, qu'ils fussent élèves de Freud, d'Adler ou de Rogers, étaient très voisines, et que les différences s'accusaient en proportion de l'âge et de l'expérience plus qu'en fonction de l'appartenance doctrinale » (Widlöcher, 1997, p. 701). Par ailleurs, l'écoute de l'analyste s'adapte évidemment à la singularité de chaque situation clinique, ce qui a déjà été développé précédemment (voir I.4. « De la technique au "tact" »).
Nous allons examiner ici plus particulièrement le rôle de la part contre-transférentielle du fonctionnement psychique de l'analyste dans son écoute en séance (Von Benedek, 1983 et 1989 ; Dufresne, 1994 ; Guillaumin, 1998 ; Urtubey (de), 2002 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004). Puis, considérant que la *trame d'écoute* se construit au fil de l'expérience clinique (Fadda, 1995 ; Hanin, 1996 ; Green, 2007), nous exposerons les résultats de recherche montrant quels aspects du cheminement intérieur de l'analyste varient en fonction du nombre d'années d'expérience clinique.

Le contre-transfert, même si l'analyste en fait peu part dans les recherches portant sur son fonctionnement mental dans la pratique (Von Benedek, 1983), peut être fortement mobilisé dès les premières séances, « […] dans ses aspects positifs ou négatifs, nécessitant des aménagements dans la relation » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004, p.332). Dans les premiers entretiens, il présente la particularité d'être à la fois une source essentielle d'informations mais aussi d'être peu contrôlé. « Si l'on admet que l'analyste ne contrôle sans doute jamais toutes, ni même parfois les principales avenues de son complexe contre-transférentiel, il apparaît que cet état de choses est particulièrement manifeste *au début de l'analyse*. Or, c'est certainement parce que ce complexe est intriqué étroitement à celui du transfert chez le

patient, qui, par définition pour ainsi dire, ne se livrera que progressivement […] » (Guillaumin, 1998, p. 87). Etchegoyen (1986/2005) cite un travail de Lopez et Rabih sur le contre-transfert dans l'entretien initial, inédit. Je m'appuie donc sur ce qu'en écrit Etchegoyen. D'après Lopez et Rabih, le premier entretien rend l'analyste très sensible contre-transférentiellement aux identifications projectives du patient, à cela plusieurs raisons, dont l'intense communication extra-verbale que le patient utilise pour gérer son angoisse propre à cette situation nouvelle. Ils observent que l'analyste est particulièrement exposé à l'identification projective à trois moments : l'ouverture, la clôture et la formulation du contrat. Dufresne souligne que c'est d'abord le *transfert de l'analyste* (précédant le transfert, par distinction du contre-transfert qui viendrait en réaction au transfert non encore établi lors des premiers entretiens), qui se manifeste dans les premiers instants : « […] d'autant mieux que son désir, ses craintes et ses fantasmes dont les racines sont inconscientes, se projettent aisément sur une nouvelle scène encore ambiguë […] » (Dufresne, 1994, p. 86). Ainsi, « le transfert de l'analyste ne saurait manquer d'induire des points aveugles, de colorer son écoute, de le rendre plus attentif à ce qu'il souhaite entendre, voire de susciter son impatience thérapeutique » (Dufresne, 1994, p. 86). C'est pourquoi l'auto-analyse du contre-transfert inconscient de l'analyste est particulièrement nécessaire et décisive au moment des premiers entretiens (Urtubey (de), 2002).

Les résultats de la recherche de Von Benedek (1983, 1989) tendent à confirmer son hypothèse de recherche, selon laquelle « […] les prévisions concernant la capacité à assumer les méandres difficiles d'un travail analytique semblaient dépendre de la contre-attitude préconsciente du clinicien, projetée sur son appréciation. Ainsi, j'ai trouvé une corrélation étroite entre une ambition thérapeutique initialement limitée et des éléments contre-transférentiels négatifs. La même corrélation semble exister entre une ambition thérapeutique importante et des attitudes contre-transférentielles positives » (Von Benedek, 1989, p. 145). Dans le même sens, Kosmadakis et Widlöcher (2004) concluent d'après leurs résultats de recherche que la décision thérapeutique repose en partie sur « […] l'examen subjectif de ce que l'analyste ressent de l'attitude de son patient » (p. 239). Ils soulignent que « l'hypothèse [psychodynamique] formulée ne serait que partielle si elle n'était pas en résonance avec la théorie d'une part, et l'éprouvé de l'analyste dans sa compréhension du transfert et du contre-transfert d'autre part » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004, p. 329). Urtubey (2002) estime que le contre-transfert influence fortement la reconnaissance de l'exactitude d'une indication. Elle soutient qu'il est courant d'observer que des praticiens posent pour un même patient des

diagnostiques d'analysabilité différents, ce qu'elle explique en partie par des désirs ou de fantasmes inconscients surgis de la rencontre.

Quant aux différences du cheminement intérieur de l'analyste en fonction du nombre d'années d'expérience clinique, nous avons déjà signalé que la projection de son propre mode de fonctionnement psychique sur l'évaluation de celui du patient semblerait être plus prégnant chez les jeunes analystes (Anzieu, 1983a ; Urtubey (de), 2002).

Les résultats du groupe de recherche de la Salpêtrière apportent des éclairages sur les aspects particuliers qui sont sensibles ou non au nombre d'années d'expérience clinique (Braconnier, 2002 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Leurs recherches portaient sur la façon dont le clinicien rend compte de ses attitudes intérieures et de ses pensées qui motivent la décision de prise en charge d'un nouveau patient au cours des premiers entretiens. Deux groupes de cliniciens pratiquant la psychanalyse ou la psychothérapie psychanalytique ont été constitué : un groupe de moins de 5 ans d'expérience clinique et un groupe de plus de 10 ans. Ils ont procédé à une analyse qualitative et quantitative du discours des cliniciens en réponse à un questionnaire standardisé (QPPS : Questionnaire Pré-Psychothérapique de la Salpêtrière).

Envisageons dans un premiers temps ce qu'il y a de commun dans les deux groupes. Globalement, les deux groupes utilisent les mêmes critères pour décider d'une indication, avec sensiblement les mêmes fréquences d'utilisation des différents indicateurs étudiés (Braconnier, 2002 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). La même place est accordée dans les deux groupes à l'approche théorique et à l'approche descriptive dans la façon de rendre compte de leurs pensées et attitudes intérieures (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Il est précisé qu' « à propos de l' "approche descriptive ou de l'approche théorique", les énoncés des thérapeutes sont plutôt descriptifs. Cependant, beaucoup d'entre eux ont eu le sentiment d'avoir répondu au questionnaire en utilisant "les deux modes d'approches", l'une s'étayant sur l'autre dans un processus interactif nécessaire. De fait, nos évaluations confirment dans l'ensemble leur recours à cette double approche : ainsi, lorsque les thérapeutes s'expriment d'un point de vue descriptif, ils ont à l'esprit la référence théorique qui leur fait entendre également les choses à un autre niveau » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004, p. 331). La décision thérapeutique s'appuie principalement sur des faits cliniques présents (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). C'est la référence à la relation thérapeutique qui est privilégiée, plutôt que la structure psychique, les événements de vie ou les symptômes (Kosmadakis et coll., 2004). Le recours

aux faits cliniques absents aurait une fonction méthodologique. En effet, « sa formulation négative semble jouer un rôle facilitateur pour la décision de prise en charge […], mais aussi dans la mise à l'écart de contre-indications éventuelles […]. Enfin, l'interrogation sur la survenue éventuelle de faits cliniques pouvant faire défaut ou être un obstacle dans le déroulement ultérieur (motivation, capacités associatives, affects, etc.) paraît constituer pour certains thérapeutes une possibilité d'aménagement du travail ultérieur […] » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004, p. 331).

C'est dans le mode de construction et d'association des différents facteurs que les résultats tendent à montrer des différences dans les deux groupes. Les premiers résultats (Braconnier, 2002) allaient dans le sens d'une moins grande attention chez les cliniciens peu expérimentés aux capacités de métacommunication du patient, « […] c'est-à-dire à sa capacité de donner un sens à ses propos ou à ses affects qui dépasse celui de leur simple contenu » (Braconnier, 2002, p. 27). La recherche de 2004 a donc renforcé l'étude de la prise en compte de la métacommunication, et ses résultats infirment ceux de 2002. Il semblerait dans les deux groupes – moins de cinq ans d'expérience clinique et plus de dix ans – qu'il y ait la même capacité à percevoir l'intérêt pour la métacommunication (Kosmadakis et coll., 2004). En revanche, il apparaît que « les thérapeutes expérimentés utilisent fréquemment le mode associatif qui procède par mouvements et déplacements. Ce flux, nourrissant à la fois du côté patient et de son thérapeute, participe à la construction d'une hypothèse psychodynamique comme "arrimée" à la métacommunication du patient et à la relation thérapeutique dans une perspective qui intègre la théorie » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004, p. 334). Le clinicien « expérimenté » procèderait dans la formulation des hypothèses psychodynamiques, comparativement au « moins expérimenté », selon un « système de pensée » sur un mode plus associatif de constructions successives des trois dimensions : relation thérapeutique, métacommunication du patient et approche théorique, faisant peu référence aux aspects cliniques et aux événements de vie. Le clinicien « moins expérimenté » procèderait de manière plus « clivée » entre les différentes dimensions, et privilégierait les faits cliniques et les événements de vie. Ce résultat de recherche va dans le sens de l'observation de Klauber selon laquelle « […] le nouvel analyste est de toute façon confronté à l'immense difficulté d'articuler la théorie et la pratique. La capacité de formulation en termes métapsychologiques ne vient que lentement » (1981/1984, p. 13)

Ainsi, au vu de la littérature psychanalytique et des résultats de recherche, il convient de tenir compte dans l'étude du cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens des facteurs susceptibles de l'influencer : la variabilité inter-analyste, les références théoriques, la dynamique contre-transférentielle, et surtout l'expérience clinique. Il semble également intéressant de tenir compte de la place que l'analyste laisse, ou choisi de laisser volontairement, à l'implicite et à l'élaboration secondarisée. Enfin, il apparaît que des prédictions sont toujours à l'œuvre dès les premiers entretiens.

III. FONDEMENTS DE LA DECISION THERAPEUTIQUE

Les premiers entretiens aboutissent à la décision entre l'analyste et le patient d'engager ou non un travail analytique ensemble. Il existe peu de recherches ou même de textes théoriques sur la question de l'indication de psychanalyse, relativement à la richesse de la littérature psychanalytique : « il est remarquable que la littérature psychanalytique fasse si peu de place aux critères qui président à l'indication d'analyse » (Klauber, 1981/1984, p. 1960).

Nous allons examiner ensemble les apports théoriques – susceptibles de participer au cheminement intérieur de l'analyste lors des premiers entretiens – quant à la décision thérapeutique liés au patient, à l'analyste, puis à leur relation. Enfin, les apports des recherches et des études psychanalytiques sur la décision thérapeutique dans la pratique seront exposés. La question de l'indication est plus volontiers étudiée dans le champ des psychothérapies, dans lesquelles se retrouvent les « psychothérapies d'orientation analytique », qui, regroupées sous cette appellation, ne correspondent pas toutes à un travail proprement analytique. Les résultats de ces recherches seront analysés, ainsi que ceux des recherches spécifiques au travail analytique et les témoignages cliniques issus de la pratique.

III.1. Fondements théoriques de la décision liés au patient

III.1.1. S. Freud : « le choix des malades »

Freud (1905/2002) propose tout d'abord des recommandations sur le « choix des malades », qui ouvrent la voie à la question de l'analysabilité qui sera développée après lui. Il précise que les limitations que rencontre sa pratique ne lui permettent que *d'éclairer* les indications et contre-indications de psychanalyse.

Il suggère quant aux caractéristiques du patient que celui-ci doit posséder un degré suffisant d'éducation et d'intelligence, un caractère assez sûr, venir sur le fait de sa souffrance et pas seulement pour obéir à un proche, mais surtout il doit être éducable. Ainsi les personnes âgées (c'est-à-dire ayant dépassé la cinquantaine) relèvent de contre-indication puisqu'elles ne sont plus éducables non seulement car la plasticité de leurs processus psychiques est limitée, mais aussi compte tenu de la grande quantité de matériel accumulé qui prolongerait de trop le traitement. L'âge minimum est laissé à l'appréciation individuelle. Les psychoses, les états confusionnels et les mélancolies profondes constituent des contre-indications du fait de

l'incapacité de ces patients à établir un transfert, la psychanalyse n'ayant pas d'effet thérapeutique « contre les formes plus graves de perturbations psychiques » (Freud, 1913b/2001), en tout cas telle qu'elle est pratiquée alors. Freud laisse ouverte la possibilité d'adapter le traitement à ces pathologies. Notamment, il évoque en 1923 (Freud, 1923/2002) « les atteintes organiques franches » dont le facteur psychique est souligné (les prémices de la psychosomatique psychanalytique). Enfin, il considère la psychanalyse également contre-indiquée s'il s'agit de la suppression rapide de symptômes alarmants, prenant l'exemple de l'anorexie hystérique.

Selon Donnet (2005), Freud serait resté assez ambivalent quant aux extensions des indications impliquant des aménagements techniques. En effet, cela sous-tend la question encore très actuelle du dilemme entre l'élargissement des traitements psychanalytiques profitable au rayonnement de la méthode, et le risque de mettre en danger son identité. Freud démontre la même ambivalence dans l'Abrégé de psychanalyse (1938/2001), entre scepticisme et espoir. Il explique quant à la « certaine dose de cohérence » nécessaire au travail d'analyse, que « […] c'est là justement ce que le moi du psychotique n'est pas capable de nous donner […]. Nous constatons alors qu'il faut renoncer à essayer sur les psychotiques notre méthode thérapeutique. Peut-être ce renoncement sera-t-il définitif, peut-être aussi n'est-il que provisoire et ne durera-t-il que jusqu'au moment où nous aurons découvert, pour ce genre de malades, une méthode plus adaptée » (1938/2001, p. 41). Il ajoute que « cependant il existe une autre catégorie de malades psychiques, manifestement très proches des psychosés, je veux parler de l'immense foule des névrosés gravement atteints. Les causes aussi bien que les mécanismes pathogéniques de leur maladie doivent être identiques ou du moins très semblables à ceux des psychotiques. Mais leur moi s'est montré plus capable de résister, et s'est moins désorganisé. […] C'est leur cas qui doit nous intéresser et nous verrons jusqu'à quel point et par quelles voies nous pourrons les « guérir » » (1938/2001, p. 41). Selon Green (2006b), il n'y a pas de doute que Freud désigne les patients appelés par la suite « états limites », et qu'il envisage implicitement les modifications techniques nécessaires à leur traitement. Comme en témoigne l'ouvrage Les voies nouvelles de la thérapeutique analytique (1919/2002), Freud démontre une grande souplesse dans sa pratique, proposant de mélanger « l'or au cuivre » pour ouvrir le champ des indications au-delà de la cure-type. Il invite ainsi l'analyste à faire preuve d'adaptation lorsque cela est nécessaire : « nous ne pouvons éviter de prendre en analyse des personnes si faibles de caractère, si peu capables de s'adapter à la vie, que nous nous voyons obligés d'associer pour elles l'influence éducative à l'influence analytique. D'ailleurs pour la plupart des patients, nous nous trouvons aussi obligés de nous

poser de temps en temps en éducateurs et en conseillers. Mais cela doit chaque fois être fait avec beaucoup de précaution et il ne faut pas chercher à modeler le malade à notre image, mais le pousser à libérer et à perfectionner sa propre personnalité » (Freud, 1919/2002, p. 138).

Ainsi, comme le souligne Etchegoyen (1986/2005), l'apport original de Freud est d'indiquer la psychanalyse autant en fonction de la pathologie du sujet que de sa personnalité, de ses caractéristiques. Il ne s'agit pas tant de définir des catégories diagnostiques mais d'évaluer les possibilités pour un patient d'entrer dans un processus analytique. Un des aspects de l'indication consiste bien à interroger ce qui permet de définir la possibilité pour un patient de suivre un traitement analytique, c'est-à-dire ce qui définit l'analysabilité. De plus, il ouvre déjà la voie – certes, pas sans une certaine ambivalence – à l'élargissement du champ des indications.

III.1.2. Evolution des critères nosographiques

Les critères nosographiques de l'indication d'analyse ont connu dans un premier temps une évolution vers plus de restriction, pour être dans un second temps seulement élargis (Urtubey (de), 2002).

Dans un premier temps, l'accessibilité à la névrose de transfert est restée un critère classique suivi longtemps après Freud, puis il connut plus de limites : toutes les névroses de transfert classiques n'étaient pas toujours considérées comme des indications à la cure type. Dès 1910, les psychanalystes ont été découragés par leurs performances thérapeutiques, après une période d'enthousiasme (Green, 2006b). Ils sont alors devenus très précautionneux quant aux indications, à l'exception de l'Ecole anglaise qui apparaît toujours plus prompte à tenter des adaptations de la méthode avec des patients « difficiles » (Urtubey (de), 2002). Les ego-psychologists de la période Hartmann (1940-1960 approximativement) se montraient très réservés quant aux indications d'analyse qu'ils limitaient strictement aux sujets névrosés (Tessier, 2005). En France, Nacht et Lebovici (1956) relativisent la pertinence des indications classiques : aucune entité ne représente alors pleinement une bonne indication (Urtubey (de), 2002).

Dans un second temps, le champ d'application de l'analyse s'étend avec l'adaptation du cadre de la cure-type pour le traitement d'autres entités que celles des névroses de transfert

classiques. Le traitement psychanalytique s'étend alors aux psychoses, aux états-limites, voire aux perversions et aux toxicomanes (Mijolla (de), 2002). Les analystes proposent alors des conceptualisations métapsychologiques pour décrire ces fonctionnements psychiques, je n'en donnerai que quelques exemples : personnalités as if (Deutsch), faux selfs (Winnicott), dépressions essentielles (Marty), psychose blanche (Green et Donnet). Comme le note Nachin, en écho à la névrose de transfert, « une partie des auteurs appelle "psychose de transfert" les modalités selon lesquelles des symptômes psychotiques évoluent et parviennent à s'exprimer au cours de la cure dans la relation avec le psychothérapeute » (Nachin, 2004, p. 79). Souffir (2000) rappelle que dès 1910 Federn engagea des modifications importantes dans le traitement des psychotiques. Ou encore à la fin des années 1930, des analystes psychiatres américains – dont Sullivan – ont expérimenté la psychothérapie psychanalytique auprès de patients psychotiques chroniques hospitalisés à Chesnut Lodge. Si Sullivan inscrit son travail dans la psychiatrie interpersonnelle, attestant de différences avec la psychanalyse, il a contribué à l'ouverture du traitement des psychotiques. Les travaux de Kernberg (1984/2004) ont participé à l'abord des patients présentant des troubles graves de la personnalité. Par ailleurs, certains auteurs estiment rétrospectivement que les cas traités par Freud et classés dans le champ des névroses n'en relevaient pas toujours. Bourdin (2007) souligne que les psychanalystes dès le début, dont Abraham soutenu par Freud, ont engagé le traitement des patients non névrosés. Sandor Ferenczi entreprit des cures avec des patients très perturbés, très régressés pour lesquels le développement de la névrose de transfert ne va pas de soi, ce qui l'amena à expérimenter plusieurs innovations techniques successives (Bourdin, 2007). La conférence d'Arden House de 1954, à laquelle participèrent Stone, Jacobson et A. Freud, conclut à « […] la validité théorique d'appliquer la méthode psychanalytique aux troubles psychogènes dépassant les limites de la névrose, même si tous furent unanimes à reconnaître l'extrême difficulté de cette tâche » (Etchegoyen, 1986/2005, p. 28). Nacht et Lebovici (1956) ouvrent aussi le traitement aux psychoses, en émettant néanmoins de fortes réserves dans les cas de psychoses franches.

Au-delà de l'élargissement des pratiques analytiques par extension des intérêts théoriques, il semble que la qualité des troubles elle-même ait évolué dans le temps, comme le soulignent des analystes aussi bien en France qu'en Amérique du Nord. Donnet (2006b) observe dans le cadre de sa pratique au Centre Jean Favreau (Paris), qu'il y aurait moins souvent des troubles liés à des symptômes bien structurés et majoritairement « […] des malaises de registre narcissique, des éléments dépressifs, des somatisations mais aussi des conduites répétitives d'échec social ou amoureux qui se jouent dans les comportements » (Donnet, 2006b, p. 779),

ce que Green (2006b) soutient lui aussi. Hale note qu'aux Etats-Unis, « peu à peu, les névroses classiques cédèrent le pas à des "troubles de la personnalité" ou de l' "identité", dont il était plus difficile de tracer les contours » (Hale, 1971/2002, p. 530). Selon lui l'apparition de ces « nouveaux symptômes » serait décelable dès l'avant-guerre, et à partir du milieu des années 1930 ils constituent l'essentiel de ce que rencontrent les analystes : « là où Freud avait posé en préalable que la psychanalyse ne valait que pour des personnes intègres et intégrées, les psychanalystes américains virent se présenter des malades clivés ou démantelés, à peine capables de contrôler leurs impulsions » (Hale, 1971/2002, p. 530). Ce constat serait, selon Hale, à l'origine des développements théoriques nord-américains centrés sur la fonction intégrative du moi. Face à ces évolutions nous pouvons distinguer deux positions : l'une place hors du champ de la psychanalyse les expériences avec des patients qui ne relèvent pas de la cure type (pour préserver l'unité, l'identité de la psychanalyse) ; l'autre choisit de rassembler toutes les expériences dans « la pratique du psychanalyste » (Green, 2006b, p. 66).

Comme l'avait envisagé Freud, la psychanalyse s'est en effet adaptée et développée pour travailler avec des patients non-névrosés. L'évolution des pratiques, notamment à travers les aménagements du cadre de la cure-type, a ainsi suivi celle des psychopathologies rencontrées. Avec ces ouvertures au-delà de la névrose de transfert, et le fait que les indications classiques ne permettent pas toujours d'y accéder, les critères nosographiques n'apparaissent plus opérants (Nacht & Lebovici, 1956).

III.1.3. Critères dynamiques de personnalité

Comme l'indiquait déjà Freud (1905/2002), des éléments dynamiques de personnalité doivent être pris en compte. Au fur et à mesure, l'indication d'analyse se dégage du modèle médical suivant des catégories diagnostiques pour « […] créer un cadre propre à apprécier les facteurs métapsychologiques qui sous-tendent la demande de cure et permettent de prévoir son déroulement » (Mijolla (de), 2002, p. 810).
Le concept d'analysabilité tente de définir les indications et contre-indications d'analyse au-delà des considérations diagnostiques qui se sont avérées insatisfaisantes. Au sein du courant de l'Ego-psychology, le travail classique de Zetzel[1] introduit un concept d'analysabilité qui repose sur la théorie des fonctions autonomes du moi. Distinguant quatre formes cliniques

[1] Zetzel, E. (1968). The so-called good hysteric. International Journal of Psychoanalysis, 49(2-3), 256-260.

d'hystérie féminine, elle démontre que seules les premières sont analysables. Elle travaille plus particulièrement sur l'hystérie, mais ses critères indiquent les limites de l'analysabilité en général. Nachin (2004) souligne ironiquement que la définition de l'analysabilité proposée par Zetzel apparaît comme un critère de santé psychique, amenant le paradoxe que les patients les plus indiqués pour l'analyse correspondraient à ceux qui fonctionneraient le mieux psychiquement. La perspective ego-psychologic de l'analysabilité reste centrée sur la névrose de transfert. Ce sont des auteurs d'autres écoles psychanalytiques en France, en Angleterre ou en Amérique du Sud qui considèrent que les aspects psychotiques, toxicomaniaques, pervers ou psychopathiques du transfert seraient analysables. Glover (1955/1958) tente de définir l'accessibilité au traitement psychanalytique à partir du potentiel transférentiel, condition préalable et essentielle au succès du traitement selon lui. L'accessibilité varierait en fonction : de la profondeur des points de fixation, du transfert de travail possible, et de l'importance de la modification de l'équilibre psychodynamique inconscient nécessaire à une amélioration substantielle. Il propose des listes de cas classés en fonction de leur curabilité par l'analyse : accessibles, modérément accessibles et rebelles. Ces regroupements suivent la classification nosographique, ce qu'il justifie par le fait que même si les formes cliniques sont très variables, elles présenteraient « […] à peu près le même degré d'accessibilité thérapeutique et qui ont une bonne chance de présenter à peu près les mêmes points de fixation et plusieurs réactions similaires au cours du processus analytique » (Glover, 1955/1958, p. 217). Il indique des projections prédictives des lignes de développement de l'analyse en fonction de la nosographie, ce qu'il justifie par le besoin pour l'analyste de s'orienter quant à la procédure technique (en plus d'éclairer le facteur de l'accessibilité). L'influence de l'analyste dans le décours du traitement se limite dans ses descriptions à des indications techniques de ce qu'il faut analyser à quel moment, de ce à quoi il faut prêter attention. Sauf pour les cas de délinquance psychopathique, où il estime que la réaction de l'analyste entre en jeu dans l'indication d'analyse : « […] si l'analyste réagit en pareille situation par de l'hostilité ou s'il a de la peine à maîtriser son agressivité, il ne devrait pas pousser plus loin l'analyse » (Glover, 1955/1958, p. 261). Nacht et Lebovici (1956) ajoutent aux données nosographiques d'autres dimensions à prendre en compte dans l'indication d'analyse. Ils estiment que l'évolution et le pronostic lointain (des névroses) dépendent de l'équilibre névrotique qui s'établit entre les pulsions et le Moi. Même si « […] un examen attentif du Moi du malade, de sa biographie, de son environnement […] » (Nacht & Lebovici, 1956, p. 29) n'empêche jamais complètement d'avoir des surprises : « nous voyons donc qu'il n'est pas possible de se contenter du diagnostic psychiatrique habituel. Il est nécessaire de faire le bilan de la personnalité,

d'étudier la biographie du sujet, ses conflits passés et présents, de jauger ses possibilités, ses ressources et ses lacunes » (Nacht & Lebovici, 1956, p. 8).

L'évaluation de la force du Moi apparaît chez la plupart des auteurs comme un facteur essentiel d'indication pour la cure-type. Selon Nacht et Lebovici : « finalement c'est *l'étude* du Moi qui fournit l'essentiel des contre-indications de la psychanalyse » (Nacht & Lebovici, 1956, p. 30). Considérant les propositions de différents auteurs, ils concluent qu' « il semble finalement que la force du Moi puisse se dégager de l'étude soigneuse de la biographie : on étudiera les réalisations sexuelles, affectives, sociales du patient. On précisera son attitude devant les frustrations, ses réactions devant les difficultés auxquelles il aura dû faire face » (Nacht & Lebovici, 1956, p. 32). Glover considère que l'indication de la technique analytique « expectante » (c'est-à-dire qui vise l'amélioration) « […] est inversement proportionnelle au degré et à la profondeur du désordre du moi » (Glover, 1955/1958, p. 265), sur lequel il fonde en grande partie le degré d'accessibilité au traitement[1]. De grandes réserves sont émises dans les cas de psychoses « franches » (Nacht & Lebovici, 1956) où l'intégrité du Moi est en question. Ce qui amène Glover à se demander « […] jusqu'à quel point la technique psychanalytique expectante peut-elle s'appliquer ? Jusqu'à quel point peut-on la modifier sans cesser de se réclamer de la technique psychanalytique ? » (Glover, 1955/1958, p. 265). Fenichel (1941/1999) considère qu'en cas d'insuffisance du Moi il faut avoir recours à un traitement pré-analytique visant à établir un Moi « raisonnable ».

L'évaluation des résistances entre également en compte. Nacht et Lebovici (1956) insistent sur les résistances attachées au Moi en considérant que si le bénéfice secondaire de la maladie est trop marqué il peut constituer une contre-indication. Glover (1955-1958) quant à lui, souligne la nécessité de tenter d'estimer le risque d'une résistance irréductible du Ça qui conduirait à l'impasse du traitement. Enfin, en cas de « structure masochique du Moi » (masochisme primaire), Nacht et Lebovici (1956) considèrent que « […] faute de traitements extrêmement longs, il n'est pas à espérer que le patient atteignent ce stade de relations objectales triangulaires qui caractérisent l'évolution œdipienne » (p. 332).

Etchegoyen (1986/2005) propose de considérer dans les facteurs d'indication « l'attitude psychologique du patient face à l'indication d'analyse » (p. 31) : soit la connaissance spontanée et intuitive de la méthode avec un désir d'introspection ; soit un manque d'insight

[1] Cas accessibles : le désordre se situe dans la méthode de décharge et de contrôle des excitations du Ça. Cas modérément accessibles : le désordre se situe dans l'appareil de décharge (Moi) et de contrôle (Surmoi) lui-même. Cas rebelles : les psychoses où le désordre du Moi est le plus grand.

et la recherche de résolution rapide des conflits. Un désir authentique de guérison (Glover, 1955/1958) ou de se connaître soi-même (Tanguay, 1994b), et ne pas venir « sur le fait d'un proche » constituent sans doute des conditions très favorables au succès du traitement. Ce dernier critère ne suffit cependant pas à évaluer le désir du patient d'engager un travail, de même que la qualité de son attitude, très résolue ou à l'inverse désinvolte en réponse à des exigences extérieures, ne présage rien du désir qui la sous-tend (Etchegoyen, 1986/2005). Tanguay (1994b) rappelle que la motivation relève de processus complexes, liés autant aux besoins du ça et du moi qu'aux exigences du surmoi, elle se révèle autant besoin pulsionnel qu'exigence d'idéal, ce qui explique son caractère éminemment conflictuel. Son appréciation en vue de l'indication est donc toute relative : « ce serait compter sans la résistance ni le refoulement que de penser que l'on peut l'identifier comme une donnée de départ, au sens premier et pur d'un mouvement vers une fin » (Tanguay, 1994b, p. 82).
Kernberg (1984/2004) centre la notion d'analysabilité autour de l'évaluation de la qualité des relations d'objet. Il estime que pour les troubles graves de la personnalité, les critères les plus importants sont le degré d'intégration du Surmoi, et le niveau d'évolution des relations d'objet qui conditionne les possibilités d'accès à des transferts plus évolués. Sur ces critères d'analysabilité, il conclut qu'« en résumé, la psychanalyse est le traitement à choisir pour les patients ayant une organisation névrotique de la personnalité, pour les personnalités narcissiques ne fonctionnant pas à un niveau nettement borderline, et pour les patients présentant un mélange de structures infantile et hystérique » (Kernberg, 1984/2004, p. 240).

Pour Nachin (2004), que ce soit la notion d'indication ou celle d'analysabilité, qui ne font référence qu'à des caractéristiques du patient isolément, elles restent coincées dans la logique médicale psychiatrique où le médecin fait un diagnostic grâce à son savoir. L'analysabilité n'interroge que les capacités du patient, or la possibilité d'analyser un patient dépend également de l'analyste (Quinodoz, 2002/2008). Ainsi, le diagnostic psychanalytique (nosographie et critères dynamiques de personnalité) peut aider à construire un pronostic des chances de succès, tout relatif, mais ne constitue pas à lui seul un critère suffisant. Nous envisagerons ensemble l'implication de l'analyste et de la relation patient-analyste dans l'élaboration théorique de la décision dans les sous-chapitres suivants (voir III.2 et III.3.).

III.1.4. Ethique et contre-indication

Les notions d'indication et de contre-indication – issues du modèle médical – se sont vues vivement critiquées avec l'évolution théorique et pratique de la psychanalyse (Mijolla (de), 2002). Elles sont en effet le plus souvent rejetées compte tenu des logiques très différentes, voire opposées, du registre médical et psychanalytique. « Si les difficultés de quelqu'un prennent racine dans sa vie et dans son caractère, il lui faut autre chose qu'une prescription pour qu'il comprenne comment la psychanalyse peut l'aider » (Klauber, 1981/1984, p. 161). L'analyste « […] s'interdit de prescrire ou d'ordonner (comme dans faire ordonnance), laissant à la seule rencontre des inconscients le choix de décider de l'orientation du travail et de son timing » (Chartier, 2006, p. 235-236). En cela repose sa position éthique.

L'idée de refus dans la notion de contre-indication peut soulever des réactions de protestation chez les analystes, argumentant que « ça ne se passe pas comme ça dans la pratique » (Lachan, 2005). Donnet décrit la position « idéale » de l'analyste en ville, qui est de « […] récuser le sens même d'une telle notion, à l'échelle de la rencontre singulière » (Donnet, 1994, p. 67). Pourtant il existe bien des cas de contre-indication, ou de non-indication comme le propose Donnet, mais une partie des analystes estime qu'il ne leur revient pas de l'imposer comme telle. Le travail des entretiens préliminaires devrait accompagner le patient jusqu'à conclure lui-même s'il a une demande d'analyse. Donnet estime que dans les situations de contre-indication, « l'analyste pourra proposer telle "échappatoire" (emploi du temps, etc.) ; il pourra aller jusqu'à faire état d'une limitation personnelle, toute subjective, suggérer de rencontrer un autre analyste. Il pourra éventuellement aider le patient à s'avouer qu'il n'a pas vraiment le désir d'un tel projet. Mais il ne sera guère tenté d'expliquer à l'intéressé les raisons "objectives" d'une inadéquation : sa position "éthique" lui ferait se demander au nom de quoi ? Dès lors, estime-t-il, qu'il n'a rien à dire au "candidat" qui relève d'une énonciation "psychanalytique", il n'a qu'à se taire – ou éluder … » (Donnet, 1994, p. 67).

De plus, certains analystes évoquent des situations d'indication « héroïque » d'analyse lorsque rien d'autre ne peut être proposé au patient (Tanguay, 1994b). Glover soutient à la fois que la psychanalyse ne saurait guérir tout le monde, et à la fois que « […] ce n'est pas là une raison pour ne pas l'appliquer aux cas difficiles et même incurables » (Glover, 1955/1958, p. 301). Dans le même temps, comme le souligne Dufresne (1994), il n'est pas anodin qu'un patient interrompe prématurément une analyse ou une thérapie : cela peut avoir des effets négatifs pour la suite (découragement, difficulté à aller consulter ailleurs). Urtubey (2002) souligne

aussi qu'un « mauvais choix » conduirait à l'échec ou à la stagnation du traitement. Klauber (1981/1984) insiste sur la grande responsabilité qu'est celle de proposer une psychanalyse à un patient : il ne faut pas sous-estimer le pouvoir du transfert, une fois l'analyse commencée, qui peut maintenir le patient dans une situation d'insatisfaction. L'analyste est donc pris entre deux questions éthiques : au nom de quoi refuser le traitement à un patient qui en fait la demande ? Et quels risques lui fait-il potentiellement prendre ?

Les critères théoriques d'analysabilité que nous avons décrits précédemment semblent ainsi avoir peu d'implication dans la pratique. Green souligne que si le patient est supposé avoir un intérêt et une curiosité pour son propre fonctionnement psychique – ce qui suppose déjà qu'il ait une vie psychique inconsciente vivante – cela aboutit presque à la tautologie selon laquelle « […] est analysable celui qui témoigne, pas ses dispositions, d'un désir de s'analyser et de recevoir de l'analyste une parole à laquelle il réagit de manière analytiquement intelligible » (Green, 2006b, p. 72). Le concept d'analysabilité rencontre des limites face à la clinique où il n'y a pas de « cas purs ». De plus, il dénie au patient le « bénéfice du doute » en excluant le potentiel évolutif au cours du travail (Etchegoyen, 1986/2005). Joseph B. (1975) propose le concept d'accessibilité de façon tout à fait différente de Glover, s'appuyant non pas sur la nosographie mais sur la personnalité profonde du sujet. Elle ne cherche pas à définir qui est accessible et qui ne l'est pas, mais plutôt à comprendre pourquoi certains sont moins facilement accessibles que d'autres, pour travailler avec cette difficulté. Elle porte une attention particulière aux identifications projectives et aux clivages, pour tenter de montrer comment atteindre les patients inatteignables (« achieving unreachability »). De ce point de vue, l'accessibilité ne peut être établie qu'à l'épreuve de l'analyse. Ne cherchant pas à définir en amont ce qui ferait un « bon candidat » à l'analyse, cette démarche engage plus l'analyste dans le décours du traitement contrairement à l'analysibilité qui pourrait laisser croire que tout repose sur l'analysant (Etchegoyen, 1986/2005).

Ainsi, si les notions d'analysabilité et d'accessibilité permettent de se figurer un pronostic, d'envisager les chances de succès ou les risques d'impasse du traitement, elles limitent la prise en compte du potentiel évolutif d'un patient singulier au cours du travail. De plus, elles engagent peu l'implication de l'analyste dans le développement de ce potentiel et dans le processus d'indication, ce que nous allons envisager ensemble dans le sous-chapitre suivant.

III.2. Fondements théoriques de la décision liés à l'analyste

Mon propos n'est pas ici de retracer de manière exhaustive la littérature sur le concept de contre-transfert, mais de montrer comment son évolution – du statut d'artéfact de la situation analytique qui doit être maitrisé à celui d'outil indispensable – a contribué à l'extension des indications d'analyse. De plus, cette évolution a conduit à prendre en compte l'implication de l'analyste comme un des facteurs centraux de la décision thérapeutique.

III.2.1. Evolution du concept de contre-transfert

Le contre-transfert, tout d'abord considéré comme un artéfact de la relation thérapeutique, est devenu un véritable outil de réflexion pour l'analyste. L'évolution des conceptions finit par opposer deux pôles : « […] de l'analyste miroir à l'analyste être humain sympathique […] » (Denis, 2006, p. 334). D'une tentative de maîtrise à l'implication émotionnelle permanente, les théorisations aboutissent à une conception où l'analyste joue une part active, à laquelle il doit être continuellement à l'écoute à travers le travail d'auto-analyse.

Dans *Perspectives d'avenir de* la thérapeutique analytique, Freud définit le contre-transfert comme ce qui s'établit « […] par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste » (Freud, 1910b/2002, p. 27). Il s'agit là du contre-transfert érotique : tomber amoureux des patientes avec le risque de passer à l'acte (Urtubey (de), 1994 ; Denis, 2006). Son explicitation du contre-transfert est contemporaine des passages à l'acte de Jung et Ferenczi, ce qui a certainement contribué à la notion « d'analyste miroir » et distant qui doit maitriser ses affects contre-transférentiels, alors même que la définition qu'il propose est d'emblée plus large et concerne l'ensemble des sentiments inconscients de l'analyste (Urtubey (de), 1994).

Urtubey (1994) propose une revue de la littérature très documentée dont elle dégage des courants de conceptions du contre-transfert. Après Freud et jusqu'aux années 1950-1960, la perspective dominante considère le contre-transfert comme un reste névrotique à supprimer, l'analyste se doit d'être objectif et silencieux, se conformant à l'analyste miroir. L'analyste est vu comme « […] le spectateur d'un processus unipersonnel se développant uniquement chez le patient, selon certaines étapes dont la succession est prévue […] » (Urtubey (de), 1994, p. 1302). Si le caractère inéluctable du contre-transfert est dès lors reconnu, celui-ci n'en

demeure pas moins considéré comme un obstacle à surmonter, source possible d'erreurs ou de fautes. La « neutralité » reste la position recherchée. C'est notamment le courant de l'Ego-psychology aux Etats-Unis (1950-1975) qui considérait l'analyste comme un observateur non-impliqué de l'analyse du patient.

A partir des années 1950, un autre courant se développe et conçoit le contre-transfert comme la somme de tous les affects ressentis par l'analyste en séance, étant la création du patient chez l'analyste. C'est notamment les développements théoriques de l'Ecole anglaise qui amènent à prendre en compte le contre-transfert comme un instrument sensible utile au développement du processus analytique (Urtubey (de), 1994). Heimann (1950 et 1960) considère l'ensemble des sentiments éprouvés à l'égard du patient, il n'est pas seulement une partie de la relation thérapeutique mais aussi la création du patient, une partie de sa personnalité. L'inconscient de l'analyste perçoit les mouvements émotionnels et les fantasmes inconscients de son patient, émergeant à la surface sous forme de sentiments que l'analyste note en réponse à son patient : « Le contre-transfert de l'analyste est un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient » (Heimann, 1950, p. 81, traduction libre). Racker (1948/1997) réalise une étude étendue de tous les aspects du contre-transfert (Goyena, 2006) qu'il envisage de façon parallèle au transfert : « Tout comme l'ensemble des images, des sentiments, et des pulsions du patient envers l'analyste, dans la mesure où ils sont déterminés par le passé, sont appelés "transfert" et leur expression pathologique névrose de transfert, de même, l'ensemble des images, des sentiments, et des pulsions de l'analyste envers son patient, pour autant qu'ils sont déterminés par son passé, sont appelés « contre-transfert » et leur expression pathologique peut-être nommée névrose de contre-transfert » (Racker, 1948/1997, p. 141). Selon lui le contre-transfert opère de ces trois façons : comme possible obstacle, comme instrument de compréhension du patient, et comme champ où l'analyste peut acquérir une expérience vivante et différente de ce qu'il a vécu à l'origine (Etchegoyen, 1986/2005). L'analyste est conçu comme une caisse de résonnance des mouvements affectifs inconscients du patient, et doit donc s'impliquer émotionnellement en permanence. A la différence de Heimann, Racker insiste : sur la participation de l'analyste dans la situation analytique ; sur la distinction entre plusieurs niveaux de contre-transfert (manifeste et présent, latent potentiel et refoulé ou bloqué) ; et sur le repérage du rôle de signal du contre-transfert, c'est-à-dire l'angoisse contre-transférentielle indiquant une contre-résistance, un trouble inconscient chez l'analyste ou l'action de la pulsion de mort (Urtubey (de), 1994). Notons également l'apport des travaux de D.W. Winnicott (1947/1969 ; 1960/1969), notamment quant aux aménagements nécessaires à la cure des patients

psychotiques. Il distingue (1947/1969) trois types de phénomènes contre-transférentiels : anormaux (nécessitant un travail d'analyse personnelle), en lien avec l'expérience et l'évolution personnelle de l'analyste qui offrent un cadre singulier au travail de chaque analyste, et le contre-transfert « objectif » c'est-à-dire l'amour et la haine ressentis en réponse au patient. La haine serait plus facile à manier avec les patients non psychotiques car elle resterait latente. Etchegoyen (1986/2005) souligne que dans cette définition (de 1947), Winnicott inclut les sentiments objectifs et légitimes que peut éprouver l'analyste envers son patient, avant de revenir à une conception plus classique (en 1960).

Urtubey (1994) dégage un troisième courant de conceptualisation du contre-transfert à partir des années 1960. S'il est un outil fondamental de compréhension du transfert du patient, il doit être soumis à l'auto-analyse en tant que phénomène névrotique. L'analyste ne se positionne dans cette perspective ni dans la maitrise objective, ni comme réceptacle passif des phénomènes transférentiels du patient. Il joue une part active dans la situation analytique. Little (1960) limite le contre-transfert à « la réponse de l'analyste aux besoins du patient » restée inconsciente et réprimée, qui ne pose pas de difficulté particulière dans les analyses de névrosés contrairement à celles des « patients imprévisibles ». Dans cette perspective, le contre-transfert peut dans une certaine mesure être repéré et contrôlé, et parfois être utile. Martin Cabré (1999) comme Nachin (2004) attribuent la première étude étendue sur le contre-transfert à Ferenczi[1], qui apportait déjà l'idée d'utiliser les réactions contre-transférentielles de la manière la plus adéquate possible soulignant la nécessité d'avoir été analysé pour ce faire. Il indiquait dès lors que le processus analytique nait de la rencontre entre le transfert du patient et le contre-transfert de l'analyste, ce dernier étant le seul outil pour conduire à la compréhension et aux interprétations de l'analyste. Selon Nachin (2004), une grande partie des auteurs aujourd'hui estiment que l'analyste est un observateur participant suivant la proposition de Ferenczi, mais que son implication est différente de celle du patient.

Le quatrième courant isolé par Urtubey (1994) considère que le contre-transfert est plus que la réponse inconsciente au transfert du patient : il fait partie de la situation analytique et en est le produit. Il est élaborée comme un phénomène spécifique de la relation transféro-contre-transférentielle, singulier à chaque couple patient-analyste. Cette dernière perspective sera développée dans le sous-chapitre suivant (III.3 « Fondements théoriques de la décision liés à la relation patient-analyste).

[1] Exposé présenté en 1918 au groupe hongrois de psychanalyse. Ferenczi, S. (1929). Sur la technique psychanalytique. Revue française de psychanalyse, III(4), 617-630. Traduit de l'allemand.

III.2.2. Extension des indications et implication de la personnalité de l'analyste

L'évolution des conceptions du contre-transfert ont deux conséquences : d'une part l'extension des indications d'analyse, et d'autre part la prise en compte de la personnalité de l'analyste comme un des critères de la décision thérapeutique.

Urtubey (2002) met en parallèle les évolutions des considérations nosographiques avec les mouvements contre-transférentiels pris dans les questions de leur époque. Ainsi elle souligne que les indications très vastes du début coïncident avec l'optimisme de Freud et ses disciples face à leur découverte et aux premiers succès. Puis la phase de restriction des indications advient au moment où les analystes rencontrent des échecs et difficultés, comme par exemple : l'absence de « transfert » dans les psychoses, la théorisation de la compulsion de répétition et de la pulsion de mort avec le risque de réaction thérapeutique négative (Urtubey (de), 2002). Puis la qualité des troubles ayant évolué dans le temps – comme cela a été souligné précédemment (Hale, 1971/2002 ; Donnet, 2006b ; Green, 2006b) – les analystes ont dû adapter leur pratique en s'appuyant sur l'élaboration de leur contre-transfert. Ainsi, « […] tout en demeurant dans le cadre d'un protocole analytique aménagé, sans céder à aucun des modes du laxisme contemporain, les psychanalystes ont à travailler assidûment sur leur contre-transfert pour se trouver mieux en capacité d'entendre des plaintes et des récriminations auxquelles ils n'avaient pas l'habitude de se frotter. Pour cela, l'élaboration du contre-transfert va se révéler un puissant outil thérapeutique, laissant venir à la psychanalyse des sujets à qui elle était interdite, que ce soit sur le divan ou dans le fauteuil » (Sztulman, 1983, p. 16). C'est en effet la prise en compte du contre-transfert comme un outil analytique qui a permis d'aborder les « cas difficiles ».
Korff-Sausse considère qu'en plus de l'évolution des indications rendue possible par les conceptualisations du contre-transfert, « […] c'est sur le terrain du contre-transfert qu'a poussé la psychanalyse contemporaine, le rôle important du travail contre-transférentiel étant à la fois l'enjeu, le résultat et le moyen de cette évolution. C'est en effet un mouvement en double sens » (2006, p. 509).

Mac Dougall (1983) apporte une perspective originale en articulant la définition des « cas difficiles » et la notion de contre-transfert. Plutôt que de les définir à partir des symptômes,

des catégories cliniques ou d'un type de fonctionnement mental, elle propose de chercher à comprendre ce qui est difficile à supporter vu sous l'angle des affects du transfert de l'analyste : « […] il est à supposer que les cas difficiles sont les patients difficiles à supporter, ceux qui font surgir en nous des affects plutôt négatifs » (Mac Dougall, 1983, p. 241). Elle estime que les patients « difficiles » ne peuvent pas être catégorisés à partir de leurs symptômes car tout dépend de la capacité de l'analyste à les supporter : « Ainsi, nous trouvons des névrosés dénommés "classiques" qui s'avèrent difficiles à analyser, voire inanalysables, et d'autres border-line, "psychosomatiques", "pervers" qui se révèlent capables de faire de leur psychanalyse une aventure riche en découvertes, en transformations psychiques et créations nouvelles. Du groupe des cas "potentiellement difficiles" ceux-là basculent dans le groupe des cas "intéressants" » (Mac Dougall, 1983, p. 243). Dans sa propre clinique, ce sont les patients « dés-affectés » – c'est-à-dire où les mots n'ont plus leur fonction de liaison pulsionnelle – qu'elle trouve subjectivement difficiles : « pour moi, ce sont les patients qui ne répondent ni à notre attente ni à nos efforts : les analysants chez qui le processus analytique ne se déclenche pas, ou, s'il se déclenche, est constamment saboté par le mode de fonctionnement psychique du patient » (Mac Dougall, 1983, p. 243) ; « parmi les différents facteurs qui contribuent à cet apparent sabotage, je privilégierai une grave perturbation dans l'économie affective » (Mac Dougall, 1983, p. 244). Elle inverse ainsi la notion d'analysabilité en remettant au centre de la question de l'indication celle du contre-transfert d'un analyste donné face à un patient donné. Selon Denis, « que nous le voulions ou non, le contre-transfert est l'espace même qui s'offre à l'expression du transfert. Il le contient, en permet le développement extensif ou au contraire le limite ou en brise le mouvement » (Denis, 2006, p. 349). En cela l'indication d'analyse, les possibilités de processus analytique, dépendent en tout premier lieu des conditions contre-transférentielles.

Si l'analyste considère que le patient peut potentiellement tirer un bénéfice du travail analytique, il reste selon Aulagnier un « deuxième choix » à faire, toujours en partie indépendant de la nosographie : « ici l'analyste devra porter un "auto-diagnostic" sur sa capacité d'investir et de préserver une relation transférentielle non pas avec un névrosé, un psychotique, un cas limite mais avec ce qu'il peut entrevoir, au-delà du symptôme, sur la singularité du sujet qui lui fait face » (Aulagnier, 1984/2009, p. 176). En effet, des auteurs soulignent qu'il est commun d'observer que certains analystes réussissent mieux ou sont plus à l'aise avec tel ou tel type de patient (Glover 1955/1958 ; Nacht & Lebovici, 1956). Glover examine « […] d'une façon systématique jusqu'à quel point son développement individuel peut se refléter dans son comportement analytique » (Glover, 1955/1958, p. 110). Il propose

alors une étude des comportements analytiques selon les caractéristiques de développement, comme l'omnipotence du moi, les aspects libidinaux de la phase orale, les tendances urétrales ou anales … Selon lui, les façons de procéder des analystes diffèrent sur des points de détails nombreux comme sur des points importants, et cela même dans le cadre de l'analyse « soi-disant classique des psychonévroses » (Glover, 1955/1958, p. 194). Il soutient l'intérêt d'une certaine « spécialisation » analytique. Il se trouve ainsi que les analystes se voient envoyer certains types de fonctionnement plus que d'autres, cela tenant probablement pour partie de leurs expériences cliniques et pour partie de leur personnalité. Dans son enquête menée auprès d'analystes de la Société britannique de psychanalyse, il observe que plus de la moitié des vingt-quatre participants pensent que la personnalité de l'analyste joue un rôle considérable dans la conduite de l'analyse (Glover 1955/1958). Lagerlöf (2012) rapporte des recherches montrant l'influence du « facteur analyste » et de « l'assortiment » (match) entre l'analyste et le patient sur l'issue du traitement.

Si un certain nombre de considérations théoriques sur l'indication d'analyse sont partageables, il n'en demeure pas moins que les critères d'analysabilité demeurent individuels et variables d'un analyste à l'autre, « […] ce qui ne signifie pas qu'ils ne puissent pas se rejoindre ni qu'un autre analyste ne puisse s'engager avec raison – les siennes – là où un collègue n'avait pas souhaité le faire » (Roger, 2001, p. 32). Ces considérations amèneront des auteurs à parler d'*indication d'analyste.* Selon Chartier, « […] il n'y a pas d'indication d'analyses ou de psychothérapies mais seulement des indications d'analystes et/ou de psychothérapeutes » (Chartier, 2006, p. 134).

III.2.3. Désir de l'analyste

Parallèlement à l'implication de la personnalité de l'analyste quant à l'indication d'analyse pour un patient en particulier, intervient dans les possibilités d'engager un travail son désir : désir qu'un processus analytique advienne, et désir pour le patient qu'il puisse en faire l'expérience et en tirer un bénéfice. Le plaisir d'analyser est à considérer à la fois comme une donnée fondamentale du contre-transfert, et à la fois comme la condition sous-tendant l'engagement, très impliquant et le plus souvent à long terme, avec un patient (Jorda, 1983).

Il existe chez l'analyste une « […] possibilité relationnelle toute prête qui permet que s'instaure la situation analytique […] » (Parat, 1976, p. 545). En premier lieu, cette disponibilité relationnelle repose sur le désir qu'un processus analytique advienne, le désir d'analyser premier et antérieur à la rencontre, qui ne peut s'actualiser que lors de l'engagement dans la relation thérapeutique. Le contre-transfert de l'analyste précède l'analyse : sa vraie nature serait de se constituer comme une demande (Neyraut, 1974/2004). Urtubey (2006) désigne par contre-*transfert d'accueil* l'attitude de « base », préconsciente à fondements inconscients de l'analyste[1]. Cette attitude d'accueil est animée par le désir initial d'analyser, précédent le transfert. Il inclut : « […] des fantasmes et des affects liés les uns aux autres, en des mouvements dynamiques correspondants à ceux du transfert du patient » (Urtubey (de), 2006, p. 372). Il s'appuie sur les différentes manières dont le thérapeute peut s'identifier au patient (primaire, œdipien, hystérique, complémentaire ou concordant). Il dépend également des caractéristiques singulières de l'analyste : « il faut ajouter les traits de caractère de l'analyste, ses conflits, résolus ou pas, ou seulement à un degré suffisant. Le résultat est, évidemment, une structure fort complexe mais aussi très riche en possibilités de compréhension et de mouvements » (Urtubey (de), 2006, p. 372). Donnet parle du transfert de *l'analyste sur l'analyse* prenant en compte le fait que l'implication de l'analyste est « toujours déjà là », par le fait même que « le cadre est anticipation » (1995/2002, p. 278). Dans cette perspective le cadre signifie l'attente de l'analyste : « […] le cadre est matérialisation du contre-*transfert en tant que transfert sur l'analyse* » (Donnet, 1995/2002, p. 278-279, en italique dans le texte). Selon Denis (2006), c'est l'attitude d'accueil à l'expression de l'inconscient du patient qui donne sa spécificité au contre-transfert. Sans elle, la relation analytique devient une relation ordinaire. Du contre-transfert préalable de l'analyste, de son transfert sur l'analyse, dépend son écoute et son interprétation donnant la valeur de transfert aux investissements du patient dans la situation analytique.

Lacan fait du *désir de l'analyste* le seul phénomène à prendre en compte, considérant l'impropriété intellectuelle de la notion de contre-transfert (Lacan, La direction de la cure et les principes de son pouvoir, 1961. Cité par Denis, 2006, p. 331). En effet, il écrit : « la fausse consistance de la notion de contre-transfert, sa vogue et les fanfaronnades qu'elle abrite, s'expliquent de servir ici d'alibi : l'analyste s'y dérobe à considérer l'action qui lui revient dans la production de la vérité » (Lacan, 1953, Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. In Ecrits, Paris, Seuil, 1966, p. 332. Cité par Diatkine, 2001). Le contre-

[1] Se référant à la notion de contre-transfert de base proposée par : Parat, C. (1991). A propos de la thérapeutique analytique. Revue française de psychanalyse, 50(2), 303-324.

transfert serait alors selon Lacan la « somme des préjugés de l'analyste » (Chartier, 2006). Il considère que tout viendrait du patient, s'opposant à l'influence de la personne de l'analyste. Ce qui séparerait les lacaniens des autres psychanalystes reposerait en effet sur l'absence du maniement du contre-transfert (Denis, 2006). Lacan s'oppose à la notion de contre-transfert comme réponse inconsciente de l'analyste. Il estime que c'est l'inverse : le transfert est « […] une réponse du patient à la situation analytique : le patient vient à l'analyse "amoureux" du savoir qu'il croit contenu dans l'analyste » (Diatkine, 2001, p. 393).

En deuxième lieu, la disponibilité relationnelle préexistante chez l'analyste est tournée vers le patient, et fondée sur son espoir que ce dernier ait accès au travail analytique. Denis interroge le peu de place fait à la question de l'engagement de l'analyste dans la littérature sur le contre-transfert. Il observe le surinvestissement des cas de supervision, l'implication de nombreux éléments non spécifiques. Mais il souligne que « c'est l'investissement par l'analyste du fonctionnement psychique du patient, de ce qui peut se passer en lui d'inconscient, qui constitue l'élément positif, central, actif, du contre-transfert » (Denis, 2006, p. 349). Cet investissement du fonctionnement psychique du patient est sous-tendu par son désir pour lui de pouvoir bénéficier d'un travail analytique. Mac Dougall interroge ce qui conduit l'analyste à s'engager avec les « patients difficiles », dont « bien souvent, nous n'ignorons même pas le côté hasardeux que recèle l'aventure psychanalytique et pour eux et pour nous ! » (Mac Dougall, 1983, p. 260). Elle insiste sur l'espoir toujours présent chez l'analyste : « mais n'avons-nous pas toujours tendance à faire crédit à l'autre, à croire qu'il sera capable de nous utiliser à bon escient, à vouloir déceler dans le discours latent qui se dissimule toujours derrière sa parole manifeste, des dimensions de son être psychique dont il reste, quant à lui, inconscient ? C'est un problème de contre-transfert » (Mac Dougall, 1983, p. 260). L'analyste aurait ainsi toujours tendance à croire que chaque patient serait un analysant potentiel, que ça vaudrait toujours le coup : « le piège contre-transférentiel, est-ce notre désir de trop savoir ? » (Mac Dougall, 1983, p. 261).

Urtubey (2002) décrit une action triple du contre-transfert pendant l'étape initiale des premiers entretiens. D'une part le contre-transfert intervient comme un instrument permettant à l'analyste de comprendre et d'évaluer la situation, à partir d'une certaine séduction réciproque nécessaire de l'ordre de celle entre parents et enfants. D'autre part, il peut faire de l'analyste la proie d'une séduction libidinale excessive éveillée par le patient. Enfin, l'analyste, à travers ses mouvements contre-transférentiels, peut succomber à une séduction narcissique liée à son idéal du moi et à ses sentiments de toute-puissance, qui empêche

potentiellement l'analyste d'évaluer les impasses d'une indication. Selon elle, la toute-puissance de l'analyste est souvent à l'origine des prises en analyse inadéquates. Ainsi, Urtubey dessine trois situations où seule la première répond à une séduction réciproque modérée porteuse d'un travail analytique, les deux autres s'inscrivant dans « […] tomber "amoureux" d'une personne particulièrement attachante, de sa pathologie passionnante – captivés par notre sadisme ou notre masochisme – ou, narcissiquement, de nous-mêmes qui serions le seul à réussir cette cure car ce patient ne s'ouvrira qu'à nous (le choix unique et privilégié) » (Urtubey (de), 2002, p. 40).

L'implication du désir de l'analyste – dont les soubassements restent en partie inconscients – peut conduire tout autant à des indications très larges qu'à des limitations, si les aménagements nécessaires du cadre pour un patient contredisent sa perception de l'analyse. Donnet souligne la façon dont la perception des limites de l'analyste et des limites de l'analyse sont intriquées. « L'appréciation des aptitudes et possibilités du patient me renvoie indécidablement à mon propre "contre-transfert" à son égard et à mon transfert sur l'analyse : "l'idée" que je me fais de l'analyse peut tout autant m'aider à me hisser à la hauteur de ce qu'exige un cas difficile que m'interdire un ajustement nécessaire. […] le renoncement éventuel à la psychanalyse "idéale" m'est douloureux, et il est incontestable que ceci retentit sur la qualité de mes adaptations techniques » (Donnet, 1995/2002, p. 270). Ainsi l'engagement dans un travail d'analyse avec un patient ne dépend pas seulement de ses aptitudes ou de l'adéquation de la méthode, mais aussi en partie de ce que qu'en espère l'analyste, tant dans la perception des possibilités d'un travail que dans les buts qu'il considère : « […] le désir du psychanalyste est au commencement comme aux limites » (Donnet, 1995/2002, p. 273).

Suivant cette perspective, la contre-indication d'analyse résulterait des limites de l'analyste face à la demande d'un patient, qu'il évalue qu'elle dépasse ses capacités de s'engager ou bien qu'elle déçoive ses propres représentations du travail d'analyse. Mais quoi qu'il en soit, au moment de la décision, il s'agit de s'engager dans une entreprise qui dépasse largement l'analyste. « Nous avons au fil des ans été amenés à beaucoup apprendre sur ce que cela signifie de nous "embarquer" dans notre pratique d'analystes. Pourtant, malgré toute cette familiarité, nous savons également que cela dépasse notre compréhension. Le processus analytique nous met face à la conjonction du familier et du mystérieux. […] au début d'une

analyse, un analyste ne fait pas que commencer quelque chose qu'il sait faire mais se lance dans quelque chose qui dépasse son savoir » (Parsons, 2006, p. 388-389).

III.3. Fondements théoriques de la décision liés à la relation patient-analyste

Comme annoncé précédemment (voir III.2.1. « Evolution du concept de contre-transfert »), le quatrième courant de conceptualisation du contre-transfert dégagé par Urtubey (1994) le considère comme faisant partie de l'espace analytique : « le contre-transfert est plus que la réponse inconsciente au transfert. *Il n'est pas le produit exclusif du psychisme de l'analyste* mais fait partie de la situation analytique, tout comme le transfert du patient » (Urtubey (de), 1994, p. 1370). Le transfert et le contre-transfert forment une unité, un nouvel espace co-créé, produit de l'imbrication des deux inconscients dans la situation analytique.

Les théorisations relatives à ce quatrième courant ont été exposées précédemment (voir II.1.3. « Cheminement d'une chimère »), je n'en ferai ici qu'un bref rappel pour introduire leurs implications dans le processus d'indication thérapeutique. M. et W. Baranger (1961/1985) propose la notion de champ bi-personnel exprimé par le fantasme de couple inconscient, créé en collaboration par les deux inconscients. Leur conception du couple analytique se rapproche de celle de l'espace analytique tel qu'il a été élaboré par Viderman[1], comme l'a montré Urtubey (1994), faisant de la relation analytique une relation singulière de travail en commun co-créée par le patient et l'analyste. Pour décrire la particularité du cheminement intérieur de l'analyste dans la situation analytique ainsi élaborée, ont été développées les notions de : chimère (M'Uzan (de), 1978) ; nébuleuse (Guillaumin, 1998) ; ou encore de tiers analytique désignant l'intersubjectivité inconsciente du couple analytique (Ogden, 2005). Selon cette perspective, distinguer les acteurs du processus n'est plus pertinent : « l'analyste et la situation sont bien partie prenante dans la structuration du processus transférentiel : le principe d'une délimitation permanente de l'observé et de l'observation n'est pas soutenable » (Donnet, 2005, p. 15).

La conceptualisation du contre-transfert et du transfert comme formant une unité spécifique de la situation analytique implique de penser l'indication d'analyse comme les possibilités qu'un espace transférentiel se tisse et puisse se développer, donnant au site sa fonction

[1] Viderman, S. (1970/1982). *La construction de l'espace analytique.* Paris, Denoël 1970 pour la première édition, Gallimard pour la présente édition.

analysante (Donnet, 2005). Nous allons examiner ensemble deux notions qui contribuent à cette réflexion : l'alliance de travail et le transfert ou relation de base.

III.3.1. Alliance de travail

La notion d'alliance de travail s'est développée sur la théorisation d'A. Freud d'une partie saine du patient qui maintient une relation réelle avec l'analyste (Nachin, 2004), et par ailleurs chez les analystes nord-américains. Elle repose sur la théorie des fonctions autonomes du Moi. Elle désigne l'alliance du Moi du patient avec le Moi de l'analyste par opposition à la dépendance régressive que suscite le transfert, « le concept d'alliance thérapeutique implique, par son nom même, la coopération de deux individus dont chacun peut préserver une relative autonomie du moi dans sa fonction analytique » (Klauber, 1981/1984, p. 148). Ce sont en particulier les auteurs nord-américains qui ont beaucoup travaillé sur l'analysabilité, en fonction de l'aptitude à l'alliance de travail (Urtubey (de), 1994, p. 1338).

Etchegoyen (1986/2005) rappelle que pour Zetzel *l'alliance thérapeutique* est prégénitale et duelle, alors que la névrose de transfert reproduit le complexe d'Œdipe. Elle décrit trois fonctions essentielles au développement de l'alliance thérapeutique : la capacité de maintenir la confiance fondamentale en l'absence d'une récompense immédiate ; la capacité de maintenir la dissociation entre l'objet et le self en l'absence de l'objet désiré ; et enfin la capacité potentielle d'admettre des limitations de la réalité (Etchegoyen, 1986/2005). Dans cette perspective, le traitement analytique est rendu possible par le processus dissociatif du Moi, dont la partie tournée vers la réalité permet de former une alliance avec l'analyste pour observer et comprendre l'autre partie, pulsionnelle et de défense. Ainsi, l'alliance thérapeutique – en tant que relation positive et stable entre l'analyste et le patient – est considérée comme un préalable indispensable au traitement analytique.

Contrairement à Zetzel qui fait une césure franche entre l'alliance thérapeutique et la névrose de transfert, Greenson (1967/1977) souligne que cette distinction n'est ni complète ni systématique – l'alliance de travail pouvant comporter des éléments de la névrose infantile qui pourront être analysés – mais qu'elle permet de prêter une attention égale à deux types de réactions de l'analyste. Il fait en effet un parallèle de cette distinction chez l'analyste : « les interventions de l'analyste démêlent les attitudes de travail des phénomènes de transfert névrotiques, tout comme elles dissocient le moi raisonnable du moi irrationnel » (Greenson, 1967/1977, p. 229). Il considère *l'alliance de travail* comme un phénomène de

transfert relativement non névrotique et rationnel, désexualisé et non agressif. Il préfère le terme d'alliance de travail à « thérapeutique », car elle est centrée sur l'aptitude du patient à travailler dans la situation analytique. Il s'appuie sur les premières théorisations de Freud (1912a/2002) sur le transfert, qui définit le transfert négatif et le transfert positif. Le transfert positif se décompose en un courant libidinal inconscient et un courant tendre sublimé. Dans cette première théorisation (avant le « tournant de 1920 », Freud, 1920/2001), les transferts négatifs et érotiques agissent comme résistance, alors que le transfert positif sublimé est un facteur de succès du traitement. C'est sur ce transfert positif sublimé que s'appuie la notion d'alliance de travail. Elle se fonde chez le patient sur « le désir […] de surmonter sa maladie, son sentiment d'impuissance, sa volonté consciente et rationnelle de coopérer, son aptitude à suivre les conseils et les insights de l'analyste » (Greenson, 1967/1977, p. 228). Elle est rendue possible par l'identification partielle du patient avec l'approche analytique de l'analyste. Il est possible pour l'analyste d'encourager l'alliance de travail. Cependant les précautions qu'ils proposent n'ont rien à voir avec une quelconque technique active, il s'agit avant tout pour l'analyste de son intérêt, ses efforts et sa tenue dans le travail avec le patient (Etchegoyen, 1986/2005). Etchegoyen (1986/2005) rappelle qu'à la suite des développements de sa théorie, Greenson fera de la névrose de transfert un élément de la relation analytique, et de l'alliance de travail un élément de la relation non analytique : de la relation « réelle », sur laquelle il peut être nécessaire d'agir autrement, par des interventions autres que l'interprétation. Enfin, selon Greenson, « au moment de décider si l'analyse est le traitement qui convient, il me faut avoir acquis l'impression que le patient en question a le potentiel nécessaire à la formation d'une alliance de travail et d'une névrose de transfert » (Greenson, 1967/1977, p. 241). Il estime que la présence d'un transfert négatif avant l'alliance de travail entraine un risque élevé d'acting-out ou de rupture. S'il apparaît tardivement il constitue au contraire un progrès dans la cure, il en signe même une étape importante.

La notion d'alliance de travail rencontre des critiques, notamment émanant de psychanalystes français. Cette conception suppose que l'analyste soutienne les forces « saines » du Moi dans leur lutte pour maîtriser les pulsions, tendant « […] à la dénégation des affects, du pulsionnel, en dernier lieu à la mise à distance de l'inconscient » (Urtubey (de), 1994, p. 1306). Guillaumin met en avant que cette perspective considèrerait qu'un lien entre le patient et l'analyste pourrait se soustraire à l'interprétation transférentielle : « […] soit pour des raisons de ménagement intentionnel, soit même parce qu'il s'agirait d'un registre situé naturellement à l'abri des répétitions de la névrose infantile. On sait que "l'alliance" a pu être décrite

comme une sorte d'association désexualisée et purement réaliste – dans la perspective de la psychologie hartmannienne du moi – entre le praticien et son client » (Guillaumin, 1998, p. 75). Il estime ainsi que la notion d'alliance thérapeutique sépare de manière « rigide et peu satisfaisante » la partie « saine » du Moi de sa partie névrotique, reposant sur une « vue naïve » du transfert et du contre-transfert. Guillaumin conclut son analyse de l'alliance thérapeutique, en considérant qu'« en vérité, si alliance il y a, le phénomène peut seulement correspondre à l'existence de liens transférentiels et contre-transférentiels suffisamment *positifs pour qu'il vaille mieux n'y pas toucher, voire même n'y pas penser pendant l'engagement et le développement de l'analyse,* dont le travail demeure essentiellement centré sur les résistances, et donc sur les transferts négatifs, manifestes ou latents » (Guillaumin, 1998, p. 76).

Par ailleurs, Guillaumin (1998) souligne que certains analystes ont employé le terme de « relation » pour l'opposer au transfert, allant dans le sens de la notion de l'alliance thérapeutique. Si ce terme ne dit rien par lui-même d'analytique ou analysable, il sous-tend la problématique des « couches » différentes dans le transfert et le contre-transfert.

III.3.2. Transfert ou relation de « base »

Comme exposé précédemment (voir I.2.2. « Place du transfert »), Parat (1976, 1982) considère qu'il existe un double courant transférentiel et contre-transférentiel : celui de la névrose de transfert, et celui du transfert ou de la relation de base. Cette dernière se différencie de l'alliance thérapeutique car elle concerne l'infraconscient[1], et non pas le Moi conscient « sain ». Ainsi, la relation transféro-contre-transférentielle ou relation de base est duelle et concerne les investissements narcissiques, là où la névrose de transfert relève du registre triangulaire et de la libido objectale (Parat, 1982). Si Guillaumin (1998) estime qu'il existe un noyau précoce de la névrose de transfert, elle n'advient que lorsque la cure est engagée. Donnet (2005) quant à lui, souligne qu'il n'est possible qu'après-coup de savoir si le nouage transférentiel a eu lieu. Et c'est seulement s'il a eu lieu que la valeur de transfert pourra être donné aux différents déplacements projectifs adressés avant le début de la cure (Guillaumin, 1998). Selon Etchegoyen (1986/2005) le transfert apparaît spontanément et dès le début, alors que Glover (1955/1958) distingue – comme nous l'avons déjà indiqué (voir

[1] Le niveau infraconscient – non conscient mais parfaitement perçu – renvoie à un mode d'investissement où les « […] vécus affectifs et les échanges préverbaux occupent la première place » (Parat, 1976, p. 550).

I.2.2.) – les transferts préliminaires, positifs et négatifs, de ceux qui relèvent spécifiquement de la situation analytique et de la règle fondamentale : c'est-à-dire de la névrose de transfert à proprement parler. Comme pour la notion d'alliance de travail, la distinction entre la névrose de transfert et une autre « couche » transférentielle reste une question débattue.

Certains auteurs attribuent une implication du transfert de base dans la décision thérapeutique. Selon Etchegoyen (1986/2005), Heimann trouve la définition du transfert de Greenson trop réductrice. Selon elle, l'aspect du transfert positif sublimé comme facteur essentiel de la cure proposé par Freud est lié à la confiance et à la sympathie inhérentes à la condition humaine, sans la confiance de base l'enfant ne survit pas, sans le transfert de base, l'analysant n'engage pas d'analyse. Racker (1948/1997) souligne pourtant qu'une partie du contre-transfert est souvent laissé de côté, celle qui correspond à l'empathie. Il désigne deux formes d'identification étroitement liées : complémentaire et concordante (voir II.1.3.). Il lui semble que le terme de contre-transfert porte plus volontiers sur les identifications complémentaires, les identifications concordantes étant fréquemment exclues : « […] ce sont les contenus psychologiques qui émergent chez l'analyste du fait de l'empathie établie avec l'analysant, et qui reflètent et reproduisent "simplement" les contenus psychologiques de ce dernier » (Racker, 1948/1997, p. 176). Il défend l'idée de les inclure dans la définition du contre-transfert : « Si nous considérons que les identifications concordantes de l'analyste (ses "compréhensions") sont une forme de reproduction de ses processus passés, particulièrement de sa propre enfance, et que cette reproduction ou ré-expérience s'élabore en réponse aux stimuli du patient, nous serons plus disposés à inclure les identifications concordantes dans le concept de contre-transfert » (Racker, 1948/1997, p. 176-177). Enfin, il ajoute que la disposition à l'empathie relève de celle aux identifications concordantes, trouvant leur origine principalement dans le contre-transfert positif sublimé : « […] ce qui relie également l'empathie avec le contre-transfert au sens commun » (Racker, 1948/1997, p. 177).
La relation de base (transfert et contre-transfert de base) aurait des implications dans la décision thérapeutique. Les premiers mouvements contre-transférentiels négatifs devraient inciter les analystes à ne pas prendre la personne en analyse : « […] on ne doit jamais consentir à travailler analytiquement avec quelqu'un qui nous déplaît » (Urtubey (de), 2002, p. 176). Glover (1955/1958) soutient que la décision du patient d'entreprendre une analyse signe déjà des courants transférentiels, et que ceux-ci sont de valence positive. Il pense que les patients affectés d'un transfert négatif prédominant ne donnent pas suite à leur décision d'analyse, souvent en donnant à l'analyste des justifications rationnalisantes. La décision

d'analyse pour le patient serait ainsi soutenue par ce que Glover appelle le transfert positif spontané ou flottant. Il définit le transfert spontané comme un transfert de travail : « Il représente néanmoins les aversions ou attachements potentiels qui gouvernent les relations d'objet courantes du patient. La névrose de transfert, au contraire, actualise des transferts qui ont un rapport spécifique avec les processus de formation des symptômes » (Glover, 1955/1958, p. 142). Dans son analyse des cas rebelles, il précise pour les cas de schizophrénie que ce qui importe c'est l'évaluation des facteurs qui s'opposent à l'installation d'un transfert stable, ce qui devrait déterminer l'analyste serait alors moins la force globale du transfert que « […] la forme particulière des liens transférentiels qui amène le contact le plus stable […] » (Glover, 1955/1958, p. 289). Il décrit les spécificités du transfert des cas psychotiques : « Les relations de transfert y sont naturellement attirées dans le processus psychotique et tendent à *s'exprimer à travers lui* » (Glover, 1955/1958, p. 289). Ainsi la « psychose de transfert » doit être recherchée dans les productions psychotiques du patient.

III.3.3. Potentialités transférentielles

La prise en compte de la relation transféro-contre-transférentielle (ou relation de base) – ni alliance thérapeutique, ni névrose de transfert – implique que l'indication d'analyse s'entend au-delà des critères d'analysabilité supposés chez le patient : c'est une indication de couple analytique, une évaluation des potentialités transférentielles. Winnicott (1971/2001) explique comment la psychothérapie se situe là où se chevauche deux aires, celle du patient et celle du thérapeute, deux personnes en train de jouer ensemble. L'indication dépend alors de la possibilité de créer un espace potentiel avec le patient. Selon Klauber « c'est surtout la qualité du rapport établi lors de cet entretien [préliminaire] qui permettra au patient et au consultant de décider si le patient pourra tirer parti à l'avenir de ce type d'expérience » (Klauber, 1981/1984, p. 161). Urtubey souligne qu'« au moment de "saisir" quelqu'un en analyse, au-delà de la reconnaissance de ce qu'il est convenu d'appeler une "indication", deux autres facteurs, essentiels, déterminent l'analyste. C'est d'une part le contre-transfert, de l'autre l'évaluation de ce que sera la relation transféro-contre-transférentielle » (Urtubey (de), 2002, p. 32).

Les auteurs théorisent les potentialités transférentielles à travers les notions de rencontre analytique (voir I.2.2.) et de couple analytique. Le travail analytique repose sur la mise en

action d'une rencontre des fonctionnements psychiques du patient et de l'analyste (Bokanowski, 1998). Donnet (2005) souligne combien la dynamique du transfert, et par extension nous pouvons dire la possibilité d'analyse, découle du potentiel de la rencontre entre la demande, la souffrance du patient, et l'analyste en situation (voir I.1.3.). L'indication d'analyse s'entend ainsi dans la possibilité d'une rencontre, qui donne au site sa fonction analysante.

Pour certains auteurs, l'issue du traitement dépend « […] du bon ou du mauvais choix de "partenaire de travail et de rêverie" […] » (Urtubey (de), 2002, p. 32). La notion de couple analytique, introduite par le couple d'analystes M. et W. Baranger (1961/1985), soutient l'idée que la rencontre entre un patient singulier et un analyste singulier détermine la situation analytique, ce qui implique l'hypothèse que tel analyste travaille mieux avec tels types de patients et respectivement, formant un couple de travail singulier. Liberman propose la théorie des styles complémentaires (Etchegoyen, 1986/2005). Il propose qu'un analyste compétent est celui qui sait former le couple qui correspond. D'autres s'appuient sur leur sentiment, leur feeling, avec le futur analysant potentiel. Les entretiens préliminaires servent alors à évaluer si l'interaction entre l'analyste et le patient sera curative ou non, et orienter vers un autre analyste le cas échéant. Mais selon Etchegoyen (1986/2005), les indicateurs pronostiques du couple proposés par Liberman ne font référence qu'à l'indication et l'analysabilité et non pas au couple analytique en lui-même.

Etchegoyen (1986/2005) ne croit pas dans la notion de couple analytique : « Le sort de la relation analytique est déterminé par la psychopathologie du patient et la compétence de l'analyste » (Etchegoyen, 1986/2005, p. 60). Il estime que la capacité à « faire couple » reposerait sur des capacités globales de la personnalité de l'analyste, et non pas d'un couple particulier analysant-analyste : « ce qui fixe une limite à notre travail, c'est la capacité de comprendre ; mais cette capacité n'est pas nécessairement spécifique, il n'est guère prouvé qu'elle se rapporte à un certain type de malade. On peut valablement penser que c'est plutôt une manière générale de fonctionner de l'analyste » (Etchegoyen, 1986/2005, p. 44). En effet, l'argument du couple analytique ne tiendrait pas car l'aspect plaisant ou déplaisant du travail avec un patient dépendrait de questions relatives à son contre-transfert qu'il convient de résoudre. De plus, il soutient que les sentiments que le patient éveille chez autrui risquent fort de se rejouer avec un autre analyste. Il argue qu'une femme qui a développé un amour de transfert ne doit pas pour autant changer d'analyste pour se faire suivre par une femme. Il me semble pourtant que si des questions relatives au contre-transfert de l'analyste ne sont pas résolues, et risquent peut-être de ne pas l'être au cours de l'analyse avec ce patient, il vaut

mieux l'orienter vers quelqu'un d'autre : une façon de reconnaitre pour l'analyste ses propres limites. Etchegoyen (1986/2005) distingue les choix conscients des implications contre-transférentielles, et pense que les motivations conscientes pour suivre tel ou tel patient – les prédilections de l'analyste – n'impliquent pas qu'ils fassent un meilleur couple analytique. Il insiste sur l'importance de ne pas présélectionner, ou de ne pas croire qu'on peut le faire, en recherchant le meilleur couple possible. Ce sont des questions qu'il faut résoudre dans l'analyse et non avant. La formation d'un « bon couple » repose sur l'analyse elle-même des fantasmes inconscients de prédilections du patient envers l'analyste et réciproquement. Etchegoyen conclut sa critique de la notion de couple analytique en opposant que, « quand on prend un patient, il faut savoir que l'on prend plusieurs patients, et que ce "plusieurs patients" qu'est en réalité le patient exigera que nous soyons tous les analystes possibles : voilà, peut-être, mon objection majeure à la notion de couple analytique » (Etchegoyen, 1986/2005, p. 46).

Nachin estime que les possibilités d'analyse dépendent d'éléments qui dépassent la notion de couple analytique : « ce processus complexe est bien autre chose que ce que l'analyste et l'analysant peuvent ressentir comme sympathie ou comme antipathie lors des premiers contacts. Même en dehors de la notion de fantasme inconscient, beaucoup d'éléments psychiques circulent implicitement entre l'analyste et l'analysant qui se choisissent. Ils ne se découvriront en partie que dans la période terminale de l'analyse » (Nachin, 2004, p. 49). Il considère que si les compétences de l'analyste lui permettent de travailler avec une grande diversité de patients, « […] il est faux qu'il puisse jamais entrer dans la meilleure résonnance avec le psychisme de l'infinie variété des humains » (Nachin, 2004, p. 49). Urtubey insiste elle aussi sur l'impossibilité pour chaque analyste d'engager un travail avec tous les patients : « Il faut une certaine communauté de fonctionnement psychique » (Urtubey (de), 2006, p. 375).

Ainsi, s'il n'y a pas de contre-indication par rapport à la technique, il est possible de supposer des contre-indications d'analyste ou de couple analyste-analysant potentiel (T. Bokanowski, communication personnelle). Les potentialités transférentielles sont au centre de l'évaluation des possibilités d'engager un travail analytique.

L'indication d'analyse peut être pensée comme la potentialité du patient de pouvoir bénéficier de la méthode respective, avec le psychanalyste en question. Cette possibilité dépend notamment de la rencontre des psychismes des deux protagonistes dans un espace potentiel. Il s'agit d'un engagement bilatéral (Roger, 2001) : « ainsi, parallèlement à ce qui contribue à l'établissement d'un diagnostic (type relationnel, modes de défenses, aperçus sur les conflits

et les contenus), l'analyste tient compte intuitivement d'éléments plus ténus qui font entrer en résonnance l'ébauche de ce sur quoi pourra s'établir le contre-transfert. Ces mouvements sont d'ailleurs inconsciemment mais parfaitement perçus par le consultant et pèsent sur son désir de venir ou non chez cet analyste (voire sur son désir de venir en analyse ou d'y renoncer), souvent de vouloir à tout prix cet analyste-là et pas un autre » (Parat, 1976, p. 547).

III.4. Décision dans la pratique : apports des études et des recherches

D'une manière générale, la pratique clinique implique des aménagements du cadre qui peuvent éventuellement aller à l'encontre des principes théoriques. « Il se peut bien en effet que dans la pratique de la psychanalyse les nécessités empiriques nous forcent parfois à modifier nos critères théoriques » (Glover, 1955/1958, p. 214). Les résultats de ma recherche antérieure (Lachan, 2005) ont montré que dans les décisions d'entreprendre ou non un travail analytique avec un enfant, des critères théoriques pouvaient entrer en contradiction, et amener le clinicien à en privilégier certains au détriment d'autres. Ainsi, au-delà des considérations théoriques envisagées dans les sous-chapitres précédents, il s'avère très intéressant d'interroger les fondements de la décision thérapeutique dans la pratique clinique.
Schématiquement deux perspectives de recherche se dégagent. La première vise à identifier des facteurs prédictifs de processus et de résultats (III.4.1). Il s'agit de définir des critères d'indication en fonction des facteurs de succès du traitement. Les chercheurs tendent à répondre à la question : sur quels critères le clinicien devrait-t-il prendre sa décision ? La seconde perspective cherche à mettre en lumière les dimensions sur lesquelles le clinicien fonde sa décision dans sa pratique (III.4.2). Ils essaient de répondre à la question : comment le clinicien procède-t-il ? Ces études tiennent compte à la fois de la dimension théorique et de la dimension subjective du processus d'indication. Enfin, des psychanalystes formulent les questions qu'ils se posent au cours des premiers entretiens, dont l'importance relative découle de leur expérience clinique. J'en proposerai une revue thématique (III.4.3).

III.4.1. Facteurs prédictifs de processus ou de résultats

Le premier courant de recherches empiriques sur l'indication de psychothérapie correspond à la « phase de prescription » – suivant la définition des étapes cycliques de la recherche en

psychothérapie de Duruz et collaborateurs (2003) – questionnant l'indication différentielle : quelle thérapie pour quel patient ? L'indication de psychothérapie est considérée dans ce courant comme « […] la recommandation justifiée par des arguments rationnels et empiriques d'une méthode d'intervention efficace pour la résolution d'un problème ou le traitement d'un trouble » (Huber, 1993b, p. 255). Les recherches, et méta-analyses de nombreuses études à la fin des années 1970, tendent à montrer qu'il n'y a pas de différence significative d'efficacité entre les différentes approches psychothérapiques envisagées (Huber, 1993a). Or, comme le souligne Huber (1993a), ces résultats se heurtent aux considérations des différentes écoles de psychothérapie ainsi qu'à l'expérience de cliniciens qualifiés. De plus, suivant Duruz et ses collaborateurs (2003), « […] le projet de l'indication différentielle qui est d'associer une pathologie à un traitement psychothérapeutique efficace et spécifique [sur le modèle médical] est sans doute voué à l'échec : l'être humain ne peut se réduire à ses symptômes psychiatriques, et la psychothérapie s'appuie sur un processus complexe au sein duquel la dimension relationnelle joue un rôle majeur » (Duruz et coll., 2003, p. 1761).

Suite aux résultats soutenant une équivalence d'efficacité des modèles psychothérapiques, le problème se pose alors différemment. Le deuxième courant de recherches empiriques sur l'indication se tourne ainsi vers la compréhension des processus influençant les résultats du traitement. L'indication n'est plus considérée uniquement par rapport à un diagnostic, elle tient compte des caractéristiques du patient, du thérapeute et de leurs interactions. Selon Huber, la décision doit prendre en compte essentiellement les dimensions : patient, thérapeute, méthode psychothérapique, problématique du patient, but de la thérapie, et leurs relations les unes avec les autres. Il décrit une démarche qui vise une prise de décision rationnellement fondée, nécessitant des données empiriques concernant les différentes variables. Cependant, « ces données n'étant pas encore disponibles en quantité souhaitable, on peut se demander si en matière d'indication différentielle on dispose déjà d'un savoir empirique pertinent dépassant l'hypothèse de l'équivalence des effets psychothérapeutiques » (Huber, 1993a, p. 161). Les recherches sur l'indication différentielle ont permis de démontrer des différences au niveau des effets et des processus thérapeutiques, infirmant l'hypothèse d'équivalence (Huber, 1993a).

Dans le champ des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse, deux thèmes principaux ont été étudiés : l'alliance thérapeutique et l'analysabilité. Comme le souligne Thurin (2005), ces recherches rencontrent des difficultés méthodologiques dues à la complexité des interactions entre les variables : liées au patient, au thérapeute (quelle

formation et quelle expérience ? Des études ont été critiquées pour avoir étudié des pratiques de cliniciens peu expérimentés) ; liées à l'interaction patient-thérapeute ; et aux modalités des psychothérapies utilisées.

Les définitions de l'alliance thérapeutique varient mais elles se rejoignent sur le fait qu'elle concerne la collaboration entre l'analyste et le patient par quatre aspects : « […] la négociation, la mutualité, la confiance et l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer (pour le thérapeute), et de se laisser influencer (pour le patient) […] » (Braconnier, 2002, p. 22). Suivant les résultats de recherche, elle est influencée par : les caractéristiques du patient et du thérapeute qui la rendent possible, la technique, et les échanges intersubjectifs, elle naît en effet des interactions entre le thérapeute et le patient (Braconnier, 2002 ; Duruz et coll., 2003). Les résultats de recherche soutiennent notamment le rôle de la flexibilité du thérapeute dans sa pratique, sa capacité d'adaptation à la singularité de chaque situation, dans le cadre de l'application rigoureuse d'une technique psychothérapique (Huber, 1993a ; Duruz et coll., 2003). Ainsi, si une certaine équivalence d'efficacité entre les modèles psychothérapiques a été démontrée, dans la pratique, l'application spécifique d'une approche et non pas une pratique éclectique, tend à favoriser l'alliance de travail par l'effet contenant qu'elle produit. L'importance du choix réciproque entre le patient et le thérapeute participe aussi favorablement à l'alliance de travail, tout comme la formation, l'expérience et la personnalité du thérapeute (Huber, 1993a). L'ensemble des recherches tend à démontrer que l'alliance thérapeutique est un des meilleurs prédicteurs de l'issue du traitement (Rappard, 1996 ; Braconnier, 2002). La qualité de la relation semble en effet être le facteur principal de changement en psychothérapie, y compris psychanalytique (Jimenez, 2009).

Le concept d'analysabilité, comme le souligne Rappard (1996), a pu être étudié dans des acceptions très différentes. Il a pu être utilisé pour rendre compte du « potentiel analytique » du patient, « […] sous-tendant l'idée qu'un analysant bien sélectionné pourrait développer un processus analytique au cours d'une analyse bien conduite » (Rappard, 1996, p. 251). Ces recherches portent sur les facteurs suivant : type de patient, diagnostic, pronostic, et prédiction (Rappard, 1996 ; Braconnier, 2002). Les études tendent à montrer qu'il n'est pas possible d'évaluer initialement ce potentiel de façon complète (Rappard, 1996). Selon Braconnier (2002), la définition de l'analysabilité ne peut pas être réduite à « la possibilité d'être traité ». L'autre acception de l'analysabilité correspond à celle du développement d'un processus analytique. Il existe dans beaucoup de recherches une confusion entre l'analysabilité – selon cette dernière définition – et les bénéfices thérapeutiques (Rappard, 1996). Or, ils ne sont pas toujours corrélés. Des bénéfices thérapeutiques peuvent advenir sans qu'un processus

analytique à proprement parler se soit développé, la réciproque étant également vraie. Rappard (1996) et Braconnier (2002) rapportent dans leur revue de la littérature scientifique, une recherche rétrospective menée au Centre psychanalytique de Columbia[1] qui a tenté d'évaluer le développement du processus analytique, et pas seulement les bénéfices thérapeutiques. Trois axes ont été pris en compte à la fin du traitement : […] le maniement de l'insight psychologique, l'utilisation des ressources personnelles à la fin du traitement, et les manifestations transférentielles au cours du traitement » (Braconnier, 2002, p. 24). Les résultats de cette étude montrent un lien entre le développement d'un processus analytique et les bénéficies thérapeutiques, et que « […] l'importance de cette corrélation était liée à la capacité à développer consciemment un insight » (Bracconier, 2002, p. 25). Les facteurs favorables à l'analysabilité dégagés par les recherches portent essentiellement sur les caractéristiques du patient, comme : la motivation du patient pour le traitement, les capacités d'introspection, la force du moi ; mais également le rôle de l'alliance thérapeutique (Thurin, 2005). Le degré d'insight avant le traitement – à partir d'un échantillon de patients « modérément perturbés » – apparaît corrélé positivement à la durée de traitement et à l'absence d'interruption précoce ou tardive. S'il n'est pas directement corrélé aux résultats du traitement, il l'est en interaction avec la durée de celui-ci (Hoglend, Engelstad, Sorbye, Heyerdahl & Amlo, 1994). Les recherches montrent plutôt le rôle de l'interaction des différences variables que leur action spécifique (Thurin, 2005). Rappard (1996) résume les conclusions des méta-analyses sur la question : les patients évalués comme analysables obtiennent des bénéfices thérapeutiques ; l'analysabilité et les bénéfices thérapeutiques sont corrélés mais demeurent deux dimensions distinctes ; ces deux dimensions ne sont pas prédictibles lors de l'évaluation initiale en termes de degré et de qualité (pour les patients reconnus comme pouvant bénéficier du traitement à l'indication) ; et les patients qui tirent le meilleur bénéfice sont ceux qui ont le niveau de fonctionnement le plus élevé au départ.

Parmi ces facteurs corrélés aux bénéfices thérapeutiques ou à l'analysabilité, peu sont prédictifs à partir de l'évaluation initiale (Rappard, 1996 ; Thurin, 2005). Il semblerait que les facteurs prédictifs de résultats soient : la préparation au traitement, la qualité initiale des relations d'objet, la formation et l'expérience des psychothérapeutes (Thurin, 2005), et la force du moi (Rappard, 1996). D'une manière générale, l'analysabilité s'avère difficilement prédictible. En effet, « les auteurs concluent avec prudence, non pas à l'"imprédictibilité" de l'analysabilité ou des bénéfices thérapeutiques mais remarquent plutôt qu'une fois qu'un cas a

[1] Bachrach, H.M., Galatzer-Levy R. et Skolnikoff, R. (1991). On the efficacy of psychotherapies. Journal of the American association, 39, 871-916.

été soigneusement sélectionné et considéré comme une bonne indication à l'analyse par un thérapeute, son évolution au cours du traitement paraît difficilement prévisible » (Rappard, 1996, p. 253). Rappard (1996) interroge si les séniors n'auraient pas fait de meilleures prédictions en s'appuyant sur leurs critères implicites plutôt que sur des critères académiques. Hoffmann (1985) rapporte des travaux qui pointent l'intuition comme un facteur significatif dans l'évaluation initiale, tenant compte de l'impression subjective en plus des critères théoriques. Il regrette que les recherches sur l'analysabilité n'aient pas plus tenu compte de la participation conjointe, et de l'interaction, entre analyste et patient. La participation de l'analyste au processus est en effet au fondement de la méthode analytique. Hoffmann (1985) souligne que l'analysabilité tend à être réduite à la description du patient « parfait », privilégiant des caractéristiques qui correspondent au diagnostic de névrose au bout du compte.

Ces recherches restent ainsi orientées dans leur majorité sur l'évaluation du patient quant aux indications de psychothérapie, en fonction d'un diagnostic ou de son organisation psychique, prenant pas ou peu en compte la subjectivité de l'analyste et de sa participation (en dehors de l'alliance thérapeutique) dans le processus thérapeutique.

III.4.2. Fondements de la décision dans la pratique

Un autre courant de recherches porte son attention sur les fondements de la décision thérapeutique dans la pratique clinique, en tenant compte de ses dimensions « rationnelles » ou « théoriques », mais aussi subjectives (Dantlgraber, 2012).

L'indication varie en effet d'un analyste à l'autre : « il fut un temps où la question faisait l'objet de nombreux articles. Il me semble qu'elle est moins présente aujourd'hui. Pourquoi ? Parce que rien n'est objectivable quand il s'agit d'analyse. Tel collègue va d'emblée tenir pour analysable tel postulant ; tel autre, non ; l'un dirait : je n'accepterai jamais un pervers avéré ; un autre : les psychotiques, je ne m'y risque pas ; un paranoïaque, hors de question ; un autre encore : trop hystérique pour moi. Les critères sont essentiellement subjectifs sans compter que les entretiens préliminaires, si fin clinicien que l'on soit, ne laissent pas toujours apparaître la perversion bien dissimulée ou l'organisation paranoïaque sous-jacente » (Pontalis, 2001, p. 314-315). La subjectivité du clinicien se conjugue ainsi à la relative impossibilité de prévoir le développement du fonctionnement psychique du patient au cours

du travail (Quinodoz, 2002/2008), pour rendre la décision thérapeutique difficilement objectivable, et ne pouvant se fonder que sur des prévisions incertaines.
De plus, il existe dans la pratique, entre des extrêmes qui permettraient des décisions tranchées quant à l'indication, une majorité de situations intermédiaires « […] pour lesquelles on conclura à l'indication de psychanalyse, tout en prévoyant que la cure connaîtra des moments de régressions difficiles qui, peut-être, nécessiteront la mise en place plus ou moins temporaire de ce qu'on a appelé les variations de la technique » (Green, 2006b, p. 72-73). Ces « variations de la technique » favoriseront le développement du processus analytique ou au contraire témoigneront de son impossibilité : c'est seulement à l'épreuve du traitement qu'il sera possible de le dire. La complexité des situations cliniques soutient ainsi l'importance d'interroger les fondements de la décision thérapeutique dans la pratique, au-delà des recommandations théoriques.

La littérature scientifique soutient le rôle positif de l'expérience du thérapeute dans la continuité du traitement (Bergin &Garfield, 1978/1997 ; Lastrico, Andreoli, Schneider El Gueddari, Aapro & Dazord, 1995), ce qui contribue à interroger l'adéquation de l'indication en fonction de l'expérience du thérapeute (Berger, 1997). Cependant, des résultats de recherche tendent à montrer la grande homogénéité des critères avec les mêmes fréquences d'occurrence chez les analystes quel que soit leur niveau d'expérience (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Ainsi, il semblerait que ce soit plus dans le maniement de la méthode que dans les critères d'indication en eux-mêmes qu'il conviendrait d'interroger l'influence de l'expérience clinique.
Des études montrent que la prise en compte du diagnostic et du fonctionnement psychodynamique du patient entre en compte dans la pratique de l'indication d'analyse. Braconnier rapporte les résultats de l'étude prospective de Erle et Goldberg[1] qui ont demandé à des analystes expérimentés de définir sur quels critères ils avaient posé l'indication d'analyse : « le but était de voir comment les analystes pensaient avoir pris leur décision, quel poids ils donnaient aux différents facteurs, quels étaient les facteurs considérés comme significatifs et pourquoi » (Braconnier, 2002, p. 25). L'objectif était d'examiner s'il existait des liens entre les critères d'indication utilisés dans la pratique et l'analysabilité (entendue comme le développement d'un processus analytique) et/ou les bénéfices thérapeutiques. Les résultats montrent que les analystes ont tous pris en compte : « […] la structure de

[1] Erle, J. et Goldberg, A. (1984). Observations on the assessment of analysability by experience. Journal of the American association, 32, 715-737.

personnalité, la force du moi, la nature des conflits intrapsychiques, la prise de conscience des conflits, les motivations, les capacités d'insight » (Braconnier, 2002, p. 25). La pondération des éléments évalués varie selon les analystes. Il est à noter que certains d'entre eux ont considéré certaines de leurs indications « héroïques », fondant leur décision principalement sur la « non-indication » pour d'autres modes de prises en charge. Les résultats indiquent que l'analysabilité est difficilement prédictible avec les critères utilisés à partir de l'évaluation initiale. Elle n'apparaît pas non plus corrélée aux bénéfices thérapeutiques (même les cas considérés « analysable » sont associés à minima à un « bénéfice modéré »).

Un résultat de cette étude a plus particulièrement attiré mon attention : peu d'analystes de cette recherche ont insisté sur leur propre intérêt du cas ou leur relation avec la personne qui adresse le patient, c'est-à-dire la part plus subjective de l'évaluation. Il me semble que les attentes chez les participants, par rapport aux recherches les plus répandues sur l'analysabilité et les bénéfices thérapeutiques, auraient pu influencer leurs réponses. En effet, la dimension contre-transférentielle et subjective de l'analyste a été peu mise en avant au profit des caractéristiques du patient, ce qui correspond à l'orientation de la majorité des recherches nord-américaines. Or, les résultats d'une recherche européenne (Leuzinger-Bohleber, 2007) soulignent la prépondérance dans la décision thérapeutique de la perception du potentiel du patient par l'analyste au détriment des caractéristiques initialement observées. Dans le cadre d'une recherche sur le suivi de psychanalyses et thérapies psychanalytiques de longue durée, Leuzinger-Bohleber (2007) souligne en effet que « de nombreux analystes qui ont participé à notre étude ont souligné que pour eux, concernant l'indication, le diagnostic et l'importance du trouble ont moins joué que la perception des potentialités du patient, comme par exemple le noyau d'expériences de bonnes relations d'objet malgré des traumatismes importants, les aptitudes d'autoréflexion partielles ou de réaction a priori positive à des essais d'interprétation » (Leuzinger-Bohleber, 2007, p. 145).

Cadet et Guillot (1984), chercheurs français, partent eux à l'inverse des études nord-américaines, pour montrer que la décision thérapeutique ne repose pas que sur des critères subjectifs, traduisant bien là – me semble-t-il – les perspectives divergentes entre les deux continents européen et américain. Ils ont réalisé une étude statistique à partir des données cliniques observées (anamnèse, examen psychologique, diagnostic) de 104 consultations par 6 psychologues à l'issue d'une consultation dans un centre médico-psycho-pédagogique. Les déterminants des projets thérapeutiques ont été examinés tels qu'ils ont été formulés à l'issue de la consultation. Les indications pouvaient être : la psychothérapie, l'orthophonie, la rééducation psychopédagogique, la psychomotricité, ou encore ne rien faire dans l'immédiat.

Les résultats de leur étude montrent qu'il n'y a pas de bijection entre un diagnostic et une indication. Les déterminants tels que l'âge, la profession des parents, ou le motif de la consultation apparaissent influencer le projet thérapeutique. Ils concluent que « la comparaison des projets thérapeutiques retenus par les cliniciens montrent qu'ils s'accordent sur des catégories conceptuelles extensives mais qu'ils manifestent des sensibilités différentes dans la pondération qu'il convient d'attribuer aux éléments issus de l'observation » (Cadet & Guillot, 1984). Cette pondération, d'après les résultats, varie en fonction des systèmes théoriques de référence du clinicien, qui résulte en partie d'un « empirisme éprouvé », mais aussi en fonction du contexte global dans lequel intervient l'information. Les auteurs montrent ainsi que le projet thérapeutique repose sur une évaluation à la fois cognitive et affective : « les différences constatées [entre psychologues] sont moins liées à la présence ou l'absence de certaines informations, qu'à l'importance que ce fait revêt aux yeux des cliniciens. En d'autres termes, le constat d'existence (ou d'absence) de certaines informations représente un niveau de l'activité clinique sur lequel, somme toute, les psychologues s'accordent » (Cadet & Guillot, p. 47).

Enfin, Kosmadakis et ses collaborateurs (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004) proposent des travaux qui ne portent pas seulement sur la structure psychopathologique du patient et ses capacités favorables au processus analytique, comme la majorité des recherches nord-américaines. En effet, « considérant que le diagnostic psychanalytique met en cause le travail psychique du thérapeute, nous nous sommes intéressés depuis plusieurs années à ce qui opère dans l'esprit du thérapeute lors des entretiens préliminaires avec son patient » (Kosmadakis et coll., 2004, p. 272). Dans leur recherche, ils catégorisent les éléments susceptibles d'intervenir dans la décision de l'analyste en 3 groupes : 1. les événements de vie, les symptômes ou les relations avec l'entourage ; 2. la structure psychique ou le fonctionnement mental ; 3. la relation thérapeutique ou analytique et les processus psychiques spécifiquement engagés dans cette situation. Ils notent que cette dernière catégorie peut recouper en partie les deux autres. Leurs résultats montrent que « […] la relation thérapeutique ou les processus psychiques spécifiques engagés dans cette relation restent au premier plan dans l'esprit des thérapeutes. Ils sont la source d'informations essentielles, notamment sur l'apparition d'un possible transfert et sur la prise en compte de la structure psychique du patient » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004, p. 331-332). C'est en cela qu'ils soulignent que le processus d'indication repose en partie sur l'examen subjectif de l'analyste. Par ailleurs, il faut souligner les résultats des travaux de Von Benedek (1983, 1989), qui indiquent que l'alliance thérapeutique est peu abordée comme un levier de

changement par les analystes (interrogés au tout début du traitement, et 8 à 12 mois après). Il semble ainsi que les analystes distingueraient l'alliance thérapeutique, peu abordée d'après les résultats de recherche, de l'évaluation, au premier plan, des « processus psychiques spécifiques engagés dans la relation thérapeutique », qui renvoie selon moi à une certaine évaluation des potentialités transférentielles.

Ainsi, l'ensemble des résultats de recherche tend à montrer que les fondements de la décision thérapeutique sont globalement partagés par les cliniciens, mais que leur pondération relative dépend à la fois du contexte dans lequel interviennent les données cliniques, et à la fois de la subjectivité de l'analyste. De plus, il semble que les potentialités perçues par l'analyste aient plus de poids dans sa décision que les caractéristiques du patient ou de la relation évaluées initialement.

III.4.3. Critères issus de témoignages de pratique clinique

Une troisième source de données provient des témoignages d'analystes explicitant leur propre *trame d'écoute* lors des premiers entretiens, issue de la théorie et de l'expérience clinique. Partant des témoignages des analystes eux-mêmes, une place majeure est faite à la subjectivité et à l'implication de l'analyste dans le processus de décision lui-même. Bouchard et Porte s'interrogent : « comment et sur quelles bases se fait l'engagement de l'analyste ? Repères nosographiques, éléments biographiques, nature de la demande, poids des traumatismes, curiosité du patient pour son fonctionnement psychique, anticipation de la possibilité d'une fin de la cure, saisie globale et intuitive, ou encore dynamique, en partie inconsciente, reposant sur le processus même du déroulement de la rencontre ? » (Bouchard & Porte, 1998, p. 7). Du côté de l'analyste, la décision thérapeutique interroge ce qui sous-tend son engagement, et non plus seulement les caractéristiques du patient qui seraient favorables au travail analytique. Les éléments susceptibles d'être pris en compte sont multiples, et de nombreux facteurs influencent la décision (Tanguay, 1994b) : les références théoriques, l'expérience (analyse didactique, expériences thérapeutiques antérieures, …), la subjectivité et la sensibilité individuelle, ou encore la participation à des supervisions. Nous allons examiner ensemble les dimensions qui reviennent le plus souvent dans les témoignages des pratiques.

Demande

Les analystes s'accordent sur l'importance d'évaluer la demande du patient au cours des premiers entretiens, une « demande analytique » étant théoriquement une condition préalable à l'engagement dans la cure. Mais quand est-il des possibilités de travail analytique lorsqu'il advient une demande d'aide et de solutions, sans authentique recherche de sens ? D'une part, une demande claire et manifeste ne signifie rien du projet inconscient du patient (Urtubey (de), 2002). D'autre part, qu'en est-il des possibilités de travail analytique pour des patients, qui du fait de leur conflictualité inconsciente, n'ont justement pas de lieu psychique pour chercher du sens (Reid, 1994) ? Bouchard et Porte (1998) interrogent : « face à l'augmentation actuelle de demandes mal définies, comme la recherche d'un mieux-être global, d'une issue à des problèmes somatiques, la réparation d'un préjudice, etc., sans qu'il ne soit fait référence à un conflit psychique interne, doit-on questionner la pertinence de la réponse analytique ou, puisqu'il y a "une demande" miser sur le processus de la cure et l'instauration d'un cadre pour attendre la "rencontre analytique" ? » (Bouchard & Porte, 1998, p. 8). Quinodoz, témoignant de son expérience clinique avec des patients « hétérogènes »[1], cherche à sentir « […] si ce patient a un désir inconscient ou préconscient d'intégration […] », « […] s'il laisse percer un désir de réparation en dépit d'un tableau parfois très destructeur […] » (Quinodoz, 2002/2008, p. 124). En d'autres termes, dans la pratique, l'absence de demande analytique constitue-t-elle une contre-indication ? Ou bien amène-t-elle seulement à considérer les possibilités pour le patient de l'élaborer plus avant, ou encore de bénéficier d'un travail bien qu'il ne puisse simplement pas formuler sa demande ?

Diagnostic structurel

Il est classique de considérer que le diagnostic structurel en lui-même ne permet pas d'évaluer les possibilités d'un travail analytique, « […] les formulations diagnostiques et d'indication formelle semblent ne jouer souvent qu'un rôle tardif, auxiliaire, voire rationalisant et auto-justificateur » (Guillaumin, 1998, p. 91). Fadda (1995) estime qu'« il est incongru de juger de l'opportunité d'établir une relation intime qui évolue sur la base de facteurs affectifs liés aux deux personnalités en fonction des qualités d'un seul des deux partenaires » (Fadda, 1995, p. 86). Quinodoz ne tient pas compte du diagnostic dans l'élaboration de sa décision – d'autant plus qu'il ne dit rien de l'évolution du fonctionnement psychique du patient au cours du travail (Aulagnier, 1984/2009) – « peu importe pour moi de savoir qu'il s'agit de névrose, de

[1] C'est-à-dire utilisant à la fois des mécanismes névrotiques et psychotiques (Quinodoz, 2002/2008).

psychose ou d'état limite, ni même de me fier à une évaluation souvent trompeuse de la capacité ou de l'incapacité à symboliser du patient » (Quinodoz, 2002/2008, p. 124). Selon Fadda (1995), il s'agit surtout pour l'analyste de considérer s'il se sent capable de maintenir le cadre analytique avec le fonctionnement psychique d'un patient particulier. Urtubey (2002) pense qu'il ne faut pas prendre en analyse les sujets « inaccessibles », prenant l'exemple des psychoses, en tout cas dans le cadre de la cure-type. Ainsi, ces auteurs considèrent le diagnostic structurel comme secondaire en tant que tel dans leur décision, et pouvant avoir des implications sur les aménagements du cadre à proposer au patient.

Intérêt et accessibilité à la vie psychique

La psychanalyse, du fait de la méthode et de la théorie qui la sous-tendent, s'adresse à des personnes qui manifestent une certaine curiosité de leur vie psychique et qui « […] prennent le risque d'en supporter l'inévitable souffrance » (Bokanowski, 1998, p. 31). Il semble que si *l'accessibilité du patient à sa vie psychique* (Green, 2006b) entre en compte dans la décision, elle ne joue pourtant pas un rôle déterminant de façon isolée. Tanguay formule une série de questions permettant d'entrevoir les capacités du patient au travail analytique : « […] Peut-il reconstituer son histoire avec sa valeur évocatrice et affective ? Peut-il laisser entrevoir quelque ouverture, si minime soit-elle, sur sa vie fantasmatique ? A-t-il la capacité d'entrer dans un jeu relationnel sans craindre la menace de débordement pulsionnel ? Quel intérêt porte-t-il à ses rêves, à sa vie intrapsychique ? Quelle place occupent le symptôme et l'agir dans son économie intrapsychique ? » (Tanguay, 1994b, p. 75). Pour Urtubey (2002), le désir de savoir du patient compte de façon privilégiée dans son évaluation, par rapport aux capacités psychiques, mais considéré parallèlement aux potentialités transférentielles. Fadda (1995) s'intéresse plus aux potentialités des qualités psychodynamiques du patient qu'à leur existence d'emblée. Néanmoins il précise qu'elles ne suffisent pas à sa décision. Donnet (2005) parle des « capacités du patient à utiliser les ressources du site analytique », englobant ainsi les capacités psychodynamiques du patient dans un ensemble plus large.

Relation, potentialités transférentielles du couple analyste-patient

Pour Nachin, la seule question qui vaille vraiment la peine est celle de la possibilité ou non de constituer un couple de travail analytique : « […] est-ce que l'analyste a le désir de travailler avec ce sujet et est-ce qu'il ressent chez ce sujet un désir complémentaire de travailler avec lui ? » (Nachin, 2004, p. 51). Il rappelle que cette complémentarité de désir constitue une condition nécessaire de départ mais non suffisante pour déterminer la suite de l'analyse.

Fadda (1995) considère les potentialités de la relation, l'évaluation d'un « espace potentiel », comme central et déterminant de sa décision : c'est même selon lui le seul critère de contre-indication. Urtubey (2002) privilégie également « les possibilités d'ouverture de la relation vers de multiples situations transférentielles non cristallisées ». Hoffmann (1985) témoigne en effet de son expérience d'une impossibilité contre-transférentielle ayant conduit à une interruption du traitement, ce qui l'amène à considérer avec une grande attention l'analysabilité du côté du thérapeute avec chaque patient singulier. Des analystes considèrent ainsi la pertinence du couple entre un analyste et un patient en particulier, dans ce qu'il permet ou non le déploiement des enjeux transférentiels (Klauber, 1981/1984 ; Hoffmann, 1985 ; Quinodoz, 2002/2008 ; Urtubey (de), 2002).

Ethique

Des auteurs soutiennent que du point du vue éthique, l'analyste doit laisser la possibilité à un patient d'entreprendre un travail même si ses chances de succès sont limitées (Fadda, 1995 : Bouchard & Porte, 1998). Réciproquement, l'analyste aurait la responsabilité de ne pas risquer les inconvénients d'un échec pour le patient (Bouchard & Porte, 1998). Je n'ai trouvé dans l'ensemble de la littérature psychanalytique que j'ai parcourue que de rares références à la question de l'adéquation de la méthode analytique au patient par rapport à d'autres formes de traitement (Klauber, 1981/1984 ; Urtubey (de), 2002). J'attribue cette observation au fait que la plupart des analystes soutiennent que la décision revient au patient n'engageant ainsi pas la prescription de l'analyste : « l'appropriation subjectivante de la situation analytique n'est-elle effectivement pas l'enjeu de la rencontre ? » (Bouchard & Porte, 1998, p. 8).

Mais avec des patients dont le fonctionnement psychique limite ou ne permet pas cette appropriation, il revient en effet à l'analyste d'évaluer autant que possible le rapport entre les bénéfices et les risques pour une personne d'engager un travail si impliquant (Guillaumin, 1998 ; Quinodoz, 2002/2008). Quinodoz souligne la difficulté d'évaluer ce rapport, forcément de manière prospective : « ces patients désiraient évoluer ; devrions-nous refuser l'aide qu'ils demandaient sous prétexte que les conséquences de leur "folie" passée ne pourraient évoluer dans la réalité ? » (Quinodoz, 2002/2008, p. 15).

Espoir

L'espoir de l'analyste dans les possibilités de travail analytique pour un patient repose à la fois sur son désir que le patient puisse bénéficier d'une expérience qui a été pour l'analyste lui-même essentielle, et à la fois sur une position éthique. Quinodoz (2002/2008) évoque la

nécessité pour l'analyste de croire dans la capacité créatrice du patient, d'être persuadé que même si au niveau de la réalité une situation semble absolument bloquée, il n'en est pas forcément de même dans la réalité psychique. Nous pourrions reformuler ces considérations en termes de prédiction en disant que l'analyste, pour pouvoir entreprendre un travail analytique avec un patient, a besoin de pouvoir construire des prédictions ouvertes vers des possibles. Fadda (1995) considère que l'issue d'un traitement n'est pas prévisible. « La forme du traitement est l'expression de l'espoir que nous pouvons avoir et que nous transmettons à nos patients. En cette matière, l'erreur d'évaluation, toujours possible, a des conséquences importantes sur l'avenir de nos clients » (Fadda, 1995, p. 82).

Engagement de l'analyste

La décision d'un analyste de s'engager avec un patient repose aussi sur son désir et sa capacité à investir une personne particulière. Certains analystes considèrent que l'analyste ne peut pas s'engager avec un patient à qui il ne peut pas s'identifier (Diatkine, 2006), ou qui ne lui apparaît pas aimable (Mac Dougall, 1983). Un attrait ou un rejet, un intérêt ou un ennui, peuvent se dessiner d'emblée à l'égard du patient, qui joueront sur sa décision (Urtubey (de), 2002 ; Nachin, 2004). Le contre-transfert peut aussi être influencé par des éléments conscients, comme par exemple : la dimension transférentielle du lien avec la personne qui adresse le patient, le souhait d'augmenter ou de diminuer sa clientèle, ou encore le besoin d'une cure-type pour une supervision (Urtubey (de), 2002).

Il s'agit pour l'analyste d'envisager s'il se sent capable d'investir la relation analytique avec un patient particulier et d'en supporter tous les aléas durant un temps souvent long (Fadda, 1995 ; Guillaumin, 1998 ; Quinodoz, 2002/2008 ; Urtubey (de), 2002). L'engagement dépend également des aménagements du cadre auxquels l'analyste est prêt à convenir pour permettre le travail analytique avec un patient particulier (Donnet, 2005). Selon Guillaumin, « il lui faut se fier largement à son désir d'entreprendre cette analyse-ci, compte tenu de son expérience, *sans trop s'interroger* sur ce qui, dans ce désir, vise le seul souci de sublimation. On entend couramment dire qu'un patient a été jugé analysable et investissable parce qu'on a "senti" qu'on pouvait penser et associer souplement à son sujet » (Guillaumin, 1998, p. 91).

D'après Freud (1913a/2002), il n'existe aucune autre épreuve possible que le traitement d'essai, qui ne saurait être remplacé par quelques interrogatoires ou entretiens même prolongés. Si le traitement d'essai a été par la suite abandonné, il n'en demeure pas moins que

pour une grande partie des analystes, la seule façon d'éprouver l'indication est d'en faire le pari, d'essayer, cela même s'il existe des réserves quant à l'issue du traitement.

La présente étude doctorale s'intéresse à la façon dont les recommandations théoriques sont articulées à la subjectivité de l'analyste au sein de la relation avec le patient – dans la pratique – conduisant à une décision réciproque d'engager ou non un travail analytique.

IV. INFLUENCE DU CONTEXTE CULTUREL

L'étude de la dimension culturelle dans la littérature psychanalytique s'intéresse : à l'impact de la langue et des traductions ; aux particularités du fonctionnement psychique par rapport à une culture donnée comme à l'universalité de la théorie psychanalytique (notamment la question du complexe d'Œdipe a été beaucoup débattue) ; à la place de la psychanalyse dans des contextes géopolitiques extrêmes ; et à la différence culturelle entre l'analyste et le patient avec la prise en compte du « contre-transfert culturel » (Gibeault & Rabain, 1993). L'ethnopsychanalyse propose une lecture de cette différence en postulant que toute relation est culturelle et transculturelle, et articule l'universalité du psychique avec la diversité humaine et la spécificité culturelle (Baubet, Moro & Strum, 2007).

A ma connaissance il n'existe pas de recherches comparatives sur les pratiques analytiques dans des contextes culturels différents. L'absence de ce type de recherches pourrait s'expliquer par l'argument selon lequel « La » méthode analytique serait la « même » quel que soit le contexte culturel, sous-tendu par l'idée que si des pratiques divergentes existent alors elles ne sont pas à proprement parler psychanalytiques, « chaque camp a un point de vue partisan et est convaincu que son propre mode de pensée représente la vraie psychanalyse et que les autres ont tort » (Gitelson, 1979, p. 175). Or la théorie psychanalytique ne s'est pas développée de façon identique partout dans le monde, dépendamment de qui l'introduit, de qui la développe, ainsi que du contexte dans lequel elle le fait.

Suivant Bergeret qui souligne qu' « on ne peut ni négliger ni minimiser l'importance des spécificités culturelles sur le développement des systèmes de pensée, même quand il s'agit, au sein de cultures voisines, de différences relativement modestes » (1993, p. 811), je propose d'interroger en quoi les contextes culturels français et québécois pourraient impliquer des variations dans les pratiques analytiques, notamment au regard de la clinique des premiers entretiens. Après avoir retracé les spécificités de l'implantation de la psychanalyse dans les contextes états-unien[1], français et québécois, les divergences des développements théoriques et institutionnels seront envisagées[2]. Enfin, les implications de ces particularités contextuelles

[1] Compte tenu de la spécificité du contexte québécois, francophone en Amérique du Nord, il est nécessaire d'expliciter le contexte états-unien pour comprendre la double influence français et américaine de la psychanalyse québécoise.

[2] Ma visée n'est pas d'exposer une histoire exhaustive de l'implantation et du développement de la psychanalyse dans ces trois contextes. L'attention portée à la dimension historique cherche à éclairer les particularités de la psychanalyse en France et au Québec qui permettraient d'expliquer, du moins en partie, des convergences et des divergences dans les pratiques analytiques.

sur la pratique des premiers entretiens seront interrogées, postulant que « les conditions de la pratique sont dépendantes de paramètres socioculturels » (Donnet, 2006b, p. 781).

IV.1. Histoire de l'implantation et des développements de la psychanalyse : aux Etats-Unis, en France et au Québec

La psychanalyse s'est adaptée en quelque sorte à ses lieux d'implantation, de même qu'elle s'est diversifiée dans ses développements suivant les milieux culturels concernés (Turkle, 1978/1982). La langue fonctionne comme une « barrière protectrice » (Kernberg, 1992). Il y aurait ainsi des échanges entre les Etats-Unis et le Canada d'une part, et l'Amérique latine et l'Europe d'autre part. Ainsi Kernberg (1992) souligne que les productions psychanalytiques d'Amérique latine et d'Europe se révèlent relativement inconnues en Amérique du Nord. Nous voyons déjà ici comment le Québec bénéficie d'une situation unique en étant francophone parmi les anglophones, et cela sur le continent Nord-américain. Si la psychanalyse s'adapte au contexte culturel dans lequel elle évolue, son histoire est aussi celle des émigrés qui ont apporté leur propre lecture de la psychanalyse, empreinte de leur culture d'origine, mais aussi adaptée à la culture et à la situation dans laquelle ils arrivaient.

Après avoir retracé les lignes directrices du mouvement psychanalytique depuis Vienne jusqu'à ses expansions au niveau international, nous poursuivrons notre exploration de l'histoire de la psychanalyse en développant trois situations particulières que sont les Etats-Unis, la France et le Québec. La psychanalyse aux Etats-Unis est en effet traitée aussi largement qu'en France et au Québec, car dans ce dernier contexte culturel la psychanalyse émerge de la double influence « états-unienne » et française.

IV.1.1. Naissance et évolution du mouvement psychanalytique international

Le mouvement psychanalytique nait à Vienne dès le début du XX^{e} siècle : la société psychanalytique du mercredi (1902) qui se tenait chez Freud, devient la société viennoise de psychanalyse en 1908 (Jones, 1955/2000 ; Ellenberger, 1970/1994).

Les premiers écrits de Freud soulèvent une grande impopularité, mais aussi déjà un certain intérêt (Jones, 1955/2000 ; Ellenberger, 1970/1994). Dès 1907 s'engagent des échanges fructueux avec la clinique du Burghölzli, et la première revue de psychanalyse voit le jour en

1909 : Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung (Freud, 1914a/2001). Selon Freud la psychanalyse a alors dépassé sa période « de latence » et rencontre partout un intérêt croissant. Zurich constitue alors une place singulière pour la psychanalyse en ce qu'elle provoque seulement des adhésions et non pas des réprobations comme ailleurs, et en ce qu'une clinique officielle, au Burghölzli avec Bleuler et Jung, se met au service de la psychanalyse (Freud, 1914a/2001).

La dimension internationale du mouvement psychanalytique s'affirme à travers la fondation en 1910 de l'Association psychanalytique internationale (IPA) au II^{e} Congrès de Psychanalyse tenu à Nuremberg (Jones, 1955/2000). Cette association doit garantir le monopole de la technique analytique et permettre de répudier les praticiens non qualifiés. En effet, une part de l'opposition à la psychanalyse est due à la pratique d'analyses dites « sauvages » (Freud, 1910a/2002). Une seconde revue de psychanalyse est par ailleurs créée : Zentralblatt für Psychoanalyse. L'affirmation de la psychanalyse comme « mouvement » institutionnalisé suscite des oppositions dans les milieux psychiatriques et des crises au sein du groupe initial (Ellenberger, 1970/1994). Ainsi Adler quitte Freud et fonde une société dissidente en 1911, Stekel le quitte en 1912, et 1913 marque la rupture avec Jung : elle entraine la désorganisation du groupe suisse et affecte beaucoup Freud, entre autres car il avait pu voir en lui son successeur direct (Jones, 1955/2000). Malgré cette période de crise et de remaniements (1910-1914), les théories freudiennes rencontrent un succès croissant à travers le monde : en Angleterre, aux Etats-Unis, et en Russie (Ellenberger, 1970/1994). La France ne connait pas à cette période un tel développement des idées freudiennes : elles se trouvaient connues d'un nombre restreint de personnes et font l'objet d'attaques véhémentes (Ellenberger, 1970/1994). En Europe d'une façon générale, les théories de Freud ne séduisent d'abord pas les psychiatres qui sont influencés par la tradition du traitement moral et attirés par les explications somatiques de la « dégénérescence ». Jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale « la psychanalyse étant étrangère à tout protocole fondé sur la biologie, elle demeura en marge de la psychiatrie européenne dominante, alors même qu'elle offrait une approche psychologique » (Zaretsky, 2004/2008, p. 91).

La première guerre mondiale déclenche la « vogue » de la psychanalyse dans les années 1920, qui touche alors tout autant la psychiatrie, que la publicité et le cinéma. Parallèlement à ce déploiement dans la vie sociale, la pratique de l'analyse évolue elle aussi, partant de la découverte de l'inconscient, elle se tourne vers la résistance, la pulsion de mort et le sentiment de culpabilité (Zaretsky, 2004/2008). De nouvelles tendances, comme celles issues des travaux d'Rank et de Ferenczi par exemple, posent déjà la question de leurs déviations par

rapport à la doctrine freudienne, et de leur nature « authentiquement » psychanalytique ou non. Il convient de souligner le rôle des névroses de guerre dans l'acceptation nécessaire et incontournable de la dimension psychologique (Zaretsky, 2004/2008). La psychanalyse domine en psychiatrie dynamique, elle se trouve au cœur des discussions en Europe occidentale, aux Etats-Unis, comme en Russie.

En Europe dans le milieu des années 1930, Londres représente une forte puissance dans le mouvement psychanalytique, la vieille Europe continentale se vidant de ses praticiens face à la montée du fascisme. Les praticiens, juifs et non juifs, émigrent en majorité vers les Etats-Unis : près de deux cents psychanalystes réfugiés, venant d'Autriche, d'Allemagne et de France, conséquence de la seconde guerre mondiale (Zaretsky, 2004/2008). Ainsi Rudolph Loewenstein et Heinz Hartmann se réfugient aux Etats-Unis, où ils contribuent de façon majeure à la psychanalyse américaine en devenant les chefs de file de la psychologie américaine du moi. Les flux de migrations des psychanalystes sont au cœur de l'histoire du mouvement psychanalytique, que ce soit par contraintes majeures ou pour des raisons de formation. L'année 1933 signe l'accession d'Hitler au pouvoir, tout ce qui est juif devient alors interdit, la psychanalyse de Freud ainsi que la psychologie individuelle d'Adler sont mises hors la loi en Allemagne (Ellenberger, 1970/1994). Jones et Bonaparte aident trente-huit analystes viennois, dont S. et A. Freud, à émigrer à Londres (Zaretsky, 2004/2008). Jones propose aux analystes réfugiés de rejoindre l'IPA, contrairement à d'autres sociétés qui se montrent moins accueillantes. Si les Etats-Unis surtout, et Londres, voient le mouvement psychanalytique prendre de l'ampleur, l'Europe observe la psychanalyse s'émietter face au fascisme. L'entre-deux-guerres signe ainsi le mouvement d'émigration de l'Est vers l'Ouest, en Angleterre et surtout aux Etats-Unis, des psychanalystes venus d'Europe centrale persécutés par le nazisme, soutenant ensuite le mouvement international dominé par la langue anglaise : celle de l'exil. Elle supplante alors l'allemand comme langue officielle des associations psychanalytiques (Ellenberger, 1970/1994). Du fait qu'une grande partie des émigrés se dirige vers les Etats-Unis, les développements de la psychanalyse américaine – notamment son absorption par la psychiatrie – auront un poids important sur l'ensemble de la psychanalyse (Zaretsky, 2004/2008).

C'est seulement au lendemain de la seconde guerre mondiale que la psychanalyse, rapatriée par les américains, sort de la marginalité en Europe (Zaretsky, 2004/2008). En effet, en Europe occidentale et centrale où il ne persistait que peu d'analystes d'avant la guerre, le freudisme peut apparaître à certains comme une importation de la culture américaine. Les traductions françaises étant tardives, les français prennent l'habitude de lire les traductions

anglaises, comme les jeunes allemands d'ailleurs (Ellenberger, 1970/1994). Le monde psychanalytique est alors dominé par la langue anglaise, et au sein de l'IPA les courants kleiniens, anna-freudiens et de l'ego psychology s'avèrent majoritaires dans les années 1950, témoignant de l'influence anglo-américaine de cette organisation (Roudinesco, 1986). Aux Etats-Unis, où toutes les écoles de psychiatrie ont une égale liberté, les psychanalystes de plus en plus nombreux occupent des postes de direction dans les départements de psychiatrie des universités (Ellenberger, 1970/1994).

A la fin des années 1960 deux visions s'opposent : d'un côté les mouvements psychanalytiques américains cherchant à « dépasser » la théorie freudienne, comme celui de l'ego psychology ou ceux qui s'intéressent aux troubles graves de la personnalité ; et d'un autre un « retour à Freud » opéré par Lacan entre 1950 et 1960. Zaretsky (2004/2008) considère cette évolution comme découlant du mouvement initial fondateur de la psychanalyse. Freud a en effet fondu les deux courants scientifique et humaniste dans une synthèse nouvelle, ni totalement scientifique ni totalement humaniste. Par la suite la psychanalyse se serait alors divisée en deux projets divergents : d'une part une pratique à visée thérapeutique, sur le modèle médical, pour le traitement des désordres mentaux et émotionnels ; et d'autre part un ensemble d'approches de l'étude de la culture, c'est-à-dire une thérapeutique et une herméneutique. Zaretsky estime que « depuis 1968, l'histoire de la psychanalyse est l'histoire de cette dispersion » (2004/2008, p. 419).

IV.1.2. Implantation et développements aux Etats-Unis

Dès le début du XX^{e} siècle la psychanalyse s'impose aux Etats-Unis et devient très rapidement populaire. Les célèbres conférences de Freud (1909/2001) à la Clark University en 1909 – son seul voyage aux Etats-Unis – ont un rôle décisif dans l'inscription de ses théories là-bas (Zaretsky, 2004/2008). Dès 1911, deux sociétés psychanalytiques sont créées : la New-York psychoanalytic society (dirigée par Brill) et l'American psychoanalytic association (APA, dirigée par Meyer et Putman). En 1912, la première revue consacrée à la psychanalyse aux Etats-Unis est créée par deux psychiatres : Jelliffe et White (Zaretsky, 2004/2008). L'influence du contexte culturel apparaît d'emblée lors de l'implantation de la psychanalyse : à la fois Freud adapte la présentation de sa théorie aux spécificités culturelles américaines, et à la fois les psychiatres américains opèrent des sélections parmi l'appareil théorique freudien.

S. Freud ne rédige pas une communication spécifiquement destinée aux américains – lors de ses conférences de 1909 – mais il souhaite néanmoins toucher « l'esprit pragmatique de ses auditeurs » et réaliser un survol de l'ensemble du champ psychanalytique, en mettant en avant son optimisme thérapeutique (Hale, 1971/2002). Cette adaptation du discours à son auditoire a une implication directe non seulement sur l'accueil que les américains font à ses théories, mais aussi sur la façon dont ils comprennent la doctrine freudienne, laissant notamment le sexuel et le pulsionnel au second plan. De plus, comme le souligne très justement Hale (1971/2002), Freud remaniera complètement son système cinq ans plus tard. En 1909, Freud n'a pas encore écrit ni les textes sur la technique psychanalytique, ni ceux sur la métapsychologie (théorisation du narcissisme, de la pulsion de mort, et la deuxième topique). Parmi les « convertis à la Cause » qui participent à l'expansion de la psychanalyse aux Etats-Unis nous trouvons : Jung, Jones, Brill et Putnam ; et si de 1909 à 1917, la psychanalyse ne touche encore que quelques psychiatres, elle a déjà une place majeure dans la littérature psychothérapique et le traitement des névroses (Hale, 1971/2002).

Des éléments du contexte culturel américain du début du XX^{e} siècle contribuent à l'accueil favorable des conférences à la Clark University et à l'expansion rapide de la psychanalyse. Les neurologues sont en effet confrontés à la crise de l'approche somatique, en même temps qu'ils subissent la concurrence d'approches psychothérapiques « populaires » face à laquelle ils ont du mal à imposer leur monopole (Hale, 1971/2002 ; Zaretsky, 2004/2008). Ces formes de psychothérapies préexistantes à l'implantation de la psychanalyse – telles que le mesmérisme, la mind cure ou l'homéopathie – lui ouvrent d'une certaine façon la voie, et influencent les premières interprétations de la psychanalyse (Hale, 1971/2002 ; Zaretsky, 2004/2008).

La psychanalyse est alors adoptée par les médecins comme une forme scientifique de psychothérapie, « pour eux, l'essentiel était que toute nouvelle technique devait être pratiquée par des médecins certifiés plutôt que par des "amateurs" sans référence » (Zaretsky, 2004/2008, p. 91). Comme les praticiens américains exerçaient déjà d'autres formes de psychothérapie, cela influence leur interprétation des théories freudiennes (Hale, 1971/2002). Notamment, les théories de Dubois et de Janet ont alors beaucoup d'influence. P. Dubois préconise la persuasion en s'appuyant sur les facultés rationnelles du patient. P. Janet rejette au contraire l'optimisme moralisant des approches comme celle de Dubois, et propose un système fonctionnel et réaliste utilisant l'hypnose et la suggestion. Par ailleurs, l'Ecole de Boston – avec les neurologues Prince et Putnam – occupe une place majeure dans la psychothérapie américaine. Ils orientent leur pratique sur l'apprentissage et l'autonomie de

l'esprit, laissant l'hérédité au second plan. La psychothérapie s'ouvre alors logiquement à l'hypnotisme, à la suggestion et à la « rééducation », puisqu'il s'agit de modifier les habitudes et associations du patient (Hale, 1971/2002). L'optimisme et les convictions environnementalistes des psychologues américains orientent le travail des psychothérapeutes sur la dimension sociale et la recherche des causes environnementales de leur maladie, afin de mieux estimer les chances de réadaptation (Hale, 1971/2002).

A un niveau plus vaste que les seuls professionnels, la nouvelle culture de masse prône l'idée que l'esprit a la capacité de dépasser les maux physiques, et que l'individu peut transcender les circonstances à travers la pensée positive, allant dans le même sens que les principes de la mind cure (Zaretsky, 2004/2008). La psychanalyse prend alors rapidement une place centrale dans la culture de masse, comme en témoigne la couverture médiatique, non sans une vulgarisation et une euphémisation de ses concepts (Hale, 1971/2002). Ce succès s'explique par la conviction largement répandue du pouvoir de l'esprit individuel de surmonter les difficultés « externes », qui se retrouve dans la formule américaine du « one can make it », emblématique de la culture américaine. Comme le souligne Zaretsky, la lecture américaine de la théorie freudienne, du moins dans la culture de masse, aboutit « […] à représenter presque l'opposé de l'exploration autoréfléchie des limites internes qui caractérisaient sa contrepartie européenne » (2004/2008, p. 103), en prônant l'épanouissement personnel et l'autorégulation. Ces valeurs sont à l'origine de l'adoption de la théorie de l'ego psychology.

En même temps que l'accueil favorable des théories freudiennes, toujours dans cette première partie du XX^{e} siècle, les éléments qui vont constituer des sources de préjugés et de résistances chez les psychologues américains sont eux aussi bien présents. Les psychologues qui se réclament du fonctionnalisme considèrent la méthode psychanalytique non scientifique et issue d'une tradition clinique dépassée (Hale, 1971/2002). L'apport majeur des psychologues américains repose sur un optimisme radical, auquel Freud restera totalement étranger. Cette perspective s'appuie sur la conviction que l'homme est fondamentalement éducable, et que le caractère est déterminé par une série de schémas d'habitudes et d'associations sur lesquels il est possible d'intervenir (Hale, 1971/2002).

Au moment de la concurrence aiguë entre les différents groupes de psychothérapie aux Etats-Unis, l'école psychanalytique est la seule à organiser des instituts de formation, ce qui a fortifié l'identité professionnelle de ses membres (Hale, 1971/2002). Les traductions apparaissent relativement tôt (grâce au travail d'Abraham Brill dès 1909), et jouent un rôle majeur dans la diffusion des théories freudiennes en participant à la domination anglo-

américaine ultérieure de la psychanalyse (Zaretsky, 2004/2008). Après la première guerre mondiale, l'intérêt pour Freud prend alors une place centrale avec « l'émergence d'une authentique avant-garde américaine » (Zaretsky, 2004/2008, p. 177). Les années 1930 signent le développement important de la psychanalyse, renforcé par l'arrivée d'analystes qui émigrent depuis l'Europe. Les tendances néo-freudiennes prennent de plus en plus d'importance, développant leurs propres théories et méthodes plutôt que la théorie psychanalytique (Ellenberger, 1970/1994). Si la psychanalyse a d'abord semblé décliner avec la crise de 1929, c'est à travers le courant de psychiatrie dynamique qu'elle se développe, notamment sous l'impulsion de Franz Alexander (directeur de l'Institut psychanalytique de Chicago), favorable aux aménagements techniques dans la ligné de Ferenczi (Bourdin, 2007). Il défend l'idée d'un savoir analytique plus précis et plus quantitatif constitué de données expérimentales (Zaretsky, 2004/2008). L'essor de la psychanalyse dans les années 1950 est dû entièrement à l'expansion de la psychiatrie psychodynamique, « les psychiatres étaient chefs de service à l'hôpital, donc supervisant l'activité des travailleurs sociaux et des psychologues cliniciens, la portée de l'analyse était considérable » (Zaretsky, 2004/2008, p. 352). A la fin des années 1960, toutes les tendances de l'école américaine connaissent un déclin, et cela malgré la puissance institutionnelle qu'elle a construite. La psychanalyse est fortement attaquée, jugée d'inefficacité thérapeutique et de non scientificité. A cette époque il existait essentiellement trois écoles aux Etats-Unis : l'ego psychology, la psychologie du self et les tenants de la théorie des relations d'objet (Zaretsky, 2004/2008).

La psychanalyse américaine n'apparaît en rien monolithique dès le début, constituée d'immigrants et d'Américains, d'orthodoxes et d'éclectiques (Hale, 1971/2002). En 2000, Anzieu-Premmereur indique qu'« […] environ la moitié des groupes analytiques sont "classiques", freudiens ou proches de l'Ego Psychology, la théorie des relations d'objet mobilise sans doute 20% du monde analytique, et les intersubjectivistes, qui sont les "modernes" en expansion, représenteraient 25% des analystes » (2000, p. 23). Tessier (2005) souligne l'existence de l'approche neuroscientifique, et l'influence de la théorie de l'attachement sur la perspective neuropsychologique et cognitiviste en psychanalyse. Par ailleurs, il est difficile de retracer l'influence de Lacan, car elle provient de psychanalystes non affiliés le plus souvent, en marge ou constituant des petits groupes (Turkle, 1978/1982). Selon Tessier, « la psychanalyse appliquée, aux Etats-Unis, a été très inspirée de la théorie lacanienne et par les philosophes structuralistes, contrairement à la psychanalyse enseignée

dans les Instituts de formation reliés à l'Association psychanalytique américaine » (2005, p. 6).

IV.1.3. Implantation et développements en France

Contrairement à l'implantation de la psychanalyse aux Etats-Unis, l'implantation de la psychanalyse en France est lente et difficile (Scheidhauer, 1985 ; Turkle, 1978/1982). Le contexte français du début du XX^{e} siècle n'est pas propice à l'accueil des théories freudiennes.

D'une part, le milieu psychiatrique démontre des résistances face aux théories et à la méthode psychanalytiques, qu'ils trouvent simplistes. De plus, le postulat organique en neurologie[1] est bien enraciné et ne rencontre pas une crise comme aux Etats-Unis à la même époque. Les neurologues critiquent la non-scientificité des théories freudiennes et l'opposent à P. Janet (Turkle, 1978/1982). D'autre part la bourgeoisie domine la société française. Elle présente un équilibre si stable qu'elle réagit par un blocage à l'introduction de la psychanalyse avec sa morale « civilisée » (Turkle, 1978/1982). Turkle (1978/1982) parle de « culture antipsychanalytique » tant les oppositions sont vives et variées : des autorités professionnelles en médecine, psychologie et philosophie, de même qu'un certain chauvinisme et une tendance moralisante. Pourtant, la France de cette époque aurait dû être préparée à accueillir la psychanalyse : tant du côté médical avec les successeurs de l'école de Charcot, que du côté des philosophes avec Bergson, pour qui l'avenir de la psychologie réside dans l'exploration des profondeurs de l'inconscient (Scheidhauer, 1985). Turkle (1978/1982) considère qu'à l'inverse, le bergsonisme occupait déjà le terrain où la psychanalyse aurait pu s'implanter. Par ailleurs, les traductions jouent un rôle fondamental dans la diffusion d'un corpus théorique, comme cela a déjà été souligné. Le peu d'accès aux sources allemandes, et probablement une certaine résistance à prendre en compte les travaux allemands, expliquerait que les traductions d'auteurs français sur la psychanalyse ne débutent qu'en 1909-1911 (Jones, 1955/2000 ; Barande & Barande, 1975 ; Scheidhauer, 1985). De plus, Janet défend l'idée que la psychanalyse n'est, par rapport à son analyse psychologique, qu'un rétrécissement et pas une thérapeutique révolutionnaire (Freud, 1914a/2001 ; Scheidhauer, 1985, p. 72). Compte tenu de son prestige à cette époque, ses considérations sur la psychanalyse ont un poids considérable sur la perception de la psychanalyse en France. C'est seulement en 1922 que

[1] La psychiatrie n'existe comme discipline indépendante de la neurologie qu'à partir de 1968 (Turkle, 1978/1982).

Raymond de Saussure (suisse) expose une version fidèle de la psychanalyse – La Méthode psychanalytique – préfacée par Freud (Scheidhauer, 1985).
La spécificité de l'implantation de la psychanalyse en France repose sur l'intérêt qu'elle suscite dans les milieux littéraires et artistiques, notamment surréalistes : c'est la voie littéraire, par opposition à la voie médicale aux Etats-Unis (Turkle, 1978/1982). La psychanalyse a ainsi le temps de se déployer dans le milieu littéraire avant de susciter l'intérêt du monde médical, ce qui aurait favorisé une tendance française à la discussion idéologique et philosophique plutôt qu'à la résolution des problèmes effectifs (Turkle, 1978/1982). Roudinesco (1986) relativise néanmoins l'antériorité de la « voie littéraire » sur la « voie médicale » dans la reconnaissance de l'importance du freudisme, et souligne que c'est leurs divergences quant à leur mode d'implantation qui est remarquable. En effet, ce contexte favorise les développements de représentations d'une psychanalyse non médicale, contrairement aux développements américains, qui conduira notamment à des débats animés sur les principes de formation des psychanalystes.

La deuxième décade du XXe siècle conjugue les premières traductions françaises (1920-1926) marquant un tournant pour l'implantation de la psychanalyse, et un contexte prêt à les recevoir (Scheidhauer, 1985). Certains médecins deviennent favorables à la psychanalyse, laissant derrière eux les critiques antérieures. Il n'en demeure pas moins des critiques relatives au « pansexualisme » de Freud, et à la méthodologie jugée peu rigoureuse. Malgré une certaine imperméabilité qui subsiste en France, les années 1920 voient la mobilisation de la première génération d'analystes pour diffuser la théorie et la méthode analytiques (Barande & Barande, 1975 ; Scheidhauer, 1985). L'institutionnalisation de la psychanalyse débute en 1926 avec la création de la Société Psychanalytique de Paris (SPP). Marie Bonaparte finance la Revue française de psychanalyse (1927) et s'investit intensément dans la propagation de la psychanalyse. Les textes freudiens sont progressivement traduits et édités en français, il faudra néanmoins attendre 1990 pour les éditions françaises des œuvres complètes de Freud (Bourdin, 2007). La seconde guerre mondiale interrompt ce premier mouvement de développement de la psychanalyse en France en entraînant : la dispersion des analystes, la fermeture de la SPP, l'arrêt de la publication de la Revue Française de Psychanalyse, et la dispersion des membres du groupe de l'Evolution Psychiatrique (Roudinesco, 1986 ; Barande & Barande, 1975).
Si les activités de la SPP reprennent après la guerre, ce n'est qu'en 1948 que la Revue française de psychanalyse sera à nouveau publiée. Classiquement, on considère que l'école

française est en plein essor au milieu des années 1950. A l'exception de la Revue française de psychanalyse, les revues de psychanalyse commencent à être publiées dans les années 1960 (Barande & Barande, 1975). Le contexte n'est plus défensif et polémique, et réunit les conditions pour que la psychanalyse puisse s'inscrire plus largement dans le milieu psychiatrique comme intellectuel. Plus centré sur ses propres questions, le mouvement psychanalytique français voit des auteurs élaborer leurs propres développements théoriques qui marqueront la pensée psychanalytique française, tels : Nacht, Bouvet, Lagache ou Lacan (Barande & Barande, 1975). C'est aussi la période d'expériences cliniques nouvelles comme celles de la psychanalyse d'enfant, du psychodrame psychanalytique, de l'investigation psychosomatique, ou du traitement psychanalytique des psychotiques.

Dans les années 1960, la psychiatrie dynamique se voit remise en question et la tendance « médicale » de la psychanalyse, représentée par la SPP, décline elle aussi (Roudinesco, 1986). C'est la traduction française en 1983 du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, qui signe selon Roudinesco la fin de la psychiatrie dynamique, ce qui a permis l'implantation de la psychanalyse en France. La psychanalyse occupe alors une place majeure dans la culture de masse, « peu ou prou, l'œuvre freudienne est tolérée, sinon admise, et les notions de sexe et d'inconscient ne sont plus des objets de scandales » (Roudinesco, 1986, p. 381).

La vague de contestation initiée par le mouvement étudiant de mai 1968, au contraire d'interrompre le développement de la psychanalyse, lui ouvre les portes de l'université (Barande & Barande, 1975). Pour la plupart des analystes non-lacaniens, l'enseignement universitaire de la psychanalyse doit se faire sous une forme théorique et scolaire, alors que pour la plupart des lacaniens cela dénature le savoir analytique (Turkle, 1978/1982). L'université d'après mai aura permis l'implantation de trois courants majeurs de la psychanalyse : suivant Lagache un courant intégré à la psychologie clinique ; la voie « médicale » d'une psychologie « scientifique » ; et enfin la voie lacanienne (Roudinesco, 1986). Après 1968, la psychanalyse devient un phénomène de société, intriquée à la vie politique et sociale. Cette évolution fait parler Turkle (1978/1982) de « révolution française » de Freud.

Contrairement à la situation américaine, le mouvement psychanalytique français des années 1970 interroge plus spécifiquement la nature de la psychanalyse, son statut en tant que science, ses relations avec les mathématiques, la linguistique, la poésie et la politique. Turkle (1978/1982) soutient la thèse que la représentation sociale de la psychanalyse en France

présente la particularité d'être liée à la politique, et même à l'événement singulier de mai 1968. Ce serait par sa capacité à avoir intégré les questions soulevées par Mai 1968 que la psychanalyse aurait « décollé ». L'autre spécificité française serait d'avoir porté sur la scène publique les conflits entres les analystes, elle prend pour exemple la « propagande antilacanienne ». L'histoire française de l'institutionnalisation de la psychanalyse est émaillée de scissions, qui n'ont pas d'équivalent à l'étranger. Les différentes scissions, motivées le plus souvent par des désaccords sur la formation notamment autour de Lacan, aboutissent à : deux sociétés affiliées à l'IPA (SPP et APF), l'Ecole de la Cause Freudienne (ECF), et à une multitude de petits groupes lacaniens, treize dénombrés par Roudinesco (1986). Roudinesco (1986) estime que l'enseignement de Lacan, y compris chez les analystes qui le critiquent, reste une référence de la pensée psychanalytique française.

Le paysage psychanalytique français est donc varié, non seulement par la diversité des sociétés analytiques, affiliées ou non affiliées à l'IPA, mais aussi par celle des courants théoriques originaux. Sa spécificité résiderait en partie sur le fait que la psychanalyse, « […] en dépit des résistances et oppositions parfois salutaires qu'elle rencontre, est partie intégrante de notre culture. Elle reste une référence critique, parfois méconnue mais pour l'instant non effacée, même chez ceux qui la rejettent, la réduisent ou la considèrent dépassée. Son influence excède largement le cadre de ses praticiens » (Guyomard, 2001, p. 319).

IV.1.4. Implantation et développements au Québec

Nous allons tenter de retracer ensemble l'histoire de l'implantation et des développements de la psychanalyse au Québec, qui débute dans les années 1940. Sans rechercher l'exhaustivité, j'ai essayé davantage de mettre en avant les spécificités propres au contexte québécois[1].
La psychanalyse au Québec s'inscrit dans le passage de la tradition à la modernité, c'est-à-dire des années 1930 à la révolution tranquille des années 1960. Elle naît dans un contexte de culture double anglophone et francophone. Le monde psychanalytique canadien est massivement sous l'influence américaine, de par la géographie, l'anglophonie, mais aussi

[1] Il existe peu de travaux consacrés à la psychanalyse « québécoise », parmi eux sont à souligner : la thèse de Panaccio (2000) La psychanalyse au Québec : formation, filiation, transmission ; la section « Entretien avec …. » de la Revue québécoise de psychologie qui recueille depuis 1999 le témoignage des « pionniers francophones de la psychologie au Québec » ; et la création d'une collection « Voix psychanalytiques » d'un éditeur québécois – Liber – qui participe à la constitution de traces écrites de cette histoire. De plus, des numéros spéciaux ont été consacrés à cette question dans les revues québécoises : Frayages (1987) et Filigrane (2001).

l'influence majeure des psychanalystes américains, très nombreux, sur l'API. Le Québec, du fait des liens effectifs avec la psychanalyse française, apporte une note particulière (Bourdin, 2007). Cette caractéristique – proximité géographique avec les Etats-Unis et proximité culturelle avec la France – est indispensable à la compréhension de l'histoire du mouvement psychanalytique au Québec.

Dès les années 1930, deux tendances existent au Québec : celle qui, traditionnaliste, s'appuie sur des valeurs rigides rurales et cléricales, et celle qui tend à la modernité intellectuelle et artistique (Panaccio, 2000). L'apogée du régime traditionnaliste et du pouvoir clérical correspond la période de la « Grande Noirceur » (1944-1959). L'Eglise joue alors un rôle déterminant en contrôlant, par l'Index[1], les textes autorisés ou non, interdisant les livres de Freud jusqu'au début des années 1960 (Passelande & Pelletier, 2007). Le passage à la modernité avec ses valeurs : de laïcisation, d'individuation, de rationalisation et de professionnalisation des savoirs (par opposition à la tradition comme mode de connaissance), installe des conditions favorables à l'implantation de la psychanalyse (Panaccio, 2000). Côté psychiatrie, vers la fin des années 1950, des contestations apparaissent contre la psychiatrie asilaire et la gestion religieuse et féminine de la folie, qui mèneront à l'étatisation des soins de santé, et à la réaffirmation du pouvoir des médecins. « C'est dans cette foulée que la psychanalyse sera mise au service d'une vision médicale de plus en plus étroite » (Panaccio, 2000, p. 16). La révolution tranquille, au tournant des années 1970, aboutit à la séparation de l'Eglise et de l'Etat, à la création de l'assurance maladie, et à l'affirmation d'une identité québécoise qui remplace l'appellation de « canadien français », avec la préservation de la langue française (Panaccio, 2000).

Malgré la présence de Jones à Toronto (1908-1913), c'est bien à Montréal que la psychanalyse canadienne débute, résultat d'une rencontre originale entre un dominicain canadien francophone et un réfugié espagnol : le père Mailloux et Prados (Vigneault, 1993 et 2002). Côté francophone, Mailloux enseigne la psychanalyse à partir de 1942 à l'université, recevant une dispense de l'Index (Lussier, 1987 ; Michaud, 1999). Son enseignement, comme celui de de Lussier (formé en partie par A. Freud), a été critiqué pour ne montrer que la version adaptative de *l'ego psychology* américaine de la psychanalyse (Lévesque, 1987 ; Panaccio, 2000). Il s'inscrit dans une perspective humaniste prônant une « psychologie de la

[1] Reproduction des dispenses de l'Index de certains médecins ou psychanalystes dans la revue Frayages, 1987, numéro consacré à la naissance de la psychanalyse à Montréal.

personnalité humaine dans toute son ampleur » (Mailloux, 2007). Côté anglophone, Prados – neurologue et psychiatre renommé, arrivé à Montréal en 1939 – enseigne la psychiatrie à l'université et échange avec les internes intéressés au sujet de la psychanalyse, le milieu médical lui étant relativement indifférent (Vigneault, 1993). Mailloux et Prados créent le Cercle psychanalytique de Montréal en 1946, réunissant des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux intéressés par la psychanalyse. Ils reçoivent des conférenciers étrangers, des Etats-Unis essentiellement mais aussi de France (Michaud, 2003).
Aucun des pionniers de Montréal n'a fait de psychanalyse (Panaccio, 2000). La seule exception était T. Chentrier – analyste français membre de la SPP et non médecin – qui a émigré à Montréal en 1948. Pour se former, les membres du Cercle psychanalytique de Montréal sont contraints d'émigrer, et une partie d'entre eux sont restés à l'étranger (Panaccio, 2000).

La Société canadienne de psychanalyse (SCP) – issue du Cercle psychanalytique de Montréal – est créée en 1953, et son institut de formation en 1960. Elle est officiellement bilingue dès le départ, mais ce n'est qu'à partir de 1969 – avec la création de la branche française à Montréal – que l'enseignement ne sera plus exclusivement en anglais (Vigneault, 2002). Elle est officiellement reconnue par l'API en 1957, parrainée par la société britannique puisque que l'APA avait refusé, sans doute du fait de l'admission de non médecins (Vigneault, 1993 ; Panaccio, 2000). La formation a fait l'objet de débats pour aboutir « […] à une curieuse proposition qui autorise l'enseignement de la psychanalyse dans les départements de psychiatrie des universités sous réserve de l'acceptation et du programme et des candidats par la SCP. Celle-ci finit par reconnaître au département de psychiatrie de McGill un programme partiel de formation qui consiste en des didactiques et des contrôles mais se réserve la part des conférences et des séminaires » (Panaccio, 2000, p. 26-27). Les développements de la psychanalyse canadienne à l'extérieur du Québec sont caractérisés par l'influence prépondérante de la psychiatrie, représentatifs du mouvement psychanalytique anglophone sur le « modèle états-unien », orienté vers la psychiatrie et la psychothérapie[1] (Vigneault, 2001).
Les deux branches francophones de la SCP sont créées relativement tardivement : 1969 pour la SPM (Société Psychanalytique de Montréal) et 1988 pour l'SPQ (Société Psychanalytique de Québec). Le peu d'analystes confirmés, au Québec à cette période, implique la nécessité

[1] La Toronto Psychoanalytic Society est créée en 1965, et en 1980 des psychologues d'orientation analytique fondent la Toronto Contemporary Society, notamment pour contrer la limitation de l'admission des non-médecins.

d'effectuer leur formation à l'étranger (France, Angleterre, Etats-Unis)[1], mais aussi pour certains afin de pouvoir la réaliser en français (Passelande & Pelletier, 2007).

C'est bien avec la création de la branche francophone que la psychanalyse québécoise, et son institutionnalisation, évoluent différemment : « nous espérions introduire chez nous un peu de l'esprit et des façons de faire de la psychanalyse française » (Brodeur, 2008, p. 86). Le retour des analystes formés en France à la fin des années 1960 apporte des réflexions qui renforcent en effet les désaccords entre les filières anglophones et francophones de la SCP, notamment quant à la formation sur le modèle universitaire d'un côté et la conviction qu'elle ne garantit rien de la transmission psychanalytique de l'autre, et quant aux visées de la cure (Bossé, 1984 ; Passelande & Pelletier, 2007). En 1972, la SPM obtient son autonomie sur le plan de la formation, et choisit alors un « modèle ouvert, à la française » [1], très différent des règles de l'API. La SPM se caractérise elle-même par la diversité des influences et la prévalence de la pensée psychanalytique française. En tant que société psychanalytique « française nord-américaine », elle constitue un point de convergence entre les influences européennes et américaines [1].

Par ailleurs dès le début, la formation au métier d'analyste au Québec échappe jusqu'à un certain point à l'Institut de psychanalyse. Deux psychanalystes charismatiques dépassent les formateurs de l'Institut (Brodeur, 2008). D'une part Bigras, qui agit à l'intérieur des cadres de la SPM. De retour de trois ans de formation à la SPP, il réintroduit au Québec la pratique des séminaires de « type français », et il fait une large place à la clinique et à l'expérience subjective du clinicien. Il est également à l'origine de la revue Interprétation. D'autre part Peraldi, qui agit hors l'institution, participe à la « marge » psychanalytique québécoise, et introduit à sa façon la pensée lacanienne (Peraldi, 1987 ; Hazan, 2001 ; Jbeili, 2005). Il cofonde le Lacanian Clinical Forum, et diffuse par cette voie sa lecture de Lacan aux Etats-Unis et au Canada anglophone (Jbeili, 2005 ; Muller, 2005). La « marge » psychanalytique a précédé l'arrivée de Peraldi à Montréal, dès les années 1950 (Dansereau, 1987 ; Lafortune, 1987 ; Vigneault, 2001). Malgré l'accroissement des psychanalystes « hors les murs », il n'existe pas de société psychanalytique non affiliée conséquente au Canada (Vigneault, 2001). Après la mort de Peraldi en 1993 les personnes qui suivaient son séminaire ou participaient au Réseau de cartels forment des petits groupes ou bien se dispersent (Ducharme, 2005). Mais la « marge » psychanalytique est encore bien vivante à Montréal.

[1] Sur 29 membres à la création de la SPM, 13 sont allés se former à Paris.

Actuellement, la psychanalyse a perdu de son influence dans la formation psychiatrique supplantée par l'orientation cognitivo-comportementale (Bossé, 2001), comme dans l'enseignement de la psychologie à l'université (David, 1997). « Les rares professeurs d'orientation psychanalytique, dont on peut prévoir la disparition de l'espèce par attrition, doivent se plier afin de maintenir leur statut universitaire aux exigences des instances subventionnaires largement dominées par les cognitivo-comportementalistes et leurs schèmes expérimentaux de recherche quantifiées » (Passelande & Pelletier, 2007, p. 57).

A la dualité culturelle – Etats-Unis/France - Pelletier propose d'en ajouter d'autres : celle opposant le Canada aux Etats-Unis, dans les enjeux pour affilier la SCP à l'API par exemple ; celle opposant médecins et non-médecins ; celle opposant l'institution affiliée à l'API, à la « marge » psychanalytique québécoise ; et celle opposant les tenants d'une formation formelle à la « mode anglo-saxonne » aux tenants d'une formation-transmission « à la française » (Passelande & Pelletier, 2007). La SCP demeure la seule institution officielle de désignation des analystes affiliés à l'IPA. Néanmoins la psychanalyse a été pratiquée, tant historiquement qu'institutionnellement, par des psychanalystes n'appartenant pas à cette institution, et ne peut donc pas se réduire à la seule psychanalyse institutionnalisée (Panaccio, 2000).

IV.2. Divergences des développements institutionnels et théoriques

En préambule, je tiens à souligner que je ne cherche pas à définir « La » psychanalyse « états-unienne », française ou québécoise, mais seulement à faire ressortir – par contraste – leurs spécificités respectives. Il ne s'agit en aucun cas de réduire la diversité, la richesse, et la complexité des paysages psychanalytiques. Parallèlement à l'histoire de l'implantation de la psychanalyse au Québec, ses développements institutionnels et théoriques sont issus de la double influence « états-unienne » et française. C'est pourquoi les positions et les théorisations des analystes nord-américains sont traitées dans ce sous-chapitre.
Je vous propose d'examiner ensemble les contrastes des développements de la psychanalyse dans les trois contextes culturels (états-unien, français et québécois) selon trois axes : l'absorption ou la marginalité, notamment par rapport à l'institution médicale ; la prédominance de l'application pragmatique de la méthode analytique comme une forme de

psychothérapie, ou la place majeure accordée à la métapsychologie, considérant la psychanalyse de façon plus vaste que seulement une méthode de traitement ; et enfin l'évolution vers l'interpersonnel ou l'affirmation de la nature intrapsychique de la méthode.

IV.2.1. Entre absorption et marginalité

Les développements théoriques et l'institutionnalisation de la psychanalyse prennent des directions différentes, pour ne pas dire opposées, en France et aux Etats-Unis, le Québec se situant au carrefour de ces deux sources d'influences.

Zaretsky (2004/2008) propose une lecture de l'histoire de la psychanalyse qui expliquerait le développement inégal entre « absorption » aux Etats-Unis et « marginalité » en Europe. Le mouvement psychanalytique européen se manifesterait par une attitude critique – en tant que science « moderne » – contre l'ordre ancien, traditionnel et patriarcal, qui persiste jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale. Ce positionnement soutiendrait la « marginalité » de la psychanalyse en Europe, qui met l'accent sur l'inconscient, la sexualité et les pulsions, en somme sur les dimensions de la psyché les plus éloignées de la vie quotidienne (Zaretsky, 2004/2008). Aux Etats-Unis au contraire, l'autorité traditionnelle se révèle alors plus faible, « l'intérêt pour la psychanalyse y reflèta les idéaux d'autogestion et d'habilitation (empowerment) caractéristiques d'une société démocratique de masse » (Zaretsky, 2004/2008, p. 90). Les américains ont à réaliser un compromis entre la dimension révolutionnaire de la psychanalyse et les implicites de la culture américaine. « La version théorique de la pensée freudienne les intéressait si peu qu'ils la simplifièrent, […]. De leurs mains, la psychanalyse sortit plus conformiste, plus didactique, plus moralisante, plus populaire. Le poids qu'ils accordaient à l'influence du milieu allait de pair avec leur optimisme » (Hale, 1971/2002, p. 373). Ainsi la psychanalyse est prise dans un mouvement d'absorption à travers la visée pragmatique, se conformant aux professions déjà en place : en tout premier lieu la médecine (Zaretsky, 2004/2008). Le courant de l'ego psychology développé dans les années 1950 représenterait un effet de ces pressions à se conformer. La psychanalyse devient avant tout une méthode de traitement plutôt qu'une pensée critique, au contraire de ses développements en France. L'histoire de l'implantation de la psychanalyse en France, comme souligné précédemment (IV.1.3.), se dessine notamment à travers l'intérêt qu'elle suscite dans les milieux littéraires (Turkle, 1978/1982). Ils favorisent la diffusion d'une représentation non médicale ou « profane » de la psychanalyse, entendue comme un nouveau champ de

connaissance et pas seulement comme méthode psychothérapique. Les surréalistes apparaissent les plus démarqués du milieu médical, et défendent l'analyse profane dans le sens d'une coupure nette d'avec les idéaux de la médecine, attitude qui sera reprise par le mouvement psychanalytique français après la seconde guerre mondiale (Roudinesco, 1986).
La psychanalyse aux Etats-Unis est alors un phénomène de masse mais manquant de dimension critique, alors qu'en Europe elle trouve son soutien parmi les élites et les intellectuels. Zaretsky (2004/2008) nuance toutefois son propos en soulignant d'une part l'existence de mouvements marginaux et critiques aux Etats-Unis, et de l'autre la légitimité de la psychanalyse dans certaines parties de l'Europe avant les années 1960.

Les voies d'implantation de la psychanalyse impliquent des liens privilégiés soit avec la médecine, soit avec la psychologie, soit encore une tentative de placer la psychanalyse dans un autre champ, distinct et spécifique. Aux Etats-Unis l'absorption de la psychanalyse par la psychiatrie, pour reprendre l'expression de Zaretsky, lui confère d'emblée un pouvoir important. En France, les psychanalystes préfèrent rester indépendants en majorité, malgré des tentatives de la rallier à la médecine ou la psychologie. Au Québec elle entretient, pour le courant francophone, des liens historiques avec la psychologie, et pour le courant anglophone avec la psychiatrie. De plus, les premiers analystes québécois rapportent avec eux les conceptions – quant à l'institutionnalisation de la psychanalyse – héritées de la transmission analytique dont ils ont bénéficié lors de leur formation à l'étranger : aux Etats-Unis et Angleterre, ou en France.
Aux Etats-Unis, la recherche de respectabilité chez les psychanalystes américains et le besoin d'être acceptés au sein de la communauté scientifique renforcent les liens avec la médecine, y compris universitaire, puisqu'il lui revient de certifier le statut scientifique de la psychanalyse sous le regard d'un positivisme stricte (Zaretsky, 2004/2008). Les psychanalystes acquièrent rapidement un prestige et une place privilégiée à l'université. Ceux qui constituent le noyau actif du mouvement (comme Brill, Jelliffe, Frink, White ou Meyer par exemple) enseignent dans les grandes écoles de médecine. Des postes de « psychanalystes » se créent assez rapidement dans les hôpitaux et cliniques, l'influence la plus forte se manifestant dans l'Etat de New-York (Hale, 1971/2002).
Pour ce qui est de la France, c'est après 1968 à travers la politique de secteur, que les psychanalystes peuvent jouer un rôle majeur dans le milieu psychiatrique (Turkle, 1978/1982). La création du dispensaire du XIII^{e} par Philippe Paumelle ou celle de la clinique La Borde en sont des exemples (Roudinesco, 1986). A la différence des Etats-Unis, plutôt que

d'être absorbée par la psychiatrie, la psychanalyse apporte une perspective subversive, tout en trouvant une place dans les institutions psychiatriques. Ainsi Lacan insiste beaucoup sur le fait que la psychanalyse ne doit pas être réduite à une technique au service de la psychiatrie. Si elle n'est pas limitée à une utilisation pragmatique, elle peut apporter une conception nouvelle et originale de la folie, « Lacan ne cherche pas à faire entrer la théorie freudienne dans le moule déjà existant d'une nosographie, il renverse au contraire l'ordre des choses pour introduire le primat de l'inconscient dans l'étude clinique » (Roudinesco, 1986, p. 129). Néanmoins, comme évoqué précédemment (IV.1.3.), il existe aussi des mouvements tendant à intégrer la psychanalyse à la psychologie ou la médecine.
Au Québec, à l'intersection de deux traditions psychanalytiques, les branches anglophones et francophones de la SCP réalisent un certain compromis entre, respectivement : une vision de la psychanalyse comme une pratique et une technique qui s'enseigne, et celle d'une transmission qui ne peut pas se réduire à une accumulation de connaissances (Garon Léonard, Leduc & Monette, 1995).

Les développements institutionnels de la psychanalyse – entre absorption et marginalité – ont logiquement des conséquences sur l'accès à la formation. Aux Etats-Unis, les sociétés psychanalytiques sont caractérisées par la prédominance des médecins, dont l'accès leur était exclusivement réservé à l'origine. En France, la psychanalyse est traditionnellement ouverte aux non-médecins, qui représentent dès le début une forte proportion des analystes. Au Québec, l'accès à la formation se voit partagé entre les courants anglophones et francophones, respectivement proches du « modèle américain » et du « modèle français ».
Malgré le positionnement clair de Freud (1926/1998) – L*a question de l'analyse profane* – contre l'affiliation de la psychanalyse à la médecine, celle-ci reste réservée aux psychiatres aux Etats-Unis jusqu'en 1988-1989 (Zaretsky, 2004/2008). L'arrivée des réfugiés renforce la tendance à la médicalisation, dans un contexte économique qui rend la pratique de la psychanalyse plus difficile (Tessier, 2005 ; Zaretsky, 2004/2008). L'exigence d'un diplôme de médecine est appliquée de façon extrêmement rigoureuse, y compris pour les analystes émigrés[1]. Les analystes américains – médecins, neurologues ou psychiatres – sont attachés à ce statut qui leur permet de se défendre face à la menace de la tradition américaine du soin mental non médicalisé (Hale, 1971/2002). La psychanalyse devient en effet assez rapidement une sous-spécialité de la médecine. En 1954, 64% des membres de l'IPA se trouvent aux

[1] Comme ce fut le cas pour T. Reik, analyste pourtant reconnu et auteurs de nombreux ouvrages et articles dans des revues psychanalytiques, mais non médecin.

Etats-Unis, ce qui confère à l'APA un statut particulier puisqu'elle regroupe toutes les sociétés régionales (Tessier, 2005). L'APA bénéficie de l'autonomie relative à ses critères de formation, qu'elle réserve alors aux médecins, et la reconnaissance exclusive au sein de l'IPA pour les Etats-Unis comme institut de formation. Il faudra attendre 1985 pour qu'une poursuite émanant d'un groupe de psychologues soit menée à l'encontre des Instituts de formation affiliés à l'APA. Suite à cette action collective de justice, ladite association accueille des candidats non médecins, femmes pour la plupart, depuis 1989 (Tessier, 2005). L'APA renonce alors également à son monopole en ouvrant l'accès à l'IPA à d'autres sociétés, de psychologues notamment, à la condition que leur formation soit jugée suffisante. En France dans les années 1950, si Nacht prône un modèle médical pour la psychanalyse et manifeste son opposition aux non-médecins, la Société française de psychanalyse (SFP) nouvellement créée en 1953 accepte volontiers les non-médecins. Avec la deuxième scission, et la création de l'Ecole freudienne de Paris (EFP) en 1964, c'est la libération de la psychanalyse par rapport à la médecine qui se trouve matérialisée. Enfin, la tendance « médicale » de la psychanalyse à la SPP décline à partir des années 1960 (Roudinesco, 1986). La psychanalyse au Québec, à travers la SCP, est d'abord influencée par le courant anglophone peu favorable aux non médecins. Néanmoins, dès le début de l'introduction de la psychanalyse à Montréal, les « profanes » joue un rôle majeur : en premier lieu le père Mailloux à l'Institut universitaire de psychologie. Par la suite Lussier, non médecin, est membre fondateur de la SCP. Mais tous les autres membres de la SCP, jusqu'au milieu des années 1960, viennent de la médecine. Si officiellement la possibilité pour les non médecins de devenir candidat et membre à part entière a toujours été affirmée, dans la pratique il en était effectivement autrement. Des témoignages démontrent les difficultés d'accès au non médecins jusqu'à la fin des années 1960 (Lafortune, 1987 ; Panaccio, 2000 ; Brodeur, 2008). Ce n'est qu'avec la création de la première branche francophone en 1969, la SPM, que le courant francophone de la psychanalyse au Québec fait une place aux analystes non médecins. Néanmoins, encore récemment, Panaccio souligne que « les auteurs prétendent que la question de l'analyse profane est en partie réglée à la SPM, tout en recommandant la prudence, car le modèle médical, en tant que résistance, a tendance à réapparaître sous diverses formes » (Panaccio, 2000, p. 64).

Les développements institutionnels de la psychanalyse dans un contexte culturel donné ont des implications sur les développements théoriques. Ainsi, de manière générale, il apparaît que les théorisations françaises considèrent comme centrales les pulsions inconscientes et

« sexuelles au sens large du terme » (Laplanche, 2001), et ont pris en compte et développé les élaborations freudiennes sur la pulsion de mort dès la deuxième génération d'analystes (Roudinesco, 1986). Aux Etats-Unis au contraire, toujours de manière générale, l'absorption par la médecine a conduit à une vision biologique du sujet, ancré dans le social, « d'où le rejet tendanciel de la problématique sexuelle au profit de la sublimation, de l'inconscient au profit du moi, et de la pulsion destructrice au profit de la culture » (Roudinesco, 1986, p. 179). Les pulsions tendent à être assimilées au biologique qu'il faut maîtriser (Denis, 2000 ; Laplanche, 2001). Au Québec, les théorisations démontrent les influences variées, anglophones et francophones, des analystes.

IV.2.2. Pragmatisme ou place majeure de la métapsychologie

Les psychanalystes américains sont réputés s'intéresser plus volontiers à la technique qu'à la métapsychologie, contrairement aux psychanalystes français, en partie du fait de la tradition philosophique européenne de ces derniers. Les psychanalystes québécois, quant à eux, seraient moins enclins à communiquer leurs théorisations, d'autant plus par écrit, ce qui serait lié à un trait culturel.

Dès le début du fonctionnement des sociétés américaines, la préoccupation est essentiellement pragmatique – préférant ce qui est utile au « dogmatisme » – et donc tournée vers la technique psychothérapique (Zaretsky, 2004/2008). Peuple d'immigration qui a dû s'adapter à un nouvel environnement, il considère l'empirisme et le pragmatisme comme deux valeurs fortes (Anzieu-Premmereur, 2000). Si les psychanalystes américains respectent Freud en tant que fondateur d'une doctrine, ils ne se sentent pas obligés de s'y référer. En effet, « il est essentiel pour eux de se dégager des anciennes théories pour construire un projet tourné vers le changement et l'adaptation à un monde toujours déclaré comme nouveau » (Anzieu-Premmereur, 2000, p. 35). Ils ne sélectionnent qu'une partie de la théorie freudienne, et si Freud avait précisé le caractère lacunaire et expérimental de son modèle (en 1909), cet aspect n'aurait fait que renforcer la tendance américaine à l'éclectisme (Hale, 1971/2002). Jung et Adler, tous deux disciples de Freud, diffusent leur propre version de la psychanalyse[1]. Leurs positions se rejoignent sur deux points : la réduction du rôle de la sexualité et l'exaltation des visées morales et sociales (Hale, 1971/2002), ce qui va dans le sens de la culture américaine.

[1] Respectivement : la « psychologie analytique » et la « psychologie individuelle ».

Adler développe une psychologie de l'affirmation de soi à la place de l'étude des phénomènes inconscients (Jones, 1955/2000 ; Bourdin, 2007). Il est classiquement considéré comme le précurseur du mouvement de *l'ego psychology*. La notion de sublimation est comprise et utilisée par une grande partie des américains dans une application « mécanique » – pour maitriser les pulsions – ignorant le caractère inconscient et spontané du processus, et le fait qu'il relève des pulsions infantiles partielles plutôt que de la sexualité génitale adulte (Hale, 1971/2002).

La théorisation proposée par Hartmann peut être considérée comme une adaptation propre à la culture américaine, centrée sur l'individu, son autonomie, ses capacités de changement et d'action (Anzieu-Premmereur, 2000). Il insiste sur la notion de « force » du moi, c'est-à-dire sa capacité d'adaptation et de maîtrise du monde extérieur, laissant de côté l'idée que le moi est à la fois agent de réflexion rationnelle et foyer de résistance de celle-ci, selon la théorie des défenses d'A . Freud (Zaretsky, 2004/2008). Le courant de l'ego psychology, prédominant de 1940 à 1970, paraît paradigmatique de la culture américaine – en tous les cas aux yeux des analystes français – en ce qu'il repose sur les valeurs de positivisme, vise la systématisation de la pensée freudienne, et insiste sur l'origine organique des pulsions (Tessier, 2005).

La psychologie du moi voit son hégémonie décliner à partir de la fin des années 1960, au moment où les travaux kleiniens suscitent l'intérêt des psychanalystes américains (Anzieu-Premmereur, 2000 ; Zaretsky, 2004/2008). Les mouvements de contestation de l'ego psychology, à partir des années 1970, conduisent à renoncer à définir des bases communes aux analystes à partir de l'œuvre de Freud, et par conséquent renforcent la tendance – déjà présente chez les psychanalystes américains – à se référer à la pratique clinique et à la technique au détriment de la métapsychologie (Lechartier-Atlan, 2000). Nous pouvons distinguer quatre courants contemporains qui occupent le devant de la scène aux Etats-Unis : la psychologie du self, le courant constructiviste, les intersubjectivistes et les tenants de la théorie de la relation d'objet (Lechartier-Atlan, 2000). Ils ont notamment des implications sur la révision de la notion de transfert comme cela sera développé plus loin (voir IV.2.3.). Par ailleurs, Zaretsky (2004/2008) note l'usage d'euphémismes tels que « psychiatrie dynamique », « psychologie dynamique », ou « thérapie psychodynamique » au détriment du mot psychanalyse à partir des années 1960, période où la distinction entre les approches analytiques et non analytiques deviendrait plus floue.

La tradition psychanalytique française s'inscrit, quant à elle, dans un intérêt pour la littérature et le langage. Le « littéralisme » dont sont qualifiés les psychanalystes français par certains

psychanalystes nord-américains, suit la tradition freudienne de puiser dans les grandes œuvres du passé des sources de théorisation (Barande & Barande, 1975). L' « hyper-intellectualisation » passe le plus souvent pour être un défaut majeur de la psychanalyse française (Turkle, 1978/1982). A la critique des américains, qui considèrent la clarté et la franchise comme des valeurs importantes dans la psychanalyse américaine, des analystes français répondent que l'inconscient ne connaît ni clarté, ni franchise. Le danger que court la psychanalyse serait justement celui d'une trop grande simplification.

A la différence des analystes américains, la métapsychologie freudienne fait référence parmi les analystes français, et son étude constitue une des étapes incontournables de la formation d'analyste. Le « retour à Freud » initié par Lacan, qui deviendra un « après Freud » ou un « à partir de Freud », traverse en effet les différentes écoles françaises (Baldacci, 2006). Roudinesco (1986) note que dès 1950 « l'école française de psychanalyse », recherchant un nouvel élan dans le message freudien, se confronte à « l'école américaine » qui dans une démarche pragmatique ne revient pas sur les « restes » de l'enseignement viennois. Lacan s'oppose notamment à toutes formes de psychologisme (psychiatrie dynamique, psychologie du moi, culturalisme, néofreudisme américain) (Barande & Barande, 1975). Il s'appuie sur la philosophie sans pour autant aller vers le spiritualisme, et permet de sortir la psychanalyse de son ancrage biologique, ce qui fait la singularité de sa lecture de Freud. En effet, « il met ou remet au premier plan le concept de pulsion, la référence à la sexualité infantile et la notion d'après-coup » (Baldacci, 2006, p. 28), concepts centraux dans les travaux psychanalytiques français.

Dès les années 1950, Nacht s'oppose à la notion d'autonomie du moi car elle empêche l'appréciation de sa conflictualité (Barande & Barande, 1975). Lacan oppose sa notion de sujet éclaté à celle de l'ego psychology autant qu'aux théories des relations d'objet. Il s'indigne contre les tentatives de faire des ponts entre la psychanalyse et le béhaviorisme, et contre toutes interprétations « mécanistes » (Zaretsky, 2004/2008). La conception d'un moi divisé correspond à la définition freudienne d'un moi qui n'est pas seulement l'agent de la pensée rationnelle, mais aussi le précipité des inclinations, des pulsions, des objets d'amour et des identifications. Il est foyer de la névrose comme lieu de toutes les résistances à la guérison des symptômes. Avec cette critique de la psychologie du moi, il affirme que l'analyse vise non pas l'autonomie mais la subjectivité. Il s'oppose aussi vivement à l'idée que l'analyste puisse conduire la cure selon un plan préétabli, que ce soit en s'appuyant sur la nature de son caractère en suivant Reich, ou sur son mode de relation d'objet (Diatkine, 2001).

Les psychanalystes français affiliés à l'IPA, s'ils sont « freudiens », ou « néo-freudiens » plus influencés par l'école anglaise qu'américaine (Roudinesco, 1986), se distinguent des autres membres par leur prise en compte des réflexions de Lacan quant à la technique instaurée par Freud et ses premiers élèves, tout en critiquant et en rejetant pour une grande part les théorisations de Lacan (Turkle, 1978/1982 ; Diatkine, 2001). Il existerait une certaine « interprétation à la française », notamment la formulation de réserves quant à l'enseignement de la psychanalyse, quant aux risques de systématisation qui vont à l'encontre de la logique inconsciente, ou encore la conception du moi divisé qui se différencie du discours prédominant (Turkle, 1978/1982 ; Diatkine, 2001).
La spécificité française ne peut néanmoins pas se résumer à la référence à Lacan, il y a de nombreux autres développements théoriques. Il apparaît que la référence commune à la métapsychologie freudienne donne une cohérence à ce que l'on peut nommer la « psychanalyse à la française ». Ainsi, Anzieu-Premmereur témoigne de ses réflexions suite à un séjour aux Etats-Unis : « mes rencontres avec nos collègues américains donnaient lieu régulièrement à de profonds malentendus. Je pensais que nous avions Freud et la métapsychologie en commun, ils étaient persuadés que seuls Lacan et Derrida étaient mes références. La psychanalyse était censée avoir pris son essor après les années 50 et ce qui était antérieur paraissait suranné. Faisant référence à Freud, j'étais qualifiée de "protectionniste", ignorante de la variété des théories développées dans les années 1970 autour des pathologies narcissiques, qui ouvrait sur "une mutation radicale" » (Anzieu-Premmereur, 2000, p. 23). Le grand intérêt – voire la passion aux yeux d'analystes étrangers – pour la métapsychologie, serait donc bien un trait français.

De par sa situation géographique et son histoire, le Québec constitue un lieu de croisement privilégié des courants théoriques francophones et anglophones, et un lieu privilégié de débat du fait de leur « goût » pour l'éclectisme et leur ouverture d'esprit, qui me semble les caractériser. Ils ont une capacité à envisager conjointement différentes orientations théoriques et à en débattre, comme en témoigne les débuts de la psychosomatique au Québec par exemple, en tenant compte des apports : de l'Ecole psychosomatique de Paris, de celle de Chicago, du modèle biopsychosocial, ainsi que ceux de Mac Dougall (Gauthier, 2001). Même au sein des groupes psychanalytiques, il existe une grande diversité d'influences et de références théoriques, comme l'explique un analyste québécois du fait « de notre longue cohabitation avec les Anglo-saxons, nous aurons développé l'art du compromis, du "gentlemen's agreement", qui nous aura permis d'échapper jusqu'ici aux scissions fréquentes

en Europe » (Vigneault, 2001, p. 18). Il ne semble pas y avoir de polarisation des analystes de la SPM autour d'une école de pensée. De même que les conflits et tensions d'école existeraient, mais dans d'autres sections de la SCP que la branche francophone. Suivant des analystes de la SPM, « dans notre section, les réseaux d'influence sont multiples chez tout un chacun, avec le danger de l'éclectisme et du flou théorique. Par ailleurs, nous favorisons ainsi l'émergence d'une certaine originalité » (Garon Léonard et coll., 1995, p. 37). Les auteurs soulignent dans les échanges entres analystes, non pas le rapport à un savoir qui serait détenu par quelques-uns, mais le rapport à l'humour et aux jeux de mots comme étant inhérent à la culture québécoise (Paulette Letartre, communication personnelle).

Au sein de la SPM dans ses débuts, il y a relativement peu de séminaires de recherche au profit des séminaires cliniques, « très près de nos origines, nous étions encore un peuple de paysans et d'artisans. Il était donc assez naturel que les psychanalystes d'ici développent un intérêt pour la pratique de la psychanalyse plutôt que pour la recherche de nouvelles propositions scientifiques. […] Nous n'étions pas en France où l'exercice de la réflexion théorique remonte à plusieurs siècles. Auprès des philosophes … » (Brodeur, 2008, p. 88). Pour d'autres, le peu d'écrits des premières générations d'analystes québécois s'expliquerait en partie du fait qu'ils se consacraient aux questions de la fondation de la SCP et de la transmission psychanalytique, leur laissant peu d'espace pour la rédaction théorique (Vigneault, 2001). De plus, la transmission plus orale qu'écrite semble un trait culturel québécois. Le caractère éphémère de la majorité des revues psychanalytiques québécoises en témoignerait (Vigneault, 2002). Dans l'ensemble, peu d'auteurs psychanalytiques québécois ont finalement vraiment percé sur la scène internationale (Vigneault, 2002 ; Passelande & Pelletier, 2007). Selon Pelletier, il serait couramment reconnu que le québécois aurait un rapport difficile à sa langue, qui se trouve objet de raillerie dans les lieux saints de la francophonie. Ainsi, il semblerait que « le psychanalyste québécois craint généralement de prendre la parole dans les lieux publics, dans les colloques ou les conférences. Il redoute également l'écriture et particulièrement la théorisation. Disons qu'il n'a pas "phallicisé" son rapport à la langue de la même façon que le Français, et que son rapport trouble à la théorisation rend compte de sa méfiance à l'égard du discours de l'Autre » (Passelande & Pelletier, 2007, p. 66). Lorsque les psychanalystes québécois francophones réalisent des communications, ils soulignent « […] que des membres d'autres sections de la SCP [que ceux de la SPM] traiteront nos préoccupations de "philosophiques" ou balayeront du revers de la main nos contributions scientifiques en les étiquetant péjorativement de "littéraires" » (Garon Léonard et coll., 1995, p. 37).

Il est intéressant de remarquer que certaines caractéristiques seraient plus anglo-saxonnes que nord-américaines seulement, comme l'empirisme et le pragmatisme plutôt que la théorie (Zaretsky, 2004/2008). Les liens et les échanges sont en effet facilités par la langue anglaise commune. De la même façon se sont les échanges facilités par la francophonie qui donnent une évolution singulière à la psychanalyse au Québec. Vigneault considère que « dans la mesure où la SPM, comme la SCP, est le fruit d'apports diversifiés […], les lieux de dissensions et de rupture se situeraient davantage autour de la langue et de la culture, de même qu'autour des questions de formation et des modes de transmission de la psychanalyse plutôt que des écoles et des clivages théoriques qui les fondent » (Vigneault, 2001, p. 18). Dans son étude, Panaccio (2000) souligne le glissement de la question linguistique à celles de l'analyse profane, de la filiation analytique, ou encore de l'orientation théorique. Ainsi elle note que ce n'est pas seulement la psychiatrie qui imprègne l'aspect « psychanalytique médical » mais bien l'anglophonie, et que le côté francophone – y compris les médecins – est influencé par la pensée psychanalytique française (Panaccio, 2000). Faudrait-il alors parler d'une psychanalyse anglo-saxonne ou francophone comme pouvant former des entités remarquables ?

Ainsi, considérant les préoccupations métapsychologiques comme spéculatives, et restant centrée sur la technique psychothérapique, « la psychanalyse américaine est maintenant éclatée en choix éclectiques axés beaucoup plus sur la pratique et la technique que sur une référence théorique » (Anzieu-Premmereur, 2000, p. 25). La démarche psychanalytique « française » (ou « francophone ») maintient la métapsychologie freudienne comme référence commune, à partir de laquelle les développements théoriques ont pu et peuvent s'opposer et faire école. Enfin au Québec, il semble que la cohabitation d'influences multiples ne contredise pas les possibilités d'échanges, et que les ruptures soient plus liées à la langue et aux aspects culturels qu'elle véhicule qu'à des polarisations d'écoles.

IV.2.3. Orientation vers l'interpersonnel ou l'intrapsychique

Les évolutions contemporaines de la psychanalyse tendent en France à accorder une place centrale à la théorie des pulsions et aux théories sur la sexualité, mises au second plan aux Etats-Unis. L'asymétrie de la relation patient-analyste est affirmée chez les analystes français, notamment à travers l'élaboration lacanienne du « sujet supposé savoir », là où en Amérique

du Nord c'est le registre interpersonnel qui s'est développé (symétrie de la relation, refus de la position d'autorité de l'analyste, refus de la neutralité, auto-dévoilement) (Tessier, 2005). L'élaboration du transfert demeure au centre de la cure dans la perspective psychanalytique française, au contraire des courants dominants américains qui tendent à privilégier la relation dans « l'ici et maintenant ». Les analystes québécois, comme souligné précédemment, sont influencés par l'ensemble des courants théoriques, avec une prédominance selon leur francophonie et leur anglophonie. Nous allons examiner ensemble plus spécifiquement en quoi ces développements théoriques conduisent à parler de la prépondérance du registre interpersonnel ou du registre intrapsychique.

Si le transfert se trouve au centre du traitement dès 1912 dans la théorie freudienne (Freud, 1912a/2002), une grande partie des analystes américains accorde peu d'intérêt à la nature répétitive du processus, lui préférant la conviction dans les capacités de changement des individus (Hale, 1971/2002). Certains de ces analystes n'hésitent pas à utiliser le vocabulaire béhavioriste pour rendre plausible le transfert. Ainsi « le patient, informé des origines de ses réflexes, comprendra quelles réactions habituelles la relation avec son médecin réactive, et il progressera sur la voie de la "flexibilité adaptative" » (Hale, 1971/2002, p. 398). C'est notamment en réaction au modèle hartmannien de « l'analyste miroir », sûr de sa théorie et de sa technique, et ignorant sa participation transféro-contre-transférentielle, que les courants théoriques se développent autour de la relation interpersonnelle (Lechartier-Atlan, 2000).
La prise en compte de la relation interpersonnelle comme facteur central de changement est initiée par les travaux de Löwald, soutenant que c'est la création d'une nouvelle réalité dans « l'ici et maintenant » de la séance, à travers les interactions entre l'analyste et l'analysé et non pas la remémoration, qui se trouve en jeu dans le processus psychanalytique (Tessier, 2005). A la même époque, les travaux d'Heinz Kohut se centrent sur le narcissisme et ses déficits, et remettent en question la légitimité de la théorie des pulsions, ouvrant ainsi la voie aux courants intersubjectivistes (Denis, 2000). Gill et Hoffman publient des travaux importants sur la métapsychologie et le transfert à partir des années 1980, qui donneront naissance au courant constructiviste et annoncent la logique de l'intersubjectivité (Lechartier-Atlan, 2000). L'idée centrale consiste à déconstruire l'autorité de l'analyste au profit d'une construction, d'où l'idée d'une relation symétrique entre l'analyste et l'analysant. Roy Schafer insiste sur la co-construction d'une nouvelle réalité – « vérité narrative personnelle » – que permet la relation analytique, et qui favorise le changement (Tessier, 2005). Avec les « néo-psychanalystes », la méthode psychothérapique gardant l'appellation de psychanalyse, se

centre sur le présent et les relations interpersonnelles (Ellenberger, 1970/1994). Parmi eux, Sullivan construit une vision critique de la psychanalyse qui a une influence déterminante dans les années 1920. Il se centre sur la valeur curative de la relation interpersonnelle entre le psychothérapeute et le patient, entendu comme un être social et non pas seulement un individu pourvu d'un monde interne (Anzieu-Premmereur, 2000). Avec lui, c'est tout un courant de la psychanalyse qui se centre sur l'interpersonnel au détriment de l'intrapsychique, sur les relations plutôt que les pulsions.

Le courant intersubjectiviste tend vers la ré-humanisation de la psychanalyse en plaçant le rapport intersubjectif au centre de la conception de personnalité et du traitement analytique. Renik représente un point de vue extrême de ce courant en réfutant la notion de neutralité et prônant l'auto-dévoilement – self-disclosure – de l'analyste (Brusset, 2000). Selon lui, le refus défensif de l'analyste de s'impliquer favoriserait le risque de transgression du fait des réactions contre-transférentielles qui ne peuvent pas s'exprimer dans la relation. La participation de l'analyste favoriserait selon lui le « processus dialectique d'apprentissage » qui correspond au but de l'analyse, dans une conception proche de « l'expérience émotionnelle correctrice » de Franz Alexander (Brusset, 2000). Il valorise l'empathie, l'intuition et l'alliance de travail (Brusset, 2000). Notons cependant que les questions de la symétrie de la relation, de l'auto-dévoilement, de l'accessibilité du contre-transfert de l'analyste sont des sujets de controverses parmi les analystes américains, et ne représentent pas une position monolithique. Avec le courant intersubjectiviste, le transfert devient une répétition à l'identique des schèmes de relation vécus dans la réalité, et l'analyse une « expérience émotionnelle correctrice » de ces schèmes. Le concept d'inconscient évolue alors vers de moins en moins de prise en compte, puisque ce qui compte n'est plus la représentation inconsciente mais ce qui se joue dans la relation « ici et maintenant ». Le transfert n'est alors plus élaboré dans la névrose de transfert mais dans la relation avec l'analyste, tenant compte des éléments de réalité perceptibles par l'analysant (Lechartier-Atlan, 2000).

Les tenants de la théorie des relations d'objet commencent à s'imposer à partir des années 1970, dans un mouvement d'influence des courants britanniques (Fairbairn, Balint, Winnicott et Bion) qui infiltrent à partir des années 1960 (Lechartier-Atlan, 2000 ; Tessier, 2005). Selon ce courant, « […] la relation comme telle a supplanté l'interprétation comme outil thérapeutique et facteur de changement en psychanalyse : ses représentants adhèrent à la perspective selon laquelle la relation analytique est avant tout une relation d'objet » (Tessier, 2005, p. 67).

Dans ces développements théoriques américains, le contre-transfert est alors considéré comme non connaissable (Lechartier-Atlan, 2000), et les phénomènes transféro-contre-transférentiels tendent à être assimiler à des interactions relationnelles, affectives et subjectives (Tessier, 2005). Cette conception s'oppose aux développements théoriques répandus en France (chez les non lacaniens), considérant le contre-transfert comme un outil sensible de l'analyste, et accessible par le « travail de contre-transfert », du moins en partie (Urtubey (de), 1994). La névrose de transfert reste le centre du travail analytique et s'oppose en cela à la conception de son interprétation dans « l'ici et maintenant », qui a tendance à en faire une simple relation (Gibeault, 2001), laissant de côté l'articulation avec la « […] remémoration de ce qui s'est passé "là et autrefois" […] » (Reprenant la conception de l'interprétation du transfert de Lagache ; Barande & Barande, 1975, p. 67).

Gibeault (2001) souligne que la spécificité analytique des relations interpersonnelles repose dans leur lien aux relations intrapsychiques, qui seules renvoient à l'inconscient, aux pulsions et à la sexualité infantile. Dans le courant intersubjectiviste, ce qui compte est la relation interpersonnelle actuelle, contenant des « schèmes de relation » significatifs du passé infantile. La relation d'objet tend alors à se réduire à ces schèmes. L'intrapsychique n'est plus pris en compte au profit de l'interpersonnel, de la même façon que les pulsions au profit de l'affect (dans l'acception du courant théorique des relations d'objet). La relation d'objet est ainsi entendue dans sa dimension interpersonnelle, « il s'agit alors surtout du rapport du Moi à l'objet, de l'objet au Moi, tandis que l'objet en tant qu'objet du Ça, en tant qu'objet investi par les pulsions, tend à disparaître. Il peut en résulter la substitution du lien affectif à la sexualité, laquelle n'est plus qu'une fonction naturelle parmi d'autres » (Brusset, 2000, p. 100). Brusset (2000) parle du fondement d'une « troisième topique » dans ce courant des relations d'objet, fondée sur le « trépied self-objet-affect ». Ces développements poursuivent la ligne directrice de « l'interprétation américaine » des théories freudiennes en mettant de côté le registre pulsionnel, au contraire des travaux français où les pulsions occupent une place centrale dans le travail analytique, voire même toute la place quand l'accès aux représentations n'est pas possible d'emblée.

Ces différences de développements théoriques impliquent côté anglophone l'idée de symétrie de la relation analyste analysé, avec des revendications d'égalité entre les deux protagonistes, en rejetant la position d'autorité qui par ailleurs avait été exacerbée par les tenants de l'ego psychology. L'élaboration de la question de « l'autorité », du « savoir de l'analyste », et de

l'asymétrie dans la relation analysant analyste, a été tout à fait différente en France, sous l'impulsion de Lacan (Gibeault, 2001 ; Laplanche, 2001).

L'évolution de ces courants théoriques anglophones et francophones aboutit donc à des conceptions radicalement opposées aux Etats-Unis et en France quant à ce qui constitue le noyau du travail analytique : les relations d'objet, élaboration du registre interpersonnel d'un côté, les pulsions, élaboration du registre intrapsychique de l'autre. Il s'agit d'une description des paysages analytiques états-uniens et français par contraste, qui ne présente que les points de vue les plus divergents, et ne signifie pas la réduction de la richesse et de la complexité de ceux-ci. Le présent travail doctoral cherchant à questionner les possibles différences dans les pratiques en fonction du contexte culturel, j'ai choisi de mettre en avant les théories les plus contrastées.

Quant au contexte québécois, il ne m'apparaît pas possible de caractériser un point de vue majoritaire. Certes des courants anglophones et francophones se distinguent, mais il me semble qu'à l'intérieur de chacun de ces courants se dessine une certaine hétérogénéité, du fait des croisements d'influences et probablement aussi du fait d'un trait culturel favorisant la conciliation de points de vue multiples.

IV.3. Implications du contexte culturel sur les pratiques

La pratique clinique d'un analyste varie selon de multiples facteurs, notamment : sa personnalité, ses théories de référence, sa formation, les aménagements relatifs à chaque situation clinique, son expérience. Le contexte culturel influence plus ou moins directement ces facteurs, et lorsque les « échanges interanalytiques » « […] se font avec l'étranger, [l'analyste] se trouve confronté à la diversité des modes d'insertion de la psychanalyse dans chaque pays ; il mesure alors plus clairement ce que la diversité des pratiques doit aux transactions passées avec le socius, en fonction des caractéristiques culturelles et idéologiques du lieu et du temps » (Donnet, 2006a, p. 17).

L'insertion de la psychanalyse dans des contextes culturels différents favorise ou non des applications psychothérapiques plus codifiées, et une pratique des premiers entretiens plus évaluative. Le remboursement du traitement analytique, en plus de le situer sur le même plan que d'autres pratiques psychothérapiques, implique un certain nombre de contraintes qui peuvent influer directement sur la pratique des premiers entretiens. De plus, les considérations

théoriques sur la relation patient-analyste, conjointement aux données d'un contexte culturel donné, peuvent tendre à la contractualisation de la relation comme celle entre un « client » et un « pourvoyeur de service », le « client » ayant alors un pouvoir de « négociation » du cadre. Enfin, les représentations de l'analyse véhiculées dans un contexte culturel donné influence en partie : à la fois les représentations de l'analyste quant à sa fonction analytique et aux aménagements du cadre qu'il est prêt à mettre en œuvre (sans remettre en cause son identité analytique) ; et à la fois les attentes d'un patient (futur analysant potentiel). Les représentations liées au contexte culturel, de l'analyste et du patient, se rencontrent ou non lors des premiers entretiens, jouant un rôle dans l'issue de ceux-ci.

IV.3.1. Pratique psychothérapique ou psychanalytique

Les conséquences de l'implantation de la psychanalyse dans un mouvement d'absorption aux Etats-Unis et de marginalité en Europe occidentale a pour conséquence sur les pratiques cliniques : la réduction de la psychanalyse à une méthode psychothérapique qui peut être prescrite sur le modèle médicale d'un côté, et de l'autre – suivant la définition freudienne – une théorie, une méthode d'investigation et un traitement distinct de la psychothérapie, conférant à la psychanalyse un rôle plus vaste.
Considérée comme une méthode psychothérapique, la psychanalyse se trouve en concurrence avec toute autre forme de psychothérapie en Amérique du Nord, y compris au Québec. Cela soulève plusieurs questions : en tant que « technique psychothérapique », la pratique des premiers entretiens est-elle plus évaluative ? L'intégration de la psychanalyse dans le champ des psychothérapies induirait-elle une prédominance des pratiques de psychothérapie analytique plutôt que de « cure-type » ? Par ailleurs, l'absorption par le médical en Amérique du Nord a favorisé le remboursement des psychothérapies par des assurances maladie, privées ou publiques, qui impliquent l'imposition d'un cadre aux pratiques cliniques : comment influence-t-il la pratique des premiers entretiens ?

Comme développé précédemment (voir I.2.), le dilemme entre la démarche d'investigation et la place laissée au transfert au cours des premiers entretiens n'est jamais totalement résolu. Mais le contexte culturel nord-américain d'implantation de la psychanalyse a favorisé une pratique évaluative, inspirée du modèle médical. Les premiers analystes américains, contrairement aux recommandations de Freud, intervenaient volontiers au cours des entretiens

« parce que, pour eux, la cure s'inscrivait dans la tradition des "traitements éducatifs", […] Brill n'hésitait ni à poser des questions, ni à proposer des explications ou des interprétations […]. Dès les premiers contacts, Jelliffe établissait le diagramme des "régressions et des fixations" de leur libido » (Hale, 1971/2002, p. 395). Comme de nombreux analystes américains avaient fait un stage à Zurich, ils eurent recours aux tests associatifs de Jung dans une visée d'évaluation diagnostique (Hale, 1971/2002). Ils furent repris ensuite par des psychologues et des psychothérapeutes. Avec la diffusion de l'orientation « psychodynamique » en psychiatrie à partir des années 1930, les pratiques s'orientent vers la « biographie du patient », selon l'expression de Meyer, faisant alors une place dans la psychanalyse « de la médecine américaine » aux facteurs psychologiques et affectifs, au même titre que les données somatiques (Zaretsky, 2004/2008).

D'une manière générale, les anglo-saxons sont plus tournés vers la technique évaluative des premiers entretiens, préoccupés par la prédiction d'efficacité du traitement, que les analystes francophones qui mettent en avant la part d'incertitude liée à la nature des processus en jeu, en partie inconscients (voir I.3). L'entretien structural d'Kernberg (1984/2004) me semble une bonne illustration de la démarche d'investigation préalable au traitement qui peut exister dans la perspective américaine (voir I.3.1.). En France, une majorité de psychanalystes défend l'impossibilité de prédéterminer l'exploration lors des premiers entretiens. Elle suit de grandes lignes directrices, certes essentielles à l'élaboration de l'analyste (voir II.3 et III.4), mais qui ne sont pas systématisées dans un protocole. Si le courant de l'Ecole de psychosomatique de Paris (Marty, M'Uzan & David, 1963/2003) a fait évoluer les pratiques avec les patients « psychosomatiques » vers une forme « d'investigation » plus active lors des premiers entretiens, il ne s'en dégage pas pour autant un « schéma » tel que Kernberg a pu le développer. En effet, avec les patients « psychosomatiques », la nécessité d'investigation pour entendre la qualité du fonctionnement psychique répond à la nature factuelle du discours qui sous-tend une « défaillance » d'élaboration psychique, notamment au niveau préconscient. Dans ces cas, seule l'exploration plus active permet de mettre au jour le déficit de représentations sous-jacentes au discours qui peut « tenir » en surface[1].

En Amérique du Nord, l'application psychothérapique de la psychanalyse – qu'elle s'en inspire librement ou reste fidèle à la méthode – a probablement été stimulée par la présence massive et concurrentielle des thérapies béhaviorales. L'APA, qui a une grande influence sur

[1] Linda Smadja et Jolanta Tijus-Glazewski, communication personnelle.

les instituts de formation dans l'ensemble des Etats-Unis, a mis en place « […] une "Psychotherapy Initiative" qui offre un statut spécial aux collègues non analystes pratiquant la psychothérapie dynamique : ils peuvent devenir membres associés, et peuvent participer aux congrès de psychanalyse où des meetings et des ateliers spécialement consacrés à la psychothérapie ont beaucoup de succès » (Anzieu-Premmereur, 2006, p. 62). En France, la majorité des psychanalystes s'opposent fermement à de telles initiatives. La psychothérapie analytique, quand elle est considérée comme un aménagement du cadre qui demeure un travail proprement analytique, doit être conduite par un analyste. L'officialisation récente du titre de psychothérapeute[1] en France n'a pas changé – voire a amplifié – la distinction affirmée des psychanalystes entre la pratique analytique et celle de la psychothérapie. Les praticiens de psychothérapie « d'inspiration analytique » n'ont pas droit de cité dans les cercles psychanalytiques. Au Québec, de façon contemporaine à l'introduction de la psychanalyse, des instituts de formation à la psychothérapie analytique ont été créés. Ainsi, le Centre de psychologie Gouin (1943) et l'Institut de psychothérapie du Québec (1946) proposent une formation à la psychothérapie psychanalytique sans formation analytique par ailleurs (Pongis-Khandjian, 2001 ; Vigneault, 2001).

Mais qu'en est-il des pratiques ? La diminution des cures-types semble généralisée d'après une enquête de l'IPA de 1997, où tous les psychanalystes affiliés déclarent pratiquer des psychothérapies individuelles en face à face qu'ils définissent comme psychanalytiques (Bokanowski, 2002). Suivant des enquêtes menées au sein de la SPP et de la BPS (British Psychanalytical Society) interrogeant la proportion de cas vus à des fréquences variées : en France 30% des traitements seraient à trois ou quatre séances par semaine, laissant 70% aux psychothérapies psychanalytiques ; en Grande-Bretagne 25% à cinq fois par semaine (fréquence considérée officiellement comme optimale), 40% à quatre ou cinq fois par semaine, laissant près d'un tiers à une à deux fois par semaine (Chervet, 2006 ; Jozef Perelberg, 2006). L'augmentation de la place des psychothérapies psychanalytiques dans les pratiques ne semble ainsi par réservée à l'Amérique du Nord. Néanmoins, il semble bien que ce soit dans le statut de la psychothérapie analytique que les divergences persistent : en tant que travail analytique spécifique de la pratique de l'analyste en France, ou acceptée en tant qu'application « dérivée » de la psychanalyse comme cela peut être le cas en Amérique du Nord (Anzieu-Premmereur, 2006). De plus, la fréquence des séances, si elle constitue un critère facilement observable, ne résume pas les différences processuelles entre la cure-type et

[1] Titre de psychothérapeute en France : Première Loi du 9 août 2004 restée sans décret d'application. Loi du 24 juin 2009, décret d'application du 20 mai 2010, modifié le 8 mai 2012.

la psychothérapie analytique, et les standards « fréquence-type de travail » varient selon les pays (Donnet, 2005). Il convient donc de nuancer les interprétations qui peuvent être faites à partir de telles enquêtes.

Enfin, il apparaît que le remboursement par des régimes d'assurance maladie, publiques ou privées, a été accepté ou rejeté en fonction du statut de la psychanalyse dans un contexte culturel donné : dans le champ du médical ou des psychothérapies, ou comme champ distinct par essence.

Aux Etats-Unis, la prédominance des médecins parmi les psychanalystes a soutenu activement la mise en place du remboursement du traitement psychanalytique. En France, la crainte de l'ingérence de tels organismes dans le travail psychanalytique a conduit à un mouvement majoritaire de refus d'entrer dans le système de l'assurance maladie. Néanmoins dans la pratique, les séances d'analyse sont remboursées en tant que consultation médicale par une partie des psychanalystes médecins. Au Canada, le régime d'assurance maladie universel entre en vigueur en 1970 et « la psychanalyse pratiquée en bureau privé fut exclue de la couverture des soins, mais la Régie accepta de payer les cures psychanalytiques pratiquées dans les "établissements désignés", soit, en pratique, tout hôpital affilié à une faculté de médecine, pourvu que l'hôpital en fasse la demande » (Naiman, 2001, p. 57). Contrairement aux analystes d'autres provinces qui ont choisi d'intégrer leur pratique au régime d'assurance maladie, au Québec « les psychanalystes n'ont pas voulu d'un système qui excluait toute participation financière de la part des analysants et qui assimilait la psychanalyse aux soins médicaux » (Garon Léonard et coll., 1995, p. 30). L'Institut psychanalytique de Montréal a renforcé encore la position québécoise (francophone) en avisant les candidats que les membres refuseraient de superviser les analyses faites par des candidats dans le cadre de l'assurance maladie, c'est-à-dire dans les hôpitaux habilités, affirmant ainsi la spécificité de la psychanalyse par rapport à l'acte médical (Panaccio, 2000). Cette position n'a pas été adoptée par l'Institut anglophone de Montréal. Les analystes québécois de la section anglaise étaient en effet favorables à l'intégration de la profession d'analyste à ce régime. Etant majoritairement psychiatres, ils y voyaient la possibilité de remboursement des séances d'analyse. Les analystes francophones du Québec ont refusé, comme les analystes français, de se plier à « […] l'obligation de rendre compte de [leurs] activités professionnelles à un organisme étranger ; ou encore de [se] faire contrôler dans l'exercice de [leur] profession » (Brodeur, 2008, p. 89). Ces divergences témoignent du statut de sous-spécialité psychiatrique de la psychanalyse pour une majorité d'analystes québécois anglophones, et du clivage quant

à la nature de la psychanalyse qui existe au sein de la SCP entre les courants anglophone et francophone. Par ailleurs, une des particularités au Québec est que, compte tenu du fait qu'une grande partie des psychanalystes ont suivi une formation universitaire en psychologie, ils sont inscrits à l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Pour bénéficier du titre et pour le remboursement, ils doivent en respecter les exigences. Si l'Institut psychanalytique francophone de Montréal s'est positionné contre le remboursement du traitement analytique, il existe des programmes d'aide aux employés (PAE)[1] qui fonctionnent en clinique privée pour les psychanalystes qui ont gardé leur titre de psychologue de l'ordre. En pratique, une grande proportion de patients bénéficie ainsi d'un remboursement au moins partiel par leur assurance maladie.

Le remboursement par un tiers a des implications sur les pratiques cliniques. Aux Etats-Unis, les choix thérapeutiques ont été influencés par le contrôle accru des systèmes d'assurance maladie (Anzieu-Premmereur, 2000). Ainsi, du fait des restrictions budgétaires, Kernberg (2001) note que la psychothérapie analytique – avec des séances moins fréquentes et sur une durée plus courte – serait devenue un traitement courant pour des cas où l'on pourrait attendre de la psychanalyse elle-même une amélioration optimale. Au Québec, les pratiques remboursées par la régie de l'assurance maladie, comme par les PAE, implique la transmission d'un rapport avec un minimum d'informations exigées, dont un diagnostic, ce qui a sans doute des implications directes dans la pratique des premiers entretiens. De plus,

« […] le tiers [qui adresse] va occuper une place dans le champ imaginaire des deux protagonistes ; le sujet arrive à l'analyse avec une relation préformée à son analyste » (Hollande, 1983, p. 4). Quelle incidence peut alors avoir l'orientation par un PAE ? Il s'agit non seulement d'un tiers payeur mais aussi lié au monde du travail, qui adresse à un « psychothérapeute » dont l'orientation n'est pas nécessairement un critère, ou bien un critère secondaire à la proximité géographique par exemple.

IV.3.2. Inclination interpersonnelle du contrat analytique

Dans le contrat analytique, il existe une part de conditions générales et une part de conditions particulières à une époque et à une « aire culturelle » (Nachin, 2004). Le site analytique[2], suivant la formulation de Donnet (1995/2002), est constitué par un ensemble d'éléments

[1] PAE : programme d'aide aux employés (assurance privée pour les salariés, remboursant un nombre limité de séances de psychothérapie par an)

[2] Voir définition p. 28

hétérogènes, qui comprennent les représentations socio-culturelles de la psychanalyse dans une conjoncture donnée. Le contexte culturel nord-américain favorise la dimension interpersonnelle dans l'établissement du contrat analytique, tendant à laisser au second plan la prise en compte du sens psychique (en partie préconscient et inconscient) que le patient peut attribuer aux conditions d'établissement de celui-ci.

Les développements théoriques, comme cela a été souligné précédemment, apparaissent spécifiques à un contexte donné, et traduisent en cela certains aspects culturels. Suivant les courants intersubjectivistes et ceux de la relation d'objet aux Etats-Unis (voir IV.2.3.), l'alliance de travail est au centre de l'évaluation de l'indication d'analyse (Brusset, 2000). Entendue comme les possibilités de travail dans la relation interpersonnelle entre l'analyste et le patient, elle conduit à une pratique des premiers entretiens tournée vers le moi conscient du patient. Son accord avec le cadre proposé, sa motivation consciente, et la détermination conjointe avec l'analyste d'objectifs thérapeutiques sont des points à considérer avant d'engager un travail analytique. Klauber – analyste britannique – décrit le but de la consultation analytique comme « […] l'établissement d'un plan d'action, discuté en termes rationnels, après avoir donné un avant-goût de la méthode. […] La différence est que la consultation, compte tenu de son but, exige que la primauté accordée au fonctionnement conscient du moi soit maintenue et hautement privilégiée » (1981/1984, p. 162). La place accordée à l'inconscient est donc réduite, du moins dans la pratique des premiers entretiens. Kernberg (1984/2004) considère lui aussi qu'avant de débuter le traitement il convient de définir les buts généraux et les objectifs spécifiques du traitement en accord avec le patient, et de distinguer – suivant Ticho (1972) – les buts du traitement des buts de vie. Chez les psychanalystes français, l'écoute des phénomènes inconscients reste au premier plan lors des premiers entretiens, comme en témoignent la conception de la *demande d'analyse,* et celle de la relation de base ou transféro-contre-transférentielle qui tient compte des phénomènes intrapsychiques. Si les bénéfices thérapeutiques ne sont pas exclus, c'est dans la perspective des buts psychanalytiques que s'élabore la décision thérapeutique.

Des traits culturels nord-américains favoriseraient la préoccupation « soignante » et d'efficacité, contribuant également à renforcer la dimension interpersonnelle dans l'établissement du contrat analytique. Ces traits encourageraient en effet des attitudes thérapeutiques, comme « […] être toujours prêt à répondre généreusement à l'appel, aimer, de

façon pragmatique, appliquer et construire […] » (Weinshell, 1979, p. 91-92[1]). Pris dans le rythme précipité de la vie américaine, conjugué à la pression d'efficacité, une partie des analystes seraient conduits « […] à s'éloigner des techniques classiques et à rechercher des exploits thérapeutiques plus rapides et plus "spectaculaires" » (Weinshell, 1979, p. 92). La tendance aux innovations techniques pour accélérer la cure, très tôt dans l'histoire de la psychanalyse américaine, répond probablement à ces exigences d'efficacité. Freud les contestait car il doutait que les couches les plus profondes de l'inconscient puissent être changées en un temps court (Zaretsky, 2004/2008). La nécessité d'efficacité aux Etats-Unis aurait pu limiter les indications d'analyse, mais elle a au contraire favorisé la recherche d'exploits thérapeutiques démonstratifs. Les développements théoriques de l'ego psychology et de la psychologie du self s'inscrivent bien dans cette dynamique visant à adapter et à soigner (Tessier, 2005). Si en France dans les années 1950, Nacht déploie des points de vue théoriques et des aménagements techniques orientés vers la visée curative, la position freudienne de la guérison de surcroît a repris l'ascendant dans la psychanalyse française sous l'impulsion de Lacan, jusqu'à des excès où la dimension thérapeutique était complètement exclue (Barande & Barande, 1975).

Par ses racines dans la tradition psychothérapique populaire, le courant humaniste dont Roger est un des plus éminents représentants, eut une influence importante sur les pratiques psychothérapiques en Amérique du Nord. Dans son ouvrage Counseling and psychotherapy, 1924 – en français *La relation d'aide en psychothérapie,* 1970 – il oppose le conseil à la psychanalyse classique, et il prône une reconnaissance de la personne exempte de jugement plutôt que l'interprétation. Il recommande l'usage du mot « client » de préférence à « patient » et donne peu d'importance à la nosologie (Zaretsky, 2004/2008). Il s'agit pour le thérapeute de libérer le potentiel que le patient possède déjà, plutôt que de se positionner comme un expert qui comprendrait le problème et déciderait de la meilleure façon de le résoudre (Zimring, 1994). Le mot client est largement utilisé en Amérique du Nord, y compris au Québec. L'idée centrale est que le client sait mieux que le thérapeute ce qui est bon pour lui. Son large succès me semble témoigner de ce que sa théorie et sa méthode répondent aux caractéristiques du contexte culturel nord-américain. A partir des années 1970 au Québec, sous l'impulsion des courants antipsychiatrique et communautaire, « […] l'humanisme devient une valeur forte, on veut "prendre soin", "répondre aux besoins", "outiller". On

[1] Reprenant les thèses de : Gitelson, M. (1973). Psychoanalysis : Science and Profession. New-York, International Universities Press.

privilégie le maintien dans la communauté et le patient est appréhendé comme un de ses membres à part entière, il a des droits, on met en place des comités de défense, des groupes de soutien » (Passelande & Pelletier, 2007, p. 54).

Ainsi, bien que la symétrie de la relation patient analyste soit défendue en Amérique du Nord, il me semble que le rapport « hiérarchique » est bien présent mais inversé : ce n'est plus l'analyste qui « saurait » ce qui convient au patient (un supposé savoir), mais le client qui aurait la possibilité d'imposer un certain nombre d'exigences quant au service qu'il vient chercher. Comme développé précédemment (voir IV.2.3.), les conceptions psychanalytiques américaines ont évolué vers la dimension interpersonnelle au détriment de la dimension proprement transférentielle. Ce constat me semble refléter le rapport des « clients » au « service » proposé par l'analyste, présent aux Etats-Unis comme au Canada. Ce rapport a des implications directes dans la conduite et l'appréhension des premiers entretiens, « le patient va donner son accord sur le cadre analytique : veut-il bien du divan ou, au contraire, le revendique-t-il ? La terreur d'être qualifié de rigide, d'autoritaire et/ou de paternaliste fait de l'analyste un être prudent par rapport au cadre. On ne peut imposer au patient de s'allonger, ni de venir à ses séances sans en changer les horaires, ni de payer ses absences ; on doit s'expliquer, ne pas blesser, soutenir le self. Les notions d'intériorité et de refoulement sont au second plan. C'est l'allure relationnelle de la séance qui sera mise au premier plan » (Anzieu-Premmereur, 2006, p. 60).

Au Québec dès les années 1990, les orientations du travail à Albert-Prévost[1] sont représentatives d'une évolution où « […] la clinique psychanalytique s'efface au profit de la psychothérapie analytique puis de programmes par pathologies (clinique des maladies affectives, des troubles relationnels, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité, …) directement inspirés du DSM. Le patient est devenu "client ", "usager" ou "utilisateur de service". Les experts psychiatres et les pouvoirs publics favorisent les thérapies brèves et l'arrêt ou le contrôle du symptôme » (Passelande & Pelletier, 2007, p. 55). Le cadre imposé par l'OPQ défini en partie les conditions du rapport du client au service, notamment : « établir un processus interactionnel structuré avec le client », « procéder à une évaluation initiale rigoureuse » et « s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées » [2], ce qui soulève la question du mode de validation scientifique appliqué aux pratiques analytiques. La politique d'annulation des séances par exemple permet au patient de ne pas venir sans que la séance soit due, pourvu qu'il prévienne

[1] Institution qui a eu un rôle considérable dans l'histoire de la psychanalyse québécoise francophone (Desgroseillers, 2001).

dans les délais impartis. Ainsi, le sens psychique d'une absence passe au second plan des règles imposées. Le cadre peut aller jusqu'à prendre en compte des arguments au détriment du travail analytique. Ainsi aux Etats-Unis, Anzieu-Premmereur (2006, 2008) signale l'existence de la pratique de l'analyse par téléphone qui se répand, sur l'argument du confort pour le client à qui on ne peut pas demander de se déplacer à heure fixe. Des analystes québécois rapportent la « négociation » du cadre avec des patients qui réclament des séances toutes les deux semaines ou pour une durée prédéfinie (communications personnelles). Les analystes québécois, dans ce contexte, ont plus à expliciter et à rendre compte de leurs pratiques, y compris aux patients, ce qui colorent sans doute les premiers entretiens.
La pratique d'une « contractualisation » de la relation thérapeutique, au sens d'un accord entre un client et un pourvoyeur de services, tient probablement aussi en partie du fait des risques de poursuites judiciaires. Elles sont en effet plus courantes en Amérique du Nord qu'en France (Green, 2006b). Au Québec, l'existence d'un Ordre professionnel des psychologues encadre les poursuites et facilite ainsi les recours des clients, ce qui ne peut manquer de teinter les relations entre un patient et un professionnel.

IV.3.3. Représentations socio-culturelles de l'analyse

Les facteurs socioculturels viennent faciliter ou inhiber l'entreprise psychanalytique d'un sujet, l'offre d'analyse module la demande de la même façon que la demande en module l'offre réciproquement (Donnet, 1995/2002).

Les représentations qu'à l'analyste du travail analytique varient en fonction du contexte culturel dans lequel il évolue. Le cadre varie en effet en fonction des époques et des contextes géographiques, notamment au regard : du nombre de séances qui convient à la cure type ou la psychothérapie analytique (Nachin, 2004 ; Donnet, 2005 ; Anzieu-Premmereur, 2006 ; Jozef Perelberg, 2006), du type de paiement (Etchegoyen, 1986/2005 ; Nachin, 2004), ou encore de la généralisation de la pratique en face à face (Green, 2006a). Chamoun (1998) – psychanalyste libanais – témoigne des particularités de la pratique des premiers entretiens dans une culture « à proxémie chaude ». L'analyste doit alors chercher une « voie mitoyenne », tout en respectant les normes de la situation analysante, entre un rapport qui rassure par son aspect contenant et un rapport trop distant, qui pourrait être vécu comme un rejet. L'offre d'analyse est conditionnée par les aménagements du cadre que l'analyste est prêt

à mettre en œuvre, la limite étant une adaptation de sa pratique qui ne serait plus cohérente avec sa « position d'analyste » (ou plus précisément la représentation qu'il en a).

Or la représentation de ce que devrait être la « position d'analyste » est liée à l'identité professionnelle de chaque clinicien, qui est influencée en partie par des facteurs socio-culturels. La question de l'identité du psychanalyste est complexe et vaste. De nombreux aspects participent à sa construction, comme : le processus interne opérant chez l'analyste, les relations entre les psychanalystes, la formation reçue, et les relations des psychanalystes avec l'environnement socio-économique (Joseph & Widlöcher, 1979). A l'origine, le sentiment d'identité relatif à la psychanalyse vient de l'identification du groupe avec son premier leader, en premier lieu Freud. Mais quand est-il pour les générations actuelles de psychanalystes où les applications de la psychanalyse se sont multipliées mettant en branle le caractère unitaire de la méthode ? Plus particulièrement, qu'en est-il en France et au Québec ?

En France, la référence à la métapsychologie freudienne toujours très active (voir IV.2.2.) opère probablement comme un point d'ancrage de l'identité professionnelle, relayé par l'institutionnalisation de regroupements de psychanalystes fondés sur l'identification à leurs (« pères ») fondateurs. Par ailleurs, suivant les développements de Lacan – l'analyste ne s'autorise que de lui-même (et de quelques autres) – des analystes « hors les murs » institutionnels affirment également leur identité analytique. Au Québec au contraire, il apparaît que l'identité analytique rencontrerait une certaine « réticence » parmi les cliniciens québécois. Il semble en effet que « […] des institutions montréalaises tentent de transmettre un certain savoir analytique en évitant le terme "psychanalyse". Cette pudeur engendre parfois de la confusion, des lieux où on se dit tacitement psychanalytique mais officiellement psychodynamique[1] et où les différences entre les deux sont feintes d'être ignorées, voire carrément tues » (Ducharme, 2005, p. 29). A la création de l'APPQ[2] (Association des psychothérapeutes psychanalytiques du Québec) en 1985, aucun psychanalyste non affilié à la SPM – seul institut pour légitimer le titre d'analyste au Québec – n'osait se qualifier de psychanalyste (Beaudry, 2001). Le nom de l'association a beaucoup été débattu, aboutissant au choix du terme de psychothérapeute tout en affirmant clairement le choix « psychanalytique », et non pas psychodynamique ou d'orientation analytique (Passelande & Pelletier, 2007). Ce compromis « à la façon québécoise » me semble traduire un certain entre-

[1] « Psychodynamique » entendu au Québec comme une utilisation non analytique de la théorie freudienne.

[2] L'APPQ rassemble des cliniciens d'orientation psychanalytique, en majorité des psychologues (140 membres). Elle n'a pas pour but de faire de la formation, mais d'être un lieu ouvert de discussion aux personnes intéressées par la psychanalyse dans leur pratique clinique (Beaudry, 2001 ; Vigneault, 2002 ; Passelande & Pelletier, 2007). Les critères d'admission sont : formation universitaire, psychothérapie personnelle, pratique de la psychothérapie et supervision. [6]

deux identitaire : psychanalytique mais pas psychanalyste. Parallèlement à cette forme de réticence vis-à-vis de l'identité analytique, le statut de psychologue psychothérapeute est au contraire valorisé (le doctorat est exigé depuis 2007 pour prétendre au titre de psychologue de l'OPQ [5]).

Je me demande alors ce qui pourrait expliquer cette « réticence » à s'identifier comme psychanalyste, y compris pour des cliniciens hautement expérimentés. Faut-il y voir une réaction aux critiques de non scientificité et au risque d'allégeance théorique « unitaire », dans une société où l'éclectisme témoigne d'une ouverture d'esprit valorisée ? Le « titre » de psychanalyste est en effet moins orné de « prestige » qu'en France (R. Pelletier, communication personnelle). Ou bien faut-il chercher une explication dans la transmission de la psychanalyse au Québec qui a fait peu de place aux « pères » ? Les premiers analystes québécois, formés en grande majorité à l'étranger, n'ont pas dû se confronter aux « pères », ce qui fait dire à des analystes de la SPM qu' « au commencement, ici, il n'y aurait eu que des "frères" […] » (Garon Léonard et coll., 1995, p. 36). Si l'approche psychanalytique est bien vivante au Québec, une faible proportion a complété une formation reconnue par l'API, et il est difficile de mesurer celle qui a complété une formation hors institut (formation continue, supervision, analyse personnelle) (David, 1997). Parmi ces cliniciens formés à la psychanalyse hors institut, faut-il entendre les « réticences » à se qualifier de psychanalyste comme une difficulté à se réclamer légitimement d'un « père » absent (« au commencement il n'y aurait eu que des frères ») ? Ou encore la distance d'avec ces « pères » fondateurs aurait-elle favorisé des représentations fortement idéalisées de la psychanalyse qui seraient alors inatteignables, dont il ne serait pas possible de se réclamer légitimement ? Par ailleurs, cette « réticence » quant à l'identité d'analyste favorise-t-elle la confusion entre l'approche psychodynamique et psychanalytique ? Quelles implications cette confusion aurait-elle sur les demandes adressées à un analyste ?

Selon les contextes culturels et les développements propres de la psychanalyse dans chaque milieu donné, les patients (futurs analysants potentiels) construisent des représentations de ce qu'est l'analyse, de ce que l'analyste pourrait attendre comme discours, de ce qu'il est susceptible de proposer. « Quelle place joue l'"avant" de la rencontre, la représentation que l'éventuel patient s'est forgée de l'analyste (aide, lieu de parole, de décharge, de réparation) et l'idée qu'il se fait de la nature, de la durée, de l'enjeu dans l'engagement du traitement ? » (Bouchard & Porte, 1998, p. 6). D'après l'étude de Turkle (1978/1982) se basant sur de nombreux témoignages d'analysants en France, le matériel apporté à leur analyste comporte

bien son lot d'idées préconçues. Ainsi elle relève que « certains analysants pensent qu'ils ne pourraient pas parler directement à leur analyste de leur désir d'"aller mieux", qu'il leur faudrait […] parler d'une certaine tendance à rechercher la délivrance du symptôme. […] Tout ceci indique que des déterminations sociales se sont aujourd'hui intégrées au traitement, non sans rappeler ce qui se passe depuis peu outre-Atlantique où il est de bon ton de parler de "getting in touch with your feelings", "being centered" et "getting it" ("être en contact avec ses sentiments", "être centré", "y arriver") » (Turkle, 1978/1982, p. 254). Selon elle, la diffusion de la culture psychanalytique aurait un effet sur la thérapie en elle-même. Les patients n'étant plus que rarement « naïfs » quant à la psychanalyse en France, les connaissances livresques peuvent constituer des résistances dans la cure.

Je pense cependant que les représentations des psychothérapies plus largement sont à prendre en compte dans la façon dont elles influencent la demande, les attentes, les représentations préalables des patients, car nombre d'entre eux viennent consulter un « psy » sans plus de précision. Le contexte concurrentiel des psychothérapies en Amérique du Nord, notamment face aux thérapies béhaviorales seules reconnues comme valides scientifiquement, a favorisé la diffusion et la démonstration scientifique de la psychanalyse comme une science « pure et dure », bien que ce point de vue ne soit pas partagé par l'ensemble des psychanalystes nord-américains (Brusset, 2000 ; Tessier, 2005 ; Anzieu-Premmereur, 2008). La France n'échappe pas aux pressions qui exigent la scientificité de la psychanalyse, ni aux attaques virulentes notamment en 2004 (Bayle, 2006). Le début des années 1980 marque un rapprochement de la psychiatrie avec la biologie et les « neuro-sciences » dans le but de la rendre « scientifique », selon une démarche positiviste (Roudinesco, 1986). Face à la désaffection du public et des milieux médicaux pour la psychanalyse, des analystes français considèrent nécessaire l'utilisation d'instruments de recherche admis par la communauté scientifique afin de valider les hypothèses psychanalytiques (Tessier, 2005). Mais la position qui me semble toujours prépondérante actuellement en France réfute la possible validation d'hypothèses psychanalytiques par ce biais, du fait des registres épistémologiques fondamentalement différents. La position québécoise, francophone, va également dans le sens d'une incompatibilité des registres et s'oppose au vouloir « faire scientifique » (Panaccio, 2000 ; Pelletier, 2009). Néanmoins l'orientation scientifique positiviste au Canada a pour conséquence la disparition progressive de l'enseignement et de la pratique de la psychanalyse à l'université (David, 1997), ainsi que l'absence de financement de recherches relevant véritablement de la logique psychanalytique (Lasvergnas, 1994). Dans les institutions de soin, la psychanalyse n'a plus que peu de place face à l'influence de la neurobiologie, du

comportementalisme, et du communautarisme (Passelande & Pelletier, 2007). Les tiers payeurs, les instances hospitalières, mais aussi la nécessité de batailler pour défendre l'intérêt de l'analyse, exigent des justifications d'efficacité et de rapidité difficilement conciliables avec la nature du travail avec l'inconscient (David, 1997). Dans ces conditions, « d'où serait-il possible de redonner une chance au sujet, de soutenir un discours autre, un souci éthique plutôt que les préoccupations légalistes ou les rigidités déontologiques, la prise en compte du désir singulier des sujets, la clinique de un par un, plutôt que des solutions miracles, médicaments, programme de réhabilitation, thérapies modélisées, clés du bonheur et autres pratiques régnantes où l'autre sait sans vous ce qui est bon pour vous » (Passelande & Pelletier, 2007, p. 46). En somme, quelle place reste-t-il à l'offre analytique dans un tel contexte ? Et comment peut-elle être perçue par un patient ?

L'éclectisme constitue une valeur nord-américaine forte, commune aux Etats-Unis et au Canada. Elle se traduit au Québec par la formation universitaire des psychologues où l'éclectisme est un gage d'ouverture et de compétences, et le meilleur moyen de faciliter son entrée sur le marché du travail (David, 1997). Dans ce contexte « on vise à "outiller" le thérapeute et on veille à ce que les divers courants théoriques soient tous représentés sans discriminations […] Les concepts fondamentaux de Freud sont réduits à des notions de psychologie, de médecine, voire à un "gros bon sens" clinique » (Passelande & Pelletier, 2007, p. 55). La double référence théorique des psychologues (selon les catégories proposées par l'OPQ[1]) est courante, y compris quelques fois « psychodynamique analytique » et « cognitive behaviorale ». Ainsi, des courants considérés en France comme inconciliables épistémologiquement, peuvent constituer chez certains psychologues québécois une identité professionnelle intégrative. L'éclectisme pose la question de l'influence de la multiplicité des références théoriques en psychothérapie, et de la pluri-référence pour un grand nombre de psychologues, sur les représentations des patients : la référence forte et affirmée à une orientation serait-elle considérée comme suspecte ? Toutes les psychothérapies seraient-elles alors perçues comme équivalentes à force de perspectives intégratives ? En France, trois principales orientations psychothérapiques sont représentées clairement : psychanalytique, cognitive comportementale, et systémique. Il n'existe pas de ponts entre les différentes approches, sauf pour l'approche systémique qui a pu être articulée avec les deux autres orientations, ce qui laisse des repères très identifiés pour les patients. Par ailleurs, la psychanalyse au Québec serait considérée comme une cure « élitiste » réservée à la pratique

[1] « cognitive behaviorale » ; « existentielle humaniste » ; « psychodynamique analytique » ; « systémique interactionnelle » [3]

privée[1] (Passelande & Pelletier, 2007). Quelles conséquences ont ces représentations sur les demandes adressées à un analyste si le traitement analytique est à la fois considéré comme une psychothérapie « comme les autres » et à la fois une « cure élitiste » ?

A la perspective de l'influence du contexte culturel sur les pratiques analytiques peut être opposée le principe que l'analyste maintient sa position analytique quelle que soit la forme de la demande, des attentes, des pré-constructions du patient, et donc quel que soit le contexte culturel. Je ne pense pas que le contexte culturel empêche l'analyste de maintenir une position proprement analytique (bien que sa pratique peut-être simplement impossible dans des contextes géopolitiques extrêmes). Il me semble néanmoins raisonnable de penser que l'offre et la demande d'analyse soient modulées par l'influence d'un contexte culturel donné, ne serait-ce qu'à travers l'évolution des théoriques psychanalytiques comme cela a été largement développé. De plus, les contraintes contextuelles directes sur la pratique, comme par exemple les exigences de respect des règles établies par l'OPQ, ont des incidences dans la pratique, notamment des premiers entretiens. Il peut être opposé qu'un analyste peut renoncer au titre de psychologue pour garantir sa position. Certes, mais quand celui-ci est nécessaire à son exercice professionnel (notamment en institution) et que le « titre » de psychanalyste ne garantit une activité que dans les cercles initiés dans un contexte de remise en question de la méthode analytique, il me semble que le prix à payer est bien différent que dans un contexte favorable.

Il est bien entendu que la pratique psychanalytique n'est pas homogène, ni au Québec, ni en France, et que cette adaptation à un contexte culturel n'est que toute relative à la pratique d'un analyste construite au cours de son parcours singulier, et aux aménagements nécessaires du site analytique propres à chaque rencontre.

[1] Peu de demandes de cure au Québec (divan, plusieurs fois par semaine). Notons l'ouverture en 2007 d'une clinique psychanalytique de services subventionnés émanant de la SPM qui ouvre de nouvelles possibilités de cures en institution selon un coût minimal variable, notamment selon les ressources financières [4].

Seconde partie : COMPTE-RENDU DE RECHERCHE

V. PROBLEMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

La problématique de la présente étude doctorale trouve son origine dans la conjonction de mes observations cliniques, de mes intérêts théoriques et de l'expérience de ma recherche antérieure de DEA (Lachan, 2005). Débutant ma pratique professionnelle au moment de la construction de mon projet de recherche, l'intérêt pour la théorie, la technique et la pratique des premiers entretiens, s'est imposé de lui-même, au moment où je découvrais l'élaboration « in situ » de la décision thérapeutique. Le choix de la psychanalyse comme perspective théorique de recherche fait suite à mon choix professionnel. De plus, les résultats de la recherche antérieure de DEA ont porté mon attention sur les écarts qui peuvent exister entre les critères d'indication théoriques, et les fondements de la décision thérapeutique dans la pratique, reposant en partie sur des prédictions. Par ailleurs, la réalisation d'une partie de mes études universitaires en psychologie au Québec, m'a permis d'appréhender l'influence du contexte culturel sur les développements et la transmission des théories psychanalytiques, et par suite sur les pratiques cliniques. Le contexte particulier du Québec – francophone et entretenant des liens privilégiés avec la France, en même temps que baigné dans une culture anglo-saxonne – m'est alors apparu comme un terrain d'étude singulier et propice à l'exploration de l'influence du contexte culturel sur les pratiques cliniques.

Les premiers entretiens, en tant que moment inaugural et singulier du processus analytique, constituent un objet de recherche isolé du reste du processus (Lasvergnas, 1994). Malgré l'importance qui leur est prêtée (Dufresne, 1994), ils n'occupent qu'une place restreinte dans la littérature psychanalytique relativement à d'autres thèmes (Reid, 1994 ; Hanin, 1996 ; Roger, 2001 ; Reith et coll., 2012). Ils aboutissent à la décision réciproque entre l'analyste et le patient d'engager ou non un travail analytique. La mise en place du cadre est progressive, amenant possiblement la situation analytique à devenir situation analysante (Donnet, 2005). La difficulté majeure de ce temps particulier repose sur l'articulation entre la relation transférentielle qui s'ébauche dès le départ (Nacht, 1960 ; Parat, 1976 ; Etchegoyen, 1986/2005), et la possibilité d'un refus de l'analyste de s'engager avec le patient, inhérente à cette période (Donnet, 2005). En tout état de cause, le devenir analytique de la rencontre ne se dévoilera que dans l'après-coup (Baldacci, 2009). Le dilemme entre la place à laisser à l'investigation d'une part, et à l'installation du transfert d'autre part, n'est jamais totalement résolu (Baldacci & Bouchard, 1998). L' « attitude » et la technique de l'analyste

dépendent d'un ensemble de facteurs : sa personnalité, sa sensibilité théorico-clinique, son expérience, la transmission de ses analystes ou superviseurs, la singularité de chaque patient (Racker, 1948/1997 ; Glover, 1955/1958 ; Klauber, 1984 ; Fenichel, 1999 ; Urtubey, 2002 ; Quinodoz, 2002/2008). Chaque analyste est amené à développer, au cours de son expérience, sa propre pratique des premiers entretiens, s'adaptant de plus à la singularité d'une situation clinique donnée.

Le cheminement intérieur recouvre un grand nombre de processus psychiques de l'analyste au travail (Klauber, 1984 ; Urtubey, 2002). Ces derniers relèvent à la fois des trois niveaux topiques, et sont à la fois soumis aux trois instances psychiques. Ils tiennent tout autant du registre cognitif qu'affectif, à travers le ressenti de l'analyste, et prennent en compte les informations verbales et non-verbales du patient. De plus, ils sont autant de l'ordre de l'intuition que de l'élaboration secondarisée. La majorité des analystes s'accordent sur une certaine combinaison des deux niveaux d'élaboration, intuitif et secondarisé, utilisant des éléments conscients et inconscients, qui s'influencent mutuellement dans une dynamique construite à deux lors des premiers entretiens (Reik, 1935/2001 ; Fenichel, 1941/1999 ; Racker, 1948/1997 ; Glover, 1955/1958 ; Parat, 1976 ; Klauber, 1984 ; Lasvergnas, 1994 ; Godfrind, 1994 ; Fadda, 1995 ; Bonnet, 1996 ; Donnet, 2005). Le cheminement intérieur de l'analyste présente la particularité de prendre en compte la dimension inconsciente, autant de l'analyste que de l'analysé (Green, 1990/2010, 2007 ; Garate-Martinez, 1995). Il est la production de l'imbrication des ces deux inconscients en séance (Baranger & Baranger, 1961/1985 ; M'Uzan (de), 1976, 1978 et 1989 ; Baranger, 1993 ; Urtubey (de), 2002 ; Ogden, 2005). Selon la littérature, les analystes seraient partagés entre une exploration explicite plus ou moins systématisée, et un scénario toujours imprévisible des premiers entretiens. La recherche de non systématisation répond à la nécessité de préserver un espace à la surprise, afin de laisser émerger les processus inconscients et transférentiels, considérant que le nouage théorique des premiers entretiens peut amener à l'impasse (Reik, 1935/2001 ; Lasvergnas, 1994 ; Reid, 1994 ; Tanguay, 1994 ; Landman, 2009). Il semble néanmoins que chaque analyste – quelle que soit sa position « technique » par rapport aux premiers entretiens – élaborerait une *trame d'écoute* préétablie, restant plus ou moins implicite. Elle varierait notamment en fonction des références théoriques propres à chaque analyste, et se construirait au cours de l'expérience clinique (Reik, 1935/2001 ; Baranger, 1993 ; Lasvergnas, 1994 ; Tanguay, 1994b ; Fadda, 1995 ; Hanin, 1996 ; Urtubey, 2002 ; Nachin, 2004 ; Donnet, 2005 ; Green, 2007 ; Lauru, 2007). La différence entre les analystes tiendraient plus de la volonté ou non de laisser leur *trame d'écoute* à un niveau implicite, pour se prémunir du risque de

systématisation qui entraverait l'espace libre nécessaire à la surprise (Kosmadakis & Widlöcher, 2004). Le cheminement intérieur au cours des premiers entretiens se caractériserait de manière similaire chez les analystes peu et très expérimentés, quant à la place de l'approche descriptive et théorique, et quant à la prépondérance des faits cliniques présents plutôt qu'absents (qui auraient une fonction méthodologique en facilitant le raisonnement par la négative) (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Il semblerait que les attitudes des thérapeutes varieraient plus en fonction de l'expérience que des références théoriques (Widlöcher, 1997). Suivant les résultats de recherches antérieures, les analystes les plus expérimentés procèderaient selon un « système de pensée » plus associatif (entre les dimensions : relation thérapeutique, métacommunication du patient et approche théorique), que les moins expérimentés qui procèderaient de manière plus « clivée » entre les différentes dimensions (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Les impressions cliniques seraient particulièrement présentes lors des premiers entretiens et seraient une source d'intuitions cliniques éclairant l'élaboration de l'analyste (Reik, 1935/2001 ; Parat, 1976 ; Klauber, 1984 ; Guillaumin, 1998). Les résultats de recherches antérieures montrent que des prédictions seraient toujours à l'œuvre même implicitement, en continuelle évolution, elles serviraient d'hypothèses de travail soutenant l'élaboration de l'analyste (Von Benedek, 1983, 1989 ; Braconnier, 2002). Von Benedek (1983, 1989) montre que dès les premiers entretiens, l'analyste construit plus ou moins implicitement des prévisions initiales, une sorte de projet thérapeutique (anticipation, prévision, souhait par rapport au projet thérapeutique). L'éthique de l'engagement de l'analyste dans un travail implique en effet nécessairement une part prédictive : le patient pourra-t-il tirer un bénéfice du travail ? L'analyste supportera-t-il tous les aléas que cela implique ?

Les premiers entretiens croisent de multiples enjeux théoriques. La perspective choisie dans la présente étude consiste à interroger la façon dont ces enjeux s'articulent dans la pratique, pour aboutir à la décision thérapeutique. Entendue comme les potentialités d'une rencontre dans un espace commun de travail co-créé (Winnicott, 1971/2001 ; M'Uzan (de), 1976 ; Donnet, 1995/2002, 2005 ; Urtubey, 2002 ; Nachin, 2004), la décision thérapeutique renvoie ici à une question plus vaste que celle de *l'indication d'analyse* (comprise dans une acception restreinte aux capacités psychiques du patient d'accéder aux processus analytiques). L'évolution de la notion d'*indication d'analyse*, parallèlement à celle de contre-transfert, conduit en effet à prendre en compte les potentialités de la rencontre entre un analyste et un

patient particuliers. Le processus d'élaboration de la décision thérapeutique repose ainsi sur la mise à l'épreuve de la situation analytique avec ses enjeux transférentiels[1], au-delà d'une investigation s'appuyant sur des critères théoriques d'indication. L'exploration de la littérature montre que la décision thérapeutique, dans la pratique, est plus complexe et plus nuancée que les seuls critères théoriques préétablis, qui tendent à décrire une situation idéale (Green, 2006b). Dans les écarts entre la théorie et la pratique, dans ce que la théorie ne permet pas de comprendre de la clinique, se trouveraient les possibilités de créativité de l'analyste, et la garantie du respect éthique de l'altérité (Bokanowski, 1998 ; Donnet, 2005). Dans la pratique, l'éthique de l'analyste primerait sur la « technique », voire l'organiserait (Guillaumin, 1998). La décision thérapeutique dépendrait alors en partie des aménagements du cadre que l'analyste est prêt à mettre en œuvre, et de sa subjectivité. La subjectivité du clinicien, conjugué à la relative impossibilité de prévoir le développement du fonctionnement psychique du patient au cours du travail, rendent la décision thérapeutique difficilement objectivable, et ne pouvant se fonder en partie que sur des prévisions incertaines (Pontalis, 2001 ; Quinodoz, 2002/2008). Elle relèverait toujours d'un certain pari, que seule l'issue des entretiens ou du travail engagé éclairera.

Pour explorer les fondements de la décision thérapeutique dans la pratique, il convient alors de prendre en compte les éléments formulés par l'analyste comme intervenant explicitement dans l'élaboration de sa décision, comme les éléments qui apparaissent évalués lors des premiers entretiens, plus ou moins implicitement, et dont la participation implicite peut être interrogée. Il s'agit d'explorer la façon dont les recommandations théoriques sont articulées à la subjectivité de l'analyste au sein de la relation avec le patient dans la pratique, conduisant à une décision réciproque d'engager ou non un travail analytique. En effet, les thèmes issus des témoignages d'analystes de leur propre pratique, font une grande place à la subjectivité et à l'implication de l'analyste dans le processus de décision lui-même. Les recherches antérieures tendent à montrer une grande homogénéité des critères pour décider une indication indépendamment du nombre d'années d'expérience clinique (Braconnier, 2002 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Il semblerait que ce soit plus dans le maniement de la méthode que dans les critères d'indication en eux-mêmes que jouerait l'influence de l'expérience clinique. Les thèmes fondant leur décision sont multiples, et leur pondération varierait selon les analystes. Parmi ces thèmes, la formulation et la nature de la demande occupent une place centrale. Néanmoins, la présence d'une demande d'analyse,

[1] Suivant les développements de la conception freudienne du *traitement d'essai.*

faisant référence à un conflit psychique interne, n'est pas suffisante : non seulement car elle ne dit rien du projet inconscient, mais aussi car l'incapacité à formuler une telle demande peut justement être l'objet d'un travail analytique (Reid, 1994 ; Bouchard & Porte, 1998 ; Quinodoz, 2002/2008 Urtubey, 2002). Si l'intérêt ou la curiosité du patient pour son propre fonctionnement psychique apparaissent favorables aux possibilités d'un travail analytique, ils sont pris en compte en lien avec d'autres dimensions, comme les potentialités transférentielles ou à les qualités psychodynamiques (Tanguay, 1994b ; Fadda, 1995 ; Bokanowski, 1998 ; Urtubey, 2002 ; Donnet, 2005). La décision de s'engager repose aussi sur le désir de l'analyste et sa capacité à investir une personne particulière, ainsi que sur sa prévision de sa capacité à supporter les aléas de la relation avec un patient donné sur un temps souvent long (Mac Dougall, 1983 ; Fadda, 1995 ; Guillaumin, 1998 ; Quinodoz, 2002/2008 ; Urtubey, 2002, Nachin, 2004 ; Diatkine, 2006). La position contre-transférentielle peut être influencée par des éléments conscients, comme la dimension transférentielle du lien avec la personne qui adresse le patient (Urtubey, 2002). Il revient à l'analyste d'évaluer le « rapport entre les bénéfices et les risques » pour le patient d'engager un travail d'analyse (Guillaumin, 1998 ; Quinodoz, 2002/2008). Certains analystes défendent une position éthique, par rapport à cette délicate évaluation, selon laquelle ils doivent offrir la possibilité d'un travail même si les chances de succès sont limitées (Fadda, 1995 ; Bouchard & Porte, 1998). La relation transféro-contre-transférentielle, et ses potentialités, sont considérées comme déterminantes dans l'élaboration de la décision thérapeutique (Klauber, 1984 ; Hoffmann, 1985 ; Fadda, 1995 ; Quinodoz, 2002/2008 ; Urtubey, 2002 ; Chartier, 2006). Suivant les résultats de recherches antérieures, la référence à la relation thérapeutique est privilégiée, plutôt que la structure psychique, ou les événements de vie ou encore les symptômes (Kosmadakis et coll., 2004). De plus, « […] la relation thérapeutique ou les processus psychiques spécifiques engagés dans cette situation restent au premier plan dans l'esprit des thérapeutes. Ils sont la source d'informations essentielles, notamment sur l'apparition d'un possible transfert et sur la prise en compte de la structure psychique du patient » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004, p. 331-332). Par ailleurs, si une élaboration diagnostique se construit dès le départ, en restant plus ou moins implicite, il n'existerait pas de bijection entre un diagnostic et une indication dans la pratique (Cadet & Guillot, 1984). Le rôle du contre-transfert par rapport au fonctionnement psychique du patient semble compter plus que le diagnostic en lui-même, comme en témoignent les indications « héroïques » (Cadet & Guillot, 1984 ; Von Benedek, 1983, 1989 ; Fadda, 1995 ; Guillaumin, 1998 ; Braconnier, 20002 ; Urtubey, 2002 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004 ; Quinodoz, 2002/2008). Les

analystes auraient tendance à faire plus de place à leur perception du potentiel du patient qu'aux caractéristiques initialement observées (Leuzinger-Bohleber, 2007). L'espoir de l'analyste que le patient puisse bénéficier d'un travail d'analyse (Quinodoz, 2002/2008), expliquerait probablement en partie la tendance à privilégier les potentialités du patient.
Ainsi, l'ensemble des résultats de recherche tend à montrer que les fondements de la décision thérapeutique sont globalement partagés par les cliniciens, mais que leur pondération relative dépend de la subjectivité de l'analyste. De plus, il semble que les potentialités perçues par l'analyste aient plus de poids dans sa décision que les caractéristiques du patient, ou de la relation, évaluées initialement.

Par ailleurs, il n'existe pas à ma connaissance de recherche sur la clinique des premiers entretiens incluant l'étude dans des contextes culturels différents. Et peu de travaux traitent de l'influence du contexte culturel sur les pratiques cliniques psychanalytiques (David, 1997 ; Chamoun, 1998 ; Anzieu-Premmereur, 2006 ; Chervet, 2006 ; Donnet, 2006a ; Green, 2006a ; Jozef Perelberg, 2006). Or, considérant que les conditions de la pratique sont influencées par le contexte culturel (Donnet, 2006b), il me semble pertinent d'inclure cette dimension à la présente étude. Les représentations – en partie liées au contexte culturel – de la psychanalyse, autant chez l'analyste que chez le patient, ainsi que les contraintes contextuelles de sa pratique, me semble en effet pouvoir avoir des implications dans la pratique des premiers entretiens.
Les modalités d'implantation, de développements théoriques et d'institutionnalisations de la psychanalyse, diffèrent en France et au Québec du fait des particularités des contextes culturels, notamment liées à l'accessibilité de la langue et à la proximité géographique de la « psychanalyse anglo-saxonne ». L'implantation de la psychanalyse a suivi l'absorption par le médical en Amérique du Nord, et la voie littéraire en France (Turkle, 1978/1982 ; Zaretsky, 2004/2008). Le noyau du travail analytique repose plus fortement : selon le courant anglo-saxon sur les relations d'objet, élaboration du registre interpersonnel ; et selon le courant francophone sur les pulsions, élaboration du registre intrapsychique. Parallèlement à ces développements théoriques, la relation entre l'analyste et le patient est conçue différemment : soit dans l'idée d'une symétrie en Amérique du Nord, soit dans celle d'une asymétrie en lien avec la conceptualisation du « savoir de l'analyste » en France (Gibeault, 2001 ; Laplanche, 2001). L'idée d'une relation symétrique, conjointement aux données du contexte culturel nord-américain, peuvent tendre à la contractualisation de la relation comme celle entre un « client » et un « pourvoyeur de service », le « client » ayant alors un pouvoir de

« négociation » du cadre. Cette observation me fait parler d'un renversement de l'asymétrie au bénéfice du « client », en Amérique du Nord.

Le contexte nord-américain, comparativement au contexte français, favorise l'application de la psychanalyse comme une méthode psychothérapique qui peut être codifiée, et une pratique des premiers entretiens plus évaluative, visant des résultats thérapeutiques rapides et tangibles (Weinshell, 1979 ; Zaretsky, 2004/2008 ; Tessier, 2005). La concurrence des autres formes de psychothérapies, bien plus développée au Québec qu'en France, contraint en effet les analystes à défendre leur pratique sur des critères communs, comme la scientificité ou les preuves d'efficacité. Le remboursement du traitement analytique – en tant que psychothérapie – qui peut se pratiquer au Québec, implique un certain nombre de contraintes qui peuvent influer directement sur la pratique des premiers entretiens (Anzieu-Premmereur, 2000 ; Kernberg, 2001). Néanmoins, la généralisation de la pratique des psychothérapies psychanalytiques par rapport aux « cures-types » ne semble pas réserver à l'Amérique du Nord (Chervet, 2006 ; Green, 2006a ; Jozef Perelberg, 2006). Il semble que ce soit dans le statut de la psychothérapie analytique que les divergences persistent : en tant que travail analytique spécifique de la pratique de l'analyste en France, ou acceptée en tant qu'application « dérivée » de la psychanalyse comme cela peut être le cas en Amérique du Nord (Anzieu-Premmereur, 2006). En effet, au Québec des instituts de formation à la psychothérapie analytique, sans formation analytique par ailleurs, ont été créés de façon contemporaine à l'introduction de la psychanalyse (Pongis-Khandjian, 2001 ; Vigneault, 2001). De plus, la valorisation de l'éclectisme dans la formation et la pratique professionnelle des psychologues, conduit à des pratiques psychothérapiques intégrant différentes orientations théoriques. En France, le statut de la psychothérapie analytique est toujours l'objet de débats, et elle n'est généralement admise que lorsqu'elle est pratiquée par un analyste.

Les facteurs socioculturels viennent faciliter ou inhiber l'entreprise psychanalytique d'un sujet, l'offre d'analyse module la demande de la même façon que la demande en module l'offre réciproquement (Donnet, 1995/2002). Les représentations qu'a l'analyste du travail analytique varient en fonction du contexte culturel dans lequel il évolue. Le cadre varie en effet en fonction des époques et des contextes géographiques (Etchegoyen, 1986/2005 ; Nachin, 2004 ; Donnet, 2005 ; Anzieu-Premmereur, 2006 ; Green, 2006a ; Jozef Perelberg, 2006). L'offre d'analyse est conditionnée par les aménagements du cadre que l'analyste est prêt à mettre en œuvre, la limite étant une adaptation de sa pratique qui ne serait plus cohérente avec sa « position d'analyste » (ou plus précisément la représentation qu'il en a). Or la représentation de ce que devrait être la « position d'analyste » est liée à l'identité

professionnelle de chaque clinicien, qui est influencée en partie par des facteurs socio-culturels (Joseph & Widlöcher, 1979). En France l'identité de psychanalyste est toujours valorisée, et trouve un ancrage commun dans la métapsychologie freudienne. Il semble qu'au Québec, les cliniciens démontrent une certaine « réticence » à s'identifier comme psychanalyste, ce qui peut induire une confusion entre le travail proprement analytique et l'orientation psychodynamique (Beaudry, 2001 ; Ducharme, 2005 ; Passelande & Pelletier, 2007). Le statut de psychologue psychothérapeute y est valorisé, alors que celui de psychanalyste est moins orné de prestige qu'en France. Les représentations de la psychanalyse dans un contexte culturel donné ont des implications chez le patient dans l'avant de la rencontre (Bouchard & Porte, 1998). Elles jouent en effet sur le matériel apporté à l'analyste en séance (Turkle, 1978/1982), et très probablement sur les formes de demandes qui peuvent être adressées à l'analyste. La présente étude, en l'absence de résultats de recherches antérieures, explore les implications de ces représentations sur la clinique des premiers entretiens.

Les psychanalystes privilégient deux modèles de recherche quant aux pratiques cliniques : le modèle « scientifique universitaire », plus répandu parmi les chercheurs anglo-saxons, quantitatif et qualitatif, visant l'élaboration de théories définissant une technique applicable dans la pratique ; et le modèle « artistique » – c'est-à-dire de recherche théorico-clinique proprement psychanalytique – s'appuyant sur l'étude de cas par le psychanalyste traitant, et visant à élaborer une théorie à partir de la clinique (Bergeret, 1987). Entre ces deux modèles, des analystes proposent de réaliser des recherches « systématisées » à partir du discours de l'analyste sur sa pratique, c'est-à-dire en l'utilisant comme observateur interne témoignant de son expérience clinique au chercheur. Il s'agit des travaux du groupe de recherche de la Salpêtrière (service du Pr Allilaire), initiés par Widlöcher (Von Benedek, 1983, 1989 ; Rappard, 1993 ; Braconnier, 2002 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). C'est dans cette dernière perspective que s'inscrit la présente étude doctorale. Elle n'est pas une recherche psychanalytique mais sur la psychanalyse (Emmanuelli et Perron, 2007). Elle respecte autant que possible les spécificités de la méthode analytique, en partant du discours de l'analyste sur sa pratique, et non pas en essayant de la « modéliser » par des outils « extérieurs ».

A ma connaissance, il existe relativement peu de travaux sur les processus psychiques du psychanalyste, et parmi ceux-ci rares sont ceux qui s'y intéressent dans la pratique clinique. Ce sont presque exclusivement des études réalisées par l'analyste lui-même (Reik, 1935/2001

et 1948/2002 ; M'Uzan (de), 1978 et 1989 ; Urtubey (de), 1994, 2002, 2006 ; Jacobs, 1993 ; Ogden, 2005 ; Dispaux, 2007 ; Quinodoz, 2002/2008). Il me semble qu'en partant du discours de l'analyste sur son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, en l'invitant à associer (c'est-à-dire en soutenant sa propre forme d'élaboration psychique), il est possible de mettre en lumière la *trame d'écoute* sous-tendant l'élaboration de la décision, construite plus ou moins implicitement. Cette perspective s'inscrit dans la suite des travaux de la Salpêtrière sus-cités. Quant au processus d'élaboration de la décision thérapeutique au cours des premiers entretiens, dans le champ psychanalytique, il est peu étudié dans la pratique clinique (Von Benedek, 1989 ; Hanin, 1996 ; Chaltiel, 1998). Or l'expérience des premiers entretiens, qui conduit à une décision, met en jeu un ensemble de dimensions au-delà des recommandations théoriques, qui ne traduisent pas ce que la demande d'une personne donnée peut susciter chez l'analyste qui l'écoute. Il m'apparaît ainsi pertinent d'étudier la pratique clinique du processus de décision thérapeutique, en tenant compte à la fois de l'élaboration secondarisée s'appuyant sur la théorie, et à la fois de la dimension subjective. Enfin, à ma connaissance, il n'existe pas de recherche sur la clinique des premiers entretiens la mettant en perspective dans des contextes culturels différents.

La présente étude doctorale s'inscrit dans une démarche exploratoire et descriptive, s'appuyant sur le discours de l'analyste, observateur interne de la situation analytique. Suivant les travaux du groupe de la Salpêtrière, elle se base sur le discours du clinicien au moment des premiers entretiens, c'est-à-dire dans l'avant-coup du destin que prendra la rencontre entre un analyste et un patient donnés, en procédant à une analyse thématique qualitative du discours. *Elle vise à explorer le processus d'élaboration de la décision thérapeutique de l'analyste* dans la pratique clinique, en rendant compte autant que possible des parts explicites et implicites de son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens. Plus spécifiquement, elle cherche à mettre en lumière : l'existence d'une *trame d'écoute* spécifique aux premiers entretiens, préétablie plus ou moins implicitement ; les caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste dans ce moment particulier ; et les fondements de la décision thérapeutique *du côté de l'analyste*, c'est-à-dire la décision de proposer de s'engager dans un travail analytique avec un patient donné. De plus, par un apport original, elle interroge l'influence du contexte culturel, en France ou au Québec, sur la pratique des premiers entretiens.

L'examen de la littérature et des résultats des recherches antérieures, rappelés ci-dessus, m'amène à porter une attention particulière à l'exploration de certaines dimensions, et à préciser certaines questions de recherche :

- Si la littérature montre que l'évaluation diagnostique est considérée de façon variable, entre une évaluation indispensable ou une démarche néfaste à la mise en place de la situation analytique, les résultats de recherches antérieures soutiennent que des hypothèses de travail quant au diagnostic sont toujours à l'œuvre, même si elles demeurent implicites (Von Benedek, 1983, 1989 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004). Remises en question continuellement et formulées avec précaution, ces hypothèses semblent soutenir l'élaboration de l'analyste. *Quelle est la place de l'investigation diagnostique dans la trame d'écoute des* premiers entretiens ?

- Le modèle théorique de la névrose exercerait une influence du fait de la prédominance dudit modèle dans la théorie, mais aussi du fait de la tendance de l'analyste à projeter son propre fonctionnement sur l'évaluation, et ce de façon plus prégnante en début de traitement et chez les cliniciens peu expérimentés (Anzieu 1983a ; Lasvergnas, 1994 ; Reid, 1994 ; Urtubey, 2002). Le modèle théorique de la névrose influence-t-*il la trame d'écoute de façon plus* importante chez les cliniciens peu expérimentés que très expérimentés ?

- Soutenir l'existence d'une *trame d'écoute* préétablie sous-tend la question de la place accordée respectivement à l'intuition et la compréhension secondarisée, ainsi que de leur articulation au cours des premiers entretiens. *Quelle place est laissée à l'intuition et à l'élaboration secondarisée dans l'élaboration de la décision thérapeutique* ?

- Considérant les résultats des recherches antérieures tendant à montrer une grande homogénéité des critères d'indications, mais une variation dans la qualité associative du cheminement intérieur en fonction du nombre d'années d'expérience clinique. Quelle est *l'influence du nombre d'années d'expérience clinique sur le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens* ?

- Les résultats des recherches antérieures tendent à montrer que la contre-attitude de l'analyste est projetée sur son évaluation (Von Benedek, 1989). Impliquant que la décision thérapeutique est en partie fondée sur l' « examen subjectif de ce que l'analyste ressent de l'attitude de son patient » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004). Comment la dimension contre-transférentielle influence-t-*elle l'élaborat*ion de la décision thérapeutique ?

La présente étude doctorale propose ainsi une synthèse des apports théoriques et des résultats de recherche sur la clinique des premiers entretiens. Elle traite un thème relativement peu étudié, d'autant plus dans la pratique clinique. Elle s'inscrit dans une perspective méthodologique peu répandue – comparativement aux modèles « scientifique universitaire » et « artistique » des recherches en psychanalyse – utilisant l'analyste comme observateur interne de la situation analytique. Enfin, elle propose de façon originale de mettre en perspective l'étude de la clinique des premiers entretiens dans deux contextes culturels : en France et au Québec.

VI. METHODOLOGIE

Je propose dans ce chapitre un compte-rendu, aussi fidèle et précis que possible, du protocole de recherche, qui s'inscrit dans une démarche exploratoire, descriptive et qualitative. Les critères d'inclusion des participants répondent aux objectifs de recherche développés précédemment. Le recrutement a constitué, notamment en France, une phase délicate dont les différentes étapes et méthodes suivies sont exposées. J'explicite ensuite les raisons d'inclusion ou d'exclusion des entretiens de recherche dans l'échantillon de l'étude, et présente les caractéristiques de ceux-ci et des participants. L'entretien de recherche enregistré semi-directif a été retenu comme outil de recueil des données. La construction du guide d'entretien repose sur l'analyse de quatre entretiens exploratoires, sur les résultats des recherches antérieures et sur la littérature psychanalytique. Enfin, après avoir développé le déroulement de l'étude, je décris la méthode de traitement des données retenue, en explicitant en quoi elle m'est apparue la mieux adaptée à l'objet d'étude.

VI.1. Population

VI.1.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des participants – suivant le choix de la présente étude de décrire un paysage de pratiques analytiques variées – étaient : être diplômé en psychologie ou en psychiatrie ; suivre ou avoir suivi une formation à la psychanalyse ; avoir une pratique clinique de psychothérapie psychanalytique ou de psychanalyse, en libéral ou en institution, et en France ou au Québec. Notons que la nationalité du participant, de même que le pays où il a effectué ses études universitaires ou sa formation psychanalytique, ne constituent pas des critères de sélection. En effet, posant comme hypothèse de travail que le lieu d'exercice pourrait influencer les pratiques cliniques – du fait de l'adaptation au contexte culturel – et que les influences théorico-cliniques des analystes sont multiples, y compris dans le même pays, je n'ai pas considéré comme pertinent de limiter l'inclusion aux français pratiquant en France et aux québécois pratiquant au Québec. Il a été décidé de ne pas limiter la formation à une ou plusieurs écoles psychanalytiques, considérant les parcours possibles multiples, y compris « hors les murs ». J'entends par « formé à la psychanalyse », le fait de bénéficier : d'un travail d'analyse personnelle, de supervisions (d'analyse ou de psychothérapie

analytique, avec un superviseur psychanalyste) ; de connaissances théoriques psychanalytiques (université, séminaires, colloques/congrès, groupes de lecture). J'insiste sur la volonté dans la présente étude d'inclure des participants à différents moments du parcours de formation psychanalytique. De même, il n'y a pas de critère de nombre d'années d'expérience clinique, j'ai essayé autant que possible de recruter des participants avec des degrés d'expérience clinique variés.

De plus, les critères d'inclusion concernent le temps de la rencontre avec un nouveau patient : l'entretien de recherche devait avoir lieu au moment où un nouveau patient a été reçu entre deux et cinq fois, suivant le critère utilisé dans des recherches antérieures (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Par ailleurs, l'étude de Kosmadakis et collaborateurs (2004) incluait toutes les pathologies des cas à l'exclusion des patients psychotiques. Dans la présente recherche, ce critère n'est pas retenu car la décision thérapeutique considérée est relative au travail psychanalytique, entendu dans ses indications étendues avec des aménagements du cadre par rapport à la « cure-type ». La littérature tend en effet à montrer que le diagnostic structurel n'a pas d'implication directe avec l'indication (voir chapitre III), il ne me semblait ainsi pas devoir constituer un critère d'inclusion ou d'exclusion des situations cliniques rapportées par les analystes.

VI.1.2. Recrutement

Le recrutement s'est déroulé au Québec sur une période d'un mois, au cours d'un stage de recherche au sein du laboratoire de recherche en santé mentale de l'Université du Québec à Trois-Rivières ; et en France sur une période de deux ans, essentiellement du fait des difficultés de recrutement. Les participants ont été sollicités avec la recommandation d'un tiers ou directement, et ce en prenant contact avec eux : par courrier électronique ; par courrier ; par téléphone ; ou directement (lieux de travail, congrès, groupes de travail). Le tableau n°1 restitue l'ensemble des données relatives à cette étape de l'étude. De plus une analyste, qui a refusé de participer, a proposé d'afficher la sollicitation à la recherche dans son institut de psychanalyse, ce qui n'a produit aucun retour. Les coordonnées des participants potentiels sont issues : d'intermédiaires proposant une personne de leur connaissance ; de la liste de l'Ordre des psychologues du Québec ; des listes publiées d'associations psychanalytiques en France. La voie électronique a été privilégiée pour des raisons pratiques,

notamment au Québec où la durée du stage de recherche, d'un mois seulement, m'a amenée à n'utiliser que les courriels et le téléphone.

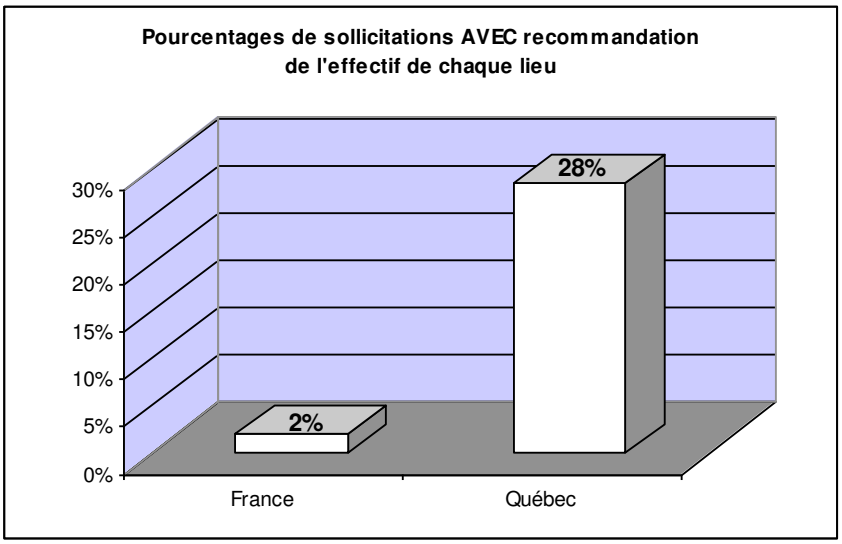
La présentation de la sollicitation à participer a été aménagée en France face à la difficulté de recruter des participants. Au Québec, l'aspect recherche sur les pratiques n'était pas apparu comme un élément susceptible de freiner la participation. En France, il a en effet été décidé au cours du recrutement de mettre en avant l'aspect de recueil du témoignage du clinicien sur son expérience des premiers entretiens avec un nouveau patient, plutôt que la formulation « processus d'indication de travail analytique » qui a suscité des arguments de défense, supposant qu'une partie des analystes en France étaient réticents à la notion d'indication ou à une recherche sur leur pratique.

Tableau n°1 : Issues des sollicitations à participer à la recherche en France et au Québec

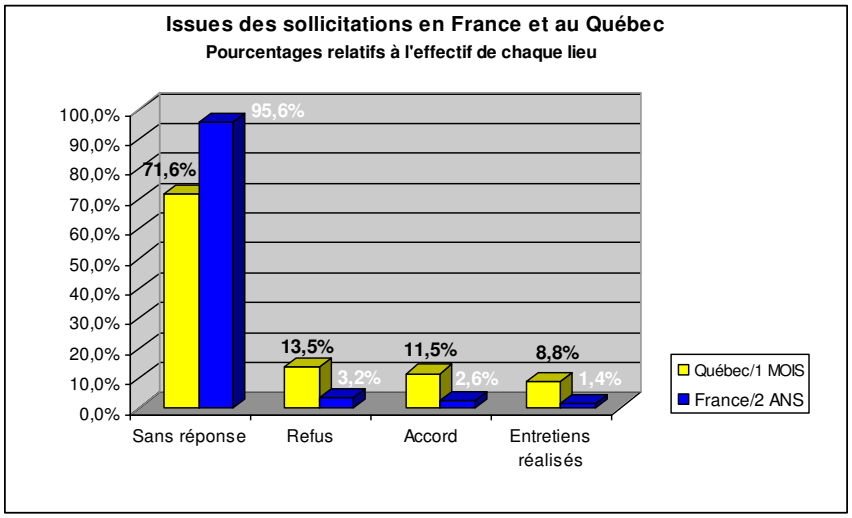
Mode de sollicitation	Lieu	Nombre de sollicitations	Sans réponse	Refus	Accord[1]	Autre	Nombre d'entretiens de recherche
Courrier électronique sans recommandation	France	272	257	7	5	3 (échecs envoi)	2
	Québec	106	92	5	5	4 (échecs envoi)	5
	Sous-total	378	349	12	10	7	7
Courrier électronique avec recommandation	France	3	2	0	1	0	0
	Québec	6	0	0	6	0	5
	Sous-total	9	2	0	7	0	5
Courrier sans recommandation	France	206	206	0	0	0	0
	Québec	0	0	0	0	0	0
	Sous-total	206	0	0	0	0	0
Courrier avec recommandation	France	6	2	2	2	0	2
	Québec	0	0	0	0	0	0
	Sous-total	6	2	2	2	0	2
Téléphone avec recommandation	France	1	0	0	1	0	1
	Québec	34	14	13	6	1 (n° hors service)	3
	Sous-total	35	14	13	7	1	4
Directement sans recommandation (collègues, congrès, groupes de travail, …)	France	11	0	7	4	0	2
	Québec	0	0	0	0	0	0
	Sous-total	11	0	7	4	0	2
Directement avec recommandation (université, lieu de travail commun)	France	0	0	0	0	0	0
	Québec	2	0	2	0	0	0
	Sous-total	2	0	2	0	0	0
Tous modes de sollicitation	**France**	**499**	**467**	**16**	**13**	**3**	**7**
	Québec	**148**	**106**	**20**	**17**	**5**	**13**
	TOTAUX	**647**	**573**	**36**	**30**	**8**	**20**

[1] Les « accords » formulés par les cliniciens sollicités n'ont pas tous abouti. Au Québec, sur le temps court de recrutement (un mois), les cliniciens n'avaient pas reçu de nouveau patient. En France, il s'agit de « perte » de participants, sans que je dispose d'informations pour l'expliquer.

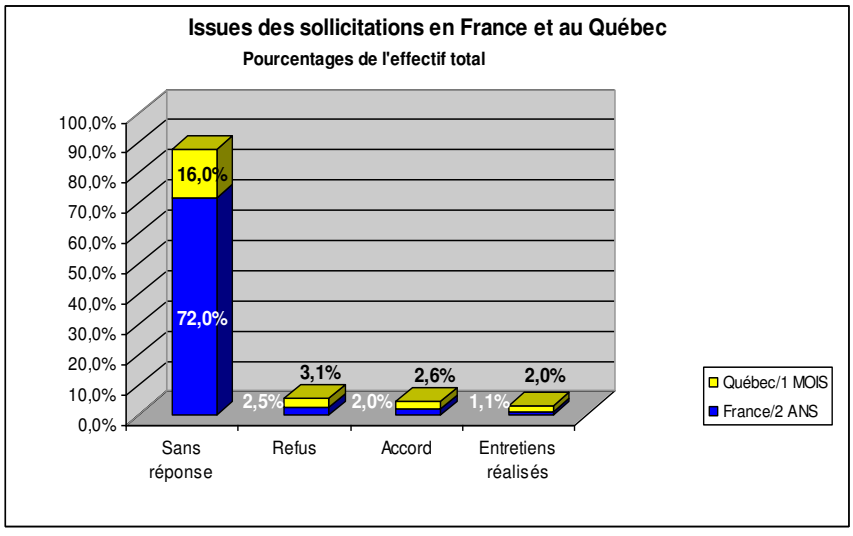
Graphique n°1 :



Graphique n°2 :



Graphique n°3 :



D'une manière générale, la présentation de la recherche à des intermédiaires potentiels a généré plus d'intérêt, et plus de propositions de personnes susceptibles d'être intéressées au Québec qu'en France (voir le graphique n°1).

Deux entretiens préalables ont été demandés en France, un au Québec, avant de donner l'accord final de participation à la recherche. D'autres formes de réponse sont apparues comme des alternatives à la participation par l'entretien de recherche : un entretien informel pour deux participants témoignant de leur grand intérêt pour le thème de recherche (deux psychanalystes québécois pratiquant en France depuis plusieurs dizaines d'années) ; une invitation à assister à un séminaire clinique où la question des premiers entretiens est traitée de façon centrale.

Malgré le temps limité de recrutement au Québec, j'ai pu finalement réaliser 13 entretiens de recherche, et 7 en France malgré les difficultés de recrutement. Les sollicitations restées sans réponse sont proportionnellement plus nombreuses en France qu'au Québec (voir graphique n°2). Globalement, le nombre d'entretiens réalisés représente 3,1 % de l'effectif total sollicité (voir graphique n°3).

Les refus de participer (voir tableau n°2) ne sont pas justifiés pour un tiers d'entre eux, un autre tiers incombe au manque de temps ou au fait de ne pas recevoir de nouveau patient. Je note qu'une personne exprime sa difficulté à l'idée d'être interrogée sur des questions « techniques » et d'être enregistrée, et que quatre motifs de refus semblent, plus ou moins directement, témoigner de réticences à participer.

Tableau n°2 : Motifs exprimés de refus de participer en France et au Québec

Motifs exprimés du refus de participer	FRANCE	QUEBEC	TOTAUX
Sans justification	6	6	12
Pas de temps, surcharge de travail	3	3	6
Ne prend pas de nouveau patient	0	7	7
Pas de pratique de psychothérapie, seulement expertise médico-légale	0	2	2
Pas de participation directe mais proposition de rencontre car intérêt pour le thème de recherche (Sur 3 en France, 2 étaient québécois)	3	0	3
Mal à l'aise de répondre à des questions « techniques » et à être enregistré	0	1	1
Car se considère seulement d'orientation psychanalytique mais pas de pratique de psychanalyse	1	0	1
Autre : « La pratique chez moi ?! » ; « Je traite ce sujet » ; « Mon institution n'est pas en position de répondre » ; « Je ne suis vraiment pas inspirée par le thème, pas d'intérêt de comparaison culturelle un analyste travaille comme un analyste quel que soit le contexte culturel »	3	1	4
TOTAUX	16	20	36

Par ailleurs, il apparaît qu'un tiers des accords n'ont pas abouti à la réalisation d'un entretien de recherche, sans pouvoir l'expliquer pour cinq d'entre eux qui n'ont pas donné suite (voir tableau n°3). La « perte » de participants, c'est-à-dire des accords pour participer restés sans suite et sans justification, ne correspond qu'à des analystes pratiquant en France.

Tableau n°3 : Motifs de non réalisation d'entretien après accord pour participer en France et au Québec

Motifs de non réalisation d'entretien après accord pour participer	FRANCE	QUEBEC	TOTAUX
Après précision des critères d'inclusion ne rentre pas dans l'échantillon (Pratique de consultation d'orientation seulement ; Orientation cognitive comportementale ; Seulement un entretien avec un nouveau patient)	1	3	4
Pas possibilité de libérer du temps finalement	0	1	1
Après un accord, ne donne plus de nouvelle malgré des relances	5	0	5
TOTAUX	6	4	10

VI.1.3. Echantillon de l'étude

Des 20 entretiens de recherche réalisés – 7 en France et 13 au Québec – 5 ont été exclus de l'échantillon, tous effectués au Québec. Leurs caractéristiques ne leur permettaient en effet pas de répondre aux critères d'inclusion : pour l'un il s'agissait du cas d'un patient vu il y a plusieurs mois ; pour un autre il a refusé de parler d'un patient en particulier mais seulement des cas en général, et présentait une pratique mixte behaviorale et analytique ; pour les trois derniers soit leur pratique est définie par les participants eux-mêmes comme « pas psychanalytique orthodoxe » et « non analytique pure », soit la référence théorique était junguienne. J'ai en effet choisi d'exclure les analystes se référant principalement aux théories de Jung ou d'Adler car celles-ci ont été construites explicitement en rupture avec les positions de Freud. Jung et Adler ont nommé respectivement leurs théories – « psychologie analytique » et « psychologie individuelle » – pour s'en démarquer, et souligner leurs désaccords avec une partie des principes fondateurs de la théorie freudienne. J'ai donc limité l'inclusion dans l'échantillon d'étude aux cliniciens pratiquant la psychothérapie psychanalytique et la psychanalyse, se référant à la méthode psychanalytique développée par Freud, considérant une certaine communauté de références théoriques dans leurs pratiques (Joseph & Widlöcher, 1979 ; Green, 2006b). Par ailleurs, un des participants français ne présentait pas de formation initiale en psychiatrie et en psychologie. Néanmoins, il a été

décidé de l'inclure dans l'échantillon du fait de sa formation psychanalytique dans une société française reconnue, et du fait de son expérience clinique solide.

Les caractéristiques des 15 entretiens de recherche inclus dans l'échantillon sont présentées dans le tableau n°4 ci-dessous. Les cliniciens avaient tous reçu au moment de l'entretien de recherche un nouveau patient entre 2 et 5 fois. Les situations cliniques présentées sont issues pour 12 d'entre elles d'une pratique en libéral – dont 3 émanant d'une orientation par un programme d'aide aux employés (PAE[1]) – et 3 d'une pratique institutionnelle où une évaluation d'accueil précède l'orientation vers le clinicien. Il ne s'agit donc que d'entretiens avec l'analyste qui conduira possiblement le travail analytique à venir. Même quand ces entretiens ont été précédés par une évaluation d'accueil – pour les trois situations cliniques en institution – il existe toujours un droit de veto qui laisse toute la place à la décision thérapeutique de l'analyste (Donnet, 1994). Suivant une évaluation préalable, ils correspondaient donc bien eux aussi au « moment des premiers entretiens », objet d'étude de la présente recherche.

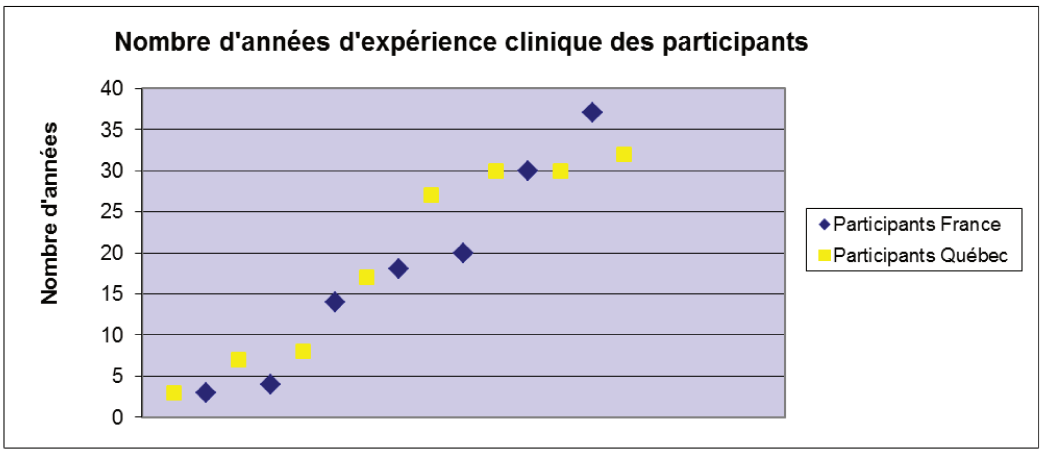
Tableau n°4 : Caractéristiques des 15 entretiens de recherche inclus dans l'échantillon

Entretien de recherche		**Nombre de 1ers entretiens**	**Libéral ou institution/ Eléments de contexte**	**Issue des premiers entretiens**
QUEBEC	Mme Tremblay	4	Libéral/PAE	Travail analytique engagé
	Mme Gagnon	3	Institutionnel	Travail analytique engagé
	Mr Roy	2	Libéral	Travail analytique engagé
	Mme Côté	3	Libéral/PAE	Entretiens préliminaires
	Mme Richard	2	Institutionnel (Internat en psychologie supervisé)	Travail analytique engagé
	Mr Bouchard	2	Libéral	Travail analytique engagé
	Mr Gauthier	3	Libéral/PAE	« Pré-psychothérapie analytique »
	Mr Morin	3	Libéral	Travail analytique engagé
FRANCE	Mr Martin	3	Libéral	Travail analytique engagé
	Mme Bernard	5	Institutionnel (Cadre d'une supervision)	Travail analytique engagé
	Mme Dubois	2	Libéral	Travail analytique engagé
	Mme Thomas	5	Libéral	Travail analytique engagé
	Mme Robert	2	Libéral	Indication d'analyse différée
	Mr Gomez	3	Libéral	Travail analytique engagé
	Mr Garcia	4	Libéral	Contre-indication

[1] PAE : programme d'aide aux employés (assurance privée remboursant un nombre limité de séances de psychothérapie par an)

Les 15 participants dont les entretiens de recherche sont inclus dans l'échantillon, présentent un nombre d'années d'expérience clinique qui varie de 3 à 37 ans, de façon quasi linéaire (voir graphique n°4 ci-dessous). Ils pratiquent en France pour 7 d'entre eux, et au Québec pour les 8 autres. La nationalité n'était pas un critère de sélection, ainsi les participants sont français et canadiens, mais aussi sud-américains pour deux d'entre eux. Les caractéristiques détaillées pour chaque participant sont présentées en annexe (voir en annexe, tableau n°5, p. 365).

Graphique n°4 :



VI.2. Objets d'étude et outils

Il s'agissait dans la présente recherche d'examiner le discours de l'analyste qui témoigne de son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, entre deux et cinq, avec un nouveau patient ; et la façon dont il élabore la décision de s'engager ou non dans un travail analytique avec lui. L'entretien de recherche est le mieux indiqué lorsque l'objectif est de faire une place de premier plan à l'expérience vécue et au cheminement de pensée du participant. Cherchant à recueillir un témoignage sur des pratiques cliniques, et à faire émerger les parts explicites et implicites de la *trame d'écoute* du clinicien, en partie préconsciente, cet outil apparaissait en effet le mieux adapté à l'objet d'étude.

Afin de construire le guide d'entretien, quatre entretiens de recherche exploratoires ont été réalisés. Ces derniers ont été effectués auprès de quatre cliniciens, dont les caractéristiques sont présentées en annexe (voir en annexe, tableau n°6, p. 368). Ils étaient : psychologues diplômés ; en cours de formation psychanalytique ; ayant entre quatre et huit ans d'expérience clinique, en pratique institutionnelle en France pour trois et en mission à l'étranger pour un ; trois de nationalité française et italienne pour un. Ils ont été recrutés directement au sein de mes connaissances professionnelles en France. Au moment de la réalisation des entretiens exploratoires, les participants avaient reçu un nouveau patient entre une et quatre fois, ou encore la psychothérapie était achevée dans un cas.

Les entretiens exploratoires ont traité, de façon non-directive, la question générale de recherche au sujet d'une situation clinique en particulier. Il était demandé au participant de témoigner de la façon dont il élabore la décision de prise en charge, au sujet d'un patient vu récemment de préférence. Une place était laissée aux échanges entre le chercheur et le participant sur leur conception des premiers entretiens. En effet, ces entretiens visaient l'exploration du thème et non pas la standardisation. Il est remarquable que les participants des entretiens exploratoires aient choisi des situations cliniques délicates, où l'indication de psychothérapie analytique ne leur semblait pas évidente.

La construction du guide d'entretien (voir annexe III. p. 369) découle des résultats des entretiens exploratoires et de la prise en compte de ceux des recherches antérieures (Von Benedek, 1989 ; Rappard, 1993 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Ainsi, l'analyse des thèmes abordés par les participants dans les entretiens exploratoires, croisée avec celle des thèmes issus des questionnaires des recherches antérieures et de la littérature, a abouti à l'ensemble des thèmes retenus pour le guide d'entretien de la présente étude. Globalement ils se recoupent, et c'est plutôt sur la forme du guide que les entretiens exploratoires ont été déterminants.

En effet, comme dans les recherches antérieures (Von Benedek, 1989 ; Rappard, 1993 ; Hanin, 1996 ; Chaltiel, 1998), les entretiens exploratoires ont montré la difficulté pour les participants à faire part de leur propre pratique au chercheur. Ainsi, j'ai choisi de ne pas retenir des questions techniques, précises ou fermées, qui peuvent bloquer le participant, mais des questions ouvertes avec des relances si nécessaire pour faciliter le discours. Une partie de l'élaboration reste implicite, comme le montre une des participantes aux entretiens de recherche exploratoires : « *[…] je crois que même quand c'est moins évident il y a une part implicite, c'est*-à-dire que dans les premiers entretiens, on ne sait pas trop pourquoi, on *s'engage avec un patient ou pas, mais ça se passe, comme tu dis, avec certains patients on*

fait de la consultation et puis à un moment on se rend compte qu'ils sont passés à autre chos*e, qu'ils ont accès à autre chose, et qu'ils s'engagent eux aussi dans autre* chose, un autre type de travail ». Pour favoriser l'expression du cheminement intérieur du clinicien, le guide a été construit en deux parties. La première propose la consigne générale de recherche de façon non-directive en invitant le participant à y répondre comme cela lui vient spontanément : « *L'entretien va se dérouler en deux temps* : dans la première partie je vais *vous proposer d'associer autour d'une question générale, et d*ans la seconde partie nous approfondirons ensemble certains aspects. Pouvez-vous me parler des premiers entretiens avec un patient que vous avez vu entre 2 et 5 fois, et de ce qui vous a amené(e) à penser à un travail analytique avec vous ? » (Voir annexe III. p. 369). Dans une deuxième partie, le guide approfondit les dimensions susceptibles d'être incluses dans les premiers entretiens, et interroge les relations que le participant évalue entre elles et l'élaboration de sa décision thérapeutique. Il peut être demandé au participant d'étayer ses réponses avec des éléments des premiers entretiens, afin d'éviter la généralisation et de centrer le discours sur la pratique des premiers entretiens avec un patient particulier. Puis le guide d'entretien revient à la question générale de recherche afin de voir si, à la suite de la remémoration des premiers entretiens à travers l'exploration des thèmes, d'autres éléments adviennent. Enfin, des informations sur le parcours de formation analytique et l'expérience clinique du participant sont explorées. J'ai ajouté à la fin du guide des questions sur les impressions du participant par rapport à l'entretien de recherche, suivant les suggestions de Von Benedek (1989) : « Comment avez-vous choisi le patient ? Pourquoi avoir choisi ce cas là en particulier ? » ; « *Qu'avez*-vous *pensé de l'entretien* ? » ; « Comment vous êtes-vous senti(e) pendant cet entretien ? » ; « Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? » (Voir annexe III. p. 369). Il s'agit à la fois de laisser la place aux associations du participant, de les favoriser même, mais aussi de suivre un canevas identique pour l'ensemble des participants, dans la deuxième partie, afin de pouvoir évaluer les divergences et les convergences de leurs pratiques.

L'effet même de faire part à un tiers d'une élaboration qui reste en partie préconsciente en favorise l'expression, mais soulève aussi la difficulté de s'exposer à l'autre : « explicitant ce qui n'était encore qu'implicite, s'expliquant sur ce qui jusqu'ici allait de soi, extériorisant ce qui était intériorisé, l'interviewé passe de l'insu au dit et s'expose, au double sens du terme, se posant à la fois hors de lui-même et en vis-à-vis » (Blanchet & Gotman, 1992/2006, p. 29). Il y a une part d'intime dans ce qui se vit psychiquement et affectivement en séance, comme en témoigne une participante aux entretiens de recherche exploratoires : « c*'est l'intimité de la relation, c'est la difficulté de mettre en lien des choses, finalement c'est la difficulté de faire*

partager, de mettre en mots des choses que tu penses seule avec toi-même, ou que tu peux *écrire, par exemple moi j'écris, j'élabore de manière assez grossière en écrivant c'est ce qui me permet moi de faire quelques liens, mais c'est difficile de réfléchir et de mettre e*n lien en *même temps que je te parle, c'est des choses que j'ai […] dans ma tête j'ai pensé, mais c'est que moi et moi si tu veux.[…] Et ce s*ont des choses qui sont floues ». Le sentiment que « ça échappe » est aussi évoqué, « p*arce qu'on se sent comme ça,* en position de rendre compte de *sa pratique, et puis aussi des moments où l'on est soi, ça nous échappe aussi, il y a toute une* part qui nous écha*ppe, donc c'est difficile aussi* ». La dimension « intime » semble liée au contre-transfert qui rendrait délicat le témoignage à un tiers. Il est pourtant spontanément évoqué par les participants et occupe une place importante dans ce moment de l'élaboration : « moi je fais confiance à ça, à ce que je ressens en entretien *[…]* ». Cet aspect invite dans la réalisation de l'entretien de recherche à être attentif à ce que le participant se sente en confiance avec le chercheur, et avec ce que celui-ci va faire de sa parole. Pour diminuer l'effet possible de stress par comparaison à une situation de contrôle, il est rappelé l'objectif de recherche vise à recueillir un témoignage et absolument pas à évaluer des compétences.

Les entretiens exploratoires ont montré qu'un seul premier entretien s'avérait trop juste. Une clinicienne a en effet formulé que si elle avait eu plus de temps, elle aurait probablement interprété autrement le matériel clinique, qu'au moins un second entretien aurait été nécessaire, et évoque plus sa compréhension après-coup que les autres participants : « alors *comment l'analyser plus clairement* ? *Je pense euh … je ne sais pas parce qu'après*-coup ça *me paraît évident. J'ai peut-être eu l'impression qu'il ne se posait pas de question, je crois q*u*e c'est ça* ». L'entretien de recherche exploratoire réalisé après la fin de la prise en charge du patient ne répond pas à l'objectif de recherche de rendre compte de l'élaboration de la décision thérapeutique au moment des premiers entretiens. Comme cela était attendu, il apparaît toute une reconstruction de l'élaboration des premiers entretiens à partir du matériel clinique des séances, différente de ce que les cliniciens peuvent en dire « avant-coup » au moment des premiers entretiens. J'ai donc gardé le critère de 2 à 5 entretiens avec un nouveau patient issu de recherches antérieures (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004), estimant qu'après 5 entretiens une décision thérapeutique, même si elle peut évoluer, est le plus souvent avancée. Par ailleurs, à l'issue des entretiens exploratoires, le terme « rencontre » a été remplacé par « entretien » ou « entrevue » (au Québec), car il comportait tout une conceptualisation théorique – qu'elle relève de la « rencontre analytique » ou bien de son acception humaniste ou rogérienne très répandue au Québec – orientant l'acception des premiers entretiens.

Enfin, suivant Letendre – « le chercheur tiendra compte de l'effet qu'il produit dans l'obtention de ses informations et dans leur analyse : par exemple, il examinera attentivement ses réactions, sa propre subjectivité, ses valeurs » (2007, p. 388) – le biais des attentes du chercheur a été pris en compte à travers l'analyse des entretiens exploratoires, et des dispositions ont été mises en place afin de les limiter autant que possible. La forme très ouverte de ces entretiens exploratoires a en effet favorisé des interventions libres de ma part, dont certaines tendaient vers mes propres convictions. Pour pallier cet effet, le guide comprend une série de consignes définies et précises pour les entretiens de recherche. Ma tendance, relevée dans l'analyse des entretiens exploratoires, à interpréter – en tant que clinicienne – le matériel clinique en sera aussi limitée. Pour autant, ma subjectivité n'est pas laissée de côté dans le sens où non seulement elle est, en partie au moins, irréductible, mais aussi source de créativité (Saint-Cyr Tribble & Saintonge, 1999). La subjectivité « […] est inévitable dès les premiers moments d'une recherche, dès l'instant même où le chercheur a une idée ou une intuition, de sorte qu'il ne cherchera que ce qui pose question à lui-même ou y trouve écho et ce, jusqu'à la fin du processus […] » (Drapeau & Letendre, 2001, p. 75). Cette position ne s'oppose en rien à une rigueur méthodologique à laquelle j'ai prêté une attention particulière tout au long de la recherche. Il convient, me semble-t-il, de ne pas tenter de contourner l'implication subjective du chercheur, mais bien d'essayer de l'appréhender et d'en comprendre ses enjeux : faire de la subjectivité non plus un biais mais un levier, c'est l'apport possible de la psychanalyse à la méthodologie de recherche qualitative (Letendre, 2007). Il ne s'agit pas de tomber dans le subjectivisme, ainsi peuvent être avantageusement utilisées la fonction tierce ou la prise en compte de « l'attitude contre-transférentielle du chercheur » (Ben Slama, 1986 ; Letendre, 2007). Plusieurs auteurs s'entendent sur les avantages de soumettre des résultats préliminaires à d'autres chercheurs (Drapeau & Letendre, 2001). Tout au long du processus de recherche, le recours à des tiers a été utilisé à travers : l'exposé de celle-ci en séminaire de recherche ; l'élaboration psychanalytique des mouvements personnels en lien avec elle (en quoi et comment la question de recherche fait écho) ; la sollicitation d'un groupe de supervision sur des questions précises ; ou encore des présentations à des pairs lors de colloques et congrès. « Le tiers aide l'autre à s'utiliser comme instrument de recherche, et, en ce sens, il est une médiation au service du chercheur et de son sujet » (Letendre, 2007, p. 393). La prise en compte de ma propre subjectivité au moment du recueil des données, comme au moment de leur traitement, m'a permis de limiter certains biais, notamment celui de mes propres attentes issues de mes constructions théorico-cliniques, mais aussi d'être attentive à des aspects que je n'avais pas initialement pris en compte,

comme l'influence du contexte culturel sur « l'identité professionnelle » du clinicien (voir annexe VI « Subjectivité du chercheur », p. 393).

VI.3. Déroulement de l'étude

Après la réalisation des entretiens exploratoires (mai à juillet 2007) et la construction du guide d'entretien, j'ai procédé au recrutement des participants. Celui-ci s'est étendu sur un mois au Québec (septembre 2007) et près de deux ans en France (octobre 2007 à juillet 2009).

Une lettre de présentation de la recherche a été transmise préalablement à la réalisation des entretiens de recherche, présentant ses objectifs et ses conditions de réalisation. Les participants disposaient du temps qui leur était nécessaire pour prendre connaissance du formulaire de consentement (voir annexe IV.1, p. 373). Une attention particulière a été portée aux effets potentiellement négatifs de la participation : « il est possible que le dispositif *d'entretien enregistré génè*re un certain stress. Par ailleurs, le fait de partager son expérience *clinique d'une situation éminemment duelle peut être ressenti de façon désagréable, car cela* touche une certaine "intimité" de la relation avec le patient dans ses dimensions transféro-contre-*transférentielles, ce qui demande à l'analyste de se laisser aller avec confiance à ses* pensées pour partager cet aspect de la rencontre. Il sera alors possible de prendre du temps pour discuter des aspects désagréables ressenti*s afin d'en minimiser* la portée » (voir annexe IV.1, p. 373). D'autre part, parler à un tiers n'est pas neutre : « tout analyste sait d'expérience qu'un changement interviendra dans un cas qu'il présente » (Donnet, 2005, p. 35). Par la démarche d'élaboration induite par l'entretien de recherche, et du fait de la position non critique et non interventionniste du chercheur, je pouvais penser que s'il y avait des effets, ceux-ci iraient dans le sens de l'élaboration au service du patient et de l'analyste. La présente recherche a reçu un certificat d'éthique (voir annexe IV.2, p. 375) délivré par l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui s'assure que : les principes de consentement libre et éclairé à la recherche sont respectés ; les coordonnées du chercheur et du comité d'éthique pour toute réclamation sont transmises aux participants; et ces derniers sont informés des effets potentiellement négatifs de l'entretien de recherche et des apports de la recherche pour lui selon le principe de bienfaisance.

Les entretiens de recherche ont été réalisés du 20/09/2007 au 06/10/2007 au Québec, puis du 31/05/2008 au 13/07/2009 en France. Je les ai tous réalisés, et bien qu'il y ait eu une évolution de mon regard au cours de la phase de recueil des données, le guide d'entretien est

volontairement resté identique afin de pouvoir comparer les résultats. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits en respectant l'anonymat et la confidentialité du participant et du matériel clinique qu'il évoque, ainsi des informations ont pu être modifiées ou enlevées de la retranscription par rapport à l'enregistrement original. Ils ont d'abord été codés : FR ou QC selon leur réalisation respectivement en France ou au Québec ; et un chiffre indiquant leur ordre de réalisation (ex : QC3, 3ème entretien au Québec). Il leur a ensuite été attribué un nom à partir des listes des noms de famille les plus fréquents en France, au Québec, et en Amérique du Sud, respectant le pays d'origine de chaque participant. Les retranscriptions des entretiens de recherche[1] ne sont pas publiées afin de garantir la confidentialité, seuls des extraits de retranscriptions sont utilisés pour illustrer la méthode de traitement des données et la présentation des résultats.

Des situations particulières sont observées pour six entretiens. En effet, l'enregistrement de l'entretien de Mr Gomez a été réalisé en trois fois, du fait de la contrainte de périodes d'une quarantaine de minutes que le participant pouvait libérer. Ainsi, il a rencontré la patiente une fois lors de la première phase, deux fois lors de la deuxième et trois fois lors de la troisième. L'entretien de Mr Roy a rencontré des problèmes techniques d'enregistrement au cours de sa réalisation qui m'ont conduite à retranscrire de mémoire la partie manquante. Cet entretien n'a donc pas fait l'objet d'une analyse des caractéristiques du discours. Enfin par manque de temps, Mme Thomas n'a pas pu répondre aux questions portant sur les commentaires relatifs à l'entretien de recherche, et Mr Gauthier à celles sur le parcours de formation dont il m'a transmis les éléments principaux par courrier électronique.

VI.4. Traitement des données

Selon Mucchielli (1974/1991), une analyse de contenu devrait être : objective, exhaustive, méthodique et quantitative. D'autres perspectives, retenues ici, soulignent la part importante, inévitable et source de créativité, de la subjectivité nécessairement impliquée dans toute analyse. Selon Bardin, « en tant qu'effort d'interprétation, l'analyse de contenu balance entre les deux pôles de la rigueur de l'objectivité et de la fécondité de la subjectivité » (1977/2007, p. 13). L'Ecuyer (1990), faisant une synthèse des définitions de l'analyse de contenu – dans laquelle il relève les caractéristiques d'objectivité, de méthode, d'exhaustivité, de systématisation, de quantification et d'inférence – s'étonne que les propriétés qualitatives et

[1] 15 entretiens de recherche, chacun d'une durée moyenne de 83 minutes et 33 pages de retranscription (soit 491 pages au total).

centrées sur la recherche de la signification du matériel utilisé ne fassent pas partie des exigences relevées par les auteurs. Il préfère utiliser le terme *d'objectivée* plutôt que *d'objective* pour qualifier la démarche de l'analyse de contenu, et considère l'analyse quantitative comme une étape de l'analyse et pas une fin. La dimension quantitative de l'analyse de contenu n'est plus considérée, depuis les années 1950, comme obligatoire (Bardin, 1977/2007). En effet, les règles d'énumération n'ont d'intérêt que si elles s'avèrent pertinentes par rapport au contenu. Ainsi, la fréquence d'apparition d'une dimension de l'élaboration de l'analyste ne présage pas nécessairement de son importance relative dans la décision thérapeutique finale. De plus, la démarche de la présente étude ne cherche pas à valider des hypothèses opérationnelles, et la taille restreinte de l'échantillon ne se prête pas à l'analyse statistique. Ainsi, la méthode qualitative de l'analyse de contenu apparaît la mieux adaptée à démarche exploratoire et descriptive retenue ici. Méthode plus souple et plus intuitive, elle s'adapte plus à l'évolution des hypothèses et à la découverte d'éléments inattendus (Bardin, 1977/2007).

L'analyse thématique qualitative de contenu des entretiens de recherche a suivi les étapes de la procédure classiquement recommandée (Mucchielli, 1974/1991 ; Bardin, 1977/2007 ; L'Ecuyer, 1990 ; Blais & Martineau, 2006). Afin de soutenir la créativité du chercheur dans son travail pour dégager le sens du matériel, et ne pas tomber dans une tâche logico-pratique, les différentes étapes ont été utilisées de façon cyclique ou itérative plutôt que linéaire (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1997 ; Blais & Martineau, 2006). Les allers retours entre les premières étapes sont en effet nécessaires à la construction de la grille d'analyse.

Après la retranscription des entretiens de recherche dans un format commun, j'ai procédé à une lecture flottante pour m'imprégner des données de recherche, tout en notant les impressions générales qui se dégageaient. J'ai ensuite lu de manière attentive et approfondie à plusieurs reprises chaque entretien, et rédigé un résumé de chacun d'entre eux pour faciliter la rétention des informations.

J'ai ensuite découpé les retranscriptions en unités de sens – « segments de texte qui présente en soi une signification spécifique » - suivant le principe selon lequel « pour l'analyse de contenu, l'essentiel est le sens, non la forme » (Mucchielli, 1974/1991, p. 32). La catégorisation des unités de sens a été dans la présente étude de nature « mixte » (L'Ecuyer, 1990) : selon des thèmes induits au cours de l'analyse et prédéterminés, issus des recherches antérieures (Von Benedek, 1989 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Suivant les recommandations de Blais et Martineau (2006), les catégories, ainsi que les

thèmes et les sous-thèmes qui constituent chacune d'elles, ont été définies par : une étiquette, une description et une illustration. Cette étape a abouti à la construction d'une grille d'analyse thématique de contenu (voir annexe V.1, p. 377), considérant trois catégories : les caractéristiques du discours ; les thèmes abordés au cours des premiers entretiens pouvant jouer un rôle dans l'élaboration de la décision thérapeutique ; et la *trame d'écoute* lors des premiers entretiens ainsi que le cadre proposé.

Pour deux entretiens contrastés – un au Québec par une clinicienne « moyennement expérimentée » et un en France par un clinicien « peu expérimenté » - j'ai rempli les grilles d'analyse suivant les catégories prédéfinies, rédigé une étude de cas puis l'analyse thématique de contenu, et enfin développé l'analyse de ma propre subjectivité en notant toutes mes impressions. Mes observations lors de la réalisation des entretiens de recherche sont prises en compte lors de l'analyse des données, car elles apportent des informations complémentaires à celles des données issues de la retranscription. Suivant Drapeau et Letendre, « il importe de souligner qu'il semble préférable que l'analyse soit principalement effectuée par le chercheur ayant mené les entrevues. Ceci permet de considérer les facteurs autres que le verbatim dans la compréhension du sujet, comme par exemple, la réaction du sujet au chercheur ou le type de relation qui s'établit […] » (2001, p. 80). De plus, comme souligné précédemment, une attention particulière a été portée à l'examen de mes contre-attitudes par rapport au thème de recherche, comme par rapport aux participants.

Cette première analyse de deux entretiens de recherche à partir de la grille, m'a permis d'affiner la méthode de traitement des données pour l'analyse verticale (c'est-à-dire des entretiens de recherche individuellement). En effet, l'utilisation de tableaux Excel différents pour chaque catégorie de la grille d'analyse ne permettait pas une « réduction visuelle » suffisamment efficiente (Lessard-Hébert et coll., 1997). Cette organisation des données dispersait les informations plutôt que de favoriser une condensation visuelle pour l'analyse individuelle. J'ai donc mis en place une nouvelle grille d'analyse où les unités de sens ont été attribuées aux différentes dimensions de la catégorie « thèmes abordés au cours des premiers entretiens pouvant jouer un rôle dans l'élaboration de la décision thérapeutique », ainsi qu'au thème « éléments du cadre proposé au patient » de la catégorie « trame d'écoute et cadre proposé ». Puis, dans la même représentation visuelle, les unités de sens ont été cotées (1 : occurrence ; 0 : pas d'occurrence), pour les deux autres catégories (« caractéristiques du discours » et « trame d'écoute et cadre proposé »). Cette nouvelle grille a permis de relever aisément les proportions d'unités de sens du discours relatives à chaque thème des caractéristiques du discours (« niveau d'information », « référence aux faits cliniques »,

« registre de l'élaboration »). Le thème « contexte d'émergence des réponses par rapport aux interventions du chercheur » (lié à une consigne, non directement lié à une consigne, et lié à une relance), de la catégorie « caractéristiques du discours », n'a pas été conservé dans la grille d'analyse finale. En effet, ces données se sont avérées peu informatives et difficilement exploitables. En revanche, les réponses de l'analyste ont été séparées selon leur apparition dans la partie non-directive ou semi-directive de l'entretien de recherche, mettant en lumière ce qui vient spontanément à l'esprit de l'analyste, au niveau le plus explicite de son cheminement intérieur, et ce qui apparaît au cours de la remémoration des premiers entretiens au cours de l'entretien de recherche. Par ailleurs, il est apparu qu'au cours des étapes de lecture flottante, puis répétées de chaque entretien, les remémorations et les impressions relatives à ma propre subjectivité revenaient spontanément. Il n'y avait donc pas d'intérêt à rédiger de façon étendue toutes mes impressions subjectives. Les éléments pertinents ont été réunis dans un texte commun (voir annexe VI « Subjectivité du chercheur, p. 393).

Au fur et à mesure de la rédaction des analyses individuelles[1], un format commun a été construit (voir annexe V.2, p. 381), facilitant l'exploitation des résultats de façon systématique pour la réalisation de l'analyse transversale (ou horizontale). Celle-ci procède à la synthèse des résultats pour dégager les tendances générales, et l'examen des convergences et des divergences en fonction des variables considérées dans la présente étude : pratique en France ou au Québec ; degré d'expérience clinique ; « identité professionnelle ». De plus, l'influence de la « référence théorique principale » de l'analyste sur son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens a été prise en compte, notamment pour les analystes se référant explicitement à la théorie lacanienne par rapport aux autres analystes. Les analystes s'appuyant essentiellement sur la théorie de Lacan sont plus nombreux dans le groupe pratiquant en France (4) que dans celui pratiquant au Québec (un seul analyste), ce qui peut être considéré comme un effet indirecte du contexte culturel de la pratique de l'analyste.

La composition de l'échantillon d'étude a permis de constituer des groupes en fonction des variables : lieu de pratique (en France ou au Québec) ; degré d'expérience clinique (« peu », « moyennement » et « très expérimentés ») ; et « l'identité professionnelle » (« psychothérapeute psychanalytique » ou « psychanalyste »). Comme précisé précédemment, le groupe « pratique en France » comporte sept participants, et le groupe « pratique au Québec » en compte huit. Les participants se répartissent en trois groupes en fonction du nombre d'années d'expérience clinique dont ils bénéficient : « peu expérimentés »,

[1] Rédaction des analyses thématiques de contenu individuelles : en moyenne 16 pages par analyse (241 pages au total).

« moyennement expérimentés » et « très expérimentés » (voir annexe V.3, tableau n° 7 p. 392). Cette répartition a été choisie à la fois car elle permettait d'obtenir des sous-groupes de taille équivalente, et à la fois car elle m'apparaissait cohérente avec les étapes de formation au travail analytique (notamment au regard de la place de la supervision par un analyste qui passe graduellement d'une supervision actuelle, à sporadique quand c'est nécessaire, à aucune ou bien à être lui-même en position de superviseur). Les groupes « identité professionnelle » ont été établis en fonction de la façon dont le clinicien se définit lui-même, comme « psychanalyste » ou comme « psychothérapeute psychanalytique » (voir annexe V.4, tableau n°8 p. 392). Il m'a semblé important d'en tenir compte dans la mesure où « l'identité professionnelle » n'apparaît pas toujours corrélée au nombre d'années d'expérience clinique, et ne répond pas nécessairement à la validation par un institut de psychanalyse. Par ailleurs, la pratique en libéral ou en institution n'a pas conduit à former des groupes, car la répartition était trop inégale (3 situations en institutions sur 15). Néanmoins, les considérations des participants sur les différences perçues dans leur pratique selon le cadre libéral ou institutionnel ont été examinées. En effet, neuf des quinze participants ont une expérience clinique dans les deux cadres de travail, ce qui leur permet de comparer l'incidence du cadre – institutionnel ou libéral – sur leur pratique clinique.

La présentation des résultats propose l'analyse transversale des entretiens de recherche. Les éléments de l'analyse verticale, c'est-à-dire des entretiens de recherche considérés individuellement, permettent d'illustrer et de mettre en lumière des convergences et des divergences dans les pratiques en fonction des variables de recherche considérées. La démarche d'analyse des données relève essentiellement de l'induction générale, mais aussi d'une démarche déductive, en ce qu'elle met à l'épreuve des hypothèses de travail identifiées à partir de la littérature et des résultats de recherches antérieures.

VII. PRESENTATION DES RESULTATS

La présente étude doctorale, dans une démarche exploratoire et descriptive, avait pour objectif principal d'explorer *le processus d'élaboration de la décision thérapeutique de l'analyste*, dans la pratique clinique, en rendant compte autant que possible des parts explicites et implicites de son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens. Plus spécifiquement, elle a cherché à mettre en lumière : l'existence d'une *trame d'écoute* spécifique aux premiers entretiens, préétablie plus ou moins implicitement ; les caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste dans ce moment particulier ; et les fondements de la décision thérapeutique *du côté de l'analyste*, c'est-à-dire la décision de proposer de s'engager dans un travail analytique avec un patient donné. De plus, elle a interrogé l'existence d'une influence du contexte culturel, français ou québécois, sur la pratique des premiers entretiens.

L'analyse thématique qualitative de contenu – du discours des analystes rendant compte de leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens – a permis d'éclairer la question centrale de recherche, comme les questions plus spécifiques. La construction du guide d'entretien en deux parties (une non-directive, et une semi-directive) a favorisé l'expression de la part implicite de l'élaboration de la décision thérapeutique, comme cela était attendu. La participation dans la décision thérapeutique, d'élaborations plus implicites émergeant seulement à la suite des consignes de recherche, a ainsi pu être interrogée. Les divergences et les convergences des résultats ont également été analysées en fonction des caractéristiques des analystes[1]. Par ailleurs, la pratique en libéral ou en institution n'a pas conduit à former des groupes, car la répartition était trop inégale (3 situations en institutions sur 15). Néanmoins, les considérations des participants sur les différences perçues dans leur pratique selon le cadre libéral ou institutionnel ont été examinées. En effet, neuf des quinze participants ont une expérience clinique dans les deux cadres de travail, ce qui leur permet de comparer l'incidence du cadre sur leur pratique clinique.

[1] Pratique en France ou au Québec ; nombre d'années d'expérience clinique (« peu expérimentés », « moyennement expérimentés », « très expérimentés ») ; et « identité professionnelle » (« psychanalyste » ou « psychothérapeute psychanalytique »). Par ailleurs, l'influence de la « référence théorique principale » de l'analyste a été prise en compte, notamment pour les analystes se référant explicitement à la théorie lacanienne par rapport aux autres analystes.

En préambule, il m'a semblé important de présenter les effets de l'entretien de recherche. Ils ne constituent pas un objet de l'étude, mais ils me semblent témoigner du rapport des participants au sujet de recherche et au chercheur, pouvant contribuer à un biais de participation.

D'une manière générale, les participants disent s'être sentis « bien » ou « *à l'aise* » au cours de la réalisation de l'entretien de recherche : seulement deux sur treize[1] expriment avoir ressenti de l'angoisse. Une seule participante redemande la confirmation de la garantie de confidentialité au début de l'entretien. Ainsi il semble que la présentation de la recherche et le formulaire de consentement, mentionnant le certificat d'éthique universitaire obtenu, ont permis d'établir un rapport de confiance à l'égard du chercheur.

Quatre participants estiment que leur participation à la recherche apportera des bénéfices directes dans leur pratique, comme : Mr Gauthier qui exprime « *[…] j'ai trouvé ça utile, je* suis certain que mon patient va en profiter » (Mr Gauthier) ; Mme Gagnon qui choisit un patient plus difficile car c'était l'occasion d'en parler avec moi ; Mr Bouchard qui la compare à une situation de supervision aidant l'élaboration ; ou encore Mme Bernard qui pense être amenée à l'avenir à questionner dans sa pratique l'effet du cadre sur son élaboration de l'engagement en psychothérapie, question ayant émergé suite aux consignes de recherche.

Construit dans ce but avec des questions ouvertes et volontairement répétitives, le guide d'entretien semble avoir facilité l'élaboration des participants. En effet, seuls deux sur quinze expriment leur difficulté à répondre aux consignes de recherche : ceux-là même qui expriment de l'angoisse à participer. Une majorité de participants – onze sur quinze – commentent explicitement et spontanément les effets d'élaboration et d'émergence de l'implicite qu'apporte l'entretien de recherche. De plus il semble que, comme dans leur pratique clinique, les participants procèdent par associations au fil des consignes de recherche.

Le choix des patients dont les participants parlent pour l'entretien de recherche repose majoritairement sur les seuls critères de recherche. Cinq ajoutent que la situation suscitait leur intérêt ou permettait de faire un « travail honnête ». Une seule participante appuie son choix sur le fait que justement l'indication était incertaine, et que l'entretien de recherche était l'occasion de parler de cette situation difficile.

Par ailleurs, des commentaires abordent le rapport du participant : au thème de recherche, à la manière dont il est traité ou au chercheur. Ainsi, deux participants souhaitent vivement connaitre les résultats de l'étude, deux me questionnent sur ma conception des différences

[1] Pas d'information pour deux des quinze participants : l'un car les questions portant sur l'entretien de recherche lui-même n'ont pas pu être posées par manque de temps, l'autre car il ne dit rien en réponse à la consigne.

culturelles françaises et québécoises quant à la pratique analytique, et deux autres expriment leur intérêt quant à la tentative de rendre compte des fils directeurs qui sous-tendent les premiers entretiens apparemment non organisés. Mr Garcia – d'orientation théorique lacanienne – souligne que certaines formulations du guide d'entretien traduisent de son point de vue mon orientation freudienne ou post-freudienne notamment quant au transfert et au contre-transfert : « *c'est difficile de parler comme ça* ». Enfin, certains participants expriment directement leur rapport à mon égard comme : Mme Côté qui manifeste son enthousiasme de rencontrer une psychologue-chercheur venant de France ; Mme Dubois dont la question de ce que serait la transmission du processus analytique a motivé la participation ; ou encore Mr Roy dont le désir de transmission de la démarche de recherche a sans doute soutenu sa participation.

VII.1. Pratique des premiers entretiens : *Trame d'écoute*, évaluation diagnostique et aménagements du cadre analytique proposé

D'une manière générale, les résultats montrent que, dans la pratique, les premiers entretiens suivent le plus souvent un cadre proche de celui des séances à proprement parler. En effet, les analystes mettent en avant le fait qu'ils laissent le patient parler librement. Certains soulignent néanmoins qu'ils interviennent un peu plus qu'en séance pour explorer, ou encore qu'il n'y a pas d'interprétation durant la période préliminaire. Il s'agit ainsi d'une écoute « évaluative » essentiellement silencieuse. Cinq participants nomment explicitement les premiers entretiens comme un temps d'investigation ou d'exploration, alors que deux refusent strictement cette approche. Mme Thomas distingue les premiers entretiens des séances, par le fait qu'ils sont exploratoires et non payants. De façon consensuelle chez les participants, le nombre de premiers entretiens varie selon les patients, mais aussi selon les « habitudes » de pratique des analystes. S'appuyant sur leur expérience clinique, Mme Côté évoque quatre à cinq séances, Mr Gomez autour de six. Mme Robert quant à elle, estime qu'il est toujours intéressant d'avoir au minimum deux séances, afin de voir ce qui se passe pour le patient entre les deux. Pour Mr Garcia, le premier entretien occupe une place particulière : « *c'est toujours déterminant le premier entretien, après les autres c'est pour confirmer, vérifier ces premières* choses qui ont été dites autour de ce premier entretien ». Dans tous les cas il apparaît une scansion par la formulation d'un engagement, et celle du cadre du travail analytique proposé.

Celui-ci peut être exposé de façon plus ou moins détaillée, et plus ou moins systématiquement.
Nous allons examiner ensemble : d'une part, la façon dont la pratique des premiers entretiens est organisée selon une *trame d'écoute,* et d'autre part la place que l'analyste laisse à l'évaluation diagnostique, et ses implications dans les aménagements du cadre analytique qu'il propose.

VII.1.1. Niveaux d'explicitation de la *trame d'écoute*

Il s'agit d'examiner le discours de l'analyste sur sa *trame d'écoute* au cours des premiers entretiens, la façon dont il l'appréhende. Le contenu de cette *trame d'écoute* est reflété en partie à travers la pondération et l'articulation des différentes dimensions – explorées dans l'entretien de recherche – sous-tendant l'élaboration de la décision thérapeutique. Ce « contenu » sera examiné dans l'exposé des résultats relatifs aux « fondements de la décision thérapeutique dans la pratique » (voir VII.3).
Au vu des résultats de la présente étude, il semble qu'une « *trame d'écoute sélective* », préconstruite et sous-tendant l'évaluation des premiers entretiens, soit toujours à l'œuvre. Les différences, dans la pratique, reposeraient sur le choix ou non de l'expliciter, ou bien de la laisser volontairement à un niveau implicite préconscient. Trois cas de figure se dégagent, à partir de l'analyse des entretiens de recherche, quant à la place de la *trame d'écoute* au cours des premiers entretiens : explicitée (6 participants), laissée volontairement implicite pour éviter de « secondariser » l'élaboration (4 participants), ou bien restant implicite (5 participants).

Les analystes explicitant la trame qui guide leur « écoute évaluative » des premiers entretiens, théorisent leur pratique et procèdent à une théorisation secondarisée du matériel clinique. Ils peuvent évoquer de manière générale ce qu'ils explorent lors des premiers entretiens, et ce qui leur sert de repères pour élaborer leur décision thérapeutique.
Mr Garcia et Mr Gomez lient directement leur *trame d'écoute* des premiers entretiens à la théorie psychanalytique lacanienne. Ils évoquent ainsi les trois repères qui leur semblent essentiels dans leur pratique : repérer l'adresse et ses soubassements transférentiels, évaluer la structure psychique, et amener le patient à interroger la nature de sa demande et à conclure lui-même l'issue des premiers entretiens. Mr Garcia, comme Mr Gomez, considèrent les

premiers entretiens comme une *période d'investigation* de ces trois repères sans lesquels il n'est pas possible d'élaborer une décision thérapeutique. La proximité de leur conception de la *trame d'écoute* est à mettre en lien avec leurs références théoriques communes, et peut-être aussi au fait qu'ils ont suivi leur formation psychanalytique en partie en Amérique du Sud.

Mme Thomas lie la construction de la *trame d'écoute* à la fois à la théorie, avec des explorations qui lui semblent essentielles, et à la fois à la particularité de la situation clinique. Ainsi, avec le patient en particulier qu'elle présente dans le cadre de l'entretien de recherche, elle a demandé s'il avait un suivi psychiatrique en parallèle : « Je lui ai tout à fait posé la *question de savoir s'il avait un traitement et s'il voyait quelqu'un, oui, oui. Ce qui montre* quand même, parce que je ne pose pas cette question à tout le monde, donc euh effectivement *ce qui montre qu'il m'a un petit peu aler*tée dès le début quand même ». De plus, elle insiste dans sa pratique à l'importance de laisser le temps de réflexion nécessaire au patient quant à son engagement dans un travail analytique, pointant comme Mr Garcia et Mr Gomez que le patient élabore lui-même sa demande au cours des premiers entretiens.

Si ces analystes explicitent leur *trame d'écoute* et considèrent qu'une certaine exploration est nécessaire lors des premiers entretiens, ils soulignent néanmoins qu'ils sont peu intervenants. Il s'agit bien d'une investigation en grande partie silencieuse. Ainsi Mme Gagnon, qui témoigne des repères qui guident son écoute et ses explorations, « *j'ai comme un plan dans* ma tête », souligne qu'elle les présente explicitement dans le cadre de l'entretien de recherche, car elle essaie de rendre compte de sa pratique, de la théoriser en quelque sorte. Mais elle insiste sur le fait « *qu'elle ne se le formule pas comme ça* », c'est-à-dire que ses repères agissent implicitement lors des premiers entretiens. L'exploration dont elle fait part n'est ni systématique, ni directive. Elle laisse essentiellement le patient parler librement. Dans sa pratique, elle prête une attention particulière : au motif de consultation et aux attentes du patient ; aux relations significatives actuelles et passées ; à la dimension œdipienne ; et à l'histoire infantile.

Enfin, il apparaît que deux analystes théorisent de façon secondarisée le matériel clinique comme les analystes précédents, mais ne décrivent pas la trame générale qu'ils utiliseraient. J'ai considéré qu'ils faisaient néanmoins partie des analystes qui explicitent leur trame *d'écoute*, car ils ont un regard sur leur pratique clinique (ce qui les différencie du sous-groupe « trame restant implicite »), et car ils ne cherchent pas à éviter l'élaboration secondarisée du matériel clinique (ce qui les différencie du sous-groupe « *trame d'écoute* plus implicite par choix). Il se trouve que ces deux analystes présentent des situations cliniques où les entretiens se poursuivent par un travail dont le destin reste très incertain. Mme Robert diffère

l'indication, et Mr Gauthier poursuit un travail qu'il qualifie de « pré-psychothérapie analytique », avec peu d'espoir qu'il débouche sur un travail analytique. Cette particularité pourrait expliquer qu'ils aient seulement développé leur *trame d'écoute* spécifiquement pour la situation clinique présentée. En effet, les participants s'appuient le plus souvent sur le matériel clinique des premiers entretiens dont ils témoignent, pour illustrer par inférence leur pratique d'une manière plus générale. Mme Robert est ainsi restée dans son discours très proche du cas clinique durant l'entretien de recherche. Elle développe surtout ce que, dans cette situation particulière, elle a été amené à exploré plus avant. Elle fait part d'une relance pour tenter de s'appuyer sur les capacités sublimatoires de la patiente, et d'évaluer si elle peut s'extraire de la relation à la mère qui occupe toute la place. En effet, c'est de cette capacité ou non à « s'extraire » que la décision thérapeutique dépend dans ce cas précis. Mr Gauthier insiste aussi sur ce qui est particulier à la situation clinique présentée, plutôt que sur sa pratique en général. Il met en avant le fait qu'il intervient peu « *[…] sauf si vraiment là il y a quelque chose qui me frappe l'oreille là, enfin qui me semble probl*ématique ». Les élaborations dont il fait part sont théorisées de manière secondarisée, même s'il précise qu'elles restent en « filigrane » dans son esprit.

Les analystes qui choisissent volontairement de laisser leur *trame d'écoute* à un niveau implicite, démontrent une élaboration de leur propre pratique des premiers entretiens. Si la « *trame d'écoute sélective* » reste plus ou moins implicite c'est un choix technique, que certains argumentent avec précision. Il s'agit d'accepter lors de la période préliminaire qu'il y a un « savoir sans savoir », laissant la place à la surprise et à la découverte. Les premiers entretiens ne sont pas considérés comme un temps d'évaluation, mais comme celui de laisser le patient éprouver le cadre et décider s'il souhaite poursuivre. Mr Roy oppose sa position à celle d'un modèle médical d'indication d'analyse, où un spécialiste saurait ce qui est bon pour un patient, « *[…] ma position c'est de dire : ben qu'est-*ce qui vous amène *? C'est aussi* simple que ça ».

L'élaboration de ces analystes demeure au niveau de l'intuition et des impressions cliniques, laissant venir ce qui « surgit », c'est-à-dire laissant émerger les processus inconscients qui sont au centre de l'écoute. Mme Tremblay en témoigne ainsi : « Je laisse venir beaucoup, oui, *j'écoute vraiment comment spontanément la personne va me parler de sa vie […]* », « *[…] ça se fait de façon […] informelle, implicite, ça demeure plus à l'état d'impression clinique […]* ». Mme Dubois ne construit pas son élaboration dans un premier temps : « *[…]* je ne *mets pas en forme tout de suite, j'ai besoin de laisser penser un peu* ». Mr Morin décrit son

écoute exploratoire en disant : « c*'est des indices comme ça que j'utilise. Donc c'est pas quelque chose de systématique, je n'ai pas une grille là. C'est de l'intuition clinique, je ne* sais pas comment appeler ça ». Il entend les entretiens préliminaires comme « un temps pour voir », où l'exposé de la symptomatologie par le patient est une des étapes. Il laisse le patient parler librement. Il peut intervenir pour poser des questions afin d'éclaircir certains points, ou encore effectuer des scansions pour évaluer la capacité du patient à entendre la « logique inconsciente ». Selon lui, c'est bien l'écoute flottante qui permet d'accéder à la dimension inconsciente du discours : « vers la fin de la séance, tout *d'un coup ça surgit en moi […]* ». Il insiste sur ce point : « *[…] chaque séance est une invention, c'est ça qui est fascinant, on ne* sait pas, je ne sais pas, si il y a des gens qui vont me dire : moi je prends des notes et je relis *mes notes avant chaque séance. Mais il n'y a plus de spontanéité, il n'y a plus de place au* surgissement, à ce que sur le coup un analysant peut vous dire, ses productions, ses *formations de l'inconscient* ». Mr Roy souligne qu'il ne conduit pas d'évaluation diagnostique : « *[…] je ne vois pas les gens en termes de mécanismes de défense et puis tout* ça, ça *… pour faire ça il faudrait que je fasse un processus de secondarisation là puis je ne le* fais pas. Puis quand je p*rends des notes, des fois j'écris des choses vraiment j'écris plutôt des* comptes-*rendus de l'entrevue, des impressions, et ça ne pourrait pas constituer un dossier* professionnel *parce que ça n'a pas toutes les informations d'un dossier professionnel* ».

Parmi ces analystes évitant la secondarisation de l'élaboration, l'adaptation à la situation clinique est mise en avant : il n'y a pas de systématisation possible, voire il faut chercher à l'éviter. Suite aux consignes de recherche sur les explorations des souvenirs ou des rêves, Mme Dubois explique qu'elle ne le fait pas systématiquement : « *[…] justement dans un sens parce qu'on est en analyse ou parce qu'on rencontre un analyste, je ne le fais pas* automatiquement, vraiment je suis attentive à la manière dont le patient ou la patiente prennent la parole, je laisse dérouler ça, et puis ça vient naturellement je peux dire des choses comme, enfin dans le cours des premiers entretiens : mais ce qui vous arrive là est-ce *que c'est quelque chose que vous avez déjà* repéré dans votre histoire, enfin dans votre vie ? Ou enfin voilà, ça vous ferait penser à quoi *? Les rêves, à moins qu'ils les amènent je n'y vais* pas tout de suite ». Ainsi elle peut explorer la répétition ou soutenir les associations au cours de premiers entretiens. Dans la situation clinique particulière qu'elle évoque, il ne lui semblait pas adapté d'utiliser ce type d'interventions : « *[…]* avec [cette patiente] de faire revenir des, *non, c'est pas ça qui a marché, ça ne pouvait pas marcher parce que c'était trop dans le savoir, dans l'analyse qui fait revenir en arrière vous voyez, donc à ce moment*-là elle répondait : *" mais c'est mon fonctionnement, mais naturellement c'est bien ma mère"*, etc., etc.

Tandis que, je pense que ce qui a plutôt amené à ce mouvement, à un mouvement réflexif, *c'était plutôt : bien ça c'était une belle invention psychique quand vous étiez enfant. C'était plutôt ça, parce que sinon, c'est parce que c'est spécifique là je pense* ». Il me semble que les « explorations de l'analyste » sont à entendre comme la façon dont son écoute est orientée par sa position particulière qui sélectionne plus ou moins implicitement certains aspects du matériel clinique. Ainsi, Mme Dubois utilise l'expression « ça a attiré mon oreille », un « savoir sans savoir » comme par exemple : « Il y a aussi quelque chose mais je ne sais pas ce *que c'est, sinon que je l'ai entendu quand même comme euh, je ne sais pas, je l'ai retenu mais* sans savoir *: c'est une espèce de recherche de séduction, quelque chose où* elle parle comme ça, elle accroche le regard et puis sous-entendu : on comprend bien ». Mr Roy n'applique pas une « technique », au contraire il souligne à plusieurs reprises la façon dont il s'adapte aux patients : « Et *puis je n'ai pas une façon de faire sauf que c'est vrai de dire que le travail se fait sur un fond de silence, il n'y a aucun* doute là-*dessus. Mais par rapport à l'angoisse des* gens, etc., il y a des adaptations nécessaires » ; « *[…] puis quelques fois je lui ai posé une* question mais assez peu, je veux dire il y a des gens avec qui euh il faut être euh, elle est déprimée, il y a des gens avec qui, qui sont tellement angoissés que je pense il faut intervenir *plus c'est pas une fa*çon de faire des premiers entretiens ça dépend vraiment à qui dans le *fond […]* ».

Enfin, si la *trame d'écoute* est volontairement laissée à un niveau implicite, une élaboration se construit néanmoins, guidée par la théorie, l'expérience clinique et la sensibilité de l'analyste. Ainsi, les propos de Mr Roy me semblent témoigner qu'un cheminement se produit bien : « c*'est comme ça que je travaille je ne vérifie pas ses forces du moi ou ses mécanismes de* défense ou je ne sais pas quoi, *je m'en rends compte de* ça bien sûr ! *Mais je n'en fais pas une* préoccupation, mais vraiment pas une préoccupation ». L'écoute flottante, visant à entendre la dimension inconsciente, apparaît orientée vers certaines dimensions. Mr Morin interroge la nature de la demande (est-ce que le patient attend des réponses ou des conseils pour réduire ses symptômes ou cherche-t-il lui-même des pistes pour comprendre son fonctionnement psychique ?), et l'adresse (« où le patient a-t-il pris mon nom ? »). Il peut également tenter des interventions afin d'éprouver la capacité du patient d'entendre ce qu'il nomme des « glissements métaphoro-métonymiques », témoignant d'un accès à son inconscient. Mme Tremblay dit être attentive aux attentes du patient et à son rapport à son monde interne. Avec la patiente dont elle parle en particulier, après avoir « laissé venir » aux deux premiers entretiens, elle a exploré son histoire et ses relations familiales pour avoir quelques pistes, car son discours restait « très au présent ». C'est aussi, selon elle, une façon d'inviter le patient à

se tourner vers sa vie psychique, en questionnant les rêves, les souvenirs, les associations : « à quoi cela vous fait penser ? ». Mr Morin souligne que la possibilité de travailler avec une trame implicite, de ne pas chercher la théorisation secondarisée du matériel, est liée à son expérience clinique. En effet, entre le début de sa pratique et aujourd'hui il n'élabore plus d'évaluation psychodynamique : « *[…] c'est rare que je le fasse parce* que je ne veux pas enfermer ça dans une théorisation, ça je faisais ça *quand j'étais jeune, on est tellement* angoissé *qu'on a besoin de tout comprendre/ Maintenant là, ça me passe par*-dessus la tête, je *m'en fous. C'est* **:** *supporter l'angoisse de ne pas savoir* ». Il me semble intéressant de souligner que si la *trame d'écoute* s'appuie sur la théorie et l'expérience clinique, des explorations découlent aussi des intérêts théorico-cliniques propres à l'analyste, participant au « style thérapeutique » si l'on peut dire, propre à chaque analyste. Ainsi, Mme Dubois témoigne de son intérêt pour : « *[…] le prénom c'est très, enfin je considère que c'est très important, donc en général j'essaie quand c'est possible, des fois si je sens que ce n'est pas possible, si la personne ne s'est pas présentée avec son prénom et je sens qu'il faut attendre je ne le fais pas, j'attends, mais là euh j'attendais un peu je dois dire, j'attendais un peu, et c'est elle qui l'a dit, alors avec ce mouvement comme ça où elle recherche une complicité, […]* mais b*on, c'est elle qui l'a amené* ».

Ainsi, ces analystes témoignent d'une *trame d'écoute* qu'ils choisissent de laisser à un niveau implicite, et insistent sur l'accueil de la personne dans un dispositif qui favorise l'émergence des processus inconscients. Ils explicitent la façon dont ils ne cherchent pas à théoriser de manière secondarisée au cours des premiers entretiens, bien que des élaborations fondées sur la théorie et l'expérience clinique, ainsi qu'en partie sur leur propre sensibilité, occupent leur cheminement intérieur, mais en demeurant plus au niveau préconscient.

Les analystes pour lesquels la *trame d'écoute* demeure implicite, évoquent les explorations propres à la situation clinique qu'ils présentent au cours de l'entretien de recherche, mais ne construisent pas une élaboration de leur pratique des premiers entretiens.

L'analyse des entretiens de recherche fait apparaître une ligne directrice commune à l'écoute de ces analystes, qui reste très générale. Elle porte essentiellement sur l'intérêt du patient pour son propre fonctionnement psychique, et les interventions qu'ils rapportent tendent aussi à favoriser cet intérêt. Mr Martin note qu'il s'attache à mobiliser les patients à s'intéresser à leur histoire. Il fait part de son élaboration toujours en référence à la situation choisie pour l'entretien de recherche, et par rapport à son expérience clinique. Il formule peu d'explorations explicites. Néanmoins, nous pouvons déduire à partir du matériel clinique qu'il

rapporte – que son écoute a d'une certaine façon « filtré » – une forme d'exploration orientée par une *trame d'écoute séle*ctive. Mme Côté considère les premiers entretiens comme une période d'exploration, essayant de se situer par rapport à « une approximation par rapport à des objectifs que je peux avoir en fond de tête ». Elle ne formule pas ces « objectifs » qu'elle peut avoir en arrière-plan de son écoute. Il apparaît à travers les explorations propres à la situation clinique dont elle témoigne, qu'elle s'attache surtout à faire élaborer la patiente : « *[…] c'est* constamment de la ramener à elle [la patiente]*, qu'est*-ce qui fait que vous avez dit oui à tout ça ? Oui parlez-moi de vos peurs ? » ; « *[…] c'est moi qui lui ai amené à penser, ou à réfléchir à qu'est-ce qu'elle attenda*it de la thérapie, comment elle voyait ça elle à court, moyen ou long terme, euh et est-*ce qu'elle avait une demande, bon je ne l'ai peut*-être pas formulé comme ça cet aspect-*là, euh mais que je lui laissais entre les mains et qu'on* pourrait en parler une *prochaine fois pour clarifier plus l'objec*tif finalement de sa demande là ». Mr Bouchard, quant à lui, explique qu'il commence toujours : « *[…]* là deuxième séance en demandant : est-ce que vous avez repensé au premier entretien, est-*ce qu'il vous vient des* choses ? ». Cependant, il ne situe pas cette intervention dans une perspective de voir ce que le patient peut en dire, si un questionnement survient, mais il l'envisage comme une façon d'asseoir la relation en faisant un lien entre le premier et le deuxième entretien. Il me semble que malgré tout, ce type d'intervention invite le patient à prêter attention à son monde interne.
Par ailleurs, le contexte de pratique de Mme Bernard et de Mme Richard – toutes les deux apportant une situation clinique dans le cadre d'une supervision en institution – me semble à prendre en compte et à articuler au fait que la *trame d'écoute* reste implicite. Ainsi, Mme Bernard souligne à plusieurs reprises que le cadre dans lequel elle reçoit la nouvelle patiente, ne l'invite pas à questionner sa propre pratique des premiers entretiens. En effet, la pertinence de « l'indication » est évaluée en amont par des pairs expérimentés, avant l'orientation vers Mme Bernard. En position de supervisée, il est plus délicat de « remettre en question » cette décision. Elle engage alors les premiers entretiens comme des séances dès le départ. Elle ne fera référence qu'à l'exploration des rêves qu'elle trouve pertinente dès les premiers entretiens pour favoriser l'intérêt vers le psychique de la patiente, se fondant sur un argument implicitement théorique. Néanmoins, il demeure toujours la question des possibilités d'un travail entre elle et la patiente, et les éléments qu'elle rapporte comme participant à son évaluation des possibilités d'un travail, traduisent l'orientation de son écoute. Mme Richard, quant à elle, applique aux premiers entretiens *l'entretien structural* de Kernberg (1984/2004), comme cela lui est demandé dans le cadre de l'internat de psychologie au Québec. Dans ce sens, la *trame d'écoute* est très définie, de même que les explorations et les interventions du

clinicien. Cependant, appliquer un entretien structuré n'implique pas pour autant une conceptualisation de sa propre pratique des premiers entretiens. En effet, Mme Richard explique qu'elle est à un stade où elle expérimente, et s'interroge sur les effets d'une pratique plus ou moins structurée. Avant l'internat, elle pratiquait les premiers entretiens en laissant parler librement le patient, réalisant relativement peu d'investigations, d'une façon proche des séances pour voir comment le patient y réagit. Ainsi, elle témoigne de la façon dont l'élaboration de sa *trame d'écoute* se construit en s'appuyant sur son expérience clinique, lui permettant de confronter la théorie et la pratique.
Ainsi, chez ces analystes pour lesquels la *trame d'écoute* demeure implicite, ils n'articulent pas une élaboration de leur *trame d'écoute* avec celle de leur décision thérapeutique. Ils ne se positionnent pas non plus théoriquement quant à la place à laisser à l'élaboration secondarisée, ou au contraire à l'intuition ou à l'implicite.

D'après les résultats de la présente étude, le niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* des premiers entretiens apparaît lié au degré d'expérience clinique. Les résultats montrent en effet que les groupes « moyennement expérimentés » et « très expérimentés », se répartissent entre une trame « explicite » ou « implicite par choix » ; alors que l'ensemble du groupe « peu expérimenté » correspond à une « trame implicite » (voir en annexe, tableau n° 9 p. 398). La capacité de porter un regard sur sa propre pratique, de la conceptualiser, augmente avec le degré d'expérience clinique. Les analystes « moyennement et très expérimentés » font le choix d'expliciter ou de laisser implicite une *trame d'écoute* construite au cours de leur expérience, dans leur pratique des premiers entretiens. Chez les « peu expérimentés », il semble logique qu'il leur soit moins aisé de faire part de leur *trame d'écoute* encore en cours de construction.
De plus, parmi les analystes choisissant volontairement de ne pas théoriser de façon secondarisée leur élaborations au cours des premiers entretiens, il y a plus de « très expérimentés » (3 sur un groupe de 6) que de « moyennement expérimentés » (1 sur un groupe de 4). Il semblerait qu'un degré élevé d'expérience clinique soit nécessaire pour « supporter l'angoisse de ne pas savoir », pour reprendre l'expression de Mr Morin (le groupe « très expérimentés » correspond à plus de 21 ans d'expérience clinique). L'orientation lacanienne ou freudienne des participants ne semble pas déterminer le choix du niveau d'explicitation, en tous les cas dans l'échantillon d'étude.
Par ailleurs, « l'identité professionnelle » est liée au niveau d'explicitation de la trame *d'écoute* (voir en annexe, tableau n° 9 p. 398). Les résultats montrent que tous les cliniciens

qui se définissent comme « psychanalystes » explicitent leur *trame d'écoute* ou choisissent de la laisser à un niveau implicite. Mais sur les sept « psychothérapeutes psychanalytiques », les cinq qui présentent une « *trame d'écoute* implicite » correspondent aussi aux cliniciens « peu expérimentés ». Ainsi il apparaît que c'est bien le degré d'expérience et non pas « l'identité professionnelle » qui joue un rôle dans le niveau d'explicitation de la *trame d'écoute*.

Que la *trame d'écoute* soit explicitée ou qu'elle reste à un niveau implicite, elle opère une sélection sensible du matériel clinique qui fait « sens » pour l'analyste. Les résultats montrent qu'elle se construit à partir de la théorie et de l'expérience clinique, mais aussi en partie des intérêts théorico-cliniques propres à l'analyste.

VII.1.2. Place laissée à l'évaluation diagnostique et aménagements du cadre analytique

Au vu des résultats de recherche, il apparaît que les positions théorico-techniques de la pratique des premiers entretiens varient : de la nécessité d'une évaluation diagnostique, au moins à minima, avant de s'engager dans un travail analytique ; à au contraire l'importance de ne procéder à aucune évaluation, pour respecter le cadre spécifique que requiert le travail de l'inconscient. Entre ces deux positions, l'évaluation diagnostique, présente dans le cheminement intérieur de l'analyste, n'a pas une place déterminée explicitement. Comme vu précédemment, les analystes développent leur propre « technique » des premiers entretiens au cours de leur expérience clinique. Ils choisissent alors de privilégier l'une ou l'autre position par rapport à l'évaluation (volontairement visée, volontairement non visée, ou réalisée sans position théorico-technique déterminée). Quelle que soit le positionnement de l'analyste quant à l'évaluation diagnostique, il apparaît que des hypothèses psychodynamiques sont toujours à l'œuvre, plus ou moins implicitement, et qu'elles ont des implications dans les aménagements du cadre analytique proposé au patient.

Mme Richard, « peu expérimentée », témoigne de ses interrogations quant à la technique à adopter. Elle présente la particularité d'avoir effectuée sa formation en France et au Québec. En effet, française et ayant effectué la majeure partie de ses études de psychologie en France, elle réalise – au moment de l'entretien de recherche – un internat dans le cadre d'un doctorat

en psychologie au Québec. Elle reçoit ainsi une nouvelle patiente dans une CUSP[1], où elle pratique la psychothérapie psychanalytique en étant supervisée. Dans ce cadre, il lui est demandé de suivre l'entretien structural de Kernberg (1984/2004) lors des trois premiers entretiens, avant d'entreprendre la psychothérapie. Expérimentant pour la première fois une technique d'investigation structurée des premiers entretiens, elle interroge les implications de cette structuration par comparaison avec sa pratique habituelle, où elle laisse le patient « parler librement » et « *quelque chose s'installer d*ans le suivi ». L'entretien structural apporte une somme importante d'informations, dont Mme Richard questionne l'utilisation qui peut en être faite. En effet, il lui apparaît difficile d'interpréter ce matériel dans ce cadre : « *[…] j'ai plein d'informati*ons qui me viennent mais que je ne peux pas mettre en lien avec *quoi que ce soit puisqu'il n'y a pas de processus thérapeutique, que je ne suis pas encore* dans une relation transféro-contre-*transférentielle […]».* Elle imagine que « *c'est aussi dans* le but *d'éviter des mauvaises surprises* », c'est-à-dire de considérer des « contre-indications », pensant à la perversion par exemple. Cependant, elle note d'après son expérience clinique qu'elle a plutôt tendance à essayer quelle que soit la structure psychique du patient : « mais *moi encore ça m'est déjà arrivé de rencontrer des patients qui étaient plus dans quelque* chose de pervers, *et j'en ai une en ce moment*, mais si la personne a quelque chose de la perversion ben il faut bien travailler avec ce quelque ch*ose, c'est ça je suis toujours dans le* truc ben on va travailler avec ça ». De plus, elle se demande comment cette somme d'informations peut lui donner des indications quant aux possibilités d'engager un travail analytique avec la patiente, alors que celle-ci n'aura pas eu l'occasion d'expérimenter le cadre des séances. « *Si j'avais eu des premiers entretiens […] où je dis juste à la personne de me dire pourquoi elle vient, ce qu'elle attend et de me parler d'elle, et de me raconter un peu son* histoire, point, là je peux voir déjà comment la personne réagit au fait que je ne parle pas, *comment elle réagit au fait que de parler d'elle il n'y a pas de question précise, donc j'ai beaucoup plus d'indications sur comment le suivi va, la tournure que ça va prendre* dans le suivi vu que je suis déjà plongée dans le, comme il y a déjà le cadre qui va être par la suite. *Alors que là c'est différent, donc pour me dire qu'est-*ce que ça va donner le premier, le premier vraiment entretien du suivi en tant que tel, je me dis si ça se trouve je vais être agréablement surprise et *puis elle va parler […]».* Mme Richard pense que si elle avait pu mettre en place le cadre analytique dès les premiers entretiens, elle aurait eu plus « *d'indices* » : « c*'est difficile pour moi parce que je ne suis qu'à moitié, j'écris, je recueille*,

[1] Clinique universitaire de services psychologiques. Organisme créé pour la formation professionnelle des étudiants-stagiaires au doctorat en psychologie.

je l'écoute, les informations oui, mais le processus en lui-*même n'a pas commencé […]*». Elle souligne l'impossibilité dans un cadre d'investigation structurée des premiers entretiens, de sentir si « quelque *chose s'installe* », et donc d'en évaluer les possibilités d'un travail analytique avec la patiente.

Ainsi, Mme Richard me semble soulever les questions inhérentes à la pratique des premiers entretiens. Comment mettre à l'épreuve le cadre analytique – le traitement d'essai – si la forme des premiers entretiens s'en distingue ? Comment laisser émerger l'inconscient, l'entendre, si le cadre des entretiens préliminaires ne laisse pas comme en séance toute sa place à l'inconscient ? Des analystes insistent en effet sur la nécessité de laisser venir, d'accepter l'incertitude, de laisser une place à la surprise et à la découverte, dans une écoute flottante dès les premiers entretiens. Si l'ensemble des participants s'accordent sur l'impossibilité de présager de l'issue des premiers entretiens, de prédire s'ils inaugurent une « rencontre analytique », il n'en demeure pas moins la question de savoir comment évaluer les potentialités d'une relation transféro-contre-transférentielle tout en limitant l'émergence du transfert durant la période préliminaire, et tout en tenant compte de la possibilité de contre-indication ou de refus de l'analyste de s'engager.

D'une manière générale, l'élaboration du fonctionnement psychique du patient constitue le cœur du cheminement intérieur de l'analyste au cours du travail : le comprendre et amener le patient à l'appréhender. Dans le cadre des premiers entretiens, il convient de distinguer l'élaboration du fonctionnement psychique du patient dans le cheminement intérieur de l'analyste, de la place du « diagnostic psychanalytique » dans la décision thérapeutique : elles ne sont pas nécessairement corrélées.

La visée diagnostique est considérée explicitement comme centrale au regard de la décision thérapeutique dans le cheminement intérieur de **trois participants**, tous « moyennement expérimentés » et se référant principalement à la théorie lacanienne. Pour une quatrième il s'agit de mettre en œuvre l'entretien structural de Kernberg, comme cela lui est demandé dans la CUSP où elle réalise son internat au Québec. Repérer la « structure du sujet » est alors considérée comme une des fonctions de l'analyste au cours des premiers entretiens, comme l'explique Mr Garcia : « *Mais oui, la question diagnostique c'est essentiel,* si on ne pose pas *un diagnostic on ne sait pas où l'on va, donc c'est la première chose à poser, c'est la plus importante. Donc au début il faut absolument savoir à qui on a affaire en* face, sinon on ne peut pas continuer à travailler, sinon on ne s*ait pas ce qu'on peut pro*poser ». Suivant l'expression de Mr Gomez, une première évaluation est indispensable, elle sert de

« boussole » pour le travail qui s'engage. Même lorsqu'une première évaluation diagnostique occupe une place centrale dans le cheminement intérieur de l'analyste, les participants insistent sur son statut d'hypothèse en construction. Ainsi, Mr Gomez explique : « donc euh, *quand on saisit ça dès le départ, ces hypothèses, c'est intéressant de les garder n'est*-ce pas *comme hypothèses et de ne pas s'embarquer tou*t de suite dans quelque chose de massif, et de rester humble justement par rapport à ce que la personne vous amène à chaque fois, mais en *même temps savoir que vous êtes en train d'avancer* » ; « *[…] il faut que je puisse savoir moi aussi à qui je m'adresse* : quel type de patient, quelle structure, faire un diagnostic très *rapide. Ça ne veut pas dire que dans le quart d'heure je fais un diagnostic qui est déjà* verrouillé, qui va me servir de boussole pendant tout le travail avec cette personne pendant des années, non. Mais il faut en même temps que je puisse très vite, très rapidement pour moi *mettre quelques repères pour savoir aussi comment je m'adresse et qu'est*-ce que je propose à cette personne-là ». Il s'agit, comme l'explique Mme Thomas, d'avoir « une hypothèse dans sa tête quand même de à quoi on a affaire », avant de s'engager dans un travail analytique avec un nouveau patient.

Trois participants, tous « très expérimentés », **s'opposent explicitement à la recherche d'évaluation diagnostique** au cours des premiers entretiens, ce qui n'empêche pas une élaboration d'hypothèses psychodynamiques. C'est le cas de Mr Morin qui pointe l'antinomie de sa pratique avec celle, issue du registre médical, qui ferait correspondre un traitement à un diagnostic établi lors d'une évaluation préalable : « Non, ah non, non, non, pas du tout. Je ne pense pas du tout à ça, même comme par exemple, il y en a qui vont dire : ah il faut faire du *diagnostic structurel, névrose, psychose, perversion. […] je ne recherche pas la façon systématique là, telle que nous l'enseignerai*ent les psychologues dans les départements de psychologie ou de psychiatrie, à faire un diagnostic pour voir par après le bon soin, je ne suis pas du tout dans ce registre-là ». Néanmoins, nous observons que des hypothèses diagnostiques sont déjà à l'œuvre plus ou moins explicitement dans le cheminement intérieur de l'analyste. Ainsi, Mme Dubois formule suite aux consignes de recherche : « c*e qui m'a traversé l'esprit c'est obsessionnel hein, je ne sais pas, c'est …* ». Elle insiste sur la découverte à venir, la nécessité de l'incertitude, « *c'est vraiment trois points d'interrogation* ». Ainsi, si le diagnostic n'est explicitement pas une préoccupation centrale chez ces participants, ils ne le méconnaissent pas pour autant comme le résume l'intervention de Mr Roy : « o*n n'évalue pas, et je n'ai pas une perspective diagnostique du tout, du tout, du tout. C'est euh, ce qui ne veut pas dire que je ne suis pas capable de porter un jugement diagnostique, je vois bien que je n'ai pas affaire à une psychotique, je vois bien que ce n'est*

pas vers la voie psychosomatique, mais ça ne m'intéresse absolument pas, absolument pas ». Si des hypothèses diagnostiques sont à l'œuvre, ces analystes insistent sur le fait qu'on ne peut pas savoir ce qui va se dévoiler au cours du travail, ce sera la surprise de la découverte. Ils considèrent ainsi qu'elles ne sont pas utiles au processus d'élaboration de la décision thérapeutique.

Enfin, **les huit autres n'indiquent pas de positionnement explicite quant à l'évaluation diagnostic** au cours des premiers entretiens, mais les hypothèses psychodynamiques à l'œuvre dans leur cheminement intérieur semblent témoigner de leur attention à cette question, demeurant plus ou moins implicite. En effet, les réponses aux consignes de l'entretien de recherche montrent que, même quand cela n'est pas abordé spontanément par le participant, il existe toujours des hypothèses psychodynamiques à l'œuvre, de manière plus ou moins construite ou théorisée. Ces analystes insistent sur le niveau implicite que garde leur élaboration diagnostique, et ils n'en précisent pas l'importance dans leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens. Mme Tremblay, tout en formulant les éléments de cette élaboration (une impulsivité par moment, des défenses qui ne semblent plus aussi efficaces, des angoisses qui submergent la patiente mais dont la clinicienne ne peut pas encore définir la nature, la question d'une problématique narcissique, …), insiste sur le fait que ce sont seulement des hypothèses à vérifier et à étoffer. Mr Gauthier formule ses hypothèses en soulignant qu'elles restent « en filigrane », « en suspension » dans son esprit, et qu'il les explicite dans le cadre de l'entretien de recherche. Il insiste également sur « les cases à remplir » avec le matériel clinique à venir dans la suite des entretiens. Si dès les premiers entretiens l'élaboration du fonctionnement psychique de la patiente est à l'œuvre, Mme Gagnon précise qu'il lui semble trop tôt pour pouvoir dire quelque chose de la structure psychique, comme si elle disait que les hypothèses psychodynamiques constituent le chemin et pas l'aboutissement de son élaboration. Sans que ces analystes déterminent la place de l'évaluation diagnostique dans leur cheminement intérieur, elle semble rester secondaire dans leur processus d'élaboration de la décision thérapeutique, tout en étant bien présente dans leur cheminement intérieur.

Au cours de l'analyse des hypothèses diagnostiques formulées par les participants, la référence au modèle théorique de la névrose est apparue dans l'élaboration diagnostique de huit participants (4 « peu expérimentés », et 4 « très expérimentés »). Deux d'entre eux questionnent l'influence de ce modèle dans leur évaluation. Ainsi, Mr Martin remet en question sa première intuition diagnostique : « <u>au départ instinctivement j'étais parti sur l'idée d'un patient plutôt euh névrosé</u>, je ne suis pas sûr en fait, il y a peut-être de grosses fragilités,

il faut que j'explore au niveau de la représentation de soi […] ». Et Mme Gagnon, utilisant le rapport à la « dimension œdipienne » de la patiente comme repère pour son élaboration, se demande si elle n'a pas tendance à catégoriser la patiente du côté de l'hystérie à tort en première intention. La référence à la névrose comme point de repère se traduit par des formulations des analystes, comme par exemple : « *c'est pas une patiente qui a un* fonctionnement névrotique, on est en-deçà » ; « *il y a un triangle œdipien, il ne fonctionne* peut-*être pas au mieux de ce qu'on pourrait espérer […], et par contre ce que je ne sais pas c'est […] s'il n'y a pas des enclaves où son sens de la réalité, enfin … est moins assuré* » ; « *j'essaie de voir la dimension œdipienne, où elle en est dans la dimension œdipienne à partir de ce qu'elle dit par exem*ple de ses relations actuelles avec ses parents » ; « *c'est sûr que je vois des éléments œdipiens* » « *la question qui restait un peu en suspens c'était* : est-ce que *c'était vraiment une structure névrotique avec des failles au niveau narcissique ou alors e*st-*ce que c'était quelque chose de plus état limite […] une problématique narcissique* identitaire ». Il semblerait, chez une moitié des analystes de l'échantillon d'étude, que la triangulation œdipienne puisse opérer comme un repère d'élaboration diagnostique, par rapport auquel le fonctionnement psychique des patients serait placé « au-dessus » ou « en-deçà ».

Par ailleurs**, la place laissée volontairement à l'évaluation diagnostique au cours des premiers entretiens ne correspond pas nécessairement au niveau d'explicitation de la *trame d'écoute*** (voir en annexe, tableau n°10 p. 398).

Quand la place de l'évaluation diagnostique dans le cheminement intérieur de l'analyste est explicitement déterminée, elle correspond à un niveau d'explicitation de la t*rame d'écoute* déterminé lui aussi (soit niveau explicité, soit niveau implicite par choix). Les trois analystes qui explicitent la nécessité d'une évaluation diagnostique au cours des premiers entretiens, comme un préalable indispensable à l'engagement dans un travail analytique, explicitent leur *trame d'écoute.* Ils se réfèrent tous les trois principalement à la théorie lacanienne, laissant penser que la place de l'évaluation diagnostique pourrait dépendre de l'orientation théorique. Néanmoins, un analyste se référant également principalement à la théorie lacanienne, défend une position contraire, en soutenant qu'il ne cherche surtout pas à réaliser une évaluation diagnostique au cours des premiers entretiens. (Par ailleurs, comme présenté précédemment, Mme Richard réalise une évaluation diagnostique dans le cadre de l'entretien structural de Kernberg, faisant partie du cadre de sa pratique à la CUSP. Mais sa *trame d'écoute* demeure implicite du fait de son peu d'expérience clinique). Et les trois analystes qui mettent en avant

l'impossibilité ou l'inutilité d'une évaluation diagnostique au cours des premiers entretiens, choisissent également de laisser implicite leur *trame d'écoute.*

Mais quand la place de l'évaluation diagnostique reste implicite dans le cheminement intérieur de l'analyste (8 participants sur 15), le niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* varie : explicitée (pour 3 d'entre eux), implicite par choix (pour 1 d'entre eux), ou bien simplement implicite (pour 4 d'entre eux).

Ainsi, le niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* ne correspond pas nécessairement à la place de l'évaluation diagnostique dans le cheminement intérieur de l'analyste, place qui demeure le plus souvent implicite, en tout cas dans l'échantillon d'étude.

Si l'élaboration diagnostique apparaît toujours présente, plus ou moins implicitement, dans le cheminement intérieur de l'analyste, il convient de considérer la place qu'elle occupe dans le processus d'élaboration de la décision thérapeutique. Les résultats tendent à montrer que l'évaluation diagnostique intervient dans les aménagements du cadre analytique que l'analyste met en place, et propose à un patient donné. La mise en place de la situation analytique s'adapte ainsi à chaque cas particulier, tenant compte des spécificités de la structure psychique et de la problématique du patient. La *trame d'écoute* s'adapte d'une certaine façon à chaque situation clinique, est modulée, à travers la façon dont l'analyste s'adresse au patient. Les aménagements du cadre renvoient également au dispositif « concret » du cadre analytique proposé au patient (fréquence, durée, dispositif en face à face ou allongé, …). Il dépend en partie de la structure et de la problématique psychiques du patient, mais peut aussi être déterminé en partie par le contexte dans lequel l'analyste exerce (dans le cadre d'une supervision, dans une institution).

La majorité des analystes de l'échantillon d'étude témoignent de la façon dont ils prennent en compte la structure, ou des éléments du fonctionnement psychique du patient, pour déterminer les aménagements du cadre analytique adaptés à la situation clinique. Seulement quatre participants ne formulent pas de lien entre leur évaluation diagnostique et les aménagements du cadre analytique. Dans deux cas sur quatre, la situation clinique ne s'y prête pas : celle de Mr Garcia aboutit à une « non-indication » à l'issue des entretiens préliminaires, et Mme Richard suit le cadre défini par les superviseurs de l'internat dans la CUSP, ce qui ne l'invite pas à questionner la façon dont elle l'aménagerait.

La façon dont l'analyste s'adresse au patient apparaît modulée en fonction de la structure psychique dans son ensemble, ou en fonction de certains aspects du fonctionnement psychique du patient. Mr Gomez souligne qu'il ne s'adressera pas de la

même façon à un patient psychotique qu'à un patient névrosé : « s*i c'est un patient* psychotique est-*ce que je vais, comme je l'aurais fait avec un névrotique, est*-ce que je vais lui demander de tout me dire, de se vider de sa parole ? Ce serait peut-être même irresponsable de ma part ». Mr Morin, s'il note la façon dont il s'adapte en fonction de la structure psychique du patient, insiste sur le maintien de sa position d'analyste. En effet, les modulations de la façon dont l'analyste s'adresse à un patient donné, ne remettent pas en question le « cadre interne » de l'analyste. Néanmoins, le travail analytique ne s'engage pas toujours à la suite des premiers entretiens. Ainsi, Mr Gauthier témoigne de son positionnement face à des demandes qui ne relèvent pas d'emblée de l'analyse – comme pour la situation clinique qu'il décrit dans le cadre de la présente étude – , et requiert des aménagements importants sans pour autant qu'il « lâche » sa position analytique : « *[…] c'est certain que j'ai un décodage psychanalytique relié à la métapsychologie et tout ça, mais au niveau de l'intervention concrètement je vais dire pour moi avec lui je suis beaucoup plus actif […]. Je ne donne pas de conseil, ça c'est exclu pour moi dep*uis longtemps, la psychothérapie pour moi je vois pas ça comme donner des conseils, mais comme un espace de parole, alors parole qui est prise et qui est contenue si on veut par moi et stimulée, est une *parole d'un niveau plus moïque, alors je m'en tiens à* ça et ça fait faire un bout de chemin aux gens, on pourrait considérer ça peut-être comme une pré-psychothérapie analytique mais pour beaucoup *de monde ça va s'en tenir à ça […]* ». Des éléments du fonctionnement psychique ou de la problématique du patient – « en-deçà » de la structure – peuvent également avoir des implications dans les aménagements du cadre. Mr Gomez souligne que la patiente qu'il reçoit est très susceptible et a pu rompre ses suivis antérieurs sous forme de passages à l'acte, ce qui l'invite à être vigilent et contenant: « d*onc ça me permet aussi d'avoir une idée* des choses qui la touchent ou qui la mettent en difficulté, donc du cadre que je peux lui proposer ». Mme Bernard met l'accent sur le besoin d'être contenue de la patiente, qui détermine la façon dont elle se positionne avec elle : « *[…] je pense qu'elle a vraiment besoin de temps, d'aller à son rythme, de quelque chose de doux, de contenu de contenant, […]* je *pense qu'elle a besoin de ne pas trop être mise face à, en face de quelq*ue chose parce que ça *risquerait d'être effractant* ».

La fréquence des séances et le choix du face à face ou de la position allongée, se définissent également en partie en fonction du fonctionnement psychique et de la problématique du patient, et peuvent être réévalués au cours du travail. Ainsi, Mme Thomas considère le choix du face à face et de la fréquence des séances par rapport à la « fragilité » actuelle du patient qu'elle reçoit, en soulignant que le cadre pourra évoluer par la

suite. Par ailleurs, elle n'associe pas le dispositif du face à face à la psychothérapie analytique, mais parle de travail analytique. Dans la situation clinique présentée par Mme Dubois, c'est la particularité de la problématique psychique de la patiente – où les représentations de la psychanalyse sont liées aux représentations maternelles – qui amène l'analyste à surtout ne pas coller à ce qui pourrait être dogmatique de la psychanalyse quant au cadre. Mme Dubois souligne alors qu*'« […]* une des *spécificités c'est que ça sera, pour l'instant*, assis, et ça été *parlé comme tel. Et ça j'ai assez vite repéré qu'il fallait faire très attention à ne pas proposer d'une manière dogmatique le cadre, pour faire une analyse il faut ceci ou cela parce que ça c'est le côté maternel, donc la question de l'analyse moi j'ai dit que ça se parlait, de toute façon c'est une chose que je dis avec d'autres aussi, parler allongé ça se parle*, enfin ça arrive à un moment du travail etc. ». Mr Martin considère que deux séances par semaine serait profitables au patient qu'il reçoit. Mais considérant les interruptions précoces dans les démarches antérieures du patient, un certain risque de « refus de soin », Mr Martin ne propose qu'une séance par semaine car deux « ç*a risque à la limite de le faire fuir, j'ai tout intérêt à* là, laisser comme ça dérouler son discours […] ». Mme Robert, si elle évalue les bénéfices potentiels que la patiente qu'elle accueille pourrait tirer d'un travail analytique, prend en compte les aspects de la problématique réactivée par une grossesse qui la fragilise beaucoup. Tenant compte de l'incertitude de l'évolution psychique de la patiente au cours de la grossesse, elle propose un cadre où les séances ne soient ni trop régulières, ni trop rapprochées. Elle construit ainsi un cadre à la fois « *[…]* de manière à voir comment évolue la *grossesse, éventuellement l'accompagner pendant cette grossesse dont j'imagine que la fin de* grossesse peut être plus conflictuelle et voir ce que ça donnera après la naissance du bébé », et à la fois où la patiente « *[…] ne puisse pas avoir le sentiment de rentrer tout de suite dans* un cadre avec le rythme de la régularité ».

Le contexte dans lequel exerce l'analyste, dans le cadre d'une supervision ou en institution, peut avoir des implications dans les possibilités d'aménagement du cadre analytique qu'il propose au patient. L'analyse des résultats ne permet pas de mettre en avant des différences dans la *trame d'écoute* des premiers entretiens au regard du cadre libéral ou institutionnel, ce qui peut être dû au peu de nouveaux patients reçus en institution de l'échantillon de l'étude (3 sur 15). Néanmoins, des participants ont témoigné des différences de pratique perçues d'après leur expérience clinique, suite à une consigne de recherche. Mme Bernard et Mme Richard présentent des premiers entretiens de patientes reçues en institution, dans le cadre d'une supervision. Elles n'évoquent pas les aménagements relatifs au dispositif du travail analytique qu'elles proposent (fréquence, durée, position allongée ou en face à

face), car celui-ci est défini par leurs superviseurs. Elles sont toutes les deux « peu expérimentées », ce qui pourrait être un facteur explicatif de l'absence de questionnement de l'adéquation du dispositif aux spécificités de la situation clinique. Mais il me semble que cela tient plus au cadre institutionnel qu'au degré d'expérience clinique. En effet, Mr Martin – ayant comme elles moins de cinq ans d'expérience clinique – souligne que la différence entre sa pratique libérale et institutionnelle repose surtout sur la possibilité d'aménager son cadre de consultation de manière plus adaptée au travail analytique, et la liberté plus grande dans sa façon de travailler. Dans le même sens, Mme Gagnon, présentant une situation clinique institutionnelle, évoque les pressions exercées pour limiter les psychothérapies à long terme, avec lesquelles elle doit négocier pour imposer le cadre de travail qu'elle pense le plus approprié aux patients. Par ailleurs, le non-paiement des séances en institution rend impossible de travailler la question des séances manquées, comme le soulève Mme Gagnon. D'après l'expérience clinique de Mme Dubois, le paiement des séances a un effet sur l'engagement du patient dans le travail analytique. Elle considère la situation particulière des personnes qui consultent en institution alors même qu'elles disposent de moyens financiers : « *[…] les gens qui viennent en CMP*,[1] il y a quand même quelque chose à un moment donné, enfin les gens qui pourraient payer et qui choisissent de ne pas payer, à un moment donné il y *a quelque chose qui ne bouge pas, si bien que ça m'a posé des questions plusieurs fois […]* ». Le cadre étant impossible à faire évoluer, l'orientation vers un analyste en libéral devient alors nécessaire.

Si **le contexte institutionnel** peut impliquer des limites dans les aménagements du cadre, il **peut aussi offrir les possibilités d'un travail analytique**. Ainsi, Mr Gomez évoque certains patients dont le transfert massif est délicat à recevoir « seul » en libéral, et requiert le cadre institutionnel, comme le souligne également Mr Garcia : « *[…]* quand un adulte reçoit un *adolescent psychotique c'est trop lourd pour une seule personne, d*onc il faut tenir compte de ça ». Mme Gagnon questionne l'adéquation du cadre institutionnel dans lequel elle exerce – qui limite les prises en charge à long terme – à la dépression profonde chez la patiente, qui se dévoile au cours des premiers entretiens. Certains analystes émettent des réserves à recevoir des patients peu structurés en libéral, et presque tous soulignent la nécessité d'un cadre institutionnel quand ils sont face à une structure psychotique. Si un patient psychotique peut être « refusé » dans un cadre de pratique libéral, un travail analytique, avec les aménagements nécessaires, peut tout à fait être envisagé en institution. Dans ce sens, ce n'est pas la structure

[1] Centre Médico-Psychologique

du sujet qui conduit à une contre-indication de travail analytique, mais bien le cadre du travail analytique qui peut être proposé. Au vu des résultats, il semblerait donc qu'il y ait des **« contre-indications de cadre »**.

Les premiers entretiens sont bien le lieu de la construction d'une situation analytique, sous-tendue par les aménagements du cadre adaptés au patient que l'analyste peut mettre en place. Mr Roy considère ces aménagements d'une façon plus générale dans l'idée d'une co-construction : « ce que je peux vous dire de ma façon de travailler avec cette personne là, mais *plus en général c'est comme ça avec des ajustements, que, qui disait ça ? C'est Winnicott qui disait, qu'est-ce qu'il disait c'était tellement beau ? Il dit le diagnostic ou l'entrevue d'évaluation, il dit c'est la mise en place de repères dans une relation d'intersubjectivité. Et je trouve que c'est exactement ça, moi je pose des repères et le patient qui vient me voir pose des repères aussi à sa façon, sûrement, mais il n'y a pas d'indication d'analyse ce que je leur offre c'est la possibilité de faire du travail psychanalytique, c'est-à-dire en tenant compte de l'hypothèse de l'inconscient etc., sur un fond de silence relatif, selon les organisations de chacun, c'est un peu ça que je propose […]* ».

Les résultats de recherche tendent ainsi à montrer qu'il existe une *trame d'écoute* sélective préétablie, guidant l'élaboration de l'analyste et ses explorations. Même lorsque cette *trame d'écoute* est explicite, et que la période préliminaire est considérée comme une période d'investigation et d'évaluation, l'analyste laisse le patient parler librement et fait peu d'interventions, s'approchant au plus près du cadre des séances. Cette trame est plus ou moins explicitée, plus ou moins systématisée, et se construit à partir de la théorie, de l'expérience clinique et en partie des intérêts théorico-cliniques propres à chaque analyste. Ce n'est pas tant l'existence de cette trame qui varie d'un analyste à l'autre, mais la façon dont il peut en rendre compte, c'est-à-dire le recul qu'il a sur sa propre pratique clinique, la conceptualisation de sa propre « écoute évaluative » au cours des premiers entretiens, qui se construit au cours de l'expérience clinique. Chez les plus expérimentés, la trame est volontairement explicitée ou laissée à un niveau implicite préconscient, dans le but de limiter la secondarisation de l'élaboration au cours des premiers entretiens.

L'analyse des résultats relatifs à *l'implication de l'élaboration du fonctionnement psychique* concourt à montrer que le plus souvent la visée diagnostique n'est pas recherchée au cours des premiers entretiens, à l'exception de quatre participants. Néanmoins, les résultats de recherche tendent à montrer que l'évaluation du fonctionnement psychique du patient, qu'elle soit explicitement une des fonctions des premiers entretiens, ou réalisée de façon plus implicite,

apparaît toujours à l'œuvre au cours des premiers entretiens. L'ensemble des participants s'accordent sur le fait que leur élaboration diagnostique garde un statut d'hypothèse. Elle n'est jamais figée, mais bien à affiner et à remettre en question tout au long du travail, en fonction du matériel clinique qui reste à découvrir : il est impossible de savoir à l'avance ce qui se dévoilera. D'après les témoignages des analystes de l'échantillon d'étude, elle a des implications, non pas tant dans la décision en elle-même de s'engager ou non dans un travail analytique avec un nouveau patient, mais dans les aménagements du cadre, c'est-à-dire dans la mise en place progressive de la situation analytique, adaptée à chaque situation clinique. L'espace de travail analytique résulterait ainsi d'une co-construction entre l'analyste et le patient. Par ailleurs, il apparaît que les contre-indications d'analyse résulteraient de « contre-indications de cadre », et non pas de structure psychique.

VII.2. Caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste

L'analyse des résultats cherche à mettre en lumière la construction du cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens, à partir de la façon dont il fait part de son élaboration lors de l'entretien de recherche. Partant de l'analyse des caractéristiques du discours des participants[1] au cours de l'entretien de recherche, ainsi que de certains de leurs commentaires spontanés, les caractéristiques descriptives de leur cheminement intérieur sont examinées. De plus, l'analyse des résultats tend à montrer que l'évaluation de l'analyste serait toujours en partie prédictive et influencée par sa subjectivité.

En préambule, il apparaît d'une manière générale qu'une part du cheminement intérieur de l'analyste reste implicite au cours des premiers entretiens, et procède par chainons associatifs. Effectivement, une majorité de participants – onze sur quinze – commentent spontanément les effets d'élaboration et d'émergence de l'implicite qu'apporte l'entretien de recherche. Un des effets recherchés par l'entretien de recherche était de favoriser les associations de l'analyste, lui permettant de retrouver son propre fil déroulé au cours des premiers entretiens avec un nouveau patient. Il s'agissait de se rapprocher du fonctionnement habituel de l'analyste dans sa pratique, comme le remarque Mme Robert : « Alors vous avez dit *qu'il fallait que je parle* comme ça me venait, donc je parle comme ça me vient, *c'est des choses dont on a l'ha*bitude dans mon métier ». Les effets d'élaboration et d'émergence de l'implicite au cours de

[1] Nous rappelons que l'entretien de Mr Roy, dont il manque l'enregistrement d'une partie, n'est pas inclus dans l'analyste comparée des caractéristiques du discours, qui porte donc sur 14 entretiens de recherche.

l'entretien de recherche, sont attribués par certains analystes au fait de verbaliser son cheminement intérieur à un tiers, et par d'autres à l'exploration visée par les consignes de recherche, et leur répétition. Des formulations des participants en témoignent, comme par exemple : « *de s'entendre parler à* voix haute je pense que ça permet cette réflexion » (Mme Côté) ; « *vous m'obligez à penser à des choses auxquelles je n'ai pas du tout pensé* » (Mme Thomas) ; « spontanément je ne prend*s pas le temps d'y réfléchir* », « ça oblige à mettre en mots peut-être juste des impressions cliniques » (Mme Tremblay) ; « *je pense qu'il y a plusieurs questions qui reviennent régulièrement qui se recoupent […] c'est bien parce que même si j'ai l'impression de dire des choses qui se répètent je pense qu'aussi avec* euh, en f*onction de l'avancée des questions il y a des choses nouvelles qui apparaissent* » (Mme Bernard). Comme dans leur pratique clinique, les analystes semblent procéder par associations au fil des consignes de recherche. Il peut apparaitre également de nouvelles élaborations : « *l'association qui me vient* », « *c'est intéressant parce que ce n'est pas ce que j'ai noté* » (Mr Bouchard) ; « je me rends compte que je suis en train de dire des choses que je ne pensais pas » (Mr Gauthier). La remémoration de l'analyste au cours de l'entretien de recherche apparaît aussi procéder par associations, repartant du matériel clinique des premiers entretiens. Par exemple Mr Martin, pour répondre à la consigne portant sur la demande du patient, passe par la remémoration des propos du patient au premier entretien : consommation de produit qu'il vole et sentiment du patient que cela s'aggrave, association du patient avec le décès de sa mère, que Mr Martin associe à l'aggravation de l'état dépressif au cours des trois premiers entretiens, pour se souvenir que ce n'est qu'au troisième entretien que le patient formule une demande. La façon dont l'analyste rend compte au chercheur de son cheminement intérieur, laisse supposer que son élaboration, au moment des premiers entretiens, s'est construite par chainons associatifs à partir du matériel clinique.

VII.2.1. Caractéristiques descriptives du cheminement intérieur

L'analyse des données de recherche montrent que l'ensemble des participants[1] se réfèrent dans des proportions plus grandes au registre cognitif qu'affectif dans leur discours. Ils utilisent plus fréquemment des formulations déclaratives que toutes les autres formes (interrogation, prédiction, hypothèse et précautions verbales). Et ils s'appuient plus souvent sur des faits cliniques présents que des faits cliniques absents (voir en annexe, tableau n°11 p.

[1] L'analyse des caractéristiques du discours porte sur 14 entretiens (7 en France et 7 au Québec). En effet, l'entretien de recherche de Mr Roy n'a pas pu faire l'objet de cette analyse, car l'enregistrement est incomplet.

399). Des variations apparaissent dans le discours des cliniciens au regard du « niveau d'information » du discours, ainsi que de la forme de référence aux tiers dans leur cheminement intérieur.

VII.2.1.1. Registre, forme et référence aux faits cliniques du discours

Le registre du discours apparaît toujours plus cognitif qu'affectif. La forme du discours est toujours plus déclarative que toutes les autres formes : interrogative, prédictive, hypothétique et les précautions verbales. Et la référence aux faits cliniques – c'est-à-dire le matériel clinique significatif pour l'analyste dans son élaboration – repose de façon majoritaire sur les faits cliniques présents pour l'ensemble de l'échantillon d'étude.

Le registre affectif du discours – traduit par l'expression d'émotions ou des formulations telles qu' « avoir le sentiment », « sentir » ou « avoir l'impression » – intervient le plus souvent pour décrire des mouvements contre-transférentiels, et quelques fois des impressions cliniques ressenties quant au fonctionnement psychique du patient. Par exemple, Mme Bernard évoque « ce qui me t*ouche c'est son mal*-être », et Mme Robert parle du « sentiment » que la patiente était « inquiète » et « angoissée » lors du premier entretien, ou encore de l'aspect « fatiguant ! » pour elle de la position contre-transférentielle de la « mère paranoïaque ». Le registre affectif, dans sa faible proportion, peut se trouver intriqué au registre cognitif, dans un même raisonnement. Par exemple, Mme Thomas articule le fait de se sentir « très intéressée » par le patient à la question théorique de la « séduction », c'est-à-dire à la nécessité d'interroger ce qui fait qu'un analyste « a envie ou pas de faire un travail » avec un patient donné, articulant ainsi le registre affectif au registre cognitif.

La forme déclarative apparaît toujours dans des proportions du discours supérieures à toutes les autres formes, dont nous allons examiner ensemble leur utilisation. **Les formes interrogatives**, le plus fréquemment, reprennent des questions que l'analyste s'adresse à lui-même dans son cheminement intérieur, sous-tendant son élaboration. Elles traitent principalement : de la façon d'interpréter le matériel clinique relatif au fonctionnement psychique du patient ; de l'évolution du travail analytique ou de son issue ; de la dimension transférentielle ; de la pertinence du cadre ; des bénéfices potentiels du travail pour le patient ; et de la nature de la demande quand celle-ci n'est pas considérée d'emblée comme une demande d'analyse. Ainsi, par exemple, des analystes s'interrogent : « ce qui pourrait aussi

me poser question c'est comment ça va avancer justement ? », « *qu'est*-ce que moi ça va me *faire la manière dont elle va m'investir* ? » (Mme Bernard) ; « je me dis à moi-même : est-ce que je vais lui être utile ? » (Mr Gomez). Plus rarement, les formes interrogatives du discours peuvent correspondre à des demandes de précision adressées au chercheur (« *c'est bien* confidentiel ? », « Est-ce que je continue à associer ? », Mme Dubois), ou à la reprise de questions posées par ou au patient au cours des premiers entretiens, rendant le témoignage du participant très vivant (« *Mais c'est là quand je lui demande* : à part ce deuil ? », Mr Gomez).

Les formulations prédictives, peu fréquentes, sont soit affirmatives soit hypothétiques. Elles sont sollicitées le plus souvent par les consignes de l'entretien de recherche, et quatre participants ne formulent qu'une à deux prédictions. En effet, certains analystes se refusent à formuler des prédictions quant à l'évolution que prendra le travail qui s'engage avec le nouveau patient, comme Mr Garcia qui explique que « *présager, c'est compliqué parce que c'est anticiper, parler du futur, c'est compliqué dans ce cas-là. C'est une question un peu piège dans le sens où l'on ne peut pas présager ça* ». Les thèmes faisant l'objet de prédictions correspondent : à l'issue des premiers entretiens et à l'évolution du processus analytique, aux potentialités d'engagement du patient, à la durée du travail, à l'évolution possible de la relation transféro-contre-transférentielle. Par exemple, Mme Bernard formule : « je me suis dit que ça allait probablement être compliqué » ; « je pense que ça va être assez agressif de sa part, dans le sens un peu revendication » ; « *par rapport à l'évolution ce que je peux présager c'est qu'elle investisse fortement les séances* » ; « *j'ai plutôt la sensation qu'elle s'inscrit quand même dans la prise en charge et qu'elle va venir pendant un moment* ». Les prédictions peuvent aussi traduire les potentialités, évaluées par l'analyste, de capacités du patient favorables au travail analytique, comme Mme Tremblay qui estime que la patiente pourra avoir plus d'introspection.

Les formes hypothétiques et les précautions verbales (par exemple : trop tôt, pour *l'instant, peut-être, ...*) apparaissent peu fréquentes, et même sans occurrence chez trois participants. Ces résultats contrastent de manière étonnante avec la façon dont de nombreux participants insistent sur l'impossibilité de prévoir ce qu'il adviendra des premiers entretiens, sur l'incertitude qui persiste malgré les premières évaluations réalisées au cours des premiers entretiens. Les hypothèses qui apparaissent, le plus souvent en réponse aux consignes de recherche (sur les hypothèses psychodynamiques), traitent principalement du fonctionnement et de la problématique psychiques du patient. Toujours suite aux consignes de recherche, Mme Côté et Mme Tremblay articulent leurs prédictions d'un travail possible à l'hypothèse de l'évolution des défenses et des résistances de leurs patientes. Les prédictions sur la

relation-transféro-contre-transférentielle sont celles qui sont le plus souvent hypothétiques. Quant aux précautions verbales, elles entourent les hypothèses pour leur donner un statut d'hypothèses de travail en cours d'élaboration, à mettre à l'épreuve du matériel clinique qui apparaitra dans la suite des séances, le plus souvent quant au fonctionnement psychodynamique et à l'évolution de la relation transféro-contre-transférentielle. Ainsi, Mme Dubois énonce : « *c'est venu* avec cette hypothèse-là : est-*ce qu'effectivement elle aurait été laissée trop seule, et qu'elle aurait été obligée de se construire elle ce regard*-là qui ne lui *aurait pas été donné, et qu'elle elle a nécessité de prendre tous ses repères et qu'une fois* q*u'il y a ça elle peut un petit peu plus avancer* » ; « elle est obsessionnelle plutôt, mais avec *un point d'interrogation* » ; « *Mais c'est vraiment là aussi trois points d'interrogation ce sera* la découverte ». Les précautions verbales pointent le manque de matériel clinique au moment des premiers entretiens pour confirmer des élaborations, comme par exemple : *« […] je ne* peux pas en dire grand-*chose parce que je n'ai pas assez d'éléments pour l'instant* » (Mr Martin); « on verra bien, mais là ça f*ait c'est* juste trois séances », « *c'est un peu trop tôt* là », « je ne sais pas, pour le moment » (Mr Morin) ; « Si je découvrais, pour le moment je ne le pense pas hein » ; « il ne faut pas non plus trop préjuger » ; « *ça c'est le mystère des* débuts on ne sait pas du tout sur quoi ça débouchera. On verra » (Mme Thomas). Il semble, au vu de l'analyse des caractéristiques du discours, que la faible proportion du discours ayant une forme hypothétique ou des précautions verbales, s'expliquerait par le fait que l'analyste pointe seulement quelques fois l'incertitude inhérente aux premiers entretiens, et que le reste du discours de forme déclarative soit à entendre dans une perspective d'ensemble où l'incertitude est à entendre implicitement.

La référence aux faits cliniques repose de façon majoritaire sur les faits cliniques présents pour l'ensemble de l'échantillon d'étude. Les consignes de recherche, explorant un large éventail de dimensions et questionnant leur évolution, favorisent l'expression de faits cliniques absents, qui apparaissent en effet moins de façon spontanée dans la partie non-directive de l'entretien de recherche, que dans la partie semi-directive. Dans la partie semi-directive, l'analyste – devant répondre à des consignes, et plus seulement répondre spontanément à la question générale de recherche à partir du matériel clinique dont il dispose – s'appuie plus sur les faits cliniques absents que dans la partie non-directive pour argumenter son élaboration. Nous remarquons que la proportion des faits cliniques absents n'apparaît pas plus grande quand la situation clinique amène une contre-indication, ou quand le travail

préliminaire se poursuit, que lorsqu'un travail analytique s'engage, comme nous aurions pu nous y attendre.

D'après les données de recherche, les faits cliniques absents sont utilisés pour pointer le matériel clinique qui manque à l'analyste pour construire son élaboration. Notamment, les participants soulignent l'attente de matériel clinique relatif aux relations actuelles et passées et à la structure psychique. Ce résultat croise celui des précautions verbales, qui insistent sur le fait qu'il est trop tôt pour asseoir une élaboration.

Les résultats montrent que l'élaboration s'appuie aussi sur des faits cliniques absents par comparaison en creux avec d'autres situations cliniques rencontrées au cours de l'expérience du participant. Ainsi, Mr Martin explique par contraste ce que la situation clinique ne présente pas : avec d'autres patients il a pu ressentir un effet « mitigé » et par suite questionner la pertinence de l'indication, ou encore des inquiétudes par rapport à la psychose et alors orienter vers une institution. La consigne sur les premières impressions amène Mme Tremblay à évoquer son a priori positif pour la patiente qu'elle reçoit, contrairement à d'autres patients. Mr Morin souligne de la patiente qu'il reçoit : « *n'a pas fait objection. Alors que d'autres auraient dit : qu'est-ce que c'est que ça, où est-ce qu'il s'en va lui ?* » ; « supposon*s qu'elle s'arrête de parler, il y a des gens qui vont nous dire : dites*-moi quelque chose, posez moi des questions. Elle, elle peut le porter » ; « m*ais il y a d'autres patients, elle est en voie de passer quasiment à la position d'analysante, mais il y a d'autres patients qui vont demeurer patients* qui vont toujours être là en attente ». Mme Dubois compare le matériel à des situations cliniques antérieures pour caractériser celle avec la patiente, comme par exemple : « oui il *m'intéresse de travailler avec* elle, mais pas comme ça arrive quelquefois que des personnes vous saisissent par des choses comme ça » ; « *elle n'a pas déclenché, ce qui peut arriver des* fois on peut se sentir du coup attiré vers un versant maternel, là pas du tout ».

Enfin, certains participants soulignent l'absence de certaines capacités psychiques favorables au travail analytique, ou à l'inverse de dimensions psychiques défavorables. Mme Tremblay note ainsi ce qui nécessite d'être développé au cours du travail : un meilleur contact avec son monde interne à travers l'expression d'affects, des rêves et des souvenirs, une plus grande associativité, un engagement dans la relation qu'elle ne sent pas encore. Mr Gomez utilise des faits cliniques absents relatifs aux capacités d'introspection et au transfert de la patiente : « *même si elle n'accepte pas toujours de creuser l'autre sens ou qu'elle veut terminer son* idée etc. elle est tout de même sensible » ; « d*onc cette nouvelle patiente n'a pas cette sorte de* complicité, elle ne cherche pas à partager un espace comme ça ». Dans l'élaboration de Mr Gauthier, les faits cliniques absents concernent des qualités du fonctionnement psychique du

patient défavorables au travail analytique : pas de fulgurance, peu d'introspection, pas d'affect. Ils peuvent à l'inverse porter sur l'absence d'éléments défavorables comme des résistances ou une forte angoisse. Mme Côté, quant à elle, s'appuie sur les faits cliniques absents quand elle construit une première lecture diagnostique de manière différentielle.
Il me semble ainsi que l'intervention de faits cliniques absents, même dans une proportion mineure par rapport aux faits cliniques présents, montre que l'analyste s'attend, cherche et compare du matériel clinique à partir d'une « trame d'élaboration » construite à la fois sur la théorie et sur son expérience clinique, confirmant l'existence d'une *trame d'écoute* préconstruite permettant d'entendre ce qui est dit, et ce qui ne l'est pas, ou pas encore.

VII.2.1.2. Niveaux d'information du discours

Les niveaux d'information du discours considérés dans la présente étude sont : le niveau « descriptif » (discours du patient ou informations relatives au patient) ; le niveau « théorique », explicite ou implicite (c'est-à-dire une construction de l'analyste à partir du matériel clinique qui s'appuie sur la théorie psychanalytique, sans y faire référence en la nommant) ; le niveau « expérience clinique » (toute référence à l'expérience clinique de l'analyste) ; et le niveau « intuition ou impressions cliniques ».

Les niveaux « descriptif » et « théorique » apparaissent toujours en proportions du discours supérieures aux niveaux de « l'expérience clinique » et des « intuitions ou impressions cliniques », pour l'ensemble de l'échantillon d'étude. La grande proportion du niveau « descriptif » traduit la façon dont l'analyste s'appuie essentiellement sur le discours du patient, ou sur du matériel clinique des premiers entretiens, pour construire sa réflexion et retrouver le fil de ses associations. La proportion conséquente du niveau « théorique », et sa fréquente cooccurrence avec le niveau « descriptif » – pour la moitié des entretiens les deux niveaux sont toujours combinés, et pour l'autre moitié combinés une fois sur deux – semblent témoigner de la prise en compte du matériel clinique à travers le prisme de la théorie.
Le rapport des proportions du discours de niveau « descriptif » relativement au niveau « théorique » apparait, à deux exceptions près, supérieur (5 cas) ou équivalent (7 cas), quel que soit le degré d'expérience clinique. Les deux exceptions, où la proportion du discours de niveau « théorique » est supérieure à celle de niveau « descriptif », correspondent à un participant du groupe « peu expérimentés » et un du groupe « moyennement expérimentés ». Ce résultat tendrait à soutenir que la théorisation du discours ne dépendrait pas du degré

d'expérience clinique. De plus, considérant d'après l'analyse des caractéristiques du discours que les niveaux « descriptif » et « théorique » sont le plus souvent utilisés conjointement, il n'apparaîtrait pas une moins grande articulation de la théorie avec le matériel clinique en fonction du degré d'expérience clinique, du moins dans l'échantillon d'étude. Mr Martin, « peu expérimenté », s'appuie en effet sur la théorie – proportion du discours supérieure au niveau « descriptif » – et même plus explicitement qu'implicitement. Nous pouvons alors interroger le recours à la théorie pour se rassurer dans son élaboration sur des conceptions théoriques « validées ». Mme Dubois et Mr Roy, tous deux « très expérimentés », insistent sur leur choix de laisser de côté la théorisation comme source de savoir. Il est certain que les plus expérimentés naviguent avec plus d'aisance au milieu d'un savoir théorique « métabolisé », en affirmant leur choix parmi les multiples transmissions dont ils ont bénéficié, et en étant en mesure de construire leurs propres modèles théorico-cliniques. Par exemple, Mr Roy développe la métaphore du voyage pour le travail analytique. Et Mme Dubois fait part de la façon dont elle s'appuie sur tels ou tels auteurs pour composer un corpus théorique qui lui corresponde. En revanche, il apparaît que pour les participants se reconnaissant « psychanalystes » dans leur « identité professionnelle », les niveaux « descriptif » et « théorique » sont le plus souvent équivalents (5 cas sur 7), alors que parmi ceux se définissant comme « psychothérapeutes psychanalytiques », le niveau « descriptif » est le plus souvent supérieur au niveau théorique (4 cas sur 7). Cette tendance des résultats soulève la question d'une influence potentielle de « l'identité professionnelle » sur la place accordée à la théorie dans le cheminement intérieur de l'analyste relativement à celle laissée au discours du patient ou à des informations relatives au patient.

Le niveau « théorique » (selon les proportions relatives du discours, de niveau « théorique explicite » par rapport au niveau « théorique implicite) apparaît le plus souvent implicite plutôt qu'explicite (9 entretiens de recherche sur 14), autant implicitement qu'explicitement pour deux entretiens de recherche, et moins implicite qu'explicite pour trois. D'une façon générale, les références théoriques semblent agir comme un cadre de réflexion, à partir duquel construire une élaboration théorico-clinique en fonction de la singularité du patient. Quel que soit le degré d'expérience clinique, le rapport des proportions du discours de niveau « théorique implicitement » est le plus souvent supérieur ou équivalent au niveau « théorique explicitement » (11 cas sur 14). Le recours explicite à la théorie, en proportions supérieures à celui de l'implicite de la théorie, concerne un participant de chaque groupe « peu », « moyennement » et « très » expérimentés, ne permettant pas de désigner une tendance en fonction du degré d'expérience, qui ne semblerait ainsi pas influencer le niveau

d'explicitation de la théorie dans le discours de l'analyste. Les résultats montrent que le rapport implicite et explicite de la théorie varie de manière équilibrée parmi les participants se définissant comme « psychanalystes » (2 inférieur, 3 équivalent, 2 supérieur), alors qu'il est majoritairement plus implicite qu'explicite parmi les participants se disant « psychothérapeutes psychanalytiques » (6 cas sur 7). Au vu des résultats de recherche, la question d'une influence potentielle de « l'identité professionnelle », sur la place accordée à l'implicite et à l'explicite de la théorie dans le discours de l'analyste, est soulevée.

Ainsi, la place de la théorie dans le discours et sa part explicite sembleraient varier en fonction de « l'identité professionnelle », mais pas du degré d'expérience clinique. Les participants qui se reconnaissent comme « psychanalystes » ont tendance à avoir un discours dont les niveaux « théorique » et « descriptif » sont équilibrés et combinés, et dont la place à l'explicite de la théorie varie selon les analystes, ce qui est probablement à mettre en lien avec le choix d'une partie des analystes de secondariser ou non la théorisation du matériel clinique. Les participants qui se reconnaissent comme « psychothérapeutes psychanalytiques », quant à eux, ont tendance à privilégier le niveau « descriptif » par rapport au niveau « théorique », et la part implicite du niveau « théorique » plutôt que la part explicite.

L'expérience clinique apparaît à la fois pouvoir servir d'appui pour l'élaboration de l'analyste, par comparaison à des situations cliniques antérieures similaires ou contrastées, et à la fois fonder en partie la pratique clinique de l'analyste, qui développe à partir de son expérience un certain « savoir-faire ». Le cheminement intérieur de l'analyste semble effectuer des va-et-vient entre son expérience antérieure et la situation clinique actuelle. Par exemple, Mme Thomas évoque pour le patient qu'elle reçoit en comparaison à d'autres : « *quand même il n'y a pas trente*-six patients qui me fo*nt ça, c'est une de ses* caractéristiques » ; « *si je compare avec d'autres demandes qui me viennent* » ; « il y a des *gens qui ont tellement peu d'histoire à raconter* » ; « il y a des gens avec qui il faut tout *expliquer, non lui il était ...* ». Des participants montrent comment de leur expérience nait des invariants dans leur pratique clinique. Mr Gomez explique qu'il a appris à repérer des « petits signes » pour élaborer le fonctionnement psychique des patients, fondés à la fois sur la théorie, et sur ce qu'il perçoit et éprouve en séance. Mr Garcia rend compte d'une pratique des premiers entretiens qui contient certaines constantes, assises en partie sur son expérience clinique et en partie sur la théorie : « ç*a va faire plus de dix ans, donc maintenant j'ai* un certain savoir-faire donc je sais quand je peux me tromper ou pas ». De plus, l'expérience

clinique semble influencer « le style clinique » de chaque analyste. Ainsi Mr Gomez explique avoir développé une souplesse dans sa pratique et une habitude à travailler en réseau, du fait de son expérience institutionnelle de travail avec les enfants. Mme Dubois estime que sa longue pratique auprès de patients psychotiques a développé chez elle une grande capacité de contenance. Ainsi, le « savoir-faire » de l'analyste s'appuie à la fois sur la théorie psychanalytique et sur son expérience clinique, qui teinte de façon individuelle sa pratique clinique. L'expérience antérieure participe à la construction de modèles théorico-cliniques qui interviennent dans l'élaboration de la décision thérapeutique.
Par ailleurs, chez les participants du groupe « peu expérimentés », l'évocation de l'expérience clinique dans leur cheminement intérieur correspond à des proportions du discours semblables aux autres groupes (« moyennement » et « très » expérimentés). Seuls Mr Gomez – « moyennement expérimenté » – et Mr Gauthier – « très expérimenté » – lui accordent une part plus grande dans leur discours que les autres participants. Ainsi il semblerait, au vu des résultats, que dès le début de la pratique clinique, l'expérience occupe une place dans l'élaboration, et d'un savoir-faire et de l'évaluation clinique.

Les intuitions et les impressions cliniques sont proportionnellement peu fréquentes par rapport aux autres sous-thèmes du « niveau d'information » du discours, pour l'ensemble de l'échantillon d'étude, ce qui va à l'encontre de mes attentes. Elles ne s'appuient pas seulement sur le registre affectif. L'intuition notamment, apparaît reposer aussi sur des constructions théoriques. Elles apparaissent suite aux consignes de recherche sur les premières impressions et la dimension transféro-contre-transférentielle, mais aussi de façon spontanée lors de l'élaboration du fonctionnement psychique du patient. Plus rarement, elles portent sur les prédictions relatives au travail à venir avec le patient. Par exemple, Mme Robert souligne une différence dans sa perception de la grossesse de la patiente, décrivant une « quasi hallucination négative » lors du premier entretien où elle n'avait pas perçu la grossesse, contrairement au deuxième entretien. Elle explique « pressentir » la valeur clinique de cette impression, qui sera à interpréter dans la suite du travail. Mme Dubois témoigne de la façon dont se construit une intuition clinique, entre une impression lors du premier contact téléphonique – « *ca m'avait frappée, enfin sans que je sache ce que vraiment ça pouvait* vouloir dire » – et l'interprétation qu'elle peut en faire à l'issue de plusieurs entretiens : « *c'est ce que j'ai pu me dire après* ». Et il apparaît à la lumière de l'interprétation d'une répétition psychique, que la première intuition s'était nourrit d'un modèle théorique, demeurant implicite au moment de l'impression clinique. Mme Dubois indique ses

impressions cliniques par des formulations que m'apparaissent traduire une certaine « pré-construction théorique » de l'écoute analytique : « *ce qui m'a* complètement attir*é l'oreille* » ; « i*l y a aussi quelque chose mais je ne sais pas ce que c'est, sinon que je l'ai entendu quand même comme euh, je ne sais pas, je l'ai retenu mais sans savoir* ». Cependant, Mme Dubois insiste sur le fait qu'elle ne cherche pas à théoriser ses intuitions cliniques, elles prennent sens d'elles-mêmes, pourrait-on dire, à la lumière du matériel clinique qui apparait. Les premiers indices transférentiels semblent pouvoir relever du registre intuitif, comme en témoigne Mr Morin : « *au téléphone c'*est cette petite voix, plaintive un peu, donc déjà là on sent que quelque chose se met en place*, c'est difficile à dire,* difficile à décrire » ; « *c'est comme si j'ai* senti *qu'il y avait une possibilité* » ; « *j'ai* senti quelque chose de transférentiel ».

Ainsi, les impressions cliniques servent à exprimer des observations qui ne peuvent pas encore être explicitées à ce stade du travail, mais « *attire l'oreille* » – pour reprendre l'expression de Mme Dubois – de l'analyste. Les intuitions cliniques seraient en quelque sorte un niveau intermédiaire entre la perception du matériel clinique et l'interprétation.

VII.2.1.3. Référence à un tiers dans l'élaboration

En premier lieu, la théorie et l'expérience clinique occupent une place de tiers dans l'élaboration de l'analyste, qui s'y réfère dans un mouvement oscillatoire avec le matériel clinique, comme cela a été indiqué précédemment (voir VII.2.1.2. « Niveaux d'information du discours », p. 237). Les pairs et les superviseurs, soit dans le réel soit « internalisés », sont des « inter-locuteurs » – entre le discours du patient et le cheminement intérieur de l'analyste – qui peuvent intervenir dans l'élaboration du matériel clinique. Le travail d'analyse personnelle ou d'auto-analyse sert de point d'appui pour ne pas tout interpréter dans la séance, et tenir compte de ce qui a trait au propre inconscient de l'analyste. Par ailleurs, lorsque le tiers qui oriente le patient est connu par l'analyste, ce dernier construit des hypothèses quant aux raisons de l'orientation, qui interviennent dans son cheminement (voir VII.3.3.2., p 271).

Les résultats de recherche permettent de tracer des lignes de variations dans la façon de faire référence au tiers dans le cheminement intérieur, en fonction du degré d'expérience clinique. Par rapport à la psychanalyse personnelle, nous observons que deux participants « peu expérimentés » y font référence par rapport à la connaissance de leur propre fonctionnement psychique, alors que chez des participants des groupes « moyennement » et « très expérimenté », ce n'est plus en référence à ce que l'analyse leur a appris d'eux-mêmes, mais

du côté de la transmission d'un certain « savoir psychanalytique ». Mr Martin, « peu expérimenté », évoque en effet qu'avec certains patients des questions personnelles raisonnaient et auraient peut-être pu empêcher un travail : « *c'était* en lien avec des phases de mon analyse particulière, peut-*être c'était pas évident pour moi à gérer* ». L'analyse personnelle agit alors comme tiers, dans le sens où l'élaboration psychique qu'elle permet offre la possibilité à l'analyste de dégager ses questions personnelles de celles du patient. Sans faire référence explicitement à leur analyse personnelle, elle a certainement une influence indirecte chez les autres participants, ou bien sous forme d'auto-analyse. Notamment lorsque des analystes évoquent des contre-attitudes qu'ils peuvent avoir et dont ils se méfient, ou encore les questions « fil rouge » qui mobilisent leur intérêt théorico-clinique : ils évoquent indirectement leur travail d'analyse ou de supervision. En effet, ce sont dans ces lieux qu'ils analysent leur propre fonctionnement psychique, et notamment la part inconsciente de celui-ci, qui entre en jeu dans le travail avec les patients.

Le rapport aux pairs ou aux superviseurs évoluent au cours de l'expérience clinique, comme semblent en témoigner les références à ces tiers dans le discours des analystes. Les participants « peu expérimentés » en cours de supervision, s'appuient sur l'autre dans une position hiérarchique du savoir : le maître et l'élève, avec plus ou moins d'anxiété d'ailleurs. Mme Bernard, au tout début de son expérience clinique, fait aussi référence aux tiers dans la réalité quand elle dit qu'en libéral « on est seul », tiers permettant d'assurer, et peut-être de la rassurer, sur le fait que la relation avec un patient ne restera pas duelle. La particularité du cadre de supervision dans lequel Mme Bernard reçoit la patiente, implique la présence de tiers réels avec lesquels elle élabore le travail de psychothérapie, et qui sont « présents » dans son cheminement intérieur au cours des entretiens. Ainsi, elle évoque lors de l'entretien : « avec *tout le travail de supervision derrière donc euh, donc c'est clair que par exemple au dernier entretien j'étais obsédée par deux, trois cho*ses de la supervision donc pas complètement non plus détendue. Mme Bernard souligne aussi l'enjeu de l'absence de tiers réels en libéral dans sa décision thérapeutique : « p*arce que quand on est en libéral ou quand on s'engage, enfin* moi je vois là dans mon travail, à prendre des patients qui viennent, qui payent, seule chez soi *et qu'on prend la décision de suivre ce patient, ça a un impact tout à fait différent, une* ampleur *différente, ça n'a rien à voir* ».

Les participants « moyennement expérimentés » se situeraient dans un rapport aux tiers oscillant entre les pairs et les « maîtres », ayant recours lorsqu'ils rencontrent « un point aveugle » levé par leur pratique clinique, soit à un « collègue qui a plus de bouteille », soit à un « contrôleur » (les dénominations traduisant en elles-mêmes la place symbolique donnée

par le participant). Mr Gomez, « moyennement expérimenté », parle ainsi du recours toujours possible à un pair au cours d'un travail analytique avec un patient : « pour certains patients qui peuvent à tel ou tel mom*ent me poser problème, on n'est jamais à l'abri de quelqu'un qui* vient vous toucher comme ça sur un point aveugle de vous-même, ou qui vous met en difficulté *par rapport à je ne sais pas, il y a un tas de choses. […] Donc pour des situations comme ça,* moi *je le fais ponctuellement pour des patients où justement cette boussole j'ai du mal à la* faire fonctionner, bien je consulte moi-*même auprès d'un collègue qui a plus de bouteille, plus d'expérience, soit parce qu'il a plus d'expérience, soit parce qu'il a* travaillé dans tel ou tel domaine, je ne sais pas toxicomanie par exemple, ou des sujets ponctuels qui pourraient *m'éclairer* ». Il fait donc référence à un pair qui aurait soit plus d'expérience, soit plus de compétences sur un thème particulier.

Les participants « très expérimentés », dans la même logique de graduation du rapport au tiers, évoquent la façon dont ils ont « internalisé » leurs analystes, superviseurs, qui influencent leur pratique clinique. Mr Morin témoigne qu'il peut échanger avec des pairs pour une question particulière : « parce que ça fait trois fois et puis pour le moment elle ne pose *pas de difficulté pour moi, mais il peut arriver, c'est certain, que dans des groupes de travail,* des séminaires que soit il y a une présentation *clinique, ou encore si c'est un séminaire théorique bien évidemment il y a toujours des associations qui nous viennent […] pour essayer de dénouer, ou d'essayer de comprendre, ou encore carrément faire des liens avec la* théorie, renouveler la théorie, bon forcément avec des collègues dans le cadre de séminaires de travail : oui, il peut y avoir des discussions auto*ur d'analysants, analysantes* ». Mme Gagnon fait ainsi référence à un analyste qui l'a formée lorsqu'elle évoque une de ses interventions avec la patiente : un type d'intervention « dans le transfert » dont pouvait parler cet analyste. Les analystes « très expérimentés » parlent plus volontiers d'échanges avec des pairs ou des « collègues » que le « peu » et « moyennement expérimentés », et peuvent eux-mêmes être en position de transmission à l'égard de jeunes analystes. Mme Thomas fait référence à des pairs qui interviennent dans son cheminement intérieur avec le patient : « c*omme disait […], un des fondateurs du […], à ses superviseurs, euh à ses s*upervisés dont *je n'étais pas mais je l'ai entendu dire, quelque chose qui est à la fois très simple et très* pertinent : *"il faut toujours savoir ce qu'on fait et pourquoi on le fait". En l'occurrence : pourquoi je propose deux séances et pas trois ? Qu'es*t-ce que je fais en faisant ça et pourquoi je le fais *? Autrement dit, d'être au clair de pourquoi, bon ça c'est la théorie on n'est pas forcé d'être toujours dans le feu du dialogue ou dans l'émotion que peut mettre un lien très ténu qui commence à s'étab*lir entre deux personnes on peut ne pas être toujours au mieux de sa

réflexion ». Ou encore lorsqu'elle décrit le décor de son cabinet, elle fait état du désaccord probable d'une partie de ses pairs, ce qui montre que l'élaboration du cadre-même de sa pratique se construit « avec » d'autres : « d*'autres collègues vous diraient : non il faut que ce* soit le plus neutre possible etc., moi ça fait partie de mon, ça fait vraiment partie de ma façon *d'envisager la prise en charge de quelqu'un* ». Par ailleurs, y compris chez les « très expérimentés », les tiers réels comme les collègues en institution, peuvent influencer le cheminement intérieur de l'analyste. Ainsi Mme Gagnon, présentant une situation clinique en institution, évoque l'idée de « contamination » de son évaluation, quant à ses doutes sur l'engagement possible de la patiente, car il y a eu beaucoup d'hésitation par rapport à cette possibilité lors de la réunion d'équipe avant d'accepter la demande. La différence avec les « peu expérimentés » repose sur la possibilité de critiquer cette influence sur son propre cheminement intérieur.

Enfin, au vu des résultats de recherche, seuls les analystes « très expérimentés » articulent les auteurs, leurs analystes et superviseurs, à leurs propres constructions théorico-cliniques. Ainsi Mme Dubois, lorsqu'elle témoigne de son parcours de formation psychanalytique, explicite la façon dont des tiers interviennent dans son cheminement intérieur : ses analystes et contrôleurs ; les lectures de Freud « notre passeur par rapport à tout le reste », « en rebonds *pour moi ça permet d'élaborer dans le transfert à Freud, à la démarche freudienne aussi, ça permet d'élaborer sa propre théorie, enfin ses propres questions cliniques* » ; celles de Lacan et Winnicott. Elle montre comment s'appuyant sur ces tiers elle construit « sa propre théorie » : « maintenant je tricote voilà dans mes élaborations il y a Freud, articulé à Winnicott, articulé éventuellement enfin à certains lacaniens ».

VII.2.2. Evaluation prédictive et influence de la subjectivité de l'analyste sur l'évaluation

Au vu de l'analyse des entretiens de recherche, il semble que l'évaluation de l'analyste soit toujours en partie prédictive, plus ou moins implicitement. Les résultats nous indiquent la façon dont la subjectivité de l'analyste intervient dans son cheminement intérieur, et semble en partie influencer son évaluation.

VII.2.2.1. Evaluation prédictive

Les analystes ne formulent des prédictions, quant aux dimensions transférentielles et contre-transférentielles et quant au « projet thérapeutique », qu'à la suite des consignes de recherche. Elles n'apparaissent jamais spontanément dans la partie non-directive de l'entretien de recherche. Elles sembleraient ainsi relever du niveau implicite du cheminement intérieur de l'analyste.

Les prédictions relatives à la dimension transférentielle apparaissent dans le discours de la moitié des analystes de l'échantillon d'étude (8 participants sur 15). Les analystes peuvent s'interroger sur la place transférentielle à laquelle les patients les mettront, ou encore, s'appuyant sur la théorie psychanalytique, s'attendre d'une manière générale à ce que le transfert traverse des mouvements d'amour et de haine à l'égard de l'analyste, si une névrose de transfert se met en place. Les prédictions relatives à la dimension contre-transférentielle sont rares, seulement trois participants en évoquent, et ce de façon lacunaire ou très générale. Ainsi par exemple, Mme Richard interroge l'ambivalence qu'elle pourrait ressentir en réponse à la propre ambivalence de la patiente, et Mr Gauthier apprécie peu le fonctionnement psychique par « rétention » du patient qu'il accueille. La rareté des prédictions contre-transférentielles serait-elle due : à l'impossibilité d'en dire quelque chose par manque de matériel clinique, ou car la relation ne fait que débuter ? Ou aurait-elle trait également à la difficulté de dévoiler une forme d'intimité psychique (d'autant plus grande qu'au stade des premiers entretiens le risque de projection de l'analyste sur le patient serait plus grand) ? Par ailleurs, les analystes peuvent faire part de prédictions quant aux potentialités de « rencontre dans un lieu transférentiel » avec le patient, lorsqu'ils sentent que la relation « n'est pas encore établie » (si elle leur semble établie, ils étayent leur élaboration sur des faits cliniques présents). L'élaboration des potentialités de « rencontre dans un lieu transférentiel » occupent une place centrale dans le discours de l'analyste témoignant de son cheminement intérieur, pour l'ensemble de l'échantillon d'étude. La façon dont cette élaboration est articulée à la décision thérapeutique sera développée ci-après (voir VII.3. « Fondements de la décision thérapeutique dans la pratique », p. 253). En tout cas, même dans l'implicite du cheminement intérieur de l'analyste, les prédictions transférentielles et contre-transférentielles ne semblent occuper qu'une place secondaire. Ce sont les potentialités de la rencontre analytique, notamment quand celle-ci ne semble pas s'établir au cours des premiers entretiens, qui relèvent d'une évaluation prédictive.

Les formulations d'un « projet thérapeutique », tout en demeurant plutôt implicite dans le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens, s'avèrent plus développées que les précédentes prédictions. En préambule, je voudrais préciser que la formulation « projet thérapeutique », telle qu'utilisée dans le guide d'entretien, m'apparaît aujourd'hui maladroite. En effet, je mesure après-coup la confusion de registre que cette formulation a pu induire chez les participants, entre les buts thérapeutiques et les buts analytiques. Il aurait sans doute été plus opportun de parler de « projet de travail analytique », laissant aux participants la possibilité d'y inclure plus largement une direction de travail, sans la référence implicite aux bénéfices thérapeutiques, qui a pu contrarier les conceptions théoriques d'une partie des participants. Il ne s'agissait en aucun cas de réduire le « projet thérapeutique » à une somme d'objectifs prédéterminés et scellés lors des premiers entretiens. Les explorations de l'entretien de recherche sur ce thème visaient à questionner si l'analyste, au tout début des rencontres, dessine une direction de travail : c'est-à-dire recueillir les constructions implicites de l'analyste dans l'avant-coup dudit travail. Une majorité d'analystes (10 sur 15) témoignent d'une certaine construction des directions du travail analytique dès les premiers entretiens. Le « projet thérapeutique » apparaît ainsi bien faire partie, au moins implicitement, du cheminement intérieur de l'analyste.

La préoccupation éthique de l'analyste, d'évaluer les bénéfices potentiels que le patient pourrait tirer du travail analytique, sous-tendrait ces constructions d'un certain « projet thérapeutique ». En effet, l'analyste élaborerait des prédictions, le plus souvent implicitement, quant aux « buts » que le travail pourrait atteindre, pour répondre à une question inhérente au processus de décision thérapeutique : l'engagement dans un travail analytique apportera-t-il des bénéfices au patient ? D'après l'analyse des entretiens de recherche, les réponses des analystes quant à leur « projet thérapeutique » pour le patient montrent que celui-ci est pensé par rapport aux bénéfices potentiels d'un travail analytique pour le patient, dont cinq analystes (sur les 10 qui formulent un « projet) soulignent même que c'est le principal moteur de leur engagement. Ainsi Mr Gomez estime que c'est ce qui le mobilise dès le départ et s'inscrit dans son cheminement intérieur tout au long des premiers entretiens : « est-ce que je vais lui être utile ? Est-ce *que le fait qu'elle vienne va lui permettre de modifier un peu ce qui la met* en difficulté, en panne ? ».

Le « projet » de travail analytique s'exprime sous forme de « souhaits » et « d'espoirs », et jamais comme une certitude, comme par exemple Mme Thomas : « *[…]* j*'aimerais beaucoup que ça lui serve à quelque chose mais ça c'est le mystère des débuts on ne sait pas du tout s*ur quoi ça débouchera. On verra ». Il ne contient jamais des « objectifs » à atteindre, mais

détermine des lignes directrices relativement générales du travail à venir. Les analystes soulignent en effet que ce sont des hypothèses, et qu'il est trop tôt pour en dire davantage. Des analystes estiment que la problématique psychique repérée au cours des premiers entretiens, pourrait constituer l'axe central dans le travail qui s'engage. Le plus souvent, la formulation d'un « projet » s'articule sur l'idée de dénouer la question psychique qui amène le patient à consulter, et génère sa souffrance. Les « buts » sous-jacents au « projet analytique » concernent à la fois un changement du fonctionnement psychique du patient, et à la fois une diminution de ce qui le fait souffrir.

Par ailleurs, cinq analystes, dont quatre sont « très expérimentés », explicitent pourquoi il ne leur semble pas possible, ou même dommageable, de formuler un « projet thérapeutique ». Des analystes considèrent que cela empêcherait le déploiement du processus analytique. Mr Gauthier l'argumente ainsi : « *[…]* je me garde dans ma pratique de formuler des projets, *[…] ça m'emprisonne, ça emprisonne l'autre, […]* ce que je trouve intéressant dans ce métier *là c'est de ne pas en avoir justement. […] ce qui m'intéresse c'est* vraiment juste prendre ce qui se passe et faire quelque chose avec. *[…] J'ai un peu l'idée finalement que le bien*-être *vient de l'espace de parole lui-même, c'est l'espace de parole qui, tout ce qui le constitue y* compris mon attention qui a un effet ». D'autres analystes estiment qu'il est simplement impossible de penser un projet, car le chemin que prendra le travail est toujours imprévisible. Mme Robert, si elle formule un dessein du « projet psychanalytique » de façon générale et théorique, insiste sur la part indéterminable de celui-ci : « *[…] je dirais que, même si ça peut* apparaitre paradoxal en même temps*, que je sais qu'il faut bien qu'une névrose de transfert se mette en place, ça c'est l'aventure, c'est vraiment le côté passionnant du travail, c'est qu'une névrose de transfert, qu'il faudra que j'œuvre pour favoriser la mise en place d'une névrose de transfert, mais qu'est-ce qu'elle sera exactement, comment ça va se passer, comment ça va se formuler, s'exprimer ? Ça c'est l'aventure complète de chaque début de* traitement ». Mr Morin souligne qu'il n'y a simplement pas de projet de l'analyste, « le projet *c'est celui que détermine l'analysant à chaque séance,* chaque séance est une création ».

VII.2.2.2. Influence de la subjectivité de l'analyste sur l'évaluation

L'évaluation de l'analyste repose en partie sur sa subjectivité. D'une part, des analystes témoignent de la façon dont la prise en compte de leur contre-transfert intervient dans leur élaboration. D'autre part, les « dispositions contre-transférentielles » de l'analyste au moment des premiers entretiens sembleraient influencer son évaluation.

Six analystes explicitent l'implication de la dimension contre-transférentielle dans leur élaboration du matériel clinique, entendu comme une voie de compréhension du fonctionnement psychique du patient. Mr Gomez tient ainsi compte principalement de ce qu'il nomme « *l'éprouvé* » dans son cheminement intérieur : « *[…] je préfère me faire confiance* – pas faire confiance à mon cumul de connaissances, à mes bouquins, ou à mon expérience seulement – *non, enfin si je dirais l'expérience un peu, mais l'éprouvé aussi. C'est*-à-dire ce *que j'éprouve par rapport à cette personne-là, quand vous voyez qu'un patient – c'est pour ça* que je parle de psychose aussi – vient vous raconter des choses invraisemblables, que vous lui posez une question et *qu'elle vous répond à côté, que vous n'arrivez pas à raccorder les deux* bouts, à la faire rentrer dans une logique bêtement symbolique, et que ça vous énerve et que *ça vous rend encore plus névrosé, et bien là je pense qu'on peut se faire confiance, à cet* éprouvé-là. Alors que si vous aviez envie au contraire euh, ou si vous aviez peur et que vous vous sentiez angoissé, inquiet parce que vous gardez votre marg*e de manœuvre ou que vous* vous sentez instrumentalisé etc., là je me ferais aussi confiance en me disant : effectivement je *suis en face d'*un pervers, et ainsi de suite ». Mme Robert, quant à elle, note d'emblée sa perception déformée de la grossesse de la patiente, une « quasi hallucination négative », dont elle s'attend à comprendre le sens dans la suite du travail. Elle souligne également la difficulté face à la réalité traumatique, très présente dans le discours de la patiente, de ne pas se laisser « happer », et de pouvoir continuer à penser la réalité psychique. Mme Bernard met en lien des éléments contre-transférentiels avec le discours de la patiente : « *[…] elle me disait qu'elle avait comme la sensation d'avoir un ventre, mais comme différencié d'elle, à l'intérieur d'elle qui aspire en référence à ses boulimies, il va falloir que je pense à ça* et que *je ne me laisse pas aspirer. Parce que je pense que c'est plus ou moins ce qu'elle est en train de me faire vivre où j'ai l'impression comme ça qu'elle a besoin d'aspirer les autres comme* pour la mettre en mouvement *[…]* ». Tenant compte de ces éléments, Mme Bernard formule une hypothèse prédictive sur la relation transférentielle : « *[…] c'est justement quelque chose* qui pourra peut-*être se mobiliser dans le transfert, quelque chose aussi de l'ordre du fonctionnement, je parlais de phagocyter, j'ai l'impression vraiment qu'on est dans la fusion* quoi, en tout cas dans la tenta*tive de fusionner avec l'autre* ». Dans le cheminement intérieur de l'analyste, les impressions cliniques, d'ordre contre-transférentiel, sont articulées avec le discours du patient, la façon dont il s'adresse à l'analyste, pour conduire à la formulation d'hypothèses.

Au vu de l'analyse des entretiens de recherche, il semblerait que les « dispositions contre-transférentielles » de l'analyste, à la fois sur le patient et sur la psychanalyse elle-même, puissent influencer son évaluation. En effet, l'examen des prédictions quant à l'issue des premiers entretiens et quant à la suite du travail, permet de questionner cette influence. Une majorité d'analystes formulent des prédictions sur l'issue des premiers entretiens (12 sur 15 participants). Les situations cliniques des trois analystes qui n'en expriment pas, ne se prêtent pas aux prédictions. Il s'agit : de l'évaluation d'une non-demande, d'une indication différée, et du cadre spécifique de la pratique de Mme Richard qui, appliquant l'entretien structural de Kernberg aux premiers entretiens, estime qu'il n'est pas possible d'évaluer comment la patiente pourra se mouvoir dans un cadre analytique. Sur l'ensemble des entretiens de recherche, il apparaît autant de prédictions optimistes que pessimistes, et pour une même situation clinique : cinq sont conjointement optimistes et pessimistes ; quatre seulement optimistes ; et trois seulement pessimistes. La valence des prédictions a été examinée en fonction de la cooccurrence : de facteurs impliqués dans l'élaboration de la décision thérapeutique, de l'incertitude ou de l'espoir exprimés par l'analyste, et de la décision thérapeutique (voir en annexe, tableau n°12 p. 400). Les facteurs impliqués dans la décision thérapeutique, considérés pour l'examen des cooccurrences ont été : l'évaluation de la demande ; une adresse liée transférentiellement (ou contre-transférentiellement) à des représentations favorables ou défavorables au travail analytique ; la valence des manifestations contre-transférentielles ; et le niveau d'engagement de la relation avec le patient.

Quand l'ensemble des facteurs pris en compte dans cette analyse des cooccurrences (demande, adresse, contre-transfert, relation) participe favorablement à la décision d'engager un travail analytique (7 situations cliniques), les prédictions peuvent être : seulement optimistes (4 analystes), optimistes et pessimistes (2 analystes), ou seulement pessimistes (1 analyste). Ces premiers entretiens aboutissent tous à la proposition d'engager un travail analytique avec le patient. Lorsque des prédictions seulement optimistes sont formulées, elles s'accompagnent néanmoins de l'expression d'incertitude quant à l'évolution du travail qui s'engage (3 situations sur 4). Lorsque des prédictions à la fois optimistes et pessimistes sont énoncées, malgré le faisceau de cooccurrences favorables aux possibilités d'un travail, les analystes tiennent compte du risque de rupture précoce : leurs patients qui investissent manifestement les séances pourraient « désinvestir très rapidement ». Ainsi, Mr Martin dit à la fois : « *[…] j'ai l'impression qu'on s'engage dans un travai*l qui va se faire dans la durée *[…]* » ; et « *[…] j'ai le sentiment qu'il investit très rapidement je pense aussi qu'il pourrait*

désinvestir très rapidement ». Enfin, Mme Thomas n'exprime que des prédictions pessimistes quant à l'issue des premiers entretiens, bien qu'elle estime que le travail s'engage d'emblée, et qu'elle fasse part de son espoir qu'il se poursuive. Elle envisage le risque de rupture appuyée sur son expérience clinique : « *l'expérience m'a appris qu'il ne faut pas non plus* trop préjuger et surtout trop en espérer ». Il apparaît ainsi que même quand les possibilités d'un travail analytique sont évaluées favorablement, trois analystes expriment des prédictions pessimistes. Deux d'entre eux étant « peu expérimentés », leur pessimisme pourrait être attribué à un manque de confiance dans leur évaluation. Mais il semble que l'expérience clinique de la fréquence des interruptions précoces puisse expliquer la formulation de prédictions pessimistes, comme le souligne Mme Thomas (« moyennement expérimentée »). Mme Côté (« moyennement expérimentée ») me semble apporter une piste explicative supplémentaire. En effet, elle souligne sa lassitude des orientations des programmes d'aide aux employés qui ne viennent que les quelques séances remboursées sans qu'un travail ne s'engage : « *[…] c'est difficile de ne pas penser en termes d'inte*rruption de la thérapie quand *c'est les trois quart des gens, sinon plus que ça c'est monnaie courante* », « alors il y en a là-*dedans qu'on n'investit à peu près pas là*, et il y a ceux comme elle, *[…]* dans lesquels il y a un investissement affectif et tran*sférentiel et tout ça, et ça serait comme ça s'en va c'est plate* je me sens comme abandonnée. *Et ça plus on sent l'abandon dans ça et plus ça devient* difficile de travai*ller avec les programmes d'aide […]*». Elle me semble témoigner du grand investissement que réclame les premiers entretiens pour tenter une rencontre dans un « lieu transférentiel » avec une personne inconnue. Je me demande alors, si le fait de garder en tête le risque de rupture, ne serait pas une façon de ménager cet investissement intellectuel et en partie aussi affectif ? Une façon pour l'analyste de se prémunir du risque de déception, du risque qu'un investissement coûteux psychiquement reste sans destin ?

Lorsque les facteurs pris en compte dans cette analyse des cooccurrences (demande, adresse, contre-transfert, relation) sont favorables et défavorables aux possibilités d'engager un travail analytique (4 situations cliniques), la valence des prédictions quant à l'issue des premiers entretiens semble liée à celle des « dispositions contre-transférentielles » de l'analyste. D'un côté, trois analystes voient la décision d'engager un suivi, ou de poursuivre le travail préliminaire, avec beaucoup d'espoir pour la suite malgré des facteurs défavorables. Dans ce cas, les prédictions qui accompagnent l'élaboration de l'analyste sont conjointement optimistes et pessimistes, comme on pouvait s'y attendre, et teintées d'incertitude. Bien que la demande ou l'adresse du patient ne soient pas évaluées comme favorables à l'engagement dans un travail analytique, et que la relation « ne soit pas encore engagée », ces trois analystes

expriment des mouvement contre-transférentiels positifs à l'égard de leur patient, ce qui participe sans doute à leur espoir que la relation évalue favorablement, et par conséquent à leur décision thérapeutique. Ainsi Mr Bouchard, qui évalue la relation avec le patient encore fragile, choisit de débuter le suivi. Il considère en effet que « *[…] tou*tes les avenues sont possibles *[…]* là est tout mon questionnement : est-*ce qu'il va abandonner après quelques* entretiens ou est-*ce qu'il y a quelque chose qui va s'entamer et se poursuivre quelques années, et j'ai l'impression qu'on pourrait prendre une voie ou l'autre, […]* comme si il ne se passera rien ou il va se passer quelque chose de significatif » ; « je ne suis pas certain qu*'il va rester mais j'ai espoir* ». Au vu de ces résultats, il semblerait que les « dispositions contre-transférentielles » positives de l'analyste au cours des premiers entretiens puissent influencer l'évaluation des possibilités d'un travail analytique, faisant passer l'évaluation de réserves quant à l'indication au second plan. D'un autre côté, alors que la relation est évaluée par l'analyste comme « déjà engagée », seules des prédictions pessimistes quant à l'issue des premiers entretiens sont formulées, de façon concomitante à des mouvements contre-transférentiels ambivalents à l'égard de la patiente. Mme Gagnon reçoit la patiente en institution, où une évaluation d'accueil est réalisée puis discutée en équipe, avant de décider de l'adresse vers un psychothérapeute. La capacité de la patiente d'investir un travail psychothérapique laissait sceptique l'équipe, qui décide néanmoins d'accéder à la demande de la patiente d'une psychothérapie à long terme, n'ayant pas d'argument de contre-indication. Au cours des premiers entretiens, Mme Gagnon perçoit que la relation s'installe, nuançant positivement cette première évaluation défavorable de l'équipe, ce qui confirme selon elle l'indication. Malgré cela, elle ne formule qu'une prédiction pessimiste et incertaine quant à l'issue des entretiens : « (Silence) e*uh … j'ai un fantasme là, […] j'ai l'idée que quand elle* trouve aussi un empl*oi elle ne va plus revenir […]* ». Il apparaît que Mme Gagnon tient peu compte de son évaluation d'une évolution, au cours des premiers entretiens, favorable aux possibilités d'engager un travail analytique. L'adresse de la patiente reste au premier plan dans le cheminement intérieur de cette analyste, prenant plus de poids dans ses prédictions que l'évolution de la patiente au cours des premiers entretiens. D'ailleurs, Mme Gagnon fait part de son impression clinique que des éléments auraient pris le devant de la scène pour en laisser d'autres de côté, sans pouvoir en dire plus pour le moment. L'adresse aurait ainsi coloré les mouvements contre-transférentiels de l'analyste, et influencé en partie son évaluation.

Dans une situation clinique, l'ensemble des facteurs pris en compte dans l'analyse des cooccurrences sont défavorables à l'évaluation des possibilités d'engager un travail

analytique. Mr Gauthier témoigne des éléments qui lui semblent défavorables : une demande concrète, une adresse associée à des limites pour le travail, peu de capacités d'introspection, et le sentiment que le patient ne s'investit qu'à minima. Il n'est pas surprenant que les prédictions formulées par Mr Gauthier soient seulement pessimistes. Cependant il apparaît, au *cours de l'élaboration induite par les consignes de l'entretien de recherche*, que l'analyste reconnait une évolution du patient au cours des premiers entretiens, qu'il évalue comme favorable aux possibilités d'engager un travail analytique. Il formule ainsi, précisant qu'il ne le pensait pas avant l'entretien de recherche : « *[…] j'ai l'impression que ce qui s'installe, ce qui semble s'installer est au total quelque chose d'assez positif »*. Mais cette évaluation ne conduit pas à la formulation d'un espoir par l'analyste, que le patient puisse accéder à un travail analytique. Mr Gauthier témoigne de « dispositions contre-transférentielles » négatives à l'égard du patient. Celles-ci sont liées en partie à l'adresse du patient par un programme d'aide aux employés[1], associées dans les représentations de l'analyste à des demandes : centrées sur une problématique (concrète) au travail, et de travail à court terme du fait du nombre limité de séances remboursées par l'assurance privée. Les mouvements contre-transférentiels négatifs de l'analyste sont aussi liés en partie au fonctionnement psychique « par rétention » du patient. Mr Gautier ne se sent « pas encore embarqué », et serait surpris d'avoir « un coup de foudre thérapeutique ». Le fait que l'évaluation d'une évolution du patient au cours des premiers entretiens, favorable aux possibilités d'engager un travail analytique, ne se révèle qu'à la suite des consignes de recherche, tend à montrer que la première évaluation de l'analyste a probablement été influencée par ses « dispositions contre-transférentielles » négatives à l'égard du patient et de sa demande.

Enfin, pour les trois analystes qui ne formulent pas de prédiction quant à l'issue des premiers entretiens, il me semble possible d'interroger les liens implicites entre les « dispositions contre-transférentielles » et la décision thérapeutique d'un d'entre eux. Quant aux deux autres, Mr Garcia présente le cas d'une « non-demande », et Mme Richard s'en remet à l'évaluation de sa superviseuse, ce qui pourrait expliquer qu'il n'apparaisse pas de lien entre ses mouvements contre-transférentiels ambivalents et son évaluation. Pour Mme Robert, sa décision de différer l'indication est appuyée sur le contexte particulier de la demande de la patiente : au moment d'une grossesse qui pourrait réactiver des problématiques psychiques et fragiliser le fonctionnement psychique de la patiente. Mais elle souligne aussi son « *inquiétude à entreprendre de nouveau traitement, et de la responsabilité à m'engager dans*

[1] Programme d'aide aux employés : assurance privée pour les salariés, remboursant un nombre limité de séances de psychothérapie par an.

une histoire de vie qui va être longue », ce qui pourrait implicitement participer à sa décision de prendre le temps avant de s'engager avec la patiente.

Les résultats tendraient ainsi à montrer que les « dispositions contre-transférentielles » de l'analyste influenceraient son évaluation, notamment à travers ses prédictions quant à l'issue des premiers entretiens (voir en annexe, tableau n° 13 p. 401). Néanmoins, les prédictions pessimistes n'infléchiraient que partiellement la décision thérapeutique en elle-même, qui peut tout autant être celle de différer l'indication ou de poursuivre un travail préliminaire, que de s'engager dans un travail analytique avec le patient. De plus, une partie des prédictions pessimistes peut être imputée au risque d'arrêt précoce des patients, fréquemment rencontré dans la pratique clinique. Mais il apparaît que lorsque les mouvements contre-transférentiels de l'analyste sont ambivalents ou négatifs à l'égard de la situation clinique, seules des prédictions pessimistes sont envisagées. Par ailleurs, j'évoquais l'influence sur l'évaluation de l'analyste de ses « dispositions contre-transférentielles » sur la psychanalyse elle-même, car il me semble que l'espoir que les analystes expriment pour leur patient de pouvoir bénéficier d'un travail analytique, repose en partie sur leur propre « transfert sur l'analyse ». Cet espoir peut s'exprimer à travers des prédictions optimistes quant à l'issue des premiers entretiens, malgré l'évaluation de facteurs défavorables aux possibilités d'engager un travail analytique.

VII.3. Fondements de la décision thérapeutique dans la pratique

A travers l'analyse des données, j'ai tenté de dessiner, d'une manière générale, les fondements de la décision thérapeutique de l'analyste dans la pratique clinique. Il apparaît au vu des résultats, que les dimensions prises en compte dans le cheminement intérieur de l'analyste, et participant à l'élaboration de la décision thérapeutique, sont similaires pour l'ensemble des cliniciens de l'échantillon d'étude (voir en annexe, tableau n° 14 p. 401). Dans l'élaboration de la décision thérapeutique, l'évaluation de la demande, du fonctionnement psychique et des possibilités de rencontre dans un « lieu transférentiel », sont les dimensions prises en compte par les analystes.

Pour autant, cette description d'ensemble ne vise pas à réduire la complexité de l'élaboration de l'analyste au cours des premiers entretiens à une liste de facteurs à évaluer. Il n'en est rien. Si l'analyse des données permet de donner une vue d'ensemble, la façon de rendre compte des dimensions participant à l'élaboration de la décision varient selon les analystes, et l'articulation des différentes dimensions, ainsi que leur pondération relative dans la décision,

semblent dépendre de chaque situation clinique singulière. De plus, l'adaptation au patient est fréquemment mise en avant, dans la façon d'aménager le cadre analytique à lui proposer.

VII.3.1. Demande et prédispositions transférentielles

La demande, et les prédispositions transférentielles du patient comme celles de l'analyste, sont des préalables nécessaires à l'engagement dans un travail analytique. Néanmoins, quand la demande et les prédispositions transférentielles du patient ne sont pas présentes d'emblée, leur évolution au cours des premiers entretiens peut être prise en compte dans l'élaboration de la décision thérapeutique.

VII.3.1.1. Demande adressée à l'analyste

L'élaboration de la demande fait partie du cheminement intérieur de l'ensemble des analystes de l'échantillon d'étude. Dans la majorité des cas (10 sur 15), la demande adressée à l'analyste est considérée, au regard de la décision thérapeutique, comme un préalable essentiel. Elle est considérée secondairement, c'est-à-dire comme ayant des implications dans l'élaboration de la décision parmi d'autres dimensions, par deux analystes. Dans ces deux situations, il apparaît que la demande est « floue » ou pas exprimée. Les deux analystes donnent alors un poids plus important aux potentialités transférentielles de la relation, qu'à la qualité de la demande. Enfin, trois analystes n'explicitent pas la place qu'ils accordent à la demande dans leur décision thérapeutique. Néanmoins, au vu de l'analyse des entretiens de recherche, il semble que cette place soit implicitement déterminante.

Il n'apparaît pas de différence au vu du degré d'expérience clinique, de la pratique en France ou au Québec, ou encore de « l'identité professionnelle » dans la prise en compte de la demande dans la décision thérapeutique. Les références théoriques de l'analyste influencent la façon dont il rend compte de son élaboration de la demande, mais pas quant à son rôle dans la décision thérapeutique. Ainsi, selon les constructions théorico-cliniques des analystes, ils évoquent : la « demande d'analyse », le « désir de travailler avec l'analyste », ou encore le « désir du patient de comprendre » l'origine d'une question interne, ou plus largement de sa souffrance psychique. Deux analystes se référant à la théorie lacanienne, et tous deux formés à la psychanalyse en partie en Amérique latine, évoquent l'évaluation de la « demande

d'analyse » comme étant un des buts, si ce n'est le but des premiers entretiens. Il s'agit de prendre le temps que la demande se déploie, laissant apparaître la demande « cachée » derrière le niveau manifeste, ou au contraire permettant la vérification qu'il n'y en a pas. Ils entendent la demande comme étant le désir de savoir quelque chose, un savoir qui serait chez l'autre, c'est-à-dire chez l'analyste mise à la place du « sujet supposé savoir ». L'interrogation qui préside selon eux au cours des premiers entretiens, est celle de la présence d'une question du patient adressée à lui-même, par son inconscient. Mr Roy, au contraire des deux analystes précédents, préfère à la notion de « demande d'analyse », celle du « désir de travailler avec l'analyste » : « *je ne les vois pas comme candidats à l'analyse, je les vois comme des personnes qui souffrent, et ce que j'essaie de voir dans le fond […] c'est est-ce qu'ils ont le* désir de travailler avec moi ? ». Les premiers entretiens permettraient alors de mettre ce désir à l'épreuve du cadre proposé par l'analyste. Ce désir peut s'exprimer par la manifestation du patient d'un intérêt pour la compréhension de son fonctionnement psychique. Par exemple, Mr Morin souligne que l'évolution du discours de la patiente, au cours des premiers entretiens, témoigne du fait : « *[…] qu'elle cherche quelque chose, elle s'interroge sur des causes possibles de sa souffrance et elle n'attend pas de moi que je lui dise pourquoi elle est* timide », « *[…] sa demande c'est se demander pourquoi* ».

Lorsque la demande n'est soit pas claire, soit centrée sur la levée des symptômes, l'analyste tient compte de l'élaboration de celle-ci au cours des premiers entretiens, pour prendre sa décision thérapeutique. Ainsi, Mr Gauthier poursuit un travail « pré-psychanalytique » car le patient qu'il reçoit semble peu enclin à changer de registre, d'une demande centrée sur une problématique concrète au travail, vers l'intrapsychique. Mme Gagnon, s'appuyant sur son expérience en institution, évoque les patients qui arrivent « *[…] avec toutes sortes de* problèmes et qui attribuent ces problèmes à toutes sortes de causes extérieurs à eux-mêmes, *pour lesquels ils n'y sont pour rien […]* ». Pour évaluer alors les possibilités qu'une demande plus psychique s'élabore, Mme Gagnon explique que c'est « *[…] à travers évidemment ce qu'ils vont di*re, ça va me donner une idée au niveau de leurs capacités de réfléchir sur ce qui *leur arrive présentement, de ce qu'ils font là et de ce à quoi ils s'attendent* ». Dans la situation clinique présentée pour l'entretien de recherche, un premier « repère » essentiel à la décision d'entreprendre un travail analytique a été, pour Mme Gagnon, que la patiente exprime son désir de questionner son fonctionnement psychique.

Par ailleurs, les démarches antérieures de consultations des patients peuvent entrer en compte dans l'évaluation de la demande, lorsqu'elles témoignent d'une évolution. Par exemple, Mme Tremblay appuie sa décision d'engager un travail analytique à la fois sur le fait que la patiente

lui paraît « suffisamment souffrante » pour faire une demande, et à la fois sur *l'évolution* de sa démarche. En effet, la patiente avait dans un premier temps consulté auprès d'un groupe sur les attaques de panique, dans une perspective de maîtrise de ses symptômes. La demande qu'elle adresse à Mme Tremblay repose sur le désir de comprendre l'origine de ces manifestations symptomatiques, et qu'elles ne se répètent pas. Le désir de la patiente de réfléchir sur son fonctionnement psychique, contrairement à sa démarche antérieure, constitue pour Mme Tremblay « un tout premier signe » qu'un travail analytique est possible.

Enfin, il semblerait que les spécificités de la situation clinique considérée aient des implications quant à la prise en compte de la demande : soit dans le cheminement intérieur de l'analyste, soit dans la décision elle-même. En effet, quand l'analyste évalue une demande d'analyse claire d'emblée, l'évaluation de la demande occupe peu de place dans son cheminement intérieur, probablement car cette nécessité préalable est déjà remplie. Quand la demande reste indéfinie au cours des premiers entretiens, elle peut intervenir de manière secondaire dans la décision thérapeutique par rapport aux potentialités de la relation qui semble s'installer, ou bien rester un élément déterminant de la décision, conduisant à poursuivre le travail préliminaire. Par ailleurs, l'évaluation de la demande actuelle peut passer au second plan dans la décision, lorsque des possibilités d'élaboration vers une demande plus intrapsychique se dessinent au cours des premiers entretiens.

VII.3.1.2. Prédispositions transférentielles du patient

L'adresse du patient, c'est-à-dire la façon dont il choisit l'analyste ou est orientée vers lui, peut intervenir dans l'élaboration de la décision thérapeutique. Les analystes qui en tiennent compte explicitement dans leur décision (comme élément central ou important pour 3, et secondaire pour 4), considèrent les *soubassements transférentiels de l'adresse* dans leur évaluation. L'implication implicite de l'adresse peut être interrogée pour cinq autres analystes.

La place de l'adresse dans le cheminement intérieur de l'analyste comme dans sa décision, ne semble pas varier : ni en fonction du degré d'expérience clinique, ni en fonction de la pratique en France ou au Québec, ni en fonction de « l'identité professionnelle ». Il apparaît que les trois analystes qui tiennent compte de l'adresse de façon explicitement importante dans leur décision, sont tous d'orientation lacanienne (sur 4 analystes se réclamant de cette orientation théorique dans l'échantillon d'étude). Les références théoriques sembleraient ainsi avoir une

influence sur la prise en compte de cette dimension dans la décision thérapeutique de l'analyste.

Selon Mr Gomez, considérer l'adresse s'avère fondamental dans ce qu'elle dit déjà de la dimension transférentielle. Il évoque des situations où l'adresse repose sur « cet aléatoire *n'est-ce pas de l'annuaire où l'adresse est faite sur quelque chose de très imaginaire* », qui peut avorter très rapidement face à la réalité. Néanmoins, il souligne que l'imaginaire n'est pas à repousser, mais qu'il est lié au réel et au symbolique selon la métaphore lacanienne du nœud borroméen. Il explique que la patiente dont il présente les premiers entretiens, est adressée par un collègue à lui. Ainsi, la patiente « *[...]* arrive déjà avec une supposition : on *m'a dit que vous êtes le psychanalyste qui pourrait vous occuper de mon problème parce que* vous connaissez, parce que vous avez déjà travaillé des questions qui sont proches de mon *problème. Même si là encore c'est un imaginaire, c'est un imaginaire qui vous embarque dans un travail déjà, dans quelque chose de thérapeutique c'est-*à*-dire : j'ai un problème, je l'assume, je pense que vous, vous avez travaillé ce problème donc je peux vous parler en* supposant que vous savez, en supposant que vous savez y faire ». La condition nécessaire au travail analytique, de l'analyste mis à la place du « sujet supposé savoir », peut ainsi être confirmée par l'adresse. De la même façon, Mr Garcia tient compte de l'adresse comme d'un « point de transfert », « *[...] c'est de cette première confiance faite à quelqu'un d'autre que le travail va pouvoir s'établir* ». Mr Morin, ne s'annonçant que comme psychanalyste ou psychologue pratiquant la psychanalyse sur le site de l'OPQ[1], estime que le choix de la patiente, s'adressant directement à lui, pourrait déjà traduire un certain « transfert sur l'analyse » de la patiente. L'adresse est ainsi évaluée dans ce qu'elle peut traduire de la position transférentielle du patient, sous-tendant les possibilités d'un travail analytique.

Pour d'autres analystes, les enjeux transférentiels de l'adresse du patient sont bien élaborés dans leur cheminement intérieur, mais ils leur donnent une place secondaire dans leur décision thérapeutique. Par exemple, la patiente de Mme Dubois est adressée par l'analyste de son conjoint. Mme Dubois estime qu'il s'agit d'un « pré-transfert », reposant non seulement sur la confiance de la collègue analyste qui a donné son nom, mais aussi sur le fait que la patiente trouve que son conjoint a pu cheminer par son travail analytique.

[1] Ordre des psychologues du Québec. Inscription obligatoire pour faire usage du titre.

Fort de ces considérations, il m'apparait justifié de questionner le rôle implicite que pourrait jouer l'adresse dans l'élaboration des participants, qui ne formulent pas de lien explicitement avec leur décision. En effet Mr Bouchard, qui n'explore pas la façon dont le patient a trouvé ses coordonnées, envisage qu' « *[…] il a dû regarder une description quelconque comme si d'entrée de jeu il y avait qu*elque chose sur moi, *"vous êtes mon premier choix, c'est avec vous que je veux travailler", mais je ne sais pas […]*». Le patient présente selon Mr Bouchard, à la fois une forme de réticence en refusant plusieurs horaires proposés dans un premier temps, et à la fois « *[…] de la façon dont il me parlait c'était comme dès le moment où l'on se rencontre c'était installé […]* ». Mr Roy imagine que du fait des conditions de l'orientation de la patiente – par l'intermédiaire d'un tiers en qui elle a confiance – elle aurait une bonne opinion de lui, mais n'en dit rien par rapport à l'élaboration des possibilités d'engager un travail d'analyse. De la même façon Mme Robert souligne l'adresse de la patiente par une ancienne psychothérapeute de celle-ci qui participerait d'un « pré-transfert » positif, même s'il y aurait plus d'ambivalence que ne peut le penser la patiente, sans considérer son rôle dans sa décision. Dans ces situations cliniques, l'analyste n'explore pas les conditions de l'orientation mais en élabore néanmoins une construction. Nous pouvons alors mettre en question la valeur « pré-transférentielle » de ces adresses, et leur rôle implicite dans l'élaboration de la décision.

Enfin, Mme Bernard s'interroge sur les implications transférentielles en institution, où le patient est adressé à un psychothérapeute « sans avoir le choix ». Mais elle ne construit pas d'hypothèse sur les implications de l'adresse institutionnelle pour la patiente qu'elle reçoit, avec laquelle par ailleurs la relation s'engage rapidement. Pour une moitié des analystes de l'échantillon d'étude (8 sur 15), il n'est pas formulé de construction sur les implications transférentielles de l'adresse du patient dont les premiers entretiens sont présentés.

VII.3.1.3. Désir de l'analyste et « capacité d'accueil »

Les « prédispositions transférentielles » de l'analyste, avant les premiers entretiens, relèvent du « désir de l'analyste » (ou « transfert sur l'analyse »), et de sa « capacité d'accueil » (ou « contre-transfert de base »). Elles n'interviennent pas dans l'élaboration de la décision thérapeutique. Néanmoins, étant des préalables indispensables aux possibilités d'un travail analytique, elles sous-tendent la décision thérapeutique.

Le « désir de l'analyste » est le premier fondement des possibilités qu'un travail analytique advienne. Il précède la rencontre et en dessine le cadre. Trois analystes le nomment comme la prémisse indispensable à la possibilité qu'un travail analytique s'engage, et deux y font référence. Dans les deux cas, que ce soit implicitement ou explicitement, il apparait évident que sans ce désir le travail analytique ne peut advenir, ce qui me conduit à interroger l'absence de cette dimension dans le discours des dix autres participants. Je fais l'hypothèse qu'à être axiomatique, elle n'est pas formulée dans le discours de l'analyste qui rend compte de son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens.

Pour Mr Morin, il s'agit de « *[…] maintenir un dispositif animé moi en tant qu'analyste par* un désir de ce discours-là *[…]* », « ce qui veut dire que moi de mon côté je ne lâche pas ce *qu'il en est du discours de l'analyste et de la position, pour qu'il y ait de l'analyse il faut qu'il y ait une offre d'analyse* ». Le « transfert sur l'analyse » sous-tend en premier lieu la mobilisation de l'analyste dans les premiers entretiens. Mr Morin en témoigne ainsi : « *[…] j'espère, il y va de mon travail et puis non seulement sur le plan éthique […].* On espère que quelque chose va passer, on espère que quelque chose va être transmis de ce discours *d'analyse, de cette bascule, de faire parler l'autre scène, donc* on espère que ça va "switcher" *[…]*». Mr Garcia souligne que le désir de l'analyste offre une possibilité, mais qu'il convient de ne pas s'engager quand il n'y a pas de demande. C'est, selon lui, la limite que l'analyste ne doit pas dépasser. Il en témoigne dans la situation clinique qu'il présente, où l'absence de demande impose une « non indication » : « *[…] on parle beaucoup du désir de l'analyste, et* je pense que moi *quand j'ai vu l'enfant […]* qui allait bien, là de ce côté-*là je peux dire qu'on peut présager que moi je n'allais pas m'engager avec lui, parce que ça aurait été* pas lui rendre service. Donc de ce côté-*là oui, quand j'ai eu le premier entretien seul avec* lui je me suis dit : je ne vais pas continuer avec lui. Et je pense que ça tient aussi du désir que quelque *chose puisse changer pour quelqu'un qui ne va pas bien, […]* je pense que ce désir est aussi fort que, ça passe aussi dans mes interventions et dans tout mon désir que ça ait une suite ».

Mme Gagnon se positionne comme proposant une possibilité de travail analytique dont elle espère que le patient se saisira. Mme Tremblay, quant à elle, fait part de façon plus directe et moins théorique de ce désir : « *[…] alors moi c'est sûr que j'ai envie de travailler avec ces* gens-là *parce que j'ai quand même pu faire du travail à moyen terme avec des gens pour qui* ces symptômes-là *se sont beaucoup atténués/Alors c'est des processus que j'aime faire* ». Mr Martin, pour sa part, souligne que dans le cadre de sa pratique libérale, il se sent plus libre, notamment car il choisit d'accepter les demandes de travail analytique et d'orienter les demandes autres : *« […] c'est en plus ma volonté au cabin*et de faire ce type de travail »;

« *C'est vrai que je suis établi en tant que psychologue psychothérapeute donc après on fait ou pas un travail de psychothérapie, mais l'idée quand les patients viennent c'est a priori d'engager ce genre de travail […]* ».

Seules deux analystes font référence explicitement au « contre-transfert de base » ou à la « capacité d'accueil ». Mme Dubois la distingue du « désir de l'analyste ». En effet, elle fait référence à une disponibilité et une bienveillance contenantes, qui favorisent la parole du patient. Mme Gagnon décrit la même dimension en expliquant que, lorsqu'elle reçoit un nouveau patient, elle est « *comme préparée à l'investir* », préalablement, c'est-à-dire dans une disposition particulière et propice à la possibilité d'une relation. Elles témoignent d'une dimension relationnelle différente de celle engagée dans la dynamique transfert/contre-transfert, de la névrose de transfert à proprement parler. Il s'agit de la capacité de l'analyste, préalablement à la rencontre, de se rendre disponible psychiquement pour accueillir le patient, et son fonctionnement psychique. Si elles ne sont que deux à préciser cette dimension quand elles rendent compte de leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, il me semble que l'ensemble des analystes en témoignent indirectement. En effet, à travers leur investissement psychique du patient, intellectuel et affectif, ils me semblent témoigner de la façon dont ils peuvent se laisser pénétrer par son fonctionnement psychique, et investir d'emblée la relation.

VII.3.2. Fonctionnement psychique du patient

La place de l'élaboration du fonctionnement psychique du patient, dans le cheminement intérieur de l'analyste, a été abordée précédemment (voir VII.1.2.). Elle y est présente sous forme d'hypothèses de travail en construction, même lorsqu'elle n'est pas visée (notamment au regard du diagnostic structurel). Il s'agit ici de décrire la façon dont l'analyste articule cette évaluation[1] à l'élaboration de la décision thérapeutique au cours des premiers entretiens.

[1] Les éléments du fonctionnement psychique du patient qui ont trait à sa capacité à investir – ou sa propension à désinvestir brusquement – la relation analytique seront abordés plus loin (voir VII.3.3. « Possibilités de rencontre dans "lieu transférentiel" »).

VII.3.2.1. Implications du diagnostic structurel dans la décision

Le diagnostic psychanalytique n'intervient pas dans la décision thérapeutique pour une grande majorité d'analystes. Une première évaluation du diagnostic structurel, ou plus largement du fonctionnement psychique du patient, a des implications dans les aménagements du cadre analytique mis en place au cours des premiers entretiens. Les contre-indications relèvent plus de l'inadéquation d'un cadre particulier avec la structure psychique du patient, que de la structure elle-même.

Le diagnostic structurel est considéré explicitement comme déterminant dans la décision thérapeutique par un participant, et explicitement non déterminant pour huit participants. Pour les six autres, s'il n'est pas formulé de positionnement théorique explicite quant à cette question, il apparait implicitement que le diagnostic structurel n'intervient pas en tant que tel dans leur décision. Notons par ailleurs que la psychose occupe une place particulière dans l'élaboration de l'indication.

Mr Garcia considère le diagnostic structurel comme déterminant de l'indication d'analyse dans le sens où il s'agit d'évaluer autant que possible « *les structures susceptibles d'aller jusqu'à conclure l'analyse* » : c'est en cela que l'entrée en cure questionne sa sortie possible. L'analyse « véritable » étant didactique, dans le sens où sa conclusion advient quand l'analysant devient analyste. L'évaluation structurelle intervient donc, selon Mr Garcia, *« [...]* dans *le sens où l'analyste peut refuser une demande d'analyse et où à ce moment-là il n'y a pas une possibilité de fin. Mais du moment qu'on accepte, ça veut dire qu'on accepte aussi* tous *les aléas d'aller jusqu'au bout* ». Mr Garcia souligne la responsabilité éthique de l'analyste, tout en notant qu'il n'est pas possible d'anticiper la sortie d'une analyse : « mais *disons l'analyste s'engage, c'est un engagement éthique, de peu importe, c'est là que Lacan* dit *: on ne peut pas faire n'importe quoi au début parce* que ça peut engager beaucoup de *choses, et on ne sait pas à quoi on s'engage et c'est l'horreur de l'acte en quelque sorte* ». Il faut souligner que Mr Garcia, le seul analyste de l'échantillon d'étude à considérer le diagnostic structurel comme explicitement déterminant dans l'élaboration de sa décision, ne semble envisager que l'indication de « cure-type ». Or, les autres analystes considèrent les indications de travail analytique – entendu avec les aménagements nécessaires – qui sont de fait plus larges.

Contrairement à Mr Garcia, huit analystes considèrent explicitement qu'il n'existe pas d'équation entre diagnostic et indication d'analyse, ou bien pour l'un d'entre eux, que si le

diagnostic peut opérer comme un critère théorique, il ne s'applique en fait pas dans la pratique. Par exemple, Mme Dubois explique que sa décision « *[…] n'est jamais par rapport à un diagnostic […], c'est par rapport à ce qui est annoncé dans les entretiens, à ce qui est* dit, soit je ne me vois pas entrer, enfin soit je ne me vo*is pas dans la possibilité de m'engager*, soit je pense que la personne ce n*'est pas ça non plus. Mais ça n'est jamais par rapport à un* diagnostic *[…]* ». Dans la même perspective, Mr Bouchard postule : « *[…] si j'ai des* hypothèses qui me permettent de comprendre le patient, et que je sens que le patient peut être accessible à des interprétations, à la limite peu importe le mode de fonctionnement, je ne *pourrais pas voir un mode de fonctionnement dans lequel il n'y aurait pas de travail possible.* En comptant que ce soit recevable, que dans la relation il puisse recevoir quelque chose ». Quant à Mme Richard, si elle estime que d'un point de vue théorique le diagnostic pourrait être lié à des contre-indications, elle ne le considère pas comme tel dans sa pratique clinique : « *[…] j'aurais tendance à les prendre quand même les contre*-indications, et à travailler quand même avec les ca*s/ Oui c'est ça à essayer, […]* » ; « *[…] j'ai du mal en fait avec une* personne en face de moi, même qui présente des symptômes très forts et puis une souffrance *très grande, une personne qui n'a pas l'air d'élaborer j'aurais de la difficulté moi*-même naturellement de dire non, de dire ça ne va pas être possible, dans un processus analytique ça va être trop difficile, ça va être trop co*mpliqué, j'aurais plutôt tendance à me la*ncer quand *même/ A essayer […]* ». Elle se demande si sa « *[…]* tendance à être dans un autre extrême : *peu importe c'est pas grave on essaie, et on essaie de faire un travail quand même […]* », pourrait être liée à son peu d'expérience clinique. Au vu des résultats, il semble que ce positionnement, de ne pas considérer des contre-indications diagnostiques, soit plus lié à des choix théoriques et aux aménagements du cadre que l'analyste est prêt à mettre en place, qu'au degré d'expérience clinique. Par ailleurs, Mme Thomas, pour qui poser un premier diagnostic pour elle-même est important, n'en tire néanmoins pas de conclusion quant aux possibilités d'un travail analytique en lui-même. La visée diagnostique dans le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens, n'implique pas qu'il intervienne dans la décision thérapeutique de l'analyste.

Cinq autres participants n'indiquent pas explicitement leur position par rapport aux implications diagnostiques dans leur décision thérapeutique. Ainsi, Mme Bernard donne peu d'éléments explicites quant à l'intervention du diagnostic dans sa décision thérapeutique, du fait du cadre institutionnel où la décision thérapeutique est prise en amont. Néanmoins, lorsqu'elle questionne ce qui pourrait conduire à une contre-indication, ce ne sont pas les éléments diagnostiques qui entrent en compte, mais certaines capacités psychiques du patient

que nous examinerons ci-après. De la même façon, les quatre autres analystes mettent en avant l'implication dans leur décision, non pas de la structure du patient qui d'ailleurs demeure incertaine, mais de la présence ou de l'absence de certaines capacités psychique du patient, ou encore d'une évolution favorable de ces capacités au cours des premiers entretiens.
Par ailleurs il me semble que deux situations sont à expliciter séparément. Mr Gomez dit explicitement prendre en compte la structure psychique du patient dans sa décision. Elle intervient en effet pour ne pas s'engager d'emblée dans une « cure-type », et envisager les aménagements du cadre analytique à proposer au patient. Ainsi, la structure psychique ne m'apparaît pas impliquer la décision, au sens de l'acceptation ou du refus d'entreprendre un travail avec le patient, mais une contre-indication éventuelle de cadre de « cure-type ». Mme Robert, quant à elle, n'expose pas un point de vue théorique général sur la place du diagnostic. C'est suite aux consignes de recherche qu'elle explique en quoi ses considérations diagnostiques relatives à la nouvelle patiente qu'elle reçoit entrent en compte dans sa décision : « *[...]* ça fait certainement partie des raisons pour lesquelles je ne suis pas *mécontente que les circonstances de sa vie font qu'on puisse prendre un peu notre temps*, et je *pense que je l'aurais fait de toute façon parce qu'on, encore une fois, je me demande si le fonctionnement névrotique qui me semble tant bien que mal fonctionner chez elle : c'est plutôt* bien que mal, ou mal que bien ? *[...] si c'est plutôt bien que* mal peut-*être qu'une analyse pourrait être intéressante, si c'est plutôt mal que bien alors il faut veiller à ne pas trop* déstabiliser les défens*es qu'elle a pu mettre en place* ». Si Mme Robert fait intervenir – dans la situation clinique qu'elle présente – ses doutes sur la structuration de la patiente dans sa décision thérapeutique, il me semble que c'est plus en lien avec les réserves qu'elle exprime à recevoir dans le cadre de sa pratique privée des patients peu structurés, qu'avec l'implication d'une équation entre indication et diagnostic. Ainsi, il me semble que dans ces deux situations, les analystes ne font pas intervenir la structure psychique du patient dans leur décision de s'engager ou non, mais bien dans les adaptations du cadre à proposer, dans la limite de ce qu'ils sont prêts à aménager pour le patient.
Enfin, si les résultats de recherche montrent que le plus souvent le diagnostic structurel en tant que tel n'intervient pas dans la décision thérapeutique des analystes, quatre participants soulignent la façon dont la psychose peut constituer une contre-indication d'analyse, ou bien de travail analytique dans un cadre privé. Ils mettent en avant le risque de « déclencher une psychose », compensée jusque-là, ou la nécessité d'un cadre institutionnel pour eux-mêmes comme pour le patient. Au contraire, quatre analystes considèrent que le diagnostic d'une pathologie lourde n'est pas un critère de contre-indication d'analyse, voire de contre-

indication de la position allongée. Ainsi, Mme Thomas explique que dans sa pratique : « *[…] même s'il s'avérait que c'était quelqu'un de psychotique, je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas entamer de travail analytique d'une part, et même d'allonger. […]* tout dépend *évidemment de ce qu'on a en face de soi, je ne le ferai pas systématiquement du tout, mais c'est euh, je ne fais pas, enfin pour moi ce n'est pas un clivage : il s'agirait d'une psychose on va se mettre en face à face ; et même s'agirait-*il d*e quelqu'un qui n'est pas psychotique ce n'est pas pour autant qu'on l'allonge, voilà* ».

VII.3.2.2. Implication des capacités psychiques dans la décision

Si les considérations diagnostiques n'interviennent pas, pour la majorité des analystes de l'échantillon d'étude, dans leur élaboration de la décision thérapeutique, il apparaît qu'ils tiennent tous compte de certaines capacités psychiques du patient favorables au travail analytique. Celles-ci sont toujours articulées à l'évaluation de la demande et des potentialités transférentielles, dans l'élaboration de la décision thérapeutique. Néanmoins pour cinq analystes, ces dimensions restent très secondaires, et subordonnées à des questions plus centrales dans leur élaboration. Par ailleurs, lorsque des capacités psychiques favorables au travail analytique sont absentes au départ, les analystes appuient leur évaluation sur les potentialités d'évolution de celles-ci.

Les capacités psychiques du patient prises en compte dans l'élaboration de la décision thérapeutique sont le plus souvent relatives : à l'introspection (10 analystes) ; à l'associativité (9 analystes) ; à l'élaboration (9 analystes) ; à la force des résistances ou à l'efficacité des mécanismes de défense (8 analystes) ; à la qualité du discours (7 analystes) ; et à l'accès à l'inconscient (5 analystes) (voir en annexe, tableau n° 15 p. 402). Les potentialités d'évolution de ces capacités, quand elles ne sont pas présentes d'emblée, sont prises en compte dans l'élaboration de la décision thérapeutique de 9 analystes.

La prise en compte des capacités psychiques du patient, favorables au travail analytique, dans l'élaboration de la décision thérapeutique, ne semble pas être influencée par : le degré d'expérience clinique, « l'identité professionnelle », la référence théorique principale, ou le contexte culturel de la pratique clinique en France ou au Québec. La pondération de l'attention portée à telles ou telles capacités, dans le cheminement intérieur de l'analyste, semble varier en fonction des spécificités de chaque situation clinique particulière. Par ailleurs, la façon de rendre compte de l'articulation des capacités psychiques du patient avec

les autres dimensions, varie selon les analystes, témoignant des constructions théorico-cliniques qui leur sont propres.

Une majorité d'analystes (12 sur 15 de l'échantillon d'étude) considèrent explicitement des capacités psychiques du patient favorables au travail analytique, comme centrales ou importantes dans l'élaboration de leur décision. Mme Thomas lie explicitement à son évaluation favorable des possibilités d'un travail analytique avec le patient, la façon dont il énonce sa souffrance, ses capacités d'introspection et d'associativité : « *[…] c'est évident qu'il avait tout ce qui est requis pour faire un travail analytique : l'insight, la capacité d'associer librement, la lucidit*é, le regard sur lui sur sa vie [..] ». Néanmoins, l'aspect qui prend le plus de poids dans sa décision demeure la capacité du patient d'interroger son histoire dans le cadre analytique proposé, c'est-à-dire de travailler avec son inconscient : « *[…]* je me demande est-ce que la personne va pouvoir se mouvoir facilement ou pas dans ce *travail là ? Et ce n'est pas une question d'intelligence, ce n'est pas une question de culture, […] mais il y a des gens qui ne sont pas faits pour l'analyse c'est clair, et des gens qui sont* doués. Et des gens, troisième catégorie, qui apprennent très bien, qui au départ ne savent pas *mais qui apprennent très bien, parce qu'ils* ont très vite compris les codes » ; « *[…] enfin ce qui fait la différence c'est si cette personne est capable ou non de travailler avec son* inconscient, bon. Il y a des gens c*'est impossible, c'est comme si on leur parlait une langue étrangère, bon. Donc voilà, pour moi un travail analytique c'est travailler avec quelqu'un qui a compris qu'il avait un incon*scient et que ça se travaillait ». La seule évaluation de capacités psychiques favorables au travail d'analyse ne suffit pas à la décision thérapeutique, elle est articulée à d'autres dimensions. Par exemple, Mme Dubois rapporte comme intervenant explicitement dans son élaboration de la décision thérapeutique, la capacité de la patiente à réfléchir sur son fonctionnement psychique et à prendre en compte la dimension inconsciente. Mais ces capacités psychiques de la patiente, bien que favorables au travail d'analyse, n'amène pas Mme Dubois à conclure à la pertinence d'engager un travail. C'est l'évolution au cours des premiers entretiens d'un discours « plaqué » quant à la psychanalyse, vers une demande plus authentique, qui confirme la décision de s'engager avec la patiente dans un travail analytique.

Mme Robert relève des dispositions de la patiente favorables à la possibilité d'un travail analytique : « une introspection et une réflexion sur elle-même et surtout sur son fonctionnement psychique », la possibilité de « se souvenir ou de faire des liens avec des *souvenirs d'enfanc*e ». Dans la situation clinique qu'elle présente, Mme Robert est surtout

attentive, dans l'évolution au cours des premiers entretiens, à la possibilité pour la patiente d'avoir recours à la sublimation. Il s'agit pour Mme Robert d'observer si la patiente peut s'extraire de la relation à sa mère, dont « *l'intensité de la réalité des attaques* » est réactivée au moment d'une grossesse. C'est l'absence de cette capacité, pourtant sollicitée par des relances de l'analyste au cours des premiers entretiens, qui conduit à différer l'indication. Par ailleurs, contrairement à mes attentes, les rêves et les souvenirs d'enfance sont rarement abordés dans le discours de l'analyste qui rend compte de son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens.

Au contraire des analystes précédents, la prise en compte des capacités psychiques favorables au travail analytique peut demeurer tout à fait secondaire dans l'élaboration de la décision thérapeutique. Ainsi Mr Garcia n'est attentif qu'à l'évaluation des défenses, qu'il faut distinguer des « non demandes ». Il ne dit rien des capacités psychiques du patient pouvant participer à l'élaboration de sa décision. Mr Gomez, suite aux consignes de recherche, évoque comme étant favorables au travail analytique : l'accès à l'inconscient, les capacités intellectuelles, l'introspection, ou encore l'associativité. Mais il précise que cela est « très schématique », et reste secondaire aux questions essentielles qui guident sa décision (« l'adresse », l'évaluation diagnostique et celle de la demande). Mr Roy cherche à voir si la patiente qu'il reçoit entend quelque chose du processus analytique, et accepte le dispositif qui le permet. Le fait qu'elle parle facilement, associe et se surprenne à ses découvertes en sont des signes, mais que Mr Roy considère secondaires dans sa décision. Mr Morin place au centre de son évaluation des possibilités d'un travail analytique l'accès à l'inconscient de la patiente, qu'il cherche à éprouver par ses interventions. Les capacités d'élaboration, d'association et d'introspection de la patiente participent certes à sa possibilité d'entendre la dimension inconsciente, mais ces capacités demeurent implicites dans l'élaboration de Mr Morin. C'est dans l'effet de ses interventions qu'il voit si la patiente peut accéder aux processus inconscients, et donc au travail analytique. Mr Bouchard, s'il note des capacités d'élaboration et des résistances qui se sont levées chez son patient, place la possibilité d'un engagement mutuel dans la relation comme au centre de sa décision, laissant au second plan les capacités psychiques du patient.

Par ailleurs, lorsque des capacités psychiques du patient sont absentes au départ, l'analyste cherche à évaluer si elles peuvent se développer. Ainsi l'évolution au cours des premiers entretiens permet à Mme Gagnon d'observer des potentialités chez la patiente qu'elle reçoit : « je me suis dit bon elle est *quand même capable de me parler, de me dire ce qu'il se passe* pour elle, elle est capable qu*and même de réflexion comme ce que j'ai mentionné sur son*

corps d'enfant, donc euh, ma réaction c'était : c'était moins pire que ce que j'avais imaginé […] ». La dynamique des premiers entretiens donne l'impression à Mme Gagnon d'un plus grand accès à la problématique psychique de la patiente, celle-ci se montrant de moins en moins défensive. Contrairement à l'évaluation institutionnelle initiale qui restait incertaine quant à l'indication, l'évolution au cours des premiers entretiens confirme à Mme Gagnon les possibilités d'engager un travail analytique avec la patiente. Mme Tremblay émet des réserves quant aux possibilités d'engager un travail analytique avec la patiente qu'elle reçoit, car celle-ci : se montre très résistante à la psychothérapie ; a peu d'accès à son monde interne et peu d'associativité ; et ne s'engage pas pour le moment dans un travail à long terme. De plus, Mme Tremblay formule un risque d'interruption lié à l'impulsivité que la patiente décrit. Mais au cours des premiers entretiens, la patiente peut s'ouvrir quand Mme Tremblay explore son histoire et sa vie relationnelle. En effet, si la patiente ne voit absolument pas ce qui a pu l'amener dans cet état de détresse, elle parvient au fil des séances à donner quelques pistes sur ce qu'elle a ressenti – notamment un sentiment de vide quand sa vie n'est pas toute organisée – ce qui est interprété comme un début d'accès à son monde interne. Dans ce sens, la clinicienne estime que les capacités d'introspection sont susceptibles de se développer. Les résistances semblent également pouvoir s'assouplir au cours des premiers entretiens. Ainsi ce n'est pas l'évaluation actuelle des capacités psychiques de la patiente, mais celle de leurs potentialités d'évolution qui interviennent dans la décision d'engager un travail analytique. Cependant, comme cela a été examiné précédemment (voir VII.2.2.2.), des analystes peuvent ne pas tenir compte dans leur cheminement intérieur d'une évolution favorable au cours des premiers entretiens, ce qui serait lié à leurs « dispositions contre-transférentielles » ambivalentes ou négatives à l'égard de la situation clinique considérée.

VII.3.3. Potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel »

L'élaboration des potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel » apparaît toujours occuper une place importante dans le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens. La façon de rendre compte du cheminement intérieur relatif à cette question, varie selon les références théoriques principales des analystes, et dans une certaine mesure selon les constructions théorico-cliniques propres à chaque analyste. L'évaluation de ces potentialités de « rencontre » passe par l'élaboration des dispositions transférentielles du patient, et contre-transférentielles de l'analyste. La décision de s'engager ou non dans un

travail analytique avec un patient s'appuie le plus souvent de façon centrale sur l'évaluation de ces potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel ».

VII.3.3.1. Dispositions transférentielles

J'ai choisi le terme de « dispositions transférentielles » du patient pour les distinguer de ce qui relève du transfert à proprement parler, pris dans le jeu transfert-contre-transfert de la névrose de transfert. Comme le souligne Mr Garcia, il n'est effectivement pas possible de parler de travail sur le transfert durant la période préliminaire. Il s'agit d'examiner ici comment les premières « manifestations d'ordre transférentiel » du patient, au cours des premiers entretiens, sont prises en compte ou non dans le cheminement intérieur de l'analyste, et si elles interviennent dans l'élaboration de la décision thérapeutique.

Les « dispositions transférentielles » du patient peuvent se traduire : par son investissement ou sa mobilisation dans les entretiens, notamment à travers l'intérêt ou le plaisir qu'il exprime, et par des manifestations transférentielles adressées à l'analyste. Une majorité d'analystes (12 sur 15 de l'échantillon d'étude) rapporte des éléments cliniques témoignant de l'investissement du patient dans les séances : neuf en tiennent compte explicitement dans leur décision, et trois semblent le faire implicitement. Ces premiers « signes » de l'investissement du patient témoigneraient que « *quelque chose s'installe* », participant favorablement à la décision d'engager un travail analytique. Plus rarement, des manifestations transférentielles adressées à l'analyste sont rapportées (par 5 analystes sur 15 de l'échantillon d'étude). Elles participeraient implicitement à l'évaluation de la possibilité pour le patient d'investir la relation avec l'analyste, entendue dans sa dimension de relation de base ou transféro-contre-transférentielle. Par ailleurs, suite aux consignes de recherche, il apparaît qu'une majorité d'analystes (9 sur 15 de l'échantillon d'étude) amorcent dès les premiers entretiens l'élaboration de la nature du transfert, le plus souvent sous forme d'hypothèses de travail demeurant implicites dans leur cheminement intérieur. Ces hypothèses jouent un rôle explicite dans l'indication d'un analyste, et interviennent dans la forme de la proposition thérapeutique pour deux autres. Les prédictions quant à l'évolution du transfert, suscitées par les consignes de recherche, n'interviennent jamais dans la décision thérapeutique.

La place des « dispositions transférentielles » du patient, dans le cheminement intérieur de l'analyste, comme son rôle dans la décision thérapeutique, ne semblent pas varier en fonction : du degré d'expérience clinique, de « l'identité professionnelle », de la référence théorique principale, ou du contexte culturel de la pratique clinique en France ou au Québec.

Au cours des premiers entretiens, des analystes notent des signes attestant de l'investissement du patient, participant favorablement à l'évaluation des possibilités d'un travail. Le patient peut exprimer son intérêt ou même son plaisir dans le travail psychique. Sa mobilisation peut aussi se traduire par son acceptation du cadre proposé. Par exemple, Mme Richard rapporte les propos de sa patiente au deuxième entretien : « *elle m'a dit qu'elle trouvait ça intéressant, que ça mettait comme les choses claires dans l'esprit de reparler du passé […]* », ce qu'elle interprète comme un « *désir et une capacité d'investir* » favorables aux possibilités de travail analytique. Mme Côté souligne un mouvement d'ouverture au cours des premiers entretiens, de la manifestation de résistance par rapport au travail psychique, à l'affirmation de l'investissement de la patiente. Au premier entretien la patiente exprime que « *[…] "la thérapie je ne suis pas sûre que je vais poursuivre, ça me remet beaucoup en question par rapport à mon couple"[…]* », et à la troisième « *[…] "je veux continuer, j'aime ça venir ici, j'aime beaucoup" […]*». Mme Côté fait part d'impressions cliniques qui confirment l'investissement de la patiente : « *[…] je savais qu'elle a le goût de venir là, euh c'est un plaisir qui comment je dirais, un plaisir qu'elle me donne, qui s*e transmet, qui est comme corporel là on le sent *bien […]* ». La patiente de Mr Gomez, lui fait part d'un sentiment d'apaisement après les entretiens, et du fait « *[…] qu'elle se sentait bien ici, qu'il y avait quelque chose qui lui* donnait envie de parler*, d'amener ces choses-là […]* ». Des manifestations transférentielles directement adressées à l'analyste, témoignent des possibilités de la relation de base ou transféro-contre-transférentielle, comme le rapportent cinq analystes. Cependant, l'investissement ou la mobilisation du patient dans les entretiens tient probablement indirectement de la qualité de cette relation de base, qui sous-tend un cadre où le patient peut se sentir suffisamment contenu pour parler. Par exemple, Mr Martin rapporte un appel téléphonique entre deux séances, sur le motif de vérifier l'horaire de la consultation, où le patient éprouve le besoin de confier : « ça me fait du bien de vous parler », témoignant de l'installation de la relation avec l'analyste. Mme Tremblay souligne que même s'il est difficile à sa patiente de venir, elle dit repartir à chaque fois avec un questionnement qui va l'aider, et que la première séance l'a calmée. Elle adresse un « *message d'appréciation* » à Mme Tremblay : « *[…]* peut-être à la deuxième ou troisième séance : *" merci beaucoup, vous faites un travail, je ne sais pas comment vous faites pour voir des gens comme ça toute la semaine"* ». Mr Roy pense que le cadre à l'air de convenir à la patiente qui s'abandonne à sa

tristesse, même physiquement, et ne semble pas se sentir menacée ou en danger comme peuvent l'être d'autres patients.

L'élaboration de la nature du transfert s'amorce, sous forme d'hypothèses de travail, dès les premiers entretiens dans le cheminement intérieur d'une majorité d'analystes. Mr Gomez développe en quoi la nature du transfert de sa patiente permet un travail analytique : « *[…] ce sera à nuancer mais […]* il y a un travail possible, *[…] c'est*-à-*dire c'est un type d'adresse massif etc. qu'on va chercher à réduire un peu, nuancer, protéger etc. mais c'est un transfert* qui permet en même temps un travail, et qui lui per*mettra de s'y prendre autrement […]*. Il y *en a d'autres qui empêchent le travail, qui le rendent plus difficile, ou agréable. Il y a d'autres associations que je pourrais faire, mais le sien je dirais que c'est un transfert qui permet, dans lequel je m'inscris aussi je n'utilise pas trop ce terme de contre*-transfert mais *dans ce circuit transférentiel dans lequel on est tous les deux, c'est un* transfert qui permet un travail ». L'évaluation du transfert permet également à Mr Gomez de savoir comment se positionner avec la patiente : « je me garde par exemple de toute complicité avec elle et elle le sait, il y a des gestes qui peuvent paraitre parfois trop austères. Il y a des patients avec qui je peux être plus proche, ou je ne sais pas rassurer ou, avec elle non, je pose des choses *parfois très carrées et ça lui convient, et je pense que c'est pour moi aussi une boussole de* tenir cet écart pour la protéger ». D'autres analystes ne considèrent pas la nature du transfert dans leur décision thérapeutique en tant que telle, mais dans la « forme » de la proposition thérapeutique, dans les aménagements du cadre adaptés au patient. Dans la situation clinique présentée par Mme Robert, c'est l'ambivalence transférentielle de la patiente qui lui donne des indices quant à la forme de la proposition thérapeutique : « je crois que son pré-transfert *est plutôt extrêmement positif euh, comment dire ça ? Qu'elle me le m*ontre comme extrêmement positif, *et que les difficultés de mise en place du premier entretien montrent qu'il est plus ambivalent que ce qu'elle peut imaginer sans doute elle-même, et que je pense qu'il* est plus ambivalent je pense aussi parce que ça ne doit pas être simple de se retrouver dans une relation très proche et de confiance avec une femme ». Mme Robert construit des hypothèses de travail en s'appuyant sur son expérience clinique et la théorie. Ainsi quand la patiente exprime au niveau manifeste « *[…] avoir beaucoup* repensé à la première séance, *être sortie en se sentant moins angoissée et très soulagée d'avoir enfin décidé d'entreprendre* cette démarche », l'analyste fait l'hypothèse qu'elle pourrait être vécue transférentiellement comme une mère persécutive : « *[…] ce qu'elle dit là je ne sais pas très bien quoi en faire, je* le comprends plutôt comme une façon de me montrer comme elle est une gentille petite fille *qui fait plaisir à maman, comme maman a été gentille, quand même il faut bien qu'elle*

s'assure que je ne serai pas aussi persécutive que sa mère ». Ces considérations amènent Mme Robert à avancer très prudemment, et à différer l'indication dans un premier temps. Les hypothèses de travail relatives à la dimension transférentielle occupent une place, le plus souvent implicite, dans le cheminement intérieur de l'analyste. Si elles n'entrent pas en jeu dans l'élaboration de la décision thérapeutique, elles me semblent témoigner de l'investissement psychique du patient par l'analyste, sous-tendant les possibilités d'engager un travail.

Les prédictions sur l'évolution potentielle du transfert, tiennent souvent compte à la fois des versants « positif » et « négatif » de son développement, pouvant osciller de l'un à l'autre au cours du travail. Ces prédictions sont appuyées sur l'expérience clinique, comme sur la théorie de névrose de transfert. Compte tenu de cette oscillation attendue, signe qu'une névrose de transfert se sera mise en place, il n'est donc pas surprenant que ces prédictions n'interviennent jamais dans l'élaboration de la décision thérapeutique.

VII.3.3.2. Dispositions contre-transférentielles

Les « dispositions contre-transférentielles »[1] de l'analyste au cours des premiers entretiens sont examinées : à travers la question de l'influence éventuelle du « mode d'adresse » sur ses représentations de la pertinence de l'orientation, et sur son investissement ; à travers la façon dont il témoigne de sa mobilisation, intellectuelle et affective, dans la situation clinique ; et enfin à travers les limites d'ordre contre-transférentiel qu'il peut rencontrer.

Si le « mode d'adresse » pourrait participer implicitement à l'investissement de l'analyste avec un patient, il ne semble pas intervenir dans la décision thérapeutique. L'intérêt théorico-clinique ou de recherche, suscité par la situation clinique, est exprimé par onze analystes. Il joue un rôle important dans la décision thérapeutique pour un analyste, et semble y participer implicitement pour les dix autres. Onze analystes témoignent de la dimension affective de leur investissement, le plus souvent conjointement à la manifestation d'un intérêt théorico-clinique (pour 8 analystes). Quatre analystes donnent explicitement une place importante à leur mobilisation affective dans leur décision, et elle semble y contribuer implicitement chez les sept autres.

Sept analystes font part, lorsqu'ils témoignent de leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, de leur attention portée à certaines contre-attitudes qu'ils pourraient

[1] De la même façon que pour les « dispositions transférentielles », ce terme est retenu pour le distinguer du contre-transfert à proprement parler.

manifester. Seuls deux d'entre eux en tiennent compte dans l'élaboration de leur décision thérapeutique. Pour les cinq autres, il s'agit de tenir compte de leur subjectivité engagée dans le travail analytique, présageant de ce qui pourrait être « délicat » à manier dans la relation avec le patient.

Une partie des analystes évoquent les représentations qu'ils associent à un « mode d'adresse » (par un tiers connu, par un superviseur), présentes plus ou moins implicitement dans leur cheminement intérieur. Aucun ne fait intervenir explicitement ces représentations dans sa décision thérapeutique. Pourtant, si le tiers qui adresse le patient à l'analyste, peut faire « point de transfert », pour reprendre l'expression de Mr Garcia, il est légitime d'interroger la façon dont il pourrait jouer un rôle de « point de contre-transfert », implicitement.
Lorsque l'analyste témoigne de la confiance qu'il a dans le tiers qui adresse, considérant a priori qu'il réalise de « bonnes adresses », cela influence-t-il ses dispositions contre-transférentielles lors des premiers entretiens, favorisant par suite les possibilités de travail avec le patient ? Quatre participants témoignent du fait que connaître le tiers qui adresse, avoir ce que l'on pourrait nommer un « transfert de travail » avec lui, leur permet de donner du sens à l'orientation, de façon imaginaire ou suite à des échanges. Mr Garcia confirme par sa décision les hypothèses qu'il avait construites sur les raisons de l'orientation par son collègue. Mr Gomez comme Mme Dubois, soulignent que l'adresse par les tiers qui les connaissent, repose en partie sur leurs spécificités, liées à leur personnalité ou à leur « style clinique ». L'effet favorable de l'adresse relèverait-il alors plus de l'adéquation du choix de l'analyste pour un patient donné, que sur les représentations contre-transférentielles que l'analyste en a ? Dans le cadre d'une supervision, les cliniciens font part d'un investissement particulier de la situation clinique, pris en partie dans les enjeux transférentiels liés aux superviseurs. Cet investissement particulier renforcerait-il l'engagement de l'analyste ? Le « mode d'adresse » ne semble néanmoins pas intervenir dans l'élaboration de la décision thérapeutique de l'analyste.

La mobilisation de l'analyste dans la situation clinique peut reposer sur son intérêt théorico-clinique ou de recherche, et sur son investissement affectif.
L'intérêt théorico-clinique ou de recherche de l'analyste peut se rapporter au « fil conducteur » de ses questionnements. Il peut également être suscité par la découverte d'une problématique jamais encore rencontrée dans sa pratique, ou encore par la mise à l'épreuve d'hypothèses théoriques. Mr Martin témoigne de l'intérêt pour la problématique psychique du

patient, qui participe à son désir de travailler avec lui : « *[…]* je le vois vraiment comme une question de recherche, c*'est*-à-*dire que c'est la première fois que je tombe sur un patient qui* présente euh – *j'allais dire ce type de trouble* – oui ce mécanisme-*là. C'est la première fois que je tombe sur un patient qui s'est complètement mis en retrait comme ça, qui n'a investi aucun objet d'amour autre que les parents,* je me dis : comment est-ce possible *? Et c'est lui qui va pouvoir m'apporter des éléments de réponse. Donc je suis curieux d'avoir ces* réponses ». Mr Martin estime que la mobilisation de l'analyste est en soi un signe des possibilités de travail analytique avec un patient particulier : « *[…]* on essaie de mobiliser le *patient à s'intéresser à son histoire, mais c'est bien aussi que nous on se mobilise, et là c'est* un patient qui me fait penser. Donc c*'est bon sign*e pour le travail ». D'une manière plus générale, Mr Roy explicite ce qui le mobilise dans le travail analytique : « *[…] j'adore chercher et découvrir des nouvelles choses, je trouve que la pulsion épistémologique c'est une* des plus belles choses qui existent sur terre, *[…] c'est lié au voyage, j'adore en voyage rencontrer des gens, de nouvelles choses. Et avec cette personne là c'est une nouvelle aventure, c'est ça que je trouve extraordinaire. […] ce qui m'intéresse c'est les histoires q*ue les gens peuvent me raconter ». Mr Gauthier, lui, est « embarqué » lorsqu'il peut avoir accès « *[…]* même juste deux secondes à une faille *[…] comme* ce que dit Freud : Ich-losigkeit, *donc le côté par lequel quelqu'un est sans défense puis en souffre. […] Mais c'est pas ju*ste *une faille aussi, ben c'est une faille parlante, une faille parlé*e *si l'on veut qui permet d'entrevoir, d'entrevoir qu'une parole va jaillir de ça* ».

L'investissement du patient par l'analyste peut aussi s'exprimer par le registre affectif. Par exemple, Mr Martin souligne son implication affective, qui participe à sa décision de s'engager avec le patient : « *[…] dès le premier entretien, il y a quelque chose dans l'histoire* de ce patient, *quelque chose qui m'a ému par rapport à sa souffrance*, et qui fait que ça a éveillé mon intérêt ». Mme Côté témoigne de la façon dont elle est sensible à l'humour de la patiente, et dont elle est touchée par elle dans un mouvement identificatoire, ce qui participe à son désir de travailler avec elle, tout autant qu'à son désir pour la patiente de pouvoir bénéficier d'un travail analytique. Par ailleurs, il me semble que les constructions d'un certain « projet » pour le travail analytique à venir dès les premiers entretiens (voir VII.2.2.1.), certes de façon hypothétique et plus ou moins implicitement, traduisent aussi le désir de l'analyste et son investissement.

Enfin, près de la moitié des analystes de l'échantillon d'étude témoigne de la façon dont ils considèrent, dans leur cheminement intérieur, certaines de leurs limites ou contre-attitudes

suscitées par le patient ou sa problématique psychique. Deux analystes en tiennent compte dans l'élaboration de la décision thérapeutique, s'interrogeant sur leur capacité à travailler avec leur patient. Ainsi Mr Martin, quant à des aspects de la problématique psychique du patient, avec lesquels il a pu rencontrer des difficultés précédemment dans sa pratique, explique : « a*ujourd'hui j'ai l'impression que ça n'entravera pas ma manière d'envisager le* travail avec ce pa*tient, c'est l'impression que j'ai pour l'instant, on doit faire avec nos* impressions ». Mme Gagnon interroge ses propres résistances à engager un travail analytique avec la patiente, car elle décrit le fantasme que celle-ci pourrait interrompre les entretiens précocement : « est-*ce mon désir à moi de m'en débarrasser* ?». Elle note en effet s'être dit que « ça allait être beaucoup de boulot », et redoute un transfert massif avec, comme ça lui est déjà arrivé, « *[...]* des téléphones, plusieurs téléphones par jour, des téléphones de bêtise, *d'engueulade, des messages comme ça, bon je ne peux pas dire que j'en ai dix comme ça, mais j'avais comme une petite crainte vis-*à*-vis d'elle peut-être à cause de son, de ce qu'elle* disait de sa dépendance ». Les autres analystes évoquent ce à quoi ils peuvent être sensibles, ou des contre-attitudes qu'ils ont déjà pu éprouver à l'égard de patients, mais sans que ça se joue dans la situation clinique qu'ils présentent. Par exemple, Mme Thomas pense au fait que : « s*i je découvrais, pour le moment je ne le pense pas hein, mais si je découvrais qu'il y a tout un aspect pervers chez lui, ça c'est, ça c'est quelque chose qui peut moi me troubler* beaucoup, me perturber beaucoup dans mon transfert sur lui ».

Par ailleurs, suite aux consignes de recherche, les analystes ne formulent pas de prédictions sur l'évolution du contre-transfert, à l'exception de trois analystes mais de façon lacunaire et très générale. Elles n'entrent donc pas en compte dans l'élaboration de la décision thérapeutique.

VII.3.3.3. Relation patient-analyste

Avant de procéder à l'analyse des résultats, je m'attendais à ce que l'évaluation « des potentialités de la relation transféro-contre-transférentielle » apparaisse au centre du cheminement intérieur de l'analyste, comme de sa décision de s'engager ou non dans un travail analytique avec un patient. Or il s'agissait de mes propres constructions théorico-cliniques, issue de ma formation et de mon expérience. La façon de théoriser ce qui sous-tend les « potentialités transférentielles » de la rencontre entre un analyste et un patient, dépendent des constructions théorico-cliniques de chaque analyste. Dans l'échantillon d'étude, des similitudes sont retrouvées dans la façon dont l'analyste témoigne de son cheminement

intérieur quant à cette question, en fonction de ses références théoriques principales. Ainsi, j'ai choisi le terme de potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel », pour faire référence aux différentes façons dont l'analyste peut rendre compte de son évaluation des possibilités de travail analytique, entre un patient donné et lui-même. Il me semble en effet, au vu des résultats, qu'il s'agit toujours de questionner les possibilités d'une rencontre dans un espace « intermédiaire » où l'inconscient peut être mis au travail, espace qui se met en place et s'ajuste au cours des premiers entretiens entre l'analyste et le patient (comme en témoignent les aménagements du cadre analytique, voir VII.1.2.).

L'ensemble des analystes, lorsqu'ils témoignent de leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, questionnent les potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel ». L'évaluation de ces potentialités peut reposer sur des « signes » que « la relation s'installe ou s'engage », pour le patient comme pour l'analyste, ou bien, en référence à la théorie lacanienne, sur la vérification de la présence d'une demande « adressée au sujet supposé savoir » (considérant la part transférentielle de celle-ci) qui peut rencontrer le « désir de l'analyste ». C'est en cela que les références théoriques principales influencent la façon d'élaborer ces potentialités dans le cheminement intérieur de l'analyste.
Les « signes » sur lesquels s'appuie l'analyste pour évaluer que la relation avec le patient « s'installe », peuvent être : l'effet d'une de ses interventions, des manifestations transférentielles qui lui sont adressées, ou le fait ou l'impression clinique que le patient s'engage, a le désir de travailler avec l'analyste. Par exemple, Mr Martin relève chez son patient : « *[…] le besoin qu'il a éprouvé de me dire* : *"ça me fait du bien de venir vous parler"* etc., *je pense que c'est signifiant que la relation elle existe là pour lui*, et elle a quelque chose de sécurisant pour lui. Donc à partir de là je pense que le travail est déjà engagé ». Mr Martin montre ainsi la façon dont l'évaluation d'une relation déjà engagée signe du même coup le début du travail. Il évalue les potentialités de la relation en tenant compte également de l'effet de ses interventions : « c*e qui a paru vraiment provoquer un effet bénéfique, c'était dès le deuxième entretien ça où je me suis permis d'intervenir assez précocement, et* visiblement ça a créé quelque chose dans la relation avec moi *[…]* ». Il précise que si l'engagement transférentiel n'est pas présent dès les premiers entretiens, cela ne constitue pas un critère de contre-indication en soi, considérant probablement les potentialités de son développement, comme d'autres participants. De plus, il ne tient pas compte de la valence positive du « transfert », mais du signe que « quelque chose » se passe dans la relation avec lui. Mme Bernard confirme son évaluation des possibilités d'engager un travail analytique

avec sa patiente, en s'appuyant principalement sur l'évolution de la relation avec elle au cours des premiers entretiens. Elle souligne en effet chez la patiente « *[…] son* changement de *réaction quand j'interviens. Au départ je l'agaçais, je la réveillais, je la surprenais je ne s*ais *pas, je lui montrais juste que j'étais là, visiblement ça la perturbait. […]* Et maintenant elle accepte que je participe quelque part, *puisqu'elle prend en compte ce que je dis, elle associe* dessus ». Réciproquement, Mme Bernard répond « contre-transférentiellement » au côté infantile de la patiente « parce que ça évoque en moi *[…] des* mouvements de maternage qui visiblement me plaisent ». Il s'agit bien d'un investissement réciproque, « une accroche », entre la capacité de la patiente d'investir la relation – même si cela peut être sur un mode agressif, comme le souligne Mme Bernard – et l'investissement de la clinicienne. Dans la situation clinique présentée par Mme Gagnon, la capacité de la patiente à s'engager dans une relation thérapeutique constitue le point principal de réserve quant à l'indication : c'est même la question d'après elle, présente dès le début lors de l'évaluation d'équipe, ainsi que dans le matériel clinique des premiers entretiens. En effet, Mme Gagnon fait l'hypothèse que la patiente pourrait avoir peur de la dépendance que pourrait impliquer la relation transférentielle, ou bien qu'elle pourrait la « saboter » en interrompant le suivi. De plus, la clinicienne fait part d'un mouvement contre-transférentiel ambivalent, « quelque chose à la fois attrayant et repoussant », qui pourrait être une réponse à l'ambivalence de la patiente, ou une forme de résistance à s'engager dans un suivi lourd. C'est l'évaluation au cours des premiers entretiens, de manifestations transférentielles témoignant qu'il y « a déjà quelque *chose qui s'engage* », qui confirme la décision d'entreprendre un travail analytique avec cette patiente.

Les analystes se référant principalement à la théorie lacanienne, formulent différemment leur évaluation des potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel ». Cependant, des nuances apparaissent parmi eux, en fonction de leur appropriation singulière de la théorie. Conformément à la théorisation lacanienne du contre-transfert, il apparaît que ces analystes ne font pas référence à la dimension affective de leur investissement du patient, seulement à des intérêts théorico-cliniques, faisant plus ou moins directement référence au « désir de l'analyste ». Certains fondent leur évaluation des possibilités de travail analytique sur la « rencontre » entre deux fondamentaux : le « désir de l'analyste » et une demande adressée « au sujet supposé savoir ». Le transfert est alors lié à la place symbolique attribuée à l'analyste. D'autres analystes (se référant à la théorie lacanienne) formulent comme déterminant de leur décision : l'accès possible pour le patient à l'inconscient, le « désir de l'analyste » étant toujours un préalable indispensable. Ce serait une forme de rencontre dans

un « lieu transférentiel », dans le sens où le patient accède à l'espace intermédiaire entre lui et le désir de l'analyste de travailler avec l'inconscient, en acceptant le cadre proposé, et en témoignant qu'il entend quelque chose des interventions de l'analyste visant les processus inconscients. Contrairement aux analystes précédents se référant principalement à la théorie freudienne, la « qualité » de la relation entre l'analyste et le patient est ici peu ou pas prise en compte.

Dans l'élaboration de la décision thérapeutique, l'évaluation qu'une relation s'engage entre l'analyste et le patient est considérée comme centrale pour huit analystes. Mr Bouchard fait même passer cette dimension au premier plan dans sa décision, malgré une demande « floue ». Mme Robert diffère l'indication car le contexte de la demande, qui fragilise la patiente, est associé à une relation ambivalente, autant du côté de la patiente que de l'analyste. Mme Tremblay fonde sa décision d'engager un travail analytique sur son évaluation, avec espoir, que la relation va s'installer.
Pour deux analystes, l'association d'une demande non élaborée et d'une relation pas encore engagée, conduit à poursuivre le travail préliminaire.
Pour cinq analystes, ce n'est pas « l'engagement relationnel » du patient qu'ils cherchent à évaluer au cours des premiers entretiens, mais la nature de la demande adressée à l'analyste (c'est-à-dire une « demande d'analyse » au sens lacanien), ou bien la capacité à se « mouvoir » dans le cadre analytique proposé, dont l'analyste fait partie. Comme je l'ai développé ci-avant, il me semble que c'est une autre façon de considérer comme centrales les potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel ». Lorsque la demande n'est pas « adressée transférentiellement » à l'analyste, elle constitue la raison de ne pas engager un travail analytique.
Les capacités psychiques du patient favorables au travail analytique apparaissent toujours secondaires à l'évaluation d'une demande ou d'une relation qui s'installe entre l'analyste et le patient. Seule la capacité d'accéder à l'inconscient constitue un critère central pour deux analystes de l'échantillon d'étude. Pour d'autres, ce sont les potentialités de développement des capacités psychiques qui participent à la décision d'engager un travail analytique, et non pas le fait qu'elles soient absentes ou limitées au moment des premiers entretiens. Ainsi, les capacités psychiques du patient favorables au travail analytique peuvent soutenir une indication, mais leur absence en elles-seules ne constitue pas une raison de contre-indiquer un travail d'analyse.

D'une manière générale, les analystes tiennent compte dans leur décision plus de leurs évaluations favorables, que défavorables aux possibilités de travail analytique. Leur désir, leur espoir, fondent en premier lieu leur investissement d'une rencontre, dont ils considèrent de façon prépondérante toutes les « ouvertures vers des possibles ». La décision de s'engager peut advenir avec beaucoup d'incertitude, et avec des prédictions tout autant pessimistes qu'optimistes sur l'évolution du travail. De plus, des prédictions seulement pessimistes n'empêchent pas de poursuivre un travail préliminaire, laissant ouvert des possibles. Par ailleurs, des analystes soulignent qu'en dernier ressort, c'est toujours la décision du patient, qui se matérialise par son acceptation du cadre proposé par l'analyste.

VII.4. Influence du contexte culturel sur la pratique des premiers entretiens

Au vu des résultats exposés précédemment, le contexte culturel – examiné à travers la pratique en France ou au Québec des participants – n'influencerait pas l'essence de ce qui caractérise un psychanalyste dans sa pratique clinique : sa « position analytique ». Sa pratique semble peu varier en fonction du contexte culturel, et dépendre du mélange d'influences dont elle est issue : de son analyse personnelle, de ses superviseurs, des échanges avec ses pairs, de l'expérience clinique qu'il a rencontrée, de ses propres sensibilités théorico-cliniques et des courants théoriques auxquels il a eu accès au cours de sa formation, puis auxquels il choisit de se référer. En effet, les résultats tendent à montrer que le contexte culturel n'influencerait pas : l'existence d'une *trame d'écoute* préétablie et spécifique aux premiers entretiens, et son niveau d'explicitation ; la place laissée à l'investigation diagnostique dans le cheminement intérieur de l'analyste ; les aménagements du cadre analytique adaptés à chaque situation clinique particulière ; et les fondements de la décision thérapeutique dans la pratique analytique. Seul le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens, semblerait varier en fonction du contexte culturel, quant à la théorisation du discours de l'analyste quand il en rend compte.

Néanmoins, l'analyste pratique dans un contexte culturel donné, et doit s'y adapter, dans le sens de faire avec les possibilités et les contraintes qu'un contexte particulier produit. Les résultats tendent à montrer que le contexte culturel pourrait influencer, dans une certaine mesure, la demande d'analyse, qui elle-même produirait des effets sur l'offre. Des contraintes liées au contexte culturel semblent pouvoir peser sur la pratique de l'analyste. Nous

envisagerons les résultats qui vont dans le sens d'une moins grande théorisation du discours des analystes pratiquant au Québec, comparativement aux analystes pratiquant en France. Par ailleurs, « l'identité professionnelle » du clinicien pourrait dépendre en partie de l'influence du contexte culturel. Enfin, il semblerait que les résistances des cliniciens à participer à des recherches sur leur pratique, soient plus importantes en France qu'au Québec. Cette question n'était pas un objet d'étude, mais les différences observées entre la difficulté du recrutement en France, et sa relative facilité au Québec, m'ont amenée à interroger l'influence du contexte culturel sur les résistances à participer.

En préambule, je dois dire qu'il m'a été plus difficile avec ma « référence française » de noter des spécificités d'un contexte culturel dans lequel j'évolue. J'ai donc déduit par contraste à ce qui ne m'était pas familier, ce qui pourrait résulter de l'influence du contexte culturel québécois. Par ailleurs, j'ai soumis à un analyste québécois – R. Pelletier – le premier entretien français retranscrit, afin de voir si de son côté, il lui était plus aisé de distinguer ce qui pourrait avoir trait au contexte culturel.

R. Pelletier exprime ainsi sa première impression : « Pas facil*e! […] je dirais ceci : soit que ce psy est "québécois", ou américanisé, soit que je suis moi-même devenu "français", car de* mon lieu je ne vois pas beaucoup de différences culturelles à repérer dans ce verbatim ». Il ajoute : « *par ailleurs il m'est venu assez rapidement l'impression qu'il s'agissait d'un jeune psy […] à cause de sa formation initiale en TCC. Car la France pour les plus vieux, c'est la* psychanalyse! ». En effet pour les premières générations de psychanalystes québécois, la psychanalyse est associée à la France, car l'émergence de la psychanalyse au Québec correspond à son « âge d'or » en France. De plus, la première génération d'analystes québécois, contrainte d'émigrer pour suivre sa formation analytique, est notamment venue à Paris. Mais en France comme ailleurs, l'enseignement universitaire de la psychologie ne se limite pas à la psychanalyse, même s'il est vrai qu'elle occupe encore aujourd'hui une place privilégiée à l'université comparativement à celle en Amérique du Nord.

R. Pelletier relève les échanges professionnels que Mr Martin peut avoir avec le médecin, ce qui lui semble impossible au Québec du fait des représentations négatives des médecins à l'égard de la psychanalyse. Ainsi, il explique : « c*e qui m'a étonné ici c'est le lien avec le médecin généraliste et le fait qu'ils discutent ensemble du cas. […] Je crois que* pour les généralistes français, la psychanalyse fait partie du bain culturel qui est le leur et du bain académique dans lequel ils sont formés, alors que pour les généralistes québécois la psychanalyse a déjà fait partie de leur formation en psychiatrie mais *elle ne l'est presque*

plus, voire même elle est dévalorisée. La formation médicale au Québec encourage clairement les références en TCC[1] parce que les données probantes des méta-analyses démontrent leur supposée supériorité à traiter les syndromes psychiatriques. Je connais des patients à qui les médecins généralistes avaient donné des références explicites en ce sens et déconseillaient la psychanalyse. *Une collègue m'a même raconté qu'un de ses patients a interrompu sa thérapie psychodynamique avec elle car son médecin lui avait dit d'aller voir* un psy-*TCC. […] Et comme le transfert au médecin est plus fort que celui au psy, la thérapie s'est arrêté*e là… ».

R. Pelletier associe donc cette possibilité d'un lien professionnel entre le médecin et le psychothérapeute psychanalytique au fait que la psychanalyse continue à être soutenue culturellement en France, à l'inverse du Québec. Il précise qu'à sa connaissance il n'existe pas de psychanalyste qui travaille vers les médecins généralistes, ni de psychanalystes qui reçoivent des orientations de leur part.

Il conclut : « *Je n'arrive pas à identifier quelque chose du contexte français dans cet entretie*n sauf les quelques éléments pointés ici et là ». En effet, lorsqu'il relève des points du cheminement intérieur de Mr Martin, il note qu'ils dépendent de l'allégeance d'école et de la conception du traitement, différentes de la sienne mais qui n'est pas en soi spécifiquement québécois.

Ces commentaires m'amènent à deux réflexions : la première étant que les différences de références théoriques supplanteraient celles attribuées au contexte culturel dans la pratique des premiers entretiens ; la seconde étant que le contexte culturel – en influençant les représentations de la psychanalyse – aurait bien des implications sur la pratique des premiers entretiens. En effet, dans ce que souligne R. Pelletier, les représentations de la psychanalyse conditionneraient en partie la demande et l'adresse. C'est ce que nous allons examiner à partir de l'analyse des entretiens de recherche.

[1] Thérapie cognitivo-comportementale

VII.4.1. Influence du contexte culturel sur la demande adressée à l'analyste

Au Québec, beaucoup plus qu'en France, il existe un large éventail d'offres psychothérapiques non analytiques. La cohabitation avec différents courants théoriques peut amener l'analyste à se définir par contraste aux pratiques co-existantes. Par exemple, Mr Morin précise ce qu'il ne fait pas dans sa pratique : « alors évidemment je ne lui dis pas là, quand elle me dit : *"je suis timide", si elle m'avait dit : "pouvez-vous me dire quoi faire ?"*, ben *non là il n'y a pas de réponse à donner à ça, probablement qu'un cognitiviste*-béhavioriste lui aurait donné une recette là : allez-*y, vous êtes capable […]* ». Il me semble que cette façon de définir sa pratique en comparaison aux pratiques cliniques existantes, a trait à la concurrence prédominante des approches cognitives et comportementales, conjuguée à la nécessité en Amérique du Nord d'attester de l'efficience de sa pratique (indices du contexte culturel québécois dans lequel les analystes exercent). Dans la pratique institutionnelle au Québec, lors du protocole d'accueil, est décidée la référence à privilégier : orientation analytique, cognitive-comportementale, humaniste ou autres, comme en témoignent Mme Richard et Mme Gagnon. En institution, comme en pratique privée d'ailleurs, le « client » dispose d'une variété éclectique d'offres psychothérapiques au Québec.

De plus, la représentation de la psychanalyse au Québec est moins favorable qu'en France. Les représentations « collectives », de la population générale pour le dire ainsi, apparaissent différentes selon les contextes culturels d'après les commentaires des participants. Au Québec, elles sont plutôt défavorables à la psychanalyse, comme en témoigne Mr Gauthier, quand il s'interroge sur ce que la personne du programme d'aide aux employés a dit au patient avant de l'orienter : « *ça je ne sais pas […] ce qu'elle dit, si elle dit ça clairement je suis pas sûr parce que dans le fond c'est un, c'est une lame à double tranchant cette appellation là, plus au Québec qu'en France, en France ça devient problématiqu*e aussi, donc probablement *qu'elle doit dire des choses assez générales, de toute façon il n'y a pas grand monde qui sait* ce que ça veut dire être psychothérapeute psychanalytique, et beaucoup de gens ont des préjugés défavorables autour de ça, ici et ailleurs. Alors peut-*être qu'elle s'abstient, enfin j'imagine qu'elle s'abstient. En tout cas parmi les trois personnes que j'ai vues récemment il n'y en avait aucune qui était au courant de l'approche, puis il y a, celui que j'ai vu ne m'a* pas demandé de quel*le approche j'étais, puis il y a une des trois qui m'avait demandé de quelle approche j'étais et puis j'ai eu à lui expliquer un petit peu ce que ça voulait dire et puis*

ça n'a pas été plus loin que ça ». Alors qu'en France, les représentations apparaissent demeurer plutôt favorables malgré les attaques, un « village de résistants », comme les propos de Mr Gomez en témoignent : « *[…] parce qu'en France, il faudrait y répondre presque " à la Astérix", parce qu'on est quelque part le village résistant* (rires), où la psychanalyse a *encore, comment dire, c'est limité mais une certaine réputation de ne pas avoir à s'expliquer*, mais ça ne va pas durer, je le vois déjà en institution la psychanalyse quand elle prise comme référence dans une institution, *[…]* et bien chaque année la psychanalyse est critiquée et on nous demande chaque année : et pourquoi la psychanalyse et pas telle ou telle psychothérapie *comportementale qui garantit qu'en six séances le patient n'aura plus tel ou tel symptôme* etc. ».

Au Québec, les représentations peu favorables de la psychanalyse, conjuguée à une plus grande concurrence d'offres psychothérapiques qu'en France, semblerait influencer la nature des demandes que reçoit l'analyste. Ce n'est pas tant la pratique théorico-technique de l'analyste qui s'en trouverait modifiée, que la fréquence de ses possibilités d'engager un travail analytique avec un patient.

Ainsi, Mr Roy témoigne des demandes non analytiques répandues au Québec : « *c'est ça que* les gens demandent aussi : pouvez-*vous m'aider à gérer mon deuil ? Les psychologues* embarquent beaucoup ici dans cette perspective là très utilitariste là : comment gérer son mariage, son deuil, son divorce. Les psychologues, ça fonctionne beaucoup comme ça ». Il apparaît parmi les analystes de la présente étude, qu'au Québec, trois rapportent des situations cliniques dont les orientations sont associées à des représentations défavorables quant aux possibilités de travail analytique : celles du programme d'aide aux employés, liées le plus souvent à moins d'engagement du patient et à des demandes plus concrètes. L'adresse par le PAE[1] est en effet associée à des prédictions pessimistes de l'analyste quant aux possibilités qu'un travail analytique puisse s'engager. Mme Tremblay note d'après son expérience clinique que les patients sont peu portés à défrayer eux-mêmes les séances pour poursuivre le travail, témoignant d'une demande ponctuelle. Mme Côté, également d'après son expérience, estime que le cadre du programme d'aide aux employés ne favorise pas le travail à long terme, comme s'il induisait un cadre à court terme dans l'esprit du patient, suggéré par le nombre limité de séances remboursées. Mr Gauthier, s'il estime que la démarche de consultation nécessite pour le patient de considérer sa part dans les problèmes au travail,

[1] PAE : programme d'aide aux employés (assurance privée pour les salariés, remboursant un nombre limité de séances de psychothérapie par an)

interroge la possibilité de changer de registre, de la plainte manifeste au travail à une démarche d'introspection : « *[…] c'est*-à-*dire que c'est par son univers de travail qu'il arrive ici et puis c'est pas par, c'e*st un choix assurément, il aurait pu choisir de ne pas venir ici, *mais euh, ce n'est pas un choix qu'il a fait en dehors du milieu du travail avec toutes les* démarches que ça implique donc, et puis le degré de préparation que ça implique aussi ». Ainsi, l'engagement des patients qui font une démarche auprès du programme d'aide aux employés semblerait incertain aux cliniciens – c'est en effet « pris en charge » par l'employeur – associé à une demande qui relèverait d'un niveau manifeste, en tous les cas dans un premier temps. Comme Mr Gauthier le souligne, il ne serait pas fait mention de l'orientation analytique du psychologue vers lequel l'employé est orienté, et en tous les cas cela n'apparaît pas être demandé expressément pour aucun des trois patients considérés. Mme Tremblay et Mme Côté nuancent leurs prédictions pessimistes quant à la poursuite du travail, car les patients laissent une ouverture au-delà des séances prises en charge témoignant d'un début d'investissement. Pour ces trois situations, l'adresse – dans ce qu'elle pourrait sous-tendre de la demande – reste prise en compte de façon articulée à d'autres dimensions. Mais dans deux des trois cas, les premiers entretiens conduisent à la poursuite d'un travail préliminaire, les possibilités d'un travail analytique n'étant pas encore réunies. Seule une situation amène à l'engagement dans un travail analytique, bien que la relation ne soit pas encore « installée ». Cette décision repose essentiellement sur l'espoir de l'analyste d'une évolution favorable au cours des séances. Il semblerait que les psychanalystes au Québec, recevraient plus de demandes non analytiques qu'en France, notamment du fait du remboursement par des assurances maladie privées. Cela réduirait-il ses opportunités d'engager un travail analytique ?

VII.4.2. Influence du contexte culturel sur l'offre analytique

Je m'attendais à ce que le trait culturel nord-américain du pragmatisme, associé à une tendance nord-américaine à considérer le « client » d'un service psychologique, impliquent une plus grande adaptation, au Québec qu'en France, jusqu'à éventuellement proposer un autre travail que l'analyse quand cela ne « convient » pas au « client ».

Vus de France, les québécois sont en effet caractérisés par leur force d'adaptation et leur goût pour un certain éclectisme dans leur pratique. Les entretiens de recherche exclus de l'échantillon témoignent en effet de la souplesse adaptative des québécois, définissant par

exemple leur pratique : comme éclectique sans référence théorique privilégiée, ou humaniste et psychodynamique conjointement, ou encore comme « mixte behaviorale et analytique ». Et il suffit de regarder les références théoriques affichées par les psychologues sur le site de l'Ordre des psychologues du Québec[1] pour se rendre compte qu'il est assez fréquent de faire cohabiter des orientations théoriques considérées comme incompatibles dans leurs fondements épistémologiques en France. Mais quand est-il des psychanalystes ou des psychothérapeutes psychanalytiques ? Mr Morin, psychanalyste québécois, rappelle que la formation universitaire au Québec a toujours été tournée vers la psychologie « scientifique », c'est-à-dire expérimentale, et qu'il s'est formé à la psychanalyse après son cursus universitaire. Il apparaît que deux psychologues psychanalytiques québécois ont eu une formation préalable de Gestalt thérapie ou « d'Abandon corporel », courants théoriques moins répandus en France. Seul Mr Martin fait état de sa formation théorique cognitive comportementale dans la première université au début de ses études en France, avant de choisir une université où la psychanalyse était plus présente dans l'enseignement. Au vu des résultats de recherche, il ne semble pas que l'éclectisme influence la pratique clinique des premiers entretiens chez les analystes pratiquant au Québec en comparaison de ceux travaillant en France.

En effet, contrairement à mes attentes, il n'apparaît qu'une seule « psychologue psychanalytique » québécoise qui module sa pratique psychothérapique, dans l'échantillon d'étude. Et un analyste pratiquant en France, évoque une pratique clinique institutionnelle hors du champ psychanalytique. L'adaptation des pratiques en fonction des patients ne serait pas plus importante au Québec qu'en France parmi les participants. En effet, comme nous l'avons examiné précédemment, les aménagements du cadre au cours des premiers entretiens font partie de la pratique de tous les analystes. Ils soulignent le maintien d'une « position psychanalytique », comme Mr Gauthier qui précise que si le patient n'a pas accès au processus, il s'adapte, mais jamais en donnant des conseils comme des psychothérapeutes d'autres orientations. Il n'y a que Mme Tremblay qui avance une adaptation vers des interventions plus concrètes pour certaines orientations du programme d'aide aux employés, allant vers une pratique non analytique : « *[...]* parce que même si ce sont des gens avec lesquels je ne peux pas travailler en psychothérapie psychanalytique, je vais quand même offrir des services aux gens dans le sens que je vais modifier ma façon de travailler, ça va être de la thérapie de soutien, je vais travailler peut-être juste à un niveau plus cognitif si les gens

[1] http://www.ordrepsy.qc.ca

*ne sont vraiment pas capables d'introspection, on va dire je vais travailler à un n*iveau plus *concret, donc c'est non [elle n'oriente pas]* ». Dans l'expression « offrir des services aux gens », j'ai tendance à entendre, de mon point de vue culturellement français, l'influence des pressions d'efficacité, de la capacité d'adaptation culturellement valorisée au Québec, qui conduirait le clinicien à une pratique « psychothérapique », dans le sens non analytique. Mr Gomez, quant à lui, évoque le travail de guidance avec les parents, comme une adaptation hors du travail analytique proprement dit, qu'il peut exercer en institution : « *ça c'est des* parents qui viennent parce que, je ne sais pas, leur fille commence à avoir les premiers *problèmes entre guillemets d'adolescence etc. et il y a une mère qui est complètement dépassée et vous voyez qu'elle n'a aucune envie de s'engager dans un travail de réflexion ou* autre, mais il y a un problème ponctuel, je ne vois pas pourquoi je la forcerais à faire une *psychanalyse alors que ça n'est pas le moment pour elle, qu'elle ne le veut pas etc. Et je sais* que voilà si je lui propose à partir de ce point là de faire justement quelques séances ou de *fixer plus ou moins un cadre souple même au niveau de la fréquence, c'est quelque chose qui peut l'aider, pas seulement elle mais sa fille aussi, donc c'est un travail aussi qui m'intéresse,* je ne reste pas borné à quelque chose qui serait une exclusivité psychanalytique ».

Dans la pratique clinique des analystes, l'adaptation au patient rencontre donc presque toujours la limite des possibilités d'un travail analytique. Lorsque le patient n'y a pas accès, que cette approche n'apparaît pas adéquate à sa situation, les analystes disent orienter alors vers un autre professionnel.

Le contexte culturel semble pouvoir influencer en partie la réponse que l'analyste peut donner à une demande. D'une part, des contraintes contextuelles semblent pouvoir peser sur sa décision thérapeutique. D'autre part, les représentations de l'analyste quant au cadre analytique qu'il peut mettre en place, sembleraient varier en fonction du contexte culturel. Il semblerait d'une certaine façon que la demande module l'offre.

Mme Gagnon témoigne des conséquences directes sur sa pratique des pressions d'efficacité très fortes au Québec : « *[...]* pour moi il y a toujours la question, par rapport aux demandes *institutionnelles, de jusqu'où moi je m'engage dans les questions de long terme. Parce que c'est sûr qu'on a beaucoup de pression pour voir le plus de patients possible, le plus vite* possible, voilà, et pas perdre notre temps là à voir des patients pendant un an ». Elle ajoute la difficulté de négocier entre ces pressions institutionnelles pour que « ça roule », et l'impossibilité d'orienter les patients qui ne peuvent pas payer vers d'autres structures pour des prises en charge à long terme, car de telles institutions n'existent pas : « on ne peut pas

dire que, le problème que ça pose c'est que je ne peux pas remplir mes rendez-vous et puis ne *plus bouger, donc il faut que ça roule, mais ça roule quand même, mais j'en ai que je vois* depuis très longtemps. Mais quand même il y a une pression, et avec les changements la *pression est de plus en plus forte, d'efficacité, résultats, etc.* ». Ainsi, la décision thérapeutique doit aussi porter le poids des pressions institutionnelles d'efficacité, dont aucun des analystes pratiquant en France n'ont fait état.

Mme Tremblay souligne qu'au Québec la fréquence dépasse rarement plus de deux séances par semaine, sauf à Montréal où certains analystes pratiqueraient à trois fois par semaine. Elle explique à partir de son expérience clinique, qu'il faut souvent « négocier pour une fois par semaine ou deux fois quand la personne est très en souffrance ». Mme Côté relate le nombre grandissant de patients qui demandent des séances « aux deux semaines ». Mme Robert fait référence au « modèle français classique » de l'analyse : « trois fois par semaine sur le divan ». Néanmoins, Mme Thomas – pratiquant en France – apporte un éclairage sur la réalité des pratiques, et sur l'influence de la demande sur l'offre : « *[…] je* suis je pense comme beaucoup de mes collègues – *parce qu'on en parle quand même beaucoup entre nous* – on *est, j'ai été influencée bêtement, je le reconnais, par le fait que maintenant le passage à trois* séances est vraiment très très problématique, pour la *plupart c'est vraiment ce qui achoppe, […] ça nous incite à être prudent dans la proposition, ça c'est vrai* ». Parmi les participants se disant analystes en France, la fréquence des séances mises en place dans les situations cliniques qu'ils présentent ne dépasse pas deux fois par semaine. Cela dit, il est vrai que les analystes en France de l'échantillon d'étude, ne font pas part de réticence des patients à accepter une séance hebdomadaire, ni de tentative de négociation. Ainsi, la question se pose de l'écart entre l'idée d'une pratique différente selon le contexte culturel, et la réalité des pratiques. Et il semblerait que les représentations de l'analyste, de ce qui peut être accepté par le patient dans un contexte donné, déterminent en partie l'aménagement du cadre qu'il proposera, notamment quant à la fréquence des séances.

VII.4.3. Influence du contexte culturel sur les contraintes de la pratique de l'analyste

Au Québec, à la différence de la France où les psychanalystes ont toujours refusé un organisme de contrôle, il existe un ordre professionnel des psychologues. L'inscription à

l'OPQ[1] est non seulement une obligation légale pour utiliser le titre de psychologue, mais aussi une garantie de lisibilité pour le public, car le site de l'Ordre réfère tous les psychologues du Québec et offre une garantie de sérieux pour les « clients ». De plus l'inscription à l'Ordre est la condition du remboursement par les régimes d'assurance maladie. Parmi les participants « très expérimentés » au Québec, certains n'appliquent pas les règles demandées par l'Ordre qui vont à l'encontre de leur pratique, voire peuvent choisir de s'en désinscrire. Ainsi, Mr Morin choisit de pas appliquer un certain nombre de prescriptions de l'OPQ comme : l'affichage de ses diplômes, le formulaire de consentement éclairé à remettre au « client », et la « politique d'annulation des rendez-vous ». Mr Morin explicite ainsi son choix : « moi je ne respecte pas ça. Même que je me suis fait poursuivre par le syndicat de *l'Ordre des psychologues, et je leur avais dit : je vais continuer, c'est comme ça. Et ils m'ont* dit : *"écoutez monsieur, si jamais la patiente porte plainte, le comité professionnel de l'Ordre des psychologues ne pourra pas vous défendre". J'ai dit : c'est comme ça, moi je tiens mon bout, j'étais content de voir que par après plusieurs autres, pas forcément à cause de moi, vous savez j'ai dit : nous les analystes on fonctionne* comme ça. Il a dit : *"oui, on sait, on a des problèmes avec les analystes"*. (Rires) ». Mr Roy, analyste également « très expérimenté », a fini quant à lui par renoncer à son inscription à l'OPQ. Je choisis de produire ici un extrait de l'entretien de recherche car son témoignage m'apparaît particulièrement significatif :

« *Quand on est membre d'un ordre professionnel il y a des contraintes, on peut être enquêté […], ils peuvent voir nos dossiers, […] j'ai eu une évaluation il y a quelques années, […] j'a*vais conservé mon titre de *psychologue même si je n'en avais pas besoin […]. Vous savez que* le premier article du code des psychologues *c'est que le psychologue travaille avec les données scientifiques liées à sa profession, ben déjà nous et les* humanistes *on ne remplit pas cette condition, je ne pense pas qu'on fonctionne selon les principes scientifiques* américains*. […]* – ce qui a fait déborder le vase dans le fond – *on me demandait qu'est-ce que j'avais fait* comme activité de formation continue, [il décrit sa formation analytique en Europe avec des figures de la psychanalyse]. *Combien d'heures ? Combien d'heures pensez-vous que j'ai fait ? J'étais furieux puis la formation continue, c'est que l'ordre des professionnels, ce qu'ils encouragent c'est un week-*end sur les border *line, une fin de semaine sur comment mener son deuil, c'est ça qu'ils sortent ! Les psychologues vont aux Etats-*Unis voir un grand maître, ils reviennent ici puis vendent leur salade puis les psychologues suivent ça en fin de semaine et *ça leur coûte deux, trois, quatre cents dollars. Puis j'ai dit : moi j'enseigne depuis vingt-cinq ans, j'ai été directeur de service, j'ai fait deux tranches d'analyse, j'ai organisé un nombre très grand de colloques, j'ai dit : j'enseigne la psychopatholo*gie puis la méthodologie de recherche depuis des années, je ne cesse de lire, *j'ai des séminaires avec des collègues mais* je refuse de commencer à quantifier tout ça pour vous autres*, j'étais* furieux. *[…] Puis je leur ai dit qu'un ordre professionnel soit utile c'est bien, mais là j'ai compris que c'est facile à l'intérieur de n'importe quel ordre professionnel, de n'importe quelle institution, que quelques petits fascistes peuvent s'arroger un pouvoir énorme. Puis je réfléchissais et je me disais et si j'*avais été dans un *CLSC [Centre local de services communautaires] puis que j'avais besoin de mon titre professionnel qu'est-*ce

[1] Ordre des Psychologues du Québec

que j'aurais fait ? Si j'avais été à l'hôpital j'aurais été obligé d'avoir mon titre qu'est-ce que j'aurais fait ? Je me serais pl*ié à des choses aberrantes ! Mais là je pouvais le faire, c'est un acte de liberté. […] Puis ils me* disaient : *"pourquoi vous dites que vous faites de la thérapie familiale ? Ils disent vous n'avez pas de formation en thérapie familiale ou de couple".* Puis là je dis, *[…] je n'ai pas de formation en thérapie familiale*, mais vous savez *j'ai travaillé longtemps en pédopsychiatrie, de nombreuses années, et en travaillant avec les enfants, souvent on voit les parents, puis j'ai dit : je ne prétends pas être thé*rapeute familial, mais je dis : je suis capable de voir des *couples et des familles pendant un certain temps, il y a des problématiques puis si je vois que ça va s'engager vers une thérapie familiale classique là je l'envoie à quelqu'un d'autre, mais je su*is capable de voir des familles, *j'en ai vues des centaines. […]* Puis après ça il dit : *"pourquoi vous vous occupez, c'est marqué que vous recevez des personnes âgées". Je dis : ben écoutez ! J'en vois des patients âgés, je ne pense pas que, j'ai des patients de cinquante ans, soixante ans, c'est quoi âgé ? C'est soixante-dix ans ? C'est quoi cette affaire*-là, je veux dire, *j'ai tellement vu de monde dans ma vie, tellem*ent de patients, est-*ce qu'il faut que j'aille faire un petit week*-end : comment travailler avec les patients de soixante-*cinq ans et plus ? Mais qu'est-ce que c'est ! C'est tellement bête, tellement bête. Alors que je crois qu'il y a des spécialisations e*n psychologie, je ne pense pas que tout le *monde puisse travailler avec des jeunes enfants, je pense que c'est une spécialité de travailler avec des jeunes enfants c'est difficile, ou avec des nourrissons, je crois à ça. […] Je veux dire ce n'*est pas mauva*is mais c'est,* un ordre professionnel ça dépend de qui, de comment ça fonctionne je veux dire/ Parce que de vouloir protéger *le public c'est une bonne chose/ Mais d'autre part ça dépend qui on nomme pour […]* ».

Dans le contexte québécois, maintenir une pratique clinique psychanalytique peut demander de résister aux pressions contextuelles. Ayant de longues années d'expérience, Mr Morin et Mr Roy ont suffisamment d'assurance pour se sentir la liberté de s'opposer aux prescriptions de l'OPQ qui n'ont pas de sens dans leur pratique. Mais comme le souligne Mr Roy quand est-il de l'influence de l'OPQ sur les pratiques des psychologues qui ont besoin d'y être inscrits ?

Par exemple, Mme Tremblay a dû suivre une formation de fin de semaine en thérapie brève qu'elle n'utilise pas dans sa pratique. Les règles de l'OPQ peuvent avoir une influence sur les pratiques analytiques. La politique d'annulation des rendez-vous en est un bon exemple. En effet, comme il est possible d'annuler sans avoir à payer, en respectant un délai annoncé, cela coupe la possibilité d'interroger le sens psychique d'une absence. Pour les analystes du Québec inscrits à l'OPQ, les résultats montrent que certaines des règles conduisent à une présentation systématique et contractualisée du cadre. L'OPQ suggère par exemple l'utilisation d'un formulaire écrit de consentement éclairé, et l'impose quand il s'agit d'une orientation du programme d'aide aux employés[1]. Ce formulaire présente : l'approche théorique du psychothérapeute ; la durée fixe des séances qui ne peut pas être prolongée ; les règles de confidentialité ; la politique d'annulation des rendez-vous ; et la façon de mettre fin à la psychothérapie. Mme Tremblay a choisi de l'utiliser systématiquement pour l'ensemble

[1] Programme d'aide aux employés : assurance privée pour les salariés, remboursant un nombre limité de séances de psychothérapie par an.

de ses patients, car elle s'est aperçue que lorsqu'elle le présentait seulement verbalement, les « clients » pouvaient lui dire qu'ils ne se souvenaient plus. Elle peut alors arguer qu'ils en ont pris connaissance et l'ont signé, et voir ce qu'ils en disent. Il me semble là que les pratiques induites par l'OPQ entravent en partie le travail analytique. La réaction de Mme Tremblay repose sur la nécessité de valider un contrat par écrit pour qu'il ne soit pas remis en question par le patient, peut-être aussi car le patient a la possibilité de porter plainte quand toutes les règles ne sont pas appliquées. Quelle place cela laisse-t-il à la prise en compte de la signification psychique de l'oubli ? Ou encore à celle de l'attaque du cadre par le patient ? Quelles conséquences cette possibilité pour le patient de porter plainte, et pour l'analyste d'être attaqué en justice, peut-elle avoir sur la relation transférentielle ? Au vu des résultats, je n'ai pas d'éléments témoignant de ces possibles conséquences, si ce n'est l'influence potentielle sur le cadre proposé par l'analyste, vers plus de rigidification.

En effet, cette influence n'est que potentielle puisque Mme Côté, pratiquant au Québec, n'applique pas les prescriptions de l'OPQ quant à la présentation du cadre, et semble y être peu sensible, ce qui m'apparaît lié à sa personnalité. D'une manière générale, elle ne formule pas le cadre de façon formelle dans sa pratique clinique : « *[…] je vous dirais que c'est la* partie que je fais le moins, peut-être compte tenu des patients avec qui *je n'ai pas besoin de le* faire [faisant allusion aux premiers entretiens sans suite des personnes envoyées par les *programmes d'aide aux employés] […] puis c'est comme si je n'aime pas cette partie directive […]. J'ai essayé de toutes les manières : par contrat écrit, j'ai essayé de le dire, j'ai essayé de ne pas dire (rires légers), j'essaie de le régler pour moi*, *c'est du cas par cas en même temps là, mais quand il s'agit de parler d'argent là/ Oh ben j'aime pas ça, ou* il y a des patients avec lesquels ç*a va très bien il n'y aura pas de problème là : c'est tant et c'est une* fois par semaine, et ça se limite à ça, mais quand il faut parler des rendez-vous manqués ou *pas, souvent je profite quand l'occasion vient pour en parler, pour établir là, mais parler* que, *c'est tellement compliqué pour toutes sortes de raison, je vais pas ça c'est … j'ai de la misère avec ça, c'est ma faiblesse. J'essaie de l'*amener quand le cas se présente ». Elle évoque ainsi l'influence, et de sa personnalité et des spécificités de chaque situation clinique, dans la formulation du cadre au patient.

Le plus souvent chez les cliniciens pratiquant en France, et ceux se disant « psychanalystes » au Québec, sont seulement évoqués lors de la formulation du cadre au patient : la fréquence des séances avec un horaire fixe, la question de l'argent, et la règle de la libre association ; le cadre se mettant en place progressivement au fur et à mesure des premiers entretiens. Il est possible d'arguer que la « position de l'analyste » dépasse les contraintes contextuelles, et il

est vrai que les analystes expérimentés semblent s'en dégager, de façon plus ou moins radicale. Mais, comme le souligne Mr Roy, qu'en est-il pour les analystes dont l'inscription à l'OPQ est indispensable à leur pratique institutionnelle ? De même, qu'en est-il pour les jeunes cliniciens qui pourraient craindre de perdre leur titre, avec les conséquences que cela ne manquerait pas d'avoir sur leur clientèle ?

VII.4.4. Influence du contexte culturel sur le cheminement intérieur et « l'identité professionnelle » de l'analyste

D'une part, les résultats tendraient à montrer une légère variation de la place de la théorisation dans le discours de l'analyste, rendant compte de son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, en fonction du lieu de sa pratique en France ou au Québec (voir en annexe, tableau n° 16 p. 403).

Pour l'ensemble des analystes pratiquant au Québec, la proportion du discours de niveau descriptif est toujours supérieure ou équivalente à celle du niveau théorique. Pour les analystes pratiquant en France, la proportion du discours de niveau descriptif est presque toujours inférieure ou équivalente à celle du niveau théorique, à l'exception d'un analyste. Quatre analystes pratiquant au Québec présentent un discours plus descriptif que théorique, alors que ce n'est le cas que pour un analyste pratiquant en France. Deux analystes pratiquant en France présentent un discours plus théorique que descriptif, alors que ça n'est le cas d'aucun analyste québécois. J'évoque une « légère variation » car pour près d'une moitié de l'échantillon d'étude, les proportions du discours de niveaux théoriques et descriptifs sont équivalentes. De plus, le rapport entre les proportions du discours de niveau théorique explicitement et théorique implicitement, semblerait varier également en fonction du lieu de pratique de l'analyste. Parmi les analystes pratiquant au Québec, la proportion du discours de niveau théorique explicitement est inférieure ou équivalente au niveau théorique implicitement pour l'ensemble du groupe, et elle n'est supérieure pour aucun analyste. Parmi les analystes pratiquant en France, la proportion du discours théorique explicitement est inférieure pour quatre analystes, et supérieure pour trois, au niveau théorique implicitement.

Les résultats tendraient ainsi à montrer que les analystes pratiquant au Québec auraient un discours, quand ils témoignent de leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, plus descriptif que théorique, et plus théorique implicitement qu'explicitement ; à

la différence des analystes pratiquant en France qui tendraient à avoir un discours plus théorique que descriptif, et soit plus théorique implicitement qu'explicitement, soit l'inverse.
Par ailleurs, lors de l'analyse des résultats, il est apparu que deux analystes rendaient compte de manière très proche de leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, quant à la façon d'articuler les dimensions fondant leur décision thérapeutique, et quant à la prépondérance de la théorisation de leur discours par rapport au niveau descriptif. Ils présentent deux points communs : avoir réalisé une partie de leur formation psychanalytique en Amérique du Sud, et appartenir à la même école psychanalytique en France d'obédience lacanienne. Si la référence théorique principale de l'analyste a pu être isolée comme influençant certaines dimensions de son cheminement intérieur, il apparaît au sein des analystes se référant principalement à la théorie lacanienne des variations individuelles. Les autres analystes d'orientation lacanienne ont été formés seulement en France, et pour un analyste québécois en France et au Québec, où il a reçu la transmission de Peraldi, proposant une lecture singulière de Lacan. Ainsi le cheminement intérieur de l'analyste témoigne d'influences multiples, au-delà de la référence théorique principale.

D'autre part, dans l'échantillon d'étude, un plus grand nombre de cliniciens se définissent comme « psychanalystes » en France qu'au Québec, et comme « psychothérapeutes psychanalytiques » au Québec qu'en France. A niveau d'expérience clinique équivalent (au sein du groupe « moyennement expérimenté », et au sein du groupe « très expérimenté »), les cliniciens pratiquant au Québec peuvent se définir comme « psychothérapeutes psychanalytiques », alors que les cliniciens pratiquant en France se définissent tous comme « psychanalystes ». « L'identité professionnelle » ne semble ainsi pas dépendre seulement du nombre d'années d'expérience clinique, comme nous aurions pu nous y attendre.
L'attribution de « l'identité professionnelle » est déclarative. Il s'agissait de tenir compte de la façon dont le clinicien se définit lui-même dans sa pratique clinique. Les « psychothérapeutes psychanalytiques » bénéficiaient, comme ceux se nommant « analystes », d'une formation psychanalytique sérieuse : séminaires, analyse personnelle, supervisions par un analyste.
L'identité de « psychanalyste » est le plus souvent corrélée au nombre d'années d'expérience clinique, s'expliquant par le temps que demande la formation psychanalytique. Cependant, nous notons qu'au Québec, même après une solide formation et de nombreuses années d'expérience clinique, deux participants – Mme Tremblay et Mr Gauthier – ne se réclament pas de l'identité de psychanalyste. En effet, Mme Tremblay précise au tout début de

l'entretien de recherche : « moi je fais de la psychothérapie analytique pas de la psychanalyse *en tant que telle, comme vous voyez il n'y a pas de divan, donc c'est du face à face* ». Quant à Mr Gauthier, même si les années d'expérience clinique en Gestalt thérapie ont été comptabilisées pour définir son degré d'expérience clinique, elles représentent une part mineure au regard de ses trente ans de pratique clinique. Si d'un côté nous pouvons questionner la possible « réticence » chez des cliniciens québécois à se définir comme « psychanalyste », il existe à l'inverse une volonté de se dégager de la psychothérapie chez des analystes québécois. Ainsi Mr Morin rapporte s'être éloigné d'une association car ses membres ne souhaitaient pas changer de terminologie, de « psychothérapeute psychanalytique » à « psychanalyste ». Or Mr Morin considère que cela produit une confusion de registre dommageable à la psychanalyse. Il ne se reconnait pas dans l'identité de « psychothérapeute ». Il est à noter que Mr Morin a été formé en partie à Paris dans les années soixante-dix, puis entre autre par un analyste français d'obédience lacanienne émigré au Québec.

Il me semble qu'il existerait deux positions contrastées quant au rapport à la psychanalyse des cliniciens québécois. D'un côté, une position serait associée à des représentations « idéalisées » de la psychanalyse, qui conduisent soit à une adhésion forte à l'identité de psychanalyste, en la défendant contre celle de psychothérapeute, soit à une hésitation, ou une impossibilité à s'autoriser à se nommer psychanalyste, y compris après de nombreuses années d'expérience clinique et de formation. Le statut d'analyste me semble dans ce premier cas être associé à beaucoup d'exigence, être valorisé, jusqu'à être considéré comme difficilement atteignable (comme pour Mme Tremblay qui bénéficie pourtant de 17 ans de pratique de psychothérapie psychanalytique, et d'une solide formation). En France, les réserves qui ont pu être exprimées quant à se nommer psychanalyste sont liées au degré d'expérience clinique, et les cliniciens « peu expérimentés » espèrent au terme de leur formation être autorisés (ou s'autoriser) à se qualifier comme tel. Les cliniciens « moyennement » et « très expérimentés », en France, se définissent sans difficulté comme psychanalystes. D'un autre côté, il m'apparaît une seconde position parmi les cliniciens québécois, qui ne me semble pas lié à des « réserves » à se reconnaître psychanalyste, mais plutôt à l'absence de désir pour le « statut » d'analyste. Dans ce second cas, les représentations liées à la psychanalyse pourraient être moins idéalisées. Lors du recrutement, des cliniciens en France se sont inquiétés du fait qu'ils ne « pouvaient pas se dire analystes », craignant de ne pas remplir les critères d'inclusion de la recherche. Pourtant, il leur était bien signifié qu'il s'agissait de prendre en compte des analystes confirmés comme des cliniciens encore en formation,

pratiquant des psychothérapies psychanalytiques respectant les fondements de la méthode psychanalytique. Au contraire au Québec, des cliniciens « se sont reconnus » dans les critères d'inclusion de la recherche, tout en expliquant qu'ils ne pratiquaient pas « de la psychanalyse pure » (entretiens de recherche exclus de l'échantillon d'étude). Ils me semblent témoigner du goût québécois pour l'éclectisme, mélangeant plusieurs courants théoriques avec beaucoup de liberté et de créativité, sans pour autant avoir le sentiment de « trahir l'héritage freudien », ou considérer l'incompatibilité de registres, au profit d'un mouvement intégratif. Cette observation me semble illustrer une forme de « désacralisation » de l'héritage freudien pour une partie des cliniciens québécois. Ainsi, « l'identité de psychothérapeute psychanalytique » pourrait être tout aussi valorisée que celle de « psychanalyste », expliquant que des cliniciens bénéficiant et d'une longue expérience clinique, et d'une formation psychanalytique solide, ne se définissent pas comme « psychanalystes ».

VII.4.5. Influence du contexte culturel sur les résistances des cliniciens à participer à des recherches sur leur pratique

Les résistances à participer ne constituent pas l'objet de la présente étude. Néanmoins, considérant les commentaires des chercheurs sur la difficulté à réaliser des recherches sur les pratiques cliniques psychanalytiques, du fait des résistances à participer, il m'a semblé intéressant de faire part de l'observation d'une différence entre les participants au Québec et en France. Le recrutement des participants a été beaucoup plus aisé à réaliser et beaucoup plus rapide au Québec qu'en France.

En effet, comme le montre le rappel des données principales du tableau N°1 et le rappel du graphique N°2 (voir page suivante), sur les issues des sollicitations à participer : le nombre de réponses, et le nombre de recommandations du chercheur à un tiers, sont plus grands au Québec qu'en France. De plus, le nombre final de participants est plus important au Québec (13) qu'en en France (7), alors que les périodes de recrutement étaient respectivement d'un mois et de deux ans, ajouté au fait que je n'avais quasiment pas de réseau au Québec, à la différence de la France où je suis inscrite institutionnellement et dans une formation psychanalytique depuis le début de mon doctorat.

Les motifs de refus de participer exprimés apparaissent varier au Québec et en France. Au Québec, sept des vingt refus étaient attribués au fait de ne plus recevoir de nouveau patient, c'est-à-dire au fait de ne pas remplir les critères d'inclusion. Ce motif n'a été avancé pour

aucun des analystes en France. De plus, trois analystes en France, et un seul au Québec, ont argumenté leur refus en témoignant d'une certaine réticence (« La pratique chez moi ?! » ; « Je traite ce sujet » ; « *Mon institution n'est pas en position de répondre* » ; « Je ne suis vraiment pas inspirée par le thème, je ne comprends pas l'*intérêt de* la comparaison culturelle, un analyste travaille comme un analyste quel que soit le contexte culturel »).

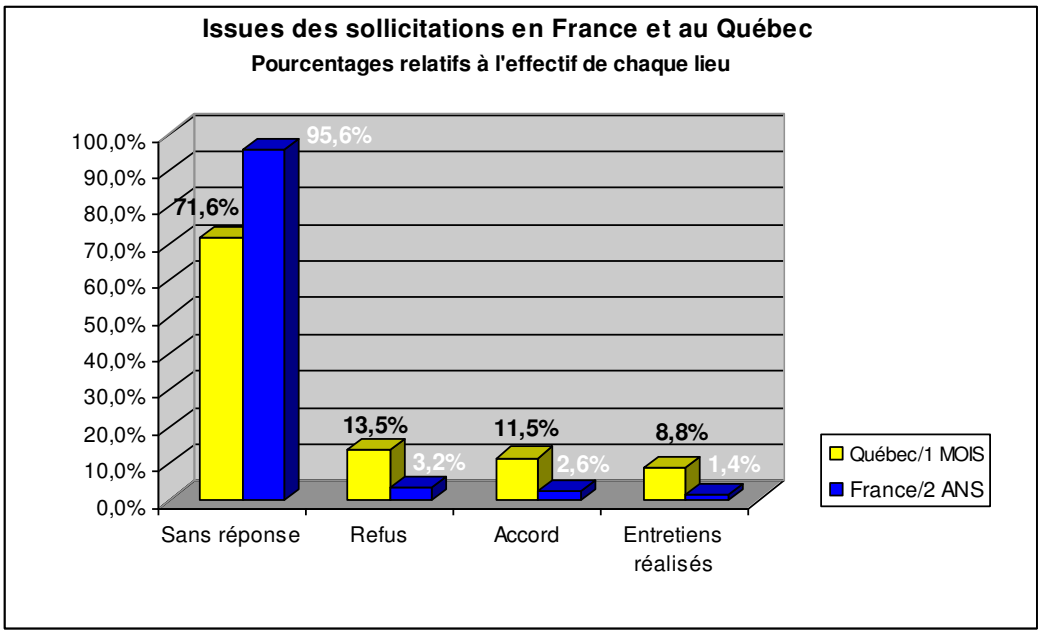
Des données de recherche permettent d'éclairer cette observation. Deux analystes français ont demandé un entretien préalable avant de s'engager à participer : « le premier entretien du chercheur » en quelque sorte. Ils voulaient comprendre la façon dont j'élaborais la question de recherche, et Mme Dubois m'a donné le sentiment de chercher à savoir si nous pouvions nous rencontrer dans un « espace transitionnel » : entre ce qu'elle souhaitait transmettre et ce que je pouvais entendre. Au Québec, les échanges préalables étaient succincts, se limitant à l'envoi du formulaire de consentement éclairé et de la lettre de présentation de la recherche, puis un rendez-vous était pris. Ils ne m'ont pas posé de question préalables sur ma formation psychanalytique, à la différence de plusieurs participants français, ou quand cela a été le cas, seulement à la suite de l'entretien de recherche. La formation analytique du chercheur ne semblait pas être une condition à la participation à la recherche pour les analystes au Québec, à la différence d'une partie des analystes en France. Cette observation me semble traduire une forme de méfiance, parmi les analystes français, à l'égard de la « recherche universitaire », qui pourrait être inadaptée à l'étude de la pratique analytique, voire qui risquerait de déformer la parole de l'analyste.

Rappel des données principales du Tableau n°1 (Chapitre Méthodologie p.193):
« Nombre de sollicitations et leurs issues »

Mode de sollicitation	Lieu	Nombre de sollicitations	Sans réponse	Refus	Accord[1]	Autre	Nombre d'entretiens de recherche
Tous modes de sollicitation	**France**	**499**	**467**	**16**	**13**	**3**	**7**
	Québec	**148**	**106**	**20**	**17**	**5**	**13**
	TOTAUX	**647**	**573**	**36**	**30**	**8**	**20**

[1] Les « accords » formulés par les cliniciens sollicités n'ont pas tous abouti. Au Québec, sur le temps court de recrutement (un mois), les cliniciens n'avaient pas reçu de nouveau patient. En France, il s'agit de « perte » de participants, sans que je dispose d'informations pour l'expliquer.

Rappel graphique n°2 (Chapitre Méthodologie p. 194):



Par ailleurs, il est vrai qu'une recherche sur les pratiques analytiques touche à l'intimité de la pensée de l'analyste. Mme Bernard exprime ainsi : « *c'est un peu de soi quand même qu'on* donne dans son vécu, mais aussi dans son fonctionnement ». Mr Martin fait part juste après la fin de l'entretien de recherche enregistré, d'une forme d'angoisse durant l'entretien. Il explique que même s'il me connait et me fait confiance, il s'agit néanmoins de « se dévoiler, de parler de soi ». Il ajoute un facteur relevant d'un sentiment d'évaluation des compétences professionnelles : « prendre le risque de se confronter à soi-même et à ses propres difficultés à élaborer » ; « *[…] pas évident de parler de notre façon de fonctionner […]. Moi je suis toujours étonné qu'en tant que psy de me rendre compte que je ne suis pas toujours capable de dire pourquoi je réagis de telle ou telle manière. J'ai l'impression qu'il faudrait pouvoir* le dire à chaque fois, que chacune de nos interventions doit être réfléchie etc., et en même temps *j'ai l'impression de travailler pas mal à l'instinct*, *de temps en temps j'ai des impressions*, *donc je les utilise j'espère toujours à bon escient mais je n'e*n suis pas toujours convaincu. *[…] j'ai peut-être un défaut de vocabulaire qui fait que j'ai du mal à mettre des mots sur mes impressions. Et c'est assez frustrant. Mais bon justement c'est in*téressant de se confronter à ça ». Les deux analystes qui témoignent de la relative difficulté de partager l'intimité de leur pensée à un chercheur, pratiquent tous deux en France, et sont « peu expérimentés ».

La relative difficulté à partager l'intimité de sa pensée au travail à un chercheur serait-elle liée au degré d'expérience clinique ou au contexte culturel ? Parmi les cliniciens « peu expérimentés », les trois qui pratiquent au Québec ne manifestent pas de difficulté – ils trouvent au contraire l'entretien agréable – mais ils ont pour deux d'entre eux plus de sept ans d'expérience clinique, à la différence des cliniciens pratiquant en France qui en ont moins de quatre. Par ailleurs, Mme Richard – clinicienne française pratiquant au Québec et ayant moins de quatre ans d'expérience clinique – applique l'entretien structural de Kernberg. Très structuré, il laisse moins de place au vécu du clinicien et à la question de la méthode ou de la technique. Le peu d'expérience clinique de Mme Richard serait-il compensé par une pratique structurée des premiers entretiens, qui expliquerait qu'elle n'exprime pas de difficulté à faire part de son cheminement intérieur au chercheur ? Ainsi, la difficulté à partager son intimité psychique pourrait tout autant être attribuée au contexte culturel qu'au degré d'expérience clinique. Un biais de recherche pourrait également être pris en compte dans l'expression de Mr Martin et de Mme Bernard de leurs difficultés à partager l'intimité de leur pensée au chercheur. En effet, faisant partie d'un même groupe de supervision, ils ont probablement dû m'entendre évoquer des hypothèses quant aux difficultés de recrutement qui ont pu les amener à formuler ce que j'attendais. De plus, Mme Bernard souligne que « ça va être analysé et en plus on va se revoir ! », ce qui peut rendre plus difficile de faire part de son élaboration des premiers entretiens, alors que l'issue du travail sera connue par le chercheur.

Les résistances à participer, qui apparaissent plus grandes en France qu'au Québec, pourraient alors tenir à un trait culturel influençant le rapport à l'évaluation professionnelle et à la recherche, qui serait plus fermé en France qu'au Québec.

VIII. DISCUSSION

Dans une démarche exploratoire et descriptive, j'ai tenté d'expliciter le processus d'élaboration de la décision thérapeutique de l'analyste dans la pratique clinique, en rendant compte autant que possible des parts explicites et implicites de son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens. Les divergences et convergences des pratiques analytiques, notamment au regard du degré d'expérience clinique et de la pratique en France et au Québec, ont été examinées. Nous allons envisager ensemble la façon dont les résultats tendent à soutenir ou à infirmer les résultats de recherches antérieures, et comment ils s'articulent à la littérature plus largement.

En préambule, contrairement à la recherche antérieure de Von Benedek (1989), les analystes de la présente étude n'ont pas fait part de difficultés à rendre compte de leur cheminement intérieur, à l'exception de deux participants. Au contraire, ils disent s'être sentis « bien » ou « *à l'aise* » au cours de la réalisation de l'entretien de recherche, comparant l'exercice à celui d'une supervision ou d'échanges inter-analytiques auxquels ils sont habitués. Seuls deux cliniciens, tous deux « peu expérimentés », ont ressenti de la difficulté à répondre aux consignes de recherche, trouvant certaines questions ardues, et difficile de penser sa propre pratique ou de parler de son vécu en séance. Cette difficulté ressentie diminuerait donc avec l'augmentation de l'expérience clinique. Par ailleurs, un facteur méthodologique me semble expliquer cette différence dans la difficulté à rendre compte de son cheminement intérieur, par rapport aux résultats de recherche antérieure (Von Benedek, 1989). Tenant compte des remarques de Von Benedek par rapport aux questionnaires qu'elle a utilisé, le guide d'entretien a été construit avec des questions ouvertes et volontairement répétitives, dans le but de faciliter le discours des participants. De plus, le guide d'entretien débute par une partie non-directive, où l'analyste est invité à répondre à la question générale de recherche « comme cela lui vient ». Il commence ainsi l'entretien de recherche en procédant par associations à partir du matériel clinique des premiers entretiens qu'il se remémore, suivant une méthode proche de sa pratique habituelle. Il est possible que cette première étape non-directive facilite la remémoration des premiers entretiens et initie des chaines associatives, permettant à l'analyste de répondre plus aisément aux consignes de recherche de la partie semi-directive. Il ne semble pas qu'un biais de sélection des situations cliniques, présentées par les participants, entre en jeu dans l'absence de manifestation d'une difficulté à témoigner de son

cheminement intérieur. En effet, pour une majorité d'analystes, le choix de la situation clinique répond seulement aux critères de recherche d'avoir reçu un nouveau patient entre deux et cinq fois

VIII.1. Pratique des premiers entretiens : T*rame d'écoute*, évaluation diagnostique et aménagements du cadre analytique proposé

VIII.1.1. Niveaux d'explicitation de la *trame d'écoute*

Dans la littérature, la technique des premiers entretiens varie d'une démarche d'investigation des chances de succès ou d'échec du traitement, à celle de la mise à l'épreuve de la situation analytique avec ses enjeux transférentiels. Elle s'appuie respectivement sur une méthode propre à ce moment, ou au plus près de celle des séances d'analyse. Ainsi, une partie des analystes défend l'idée d'une écoute évaluative propre aux premiers entretiens, et une autre met en avant l'imprévisibilité de leur déroulement, rendant impossible de « préétablir » son écoute. D'une manière générale, les résultats montrent que, dans la pratique, les premiers entretiens suivent le plus souvent un cadre similaire à celui des séances à proprement parler. Il s'agit ainsi d'une écoute « évaluative » essentiellement silencieuse.

Les résultats de la présente étude tendent à montrer qu'il existe bien – même lorsque l'analyste n'explicite pas les repères qui guident son élaboration lors des premiers entretiens – une structuration plus ou moins implicite à travers une *trame d'écoute p*réétablie. Ils vont ainsi dans le sens d'un savoir préconstruit qui structure, plus ou moins implicitement, l'écoute de l'analyste lors des premiers entretiens (Lasvergnas, 1994). Que la *trame d'écoute* soit explicitée ou qu'elle reste à un niveau implicite, les résultats de la présente étude soutiennent qu'elle opèrerait une sélection sensible du matériel clinique qui « fait sens » pour l'analyste. Le principe d'attention flottante n'empêcherait donc pas une écoute orientée (Tanguay, 1994b ; Nachin, 2004), suivant un « […] canevas d'entretien préformé et personnel, de repérage ou de maniement de l'entretien » (Lauru, 2007, p. 25). Les résultats de la présente étude vont en partie à l'encontre de l'idée d'un scenario toujours imprévisible des premiers entretiens, du fait des spécificités de la méthode analytique (Reik, 1935/2001 ; Lasvergnas, 1994). Si le déroulement des premiers entretiens est bien entendu imprévisible, l'écoute de l'analyste n'en semble pas moins guidée par une *trame d'écoute préétablie*.

Suivant les résultats de la présente étude, la différence entre les analystes ne reposerait pas sur l'existence ou non d'une *trame d'écoute*, mais sur la place qui lui est laissée dans le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens, confortant les résultats d'une recherche antérieure (Kosmadakis & Widlöcher, 2004). Au vu de l'analyse des entretiens de recherche, il apparaît trois positionnements de la *trame d'écoute* dans le cheminement intérieur de l'analyste : la *trame d'écoute* est explicitée et concomitante à une théorisation secondarisée du matériel clinique ; la *trame d'écoute* est volontairement implicite afin d'éviter la secondarisation de l'élaboration ; la *trame d'écoute* demeure implicite sans que cela répondre à un choix technique. Le niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* varie selon les analystes, allant ainsi dans le sens des observations de M. Baranger (1993). Selon leur choix subjectif, les analystes privilégient le recours à l'intuition ou à l'élaboration secondarisée, suivant les observations de Glover (1955/1958).

Les analystes qui explicitent leur *trame d'écoute* lors des premiers entretiens, montrent que celle-ci s'organise selon les repères qui soutiennent l'élaboration de la décision d'engager ou non un travail analytique avec un nouveau patient. Ils défendent l'idée d'une évaluation nécessaire. Les analystes qui choisissent de laisser leur *trame d'écoute* à un niveau implicite, insistent sur l'accueil de la personne dans un dispositif qui favorise l'émergence des processus inconscients. Il s'agit selon eux d'accepter lors de la période préliminaire qu'il y a un « savoir sans savoir », laissant la place à la surprise et à la découverte. Les premiers entretiens ne sont pas considérés comme un temps d'évaluation, mais comme un temps pour que le patient puisse éprouver le cadre, et décider s'il souhaite poursuivre. L'élaboration de ces analystes se situe d'avantage au niveau de l'intuition et des impressions cliniques, laissant venir ce qui « surgit », c'est-à-dire laissant émerger les processus inconscients qui sont au centre de l'écoute. Parmi ces analystes cherchant à éviter la secondarisation de l'élaboration, l'adaptation à la situation clinique est mise en avant : il n'y a pas de systématisation possible. Ils cherchent à éviter toute systématisation pour préserver un espace à la surprise, suivant une position répandue dans la littérature (Reik, 1935/2001 ; Lasvergnas, 1994 ; Reid, 1994 ; Tanguay, 1994 ; Landman, 20009). Si la *trame d'écoute* est volontairement laissée à un niveau implicite, une élaboration se construit néanmoins, guidée par la théorie, l'expérience clinique et la sensibilité de l'analyste. Enfin, les analystes pour lesquels la *trame d'écoute* demeure implicite, évoquent les explorations propres à la situation clinique qu'ils présentent au cours de l'entretien de recherche, mais ne construisent pas une élaboration de leur pratique des premiers entretiens. L'analyse des entretiens de recherche fait apparaître une ligne directrice commune à l'écoute de ces analystes, qui reste très générale. Elle porte

essentiellement sur l'intérêt du patient pour son propre fonctionnement psychique, et les interventions qu'ils rapportent tendent aussi à favoriser cet intérêt. Ils n'articulent pas une élaboration de leur *trame d'écoute* avec celle de leur décision thérapeutique. Ils ne se positionnent pas non plus théoriquement quant à la place à laisser à l'élaboration secondarisée, ou au contraire à l'intuition ou à l'implicite.

D'après les résultats de la présente étude, le niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* des premiers entretiens apparaît lié au degré d'expérience clinique. Les analystes « moyennement et très expérimentés » font le choix d'expliciter ou de laisser implicite leur *trame d'écoute* construite au cours de leur expérience, dans leur pratique des premiers entretiens. Chez les « peu expérimentés », il semble logique qu'il leur soit moins aisé de faire part de leur *trame d'écoute* encore en cours de construction, et par conséquent de se positionner quant à la place à lui laisser dans leur cheminement intérieur. De plus, il semblerait qu'un degré élevé d'expérience clinique soit nécessaire pour « supporter l'angoisse de ne pas savoir », et pouvoir choisir volontairement de laisser implicite la *trame d'écoute*. L'orientation principalement lacanienne ou freudienne des participants ne semble pas déterminer le choix du niveau d'explicitation de *la trame d'écoute*, en tous les cas dans l'échantillon d'étude. L'« identité professionnelle », de « psychanalyste » ou de « psychothérapeute psychanalytique », ne semble pas non plus liée au niveau d'explicitation de la *trame d'écoute*. Les résultats de la présente étude vont ainsi dans le sens d'Hanin, qui estime que « […] tout analyste constitue au fil de sa pratique, le plus souvent de manière implicite, une sorte de grille de lecture ou d'écoute du cas l'amenant à l'issue des entretiens préliminaires à poser ou non l'indication » (Hanin, 1996, p. 82). Le fait qu'au vu des résultats de la présente étude, le niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* varie avec le degré d'expérience clinique, soutient l'idée qu'elle se construit au fil de l'expérience clinique (Fadda, 1995 ; Hanin, 1996 ; Green, 2007). D'après les témoignages des analystes de l'échantillon d'étude, la *trame d'écoute* des premiers entretiens s'appuie sur la théorie et l'expérience clinique, mais aussi en partie sur les intérêts théorico-cliniques propres à l'analyste. Ce résultat va dans le sens des observations rapportées dans la littérature (Reik, 1935/2001 ; Baranger, 1993 ; Lasvergnas, 1994 ; Tanguay, 1994b, Fadda, 1995 ; Hanin 1996 ; Urtubey, 2002 ; Nachin, 2004 ; Donnet, 2005 ; Green, 2007 ; Lauru 2007).

VIII.1.2. Place laissée à l'évaluation diagnostique et aménagements du cadre analytique

Au vu des résultats de recherche, les analystes développent leur propre « technique » des premiers entretiens au cours de leur expérience clinique. L'évaluation diagnostique occupe une place variable dans le cheminement intérieur de chaque analyste : volontairement visée, volontairement non visée, ou réalisée sans position « théorico-technique » déterminée. Quel que soit le positionnement de l'analyste quant à l'évaluation diagnostique, il apparaît que des hypothèses psychodynamiques sont toujours à l'œuvre, plus ou moins implicitement, et qu'elles ont des implications dans les aménagements du cadre analytique proposé au patient.

L'analyse des résultats concourt à montrer que la visée diagnostique n'est pas recherchée au cours des premiers entretiens pour la majorité des analystes de l'échantillon d'étude. Néanmoins, les résultats soutiennent que l'évaluation du fonctionnement psychique du patient – qu'elle soit explicitement une des fonctions des premiers entretiens, ou réalisée de façon plus implicite – apparaît toujours à l'œuvre au cours des premiers entretiens, confortant des résultats de recherches antérieures (Von Benedek, 1983, 1989 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004). Les courants théoriques décrits dans la littérature, quant à la place de l'évaluation diagnostique au cours des premiers entretiens, sont représentés dans les résultats de la présente étude. En effet, l'évaluation diagnostique est considérée comme néfaste et inutile chez les analystes qui cherchent explicitement à l'éviter. Elle est considérée nécessaire et même un des buts des premiers entretiens chez les analystes qui la visent explicitement. Néanmoins, les analystes participant à la présente étude qui considèrent une première évaluation diagnostique comme indispensable, ne l'entendent pas dans la perspective des « buts thérapeutiques » où l'analysabilité du patient devrait être vérifiée, et les objectifs du traitement déterminés avec le patient (considérant ses attentes au niveau moïque), telle que le décrit Klauber (1981/1984). Ils s'inscrivent dans une démarche proche de celle d'Hollande (1983), qui articule la nécessité de prendre en compte les critères structurels psychanalytiques, avec la responsabilité de l'engagement qu'implique la décision d'entreprendre un travail analytique, et avec les aménagements techniques nécessaires liés à la structure psychique. Le troisième courant théorique issu de la littérature, qui considère qu'une évaluation diagnostique a toujours lieu et qu'elle est utile à minima, me semble incarnée par les analystes de l'échantillon d'étude qui, sans donner de place déterminée à l'évaluation diagnostique au

cours des premiers entretiens, articulent certaines de leurs hypothèses psychodynamiques aux aménagements du cadre qu'ils proposent au patient (et donc utiles dans ce sens).

Contrairement à ce qui était intuitivement attendu, la place laissée volontairement à l'évaluation diagnostique au cours des premiers entretiens ne correspond pas nécessairement au niveau d'explicitation de la trame *d'écoute*. Quand la place de l'évaluation diagnostique dans le cheminement intérieur de l'analyste est explicitement déterminée, elle correspond à un niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* déterminé lui aussi (évaluation diagnostique volontairement visée – *trame d'écoute* explicitée ; évaluation diagnostique volontairement non visée – *trame d'écoute* implicite par choix). Mais quand la place de l'évaluation diagnostique reste implicite dans le cheminement intérieur de l'analyste, le niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* varie (explicité, implicite par choix, implicite). Ainsi, le fait de reconnaitre explicitement que son écoute suit une trame préétablie, ou au contraire laisser cette pré-construction à un niveau implicite, ne veut pas nécessairement dire que l'évaluation diagnostique est recherchée ou au contraire évitée, de même que l'existence d'une *trame d'écoute* ne s'oppose pas à l'idée de préserver un espace à la surprise et à l'incertitude. En revanche, d'après le témoignage d'un des participants, une technique d'investigation diagnostique structurée, telle que l'entretien structural de Kernberg, appliquée à la pratique des premiers entretiens, ne semble pas compatible avec la mise en place d'une situation analytique, comme le rapporte également Dufresne (1994). Si le dilemme entre la place à laisser à l'investigation d'une part, et à l'installation du transfert d'autre part, n'est jamais totalement résolu (Baldacci & Bouchard, 1998), la pratique des premiers entretiens suivant une investigation diagnostique structurée semble bien empêcher l'expression des phénomènes transférentiels, et ne pas informer sur les possibilités d'un travail analytique.

L'ensemble des participants s'accordent sur le fait que leur élaboration diagnostique, explicite ou implicite, garde un statut d'hypothèse. Elle n'est jamais figée, mais bien à affiner et à remettre en question tout au long du travail, en fonction du matériel clinique qui reste à découvrir, allant dans le sens des résultats de recherches antérieures (Von Benedek, 1983, 1989 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004). En effet, même lorsqu'une première évaluation diagnostique occupe une place centrale dans le cheminement intérieur de l'analyste, les participants insistent sur son statut d'hypothèse en construction. Les analystes qui s'opposent explicitement à la recherche d'évaluation diagnostique au cours des premiers entretiens, insistent sur le fait qu'on ne peut pas savoir ce qui va se dévoiler au cours du travail, ce sera la surprise de la découverte. Ils considèrent ainsi qu'elles ne sont pas utiles au processus d'élaboration de la décision thérapeutique. Le plus fréquemment (11 analystes de

l'échantillon sur 15), l'élaboration diagnostique reste implicite dans le cheminement intérieur de l'analyste, ou est volontairement évitée, mais se révèle suite aux consignes de recherche. Elle semble bien plus en cours d'élaboration qu'absente, soutenant les résultats de recherche antérieure (Kosmadakis & Widlöcher, 2004), et l'observation rapportée par Landman (2009). Elle semble être plus un chemin qu'une fin, participant à l'élaboration de l'analyste. La particularité des « diagnostiques psychanalytiques » serait ainsi bien d'être « […] maintenus fluctuants, modifiables, ouverts, à la différence des normes habituelles du diagnostic psychiatrique » (Valabrega, 1979/1994, p. 27). De plus, lorsque les analystes formulent des hypothèses psychodynamiques, ils insistent souvent sur le fait qu'au cours des premiers entretiens elles restent en filigrane dans leur esprit, et que la formulation advient lorsqu'ils en témoignent à un tiers, en l'occurrence au chercheur. Cette observation conforte l'idée que le niveau implicite de l'élaboration serait privilégié en séance, alors que la théorisation se manifesterait plutôt dans l'après-coup de celle-ci (Bonnet, 1996).

Au cours de l'analyse des hypothèses diagnostiques formulées par les participants, il est apparu que deux d'entre eux questionnent l'influence du modèle névrotique sur leur élaboration, dans le sens où leurs premières hypothèses privilégieraient à tort la névrose, allant dans le sens des observations d'Anzieu (1983a). Il semblerait, chez une moitié des analystes de l'échantillon d'étude, que la « triangulation œdipienne » puisse opérer comme un repère d'élaboration diagnostique, par rapport auquel le fonctionnement psychique des patients serait placé « au-dessus » ou « en-deçà ». D'après la littérature, l'influence du modèle théorique de la névrose serait plus prégnante en début de traitement et chez les cliniciens peu expérimentés (Anzieu, 1983a ; Lasvergnas, 1994 ; Reid, 1994 ; Urtubey, 2002). Il n'est pas possible de conforter ou d'infirmer l'hypothèse issue de la littérature selon laquelle l'influence de ce modèle serait plus prégnante en début de traitement, puisque la présente étude ne considère que le moment des premiers entretiens. Dans l'échantillon d'étude, les références à la « triangulation œdipienne » comme repère dans l'élaboration diagnostique apparaissent dans le discours d'autant d'analystes « peu expérimentés » que « très expérimentés », allant à l'encontre de l'observation issue de la littérature selon laquelle ce modèle aurait plus d'influence chez les cliniciens peu expérimentés que plus expérimentés. Cependant, comme il n'est pas possible à partir des résultats de la présente étude, de considérer l'adéquation de l'utilisation du modèle névrotique à la structure psychique du patient, c'est-à-dire de définir si les analystes s'appuient sur des éléments théoriques qui conviennent ou non à la compréhension du fonctionnement psychique du patient considéré, les résultats indiquent seulement qu'il servirait de repère dans l'évaluation.

Par ailleurs, dans le cadre des premiers entretiens, il convient de distinguer la place de l'élaboration du fonctionnement psychique du patient dans le cheminement intérieur de l'analyste, de la place du « diagnostic psychanalytique » dans la décision thérapeutique : elles ne sont pas nécessairement corrélées. Au vu des résultats de la présente étude, quand une première évaluation diagnostique est considérée nécessaire au cours des premiers entretiens, les analystes estiment que « repérer la structure du sujet » est indispensable pour savoir comment s'adresser à lui, et quel cadre lui proposer. Dans ce cas, la présence de l'élaboration du fonctionnement psychique du patient dans le cheminement intérieur de l'analyste est explicitement liée à la décision thérapeutique. Mais plus largement, d'après les témoignages de la majorité des analystes de l'échantillon d'étude, l'évaluation diagnostique – qu'elle soit visée ou non, explicite ou implicite – a des implications, non pas tant dans la décision en elle-même de s'engager ou non dans un travail analytique avec un nouveau patient, mais dans les aménagements du cadre, c'est-à-dire dans la mise en place progressive de la situation analytique, adaptée à chaque situation clinique. Ainsi, l'évaluation diagnostique peut être implicite et non visée, et néanmoins participer à l'élaboration de la décision thérapeutique à travers les aménagements du cadre analytique. Ces aménagements ont trait à la fois à la façon dont l'analyste s'adresse à un patient particulier, et à la fois au dispositif (fréquence, face à face ou allongé). L'adaptation à chaque situation analytique est mise en avant par les analystes de l'étude, comme dans la littérature (Sandler, 1983/1985 ; Donnet, 2005 ; Quinodoz, 2002/2008 ; Landman, 2009). Cependant, le contexte dans lequel exerce l'analyste, dans le cadre d'une supervision ou en institution, peut limiter les possibilités d'aménagement du cadre analytique qu'il propose au patient, d'après les témoignages des analystes de l'étude. Mais il peut tout autant offrir les possibilités d'un travail analytique dans certains cas. En effet, des analystes émettent des réserves à recevoir des patients peu structurés en libéral, et presque tous soulignent la nécessité d'un cadre institutionnel quand ils sont face à une structure psychotique. Si un patient psychotique peut être « refusé » dans un cadre de pratique libéral, un travail analytique, avec les aménagements nécessaires, peut tout à fait être envisagé en institution. Dans ce sens, il semblerait donc qu'il y ait dans la pratique des « indications ou contre-indications de cadre » et non pas de structure psychique, allant dans le sens de résultats antérieurs d'une absence de bijection entre un diagnostic et une indication dans la pratique (Cadet & Guillot, 1984). Les résultats soutiennent l'idée que le diagnostic ne serait pas utile dans la mesure où l'indication d'analyse serait transnosographique (Reid, 1994). Dans la pratique, les recommandations théoriques de spécifier un diagnostic pour la pathologie « trop graves » ou « extrêmes » pour la psychanalyse, pouvant amener une contre-indication

(Donnet, 1994 ; Diatkine, 2006), ne semblent pas suivies. Ce sont les aménagements du cadre, afin de mettre en place une situation analytique adaptée, qui semblent plus mise en avant dans les possibilités de travail analytique que la question de la structure, suivant Green (2006b) et Quinodoz (2002/2008) notamment.

Ainsi, au vu des résultats de la présente étude, il semblerait qu'une *trame d'écoute préétablie* organise le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens. Le niveau d'explicitation de cette *trame d'écoute* semblerait dépendre du degré d'expérience clinique : implicite chez les jeunes cliniciens, elle peut être volontairement laissée à un niveau implicite chez les plus expérimentés, choisissant d'éviter la secondarisation de leur élaboration au cours des premiers entretiens. Le processus d'élaboration de la décision thérapeutique de l'analyste reposerait en partie sur une évaluation prédictive plus ou moins implicite, qui n'empêche pas – tout comme l'existence d'une *trame d'écoute* – de préserver un espace à la surprise et à l'incertitude.
Le dilemme entre la place accordée à l'évaluation et celle laissée à l'installation du transfert, n'étant jamais totalement résolu, il revient à chaque analyste de développer sa propre pratique des premiers entretiens, parallèlement au questionnement continu qu'ils soulèvent. La mise en place progressive, au cours des premiers entretiens, d'un cadre analytique adapté au patient, témoigne que l'espace de travail analytique résulterait d'une co-construction entre l'analyste et le patient : entre le cadre analytique de l'analyste, dont il fait partie, et les aménagements nécessaires à favoriser son accès au patient. Par ailleurs, il apparaît que les contre-indications d'analyse résulteraient de « contre-indications de cadre ».

VIII.2. Caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens

VIII.2.1. Caractéristiques descriptives du cheminement intérieur

Les caractéristiques descriptives du cheminement intérieur de l'analyste sont examinées, dans la présente étude, à partir de la façon dont l'analyste témoigne de son élaboration au cours des premiers entretiens.
Le cheminement intérieur de l'analyste se traduit par un discours utilisant toujours plus le registre cognitif qu'affectif. Au vu des résultats de la présente recherche, le registre affectif

est utilisé pour décrire des mouvements contre-transférentiels, et plus rarement des impressions cliniques quant au fonctionnement psychique du patient. Il peut être articulé au registre cognitif dans un même raisonnement. Dans son cheminement intérieur, l'analyste tiendrait ainsi compte à la fois des dimensions cognitives et affectives au cours de son élaboration. Ce résultat soutient la majorité des auteurs qui mettent en avant la conjugaison de logique et de ressenti, qui s'influencent mutuellement au cours des premiers entretiens (Lasvergnas, 1994 ; Fadda, 1995).

La forme du discours de l'analyste est toujours plus déclarative que toutes les autres formes : interrogative, prédictive, hypothétique et les précautions verbales. Cependant, ce sont ces autres formes qui nous renseignent sur les caractéristiques du cheminement intérieur de l'analyste. Les formes interrogatives reprennent le plus fréquemment des questions que l'analyste s'adresse à lui-même dans son cheminement intérieur, sous-tendant son élaboration. Elles témoignent de la façon dont l'analyste réalise un « dialogue interne » au cours des premiers entretiens, sans doute orienté par sa *trame d'écoute.* Elles traitent principalement : de la façon d'interpréter le matériel clinique relatif au fonctionnement psychique du patient ; de l'évolution du travail analytique ou de son issue ; de la dimension transférentielle ; de la pertinence du cadre ; des bénéfices potentiels du travail pour le patient ; et de la nature de la demande quand celle-ci n'est pas considérée d'emblée comme une demande d'analyse.

Les formulations prédictives – qui peuvent être déclaratives ou hypothétiques – sont peu fréquentes dans le discours des analystes. Des analystes peuvent se refuser à formuler des prédictions quant à l'évolution que prendra le travail qui s'engage avec le nouveau patient, pointant l'incertitude. Les thèmes faisant l'objet de prédictions correspondent : à l'issue des premiers entretiens et à l'évolution du processus analytique, aux potentialités d'engagement du patient, à la durée du travail, à l'évolution possible de la relation transféro-contre-transférentielle. Les prédictions peuvent aussi traduire les potentialités, évaluées par l'analyste, de capacités du patient favorables au travail analytique. Si les « formes prédictives » du discours de l'analyste sont peu fréquentes, les résultats de la présente étude tendent néanmoins à montrer que l'évaluation est en partie prédictive, comme cela sera développé ci-après (voir VIII.2.2. p 311).

Le discours de l'analyste sur son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens comportent peu de formes hypothétiques et de précautions verbales, voire aucune de l'une ou l'autre dans quelques cas. Ces résultats contrastent de manière étonnante avec la façon dont de nombreux participants insistent sur l'impossibilité de prévoir ce qu'il adviendra des premiers entretiens, sur l'incertitude qui persiste malgré les premières évaluations réalisées. Les formes

hypothétiques du discours portent principalement sur le fonctionnement psychique et la problématique du patient. Les précautions verbales viennent en souligner le statut d'hypothèse de travail en construction, et toujours à réévaluer. Elles nuancent également les considérations de l'analyste quant à l'évolution de la relation transféro-contre-transférentielle. Il semble, au vu de l'analyse des entretiens de recherche, que la faible proportion du discours ayant une forme hypothétique ou des précautions verbales, s'expliquerait par le fait que l'analyste pointe l'incertitude inhérente aux premiers entretiens comme un préalable, et que l'ensemble du discours soit à comprendre dans cette perspective à entendre implicitement, de même que seul l'après-coup permettra de mettre à l'épreuve les premières élaborations au cours des premiers entretiens.

Les résultats de la présente étude quant à la référence aux faits cliniques dans le discours de l'analyste, vont dans le sens des résultats antérieurs (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Le cheminement intérieur de l'analyste s'appuie en effet principalement sur des faits cliniques présents. Dans la présente étude, la référence aux faits cliniques absents : souligne le manque de matériel clinique disponible impliquant des précautions quant à la formulation d'hypothèses à ce stade du travail ; est utilisé pour élaborer par comparaison en creux avec d'autres situations cliniques rencontrées au cours de l'expérience ; ou encore sert à noter l'absence de certaines capacités psychiques favorables, ou à l'inverse de dimensions psychiques défavorables au travail analytique. Il me semble ainsi que l'intervention de faits cliniques absents, même dans une proportion mineure par rapport aux faits cliniques présents, montre que l'analyste attend, cherche et compare du matériel clinique à partir d'une « trame d'élaboration » construite à la fois sur la théorie et sur son expérience clinique, confirmant l'existence d'une *trame d'écoute préconstruite* permettant d'entendre ce qui est dit, et ce qui ne l'est pas, ou pas encore. Les résultats de la présente étude soutiennent ainsi les conclusions de Kosmadakis et Widlöcher (2004), indiquant la fonction méthodologique du recours aux faits cliniques absents, qui viendraient faciliter l'élaboration de la décision thérapeutique, en examinant de « façon différentielle » la situation clinique.

Au vu de l'analyse des entretiens de recherche, la grande proportion du discours de niveau « descriptif », traduit la façon dont l'analyste s'appuie essentiellement sur le discours du patient, ou sur le matériel clinique des premiers entretiens, pour construire sa réflexion et retrouver le fil de ses associations. La proportion conséquente du niveau « théorique », et sa fréquente cooccurrence avec le niveau « descriptif », semblent témoigner de la prise en compte du matériel clinique à travers le prisme de la théorie. D'une façon générale, le niveau

« théorique » du discours apparaît plus souvent implicite qu'explicite, les références théoriques semblant agir comme un cadre de réflexion, à partir duquel construire une élaboration théorico-clinique en fonction de la singularité du patient. Au vu des résultats de la présente étude, le degré d'expérience clinique ne semble pas influencer le recours au niveau « descriptif » par rapport au niveau « théorique », dans la façon de rendre compte de son cheminement intérieur, qui apparaît supérieur ou équivalent dans une grande majorité des discours des analystes, allant dans le sens des résultats de recherches antérieures (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004).

Dans la présente étude, il n'apparaitrait pas non plus une moins grande articulation de la théorie avec le matériel clinique en fonction du degré d'expérience clinique. Les deux niveaux sont le plus souvent utilisés conjointement. Les présents résultats rejoignent ainsi les conclusions de Kosmadakis et Widlöcher (2004), selon lesquelles les approches descriptives et théoriques s'étayent l'une sur l'autre « […] dans un processus interactif nécessaire. […] lorsque les thérapeutes s'expriment d'un point de vue descriptif, ils ont à l'esprit la référence théorique qui leur fait entendre également les choses à un autre niveau » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004, p. 331). Selon Klauber, « […] le nouvel analyste est […] confronté à l'immense difficulté d'articuler la théorie et la pratique. La capacité de formulation en termes métapsychologiques ne vient que lentement » (1981/1984, p. 13). La différence en fonction du degré d'expérience clinique semblerait tenir à la façon d'articuler la théorie au matériel clinique, et non pas à la place accordée à chacun de ces niveaux dans la façon de rendre compte de son cheminement intérieur. En effet, au vu de l'analyse des entretiens de la présente étude, le recours à la théorie pourrait servir chez les « peu expérimentés » à se rassurer dans leur élaboration, en s'appuyant sur des conceptions théoriques « validées ». Les « très expérimentés », qui naviguent avec plus d'aisance au milieu d'un savoir théorique « métabolisé », s'appuieraient sur des modèles théorico-cliniques construits au cours de leur expérience, en considérant ou non la théorisation du matériel clinique comme une source de « savoir analytique ». Selon la recherche antérieure de Kosmadakis et Widlöcher (2004), les analystes plus expérimentés (plus de 10 ans d'expérience clinique), procèderaient dans la formulation des hypothèses psychodynamiques, sur un mode plus « associatifs de constructions successives », comparativement aux moins expérimentés (moins de 5 ans d'expérience clinique), qui procèderaient de façon plus « clivée » entre les différentes dimensions considérées dans leur élaboration. Dans la présente étude, l'appropriation plus « personnelle » des théorisations psychanalytiques, observée chez les « très expérimentés » par rapport aux « peu expérimentés », tendrait à soutenir les résultats de Kosmadakis et

Widlöcher (2004), dans le sens d'une articulation plus « souple » des conceptions théoriques avec le matériel clinique au cours de l'expérience clinique.

La place de la théorie dans le discours, et sa part explicite, sembleraient varier en fonction de « l'identité professionnelle ». Selon les résultats de la présente recherche, les participants qui se reconnaissent comme « psychanalystes » ont tendance à avoir un discours dont les niveaux « théorique » et « descriptif » sont équivalents et combinés, et dont la place à l'explicite de la théorie varie (autant, plus, ou moins de niveau « théorique » explicite qu'implicite), ce qui est probablement à mettre en lien avec le choix d'une partie des « psychanalystes » de ne pas secondariser la théorisation du matériel clinique. Les participants qui se reconnaissent comme « psychothérapeutes psychanalytiques », quant à eux, ont tendance à privilégier le niveau « descriptif » par rapport au niveau « théorique », et la part implicite du niveau « théorique » plutôt que la part explicite. « L'identité professionnelle » n'est corrélée qu'en partie au degré d'expérience clinique (des cliniciens « très expérimentés » se disent « psychothérapeutes psychanalytiques », et des cliniciens « moyennement expérimentés » se disent « psychanalystes »). L'influence de « l'identité professionnelle » sur la place et l'explicitation du recours à la théorie, dans la façon de rendre compte de son cheminement intérieur, tiendrait-elle à un « rapport à la théorie psychanalytique » différent selon que le clinicien se définit comme « psychanalyste », ou comme « psychothérapeute psychanalytique » ? Il n'est pas possible de répondre plus avant à cette interrogation au vu des résultats de la présente étude. La question reste donc ouverte sous forme d'hypothèse de travail à mettre à l'épreuve dans de futurs travaux.

D'après les résultats de la présente étude, l'expérience clinique apparaît : à la fois pouvoir servir d'appui pour l'élaboration de l'analyste, par comparaison à des situations cliniques antérieures similaires ou contrastées, participant à la construction de ses modèles théorico-cliniques ; et à la fois fonder en partie la pratique clinique de l'analyste, qui développe à partir de son expérience un certain « savoir-faire » et un « style clinique ». Au vu des résultats qui montrent des références à l'expérience clinique dans des proportions du discours semblables quel que soit le degré d'expérience clinique, il semble que dès le début de la pratique clinique, et tout au long de celle-ci, l'expérience participe à l'élaboration, et d'un savoir-faire et de l'évaluation clinique. La littérature souligne en effet l'expérience clinique comme un des principaux facteurs influençant l'attitude et la technique de l'analyste dans sa pratique (Sandler, 1983/1985). Il est spécifique de la méthode analytique, à l'origine même de son invention par Freud, de considérer que l'analyste apprend de l'analysant, de son expérience de travail avec lui (D.F. Allen, communication personnelle).

Les intuitions et les impressions cliniques sont peu fréquentes dans la façon dont l'analyste témoigne de son cheminement intérieur, ce qui va à l'encontre de mes attentes et de la littérature. En effet, des auteurs soulignent la place privilégiée de l'intuition et des impressions cliniques lors des premiers entretiens, par rapport à la suite du travail analytique (Parat, 1976 ; Klauber, 1981/1984 ; Guillaumin, 1998). Il est possible que la méthodologie employée dans la présente recherche explique en partie leur peu d'occurrence. Une seule consigne portait sur les « premières impressions », et la nécessité de « construire » sa pensée pour en rendre compte au chercheur, aurait pu faire passer ce qui restait « intuitif », à niveau d'élaboration plus secondarisée (comme le montrent les témoignages des participants d'un effet « d'émergence de l'implicite » de l'entretien de recherche). D'après l'analyse des entretiens de recherche, les intuitions s'appuient sur le registre affectif, comme sur des constructions théoriques. Elles se situent à un niveau intermédiaire entre la perception du matériel clinique et l'interprétation, ne prenant un sens « secondarisé » qu'à la lumière du matériel clinique. Ces observations apparaissent fidèles aux descriptions phénoménologiques du processus intuitif dans la littérature (Reik, 1935/2001). Elles portent principalement sur la dimension transféro-contre-transférentielle et l'évaluation du fonctionnement psychique du patient, plus rarement sur les prédictions quant au travail à venir avec le patient.

Enfin, comme en témoignent le discours des analystes de la présente étude, entre le discours du patient et le cheminement intérieur de l'analyste, apparaissent différentes dimensions qui font « tiers », et peuvent intervenir dans l'élaboration de l'analyste : la théorie et l'expérience clinique, les pairs et les superviseurs, et le travail d'analyse personnelle ou d'auto-analyse. Les résultats de recherche permettent de tracer des lignes de variations dans la façon de faire référence au tiers dans le cheminement intérieur, en fonction du degré d'expérience clinique. La référence à la psychanalyse personnelle, au cours de l'expérience clinique, porterait d'abord sur ce qu'elle a appris à l'analyste sur son propre fonctionnement psychique, puis sur un certain « savoir analytique » transmis, au sein et par le travail d'analyse. Le rapport à des superviseurs ou à des pairs semble également évoluer au cours de l'expérience, d'une position hiérarchique du savoir, de l'élève au maître, à une « internalisation » des positions théoriques et techniques de leurs analystes ou superviseurs, ou bien à une critiques de celles-ci qu'ils choisissent de ne pas adopter dans leur propre pratique. Par ailleurs, seuls les analystes « très expérimentés » articulent les auteurs, leurs analystes et superviseurs, à leurs propres constructions théorico-cliniques.

VIII.2.2. Evaluation prédictive et influence de la subjectivité de l'analyste sur l'évaluation

Au vu de l'analyse des entretiens de recherche, il semble que l'évaluation de l'analyste au cours des premiers entretiens soit en partie prédictive, du moins pour une grande majorité de l'échantillon d'étude. Les prédictions sembleraient relever du niveau implicite du cheminement intérieur de l'analyste. Elles concernent essentiellement l'issue des premiers entretiens et une forme de « projet thérapeutique », de façon moins fréquente la dimension transférentielle, et rarement la dimension contre-transférentielle. L'évaluation des potentialités de « rencontre dans un lieu transférentiel » occupent toujours une place centrale dans le cheminement intérieur de l'analyste. Si elles ne sont formulées sous forme de prédictions à proprement parler, que lorsque la « rencontre » ne semble pas s'établir au cours des premiers entretiens, l'évaluation de potentialités relève toujours d'une perspective prédictive.

Les résultats de la présente étude soutiennent qu'une construction des directions du travail analytique à venir, s'élabore dès les premiers entretiens, au moins implicitement, allant dans le sens des recherches antérieures (Von Benedek, 1983 et 1989 ; Braconnier, 2002). Selon la présente étude, le « projet » de travail analytique s'exprime sous forme de « souhaits » et « d'espoir », à travers des hypothèses de travail, mais jamais comme une certitude, confortant les résultats de Von Benedek (1983, 1989). Des analystes estiment que la problématique psychique, repérée au cours des premiers entretiens, pourrait constituer l'axe central dans le travail qui s'engage. Les « buts » sous-jacents au « projet analytique » concernent à la fois un changement du fonctionnement psychique du patient, et à la fois une diminution de ce qui le fait souffrir. Il semblerait alors que les désaccords théoriques entre les buts « thérapeutiques » et les « buts analytiques » (Brusset, 2000 ; Renik, 2001), trouvent une issue dans la pratique, par leur présence conjointe dans le cheminement intérieur de l'analyste. Par ailleurs, la préoccupation éthique de l'analyste, d'évaluer les bénéfices potentiels que le patient pourrait tirer du travail analytique, sous-tendrait les constructions d'un certain « projet de travail ». En effet, l'analyste élaborerait des prédictions, le plus souvent implicitement, quant aux « buts » que le travail pourrait atteindre, pour répondre à une question inhérente au processus de décision thérapeutique : l'engagement dans un travail analytique apportera-t-il des bénéfices au patient ? Cette question constitue même l'axe central du cheminement intérieur d'une partie des analystes.

Plus rarement, des analystes ne formulent pas de « projet thérapeutique », même implicitement, dans leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens : soit car ils considèrent que cela empêcherait le déploiement du processus analytique, soit simplement car ils estiment que l'imprévisibilité du processus rend la tâche impossible. Cette position semble correspondre à un choix « théorico-technique » dans leur pratique des premiers entretiens, comme l'est par ailleurs le choix de laisser la *trame d'é*coute des premiers entretiens à un niveau implicite. Ces analystes bénéficient, dans les deux cas, d'une longue expérience clinique, probablement nécessaire pour assumer le choix « de ne pas savoir ».

Les résultats de la présente étude soutiennent ainsi l'idée que malgré l'incertitude de l'évaluation lors des premiers entretiens (Reid, 1994 ; Rappard, 1996 ; Quinodoz, 2002/2008), et bien que l'indication demeure toujours en partie un pari que seule la suite du travail pourra éclairer dans l'après-coup, il apparaît une certaine évaluation qui ne cherche pas l'exhaustivité, mais qui comporte une part de « prédictions » soutenant l'élaboration de l'analyste (Lasvergnas, 1994 ; Von Benedek, 1983 et 1989 ; Braconnier, 2002).

Les résultats de la présente étude nous indiquent la façon dont la subjectivité de l'analyste intervient dans son cheminement intérieur, et semble en partie influencer son évaluation.

D'une part, des analystes témoignent de la façon dont la prise en compte de leur contre-transfert intervient dans leur élaboration. L'éprouvé contre-transférentiel est entendu comme une voie de compréhension du fonctionnement psychique du patient. Dans le cheminement intérieur de l'analyste, les impressions cliniques, d'ordre contre-transférentiel, sont articulées avec le discours du patient, et avec la façon dont il s'adresse à l'analyste, pour conduire à la formulation d'hypothèses. Ce résultat confirme l'importance du « travail de contre-transfert » dans le cheminement intérieur de l'analyste (Urtubey (de), 1994), allant à l'encontre des conceptions d'analystes nord-américains (Lechartier-Atlan, 2000 ; Tessier, 2005). C'est en cela que Kosmadakis et Widlöcher soulignent que l'évaluation de l'analyste repose toujours en partie sur « l'examen subjectif de ce que l'analyste ressent de l'attitude de son patient » (2004, p. 239). La participation de l'analyste au processus est en effet au fondement de la méthode analytique.

D'autre part, les résultats de la présente étude tendent à montrer que les « dispositions contre-transférentielles » de l'analyste peuvent influencer son évaluation, notamment à travers ses prédictions quant à l'issue des premiers entretiens. Lorsque les « dispositions contre-transférentielles » de l'analyste sont positives, elles favoriseraient la mise au second plan des réserves de l'analyste quant à l'indication. Lorsqu'elles sont ambivalentes, ou négatives, elles

tendraient à laisser au second plan l'évaluation de facteurs favorables au travail. Il apparaît que lorsque les mouvements contre-transférentiels de l'analyste sont ambivalents ou négatifs à l'égard de la situation clinique, seules des prédictions pessimistes sont envisagées. Ces résultats appuient ceux de Von Benedek (1989) et l'observation clinique d'Urtubey (2002), selon lesquels le contre-transfert ou la contre-attitude de l'analyste serait projetée sur son évaluation. Néanmoins, d'après la présente étude, l'implication des prédictions pessimistes de l'analyste ne semble que secondaire dans la décision thérapeutique finale, qui peut tout autant être celle de différer l'indication ou de poursuivre un travail préliminaire, que de s'engager dans un travail analytique avec le patient. Ce résultat nuance l'idée selon laquelle un attrait ou un rejet, un intérêt ou un ennui, qui peuvent se dessiner d'emblée à l'égard du patient, joueraient sur la décision de l'analyste (Urtubey (de), 2002 ; Nachin, 2004). En effet, au vu de la présente étude, les « dispositions contre-transférentielles » de l'analyste au moment des premiers entretiens, apparaissent influencer ses prédictions, mais pas ou peu sa décision thérapeutique. Par ailleurs, selon les résultats de la présente étude, il n'existerait pas de différence en fonction du degré d'expérience clinique quant à l'influence des « dispositions contre-transférentielles » de l'analyste sur ses prédictions quant à l'issue des premiers entretiens, confortant les résultats antérieurs de Von Benedek (1989).

Dans la présente étude, une partie des analystes expriment des prédictions pessimistes, parallèlement à des prédictions optimistes, même lorsqu'ils évaluent des conditions essentiellement favorables aux possibilités d'engager un travail analytique avec le patient. De même que la présence de prédictions seulement optimistes, n'empêche pas les analystes d'exprimer leur incertitude quant à l'évolution du travail qui s'engage. Il semble que ce soit une façon de prendre en compte l'incertitude de l'issue des premiers entretiens, qui pourrait être attribuée en partie au manque de confiance en leur évaluation chez les cliniciens les moins expérimentés, et en partie à l'expérience clinique de la fréquence des interruptions précoces imprévisibles. Selon la recherche de Von Benedek (1989), les analystes auraient tendance à « péjorer » l'issue par des prédictions pessimistes quant au projet, ce qu'elle attribue à son protocole de recherche en deux temps (au moment de l'indication, et 8 à 12 mois après). Les analystes se seraient alors prémunis du risque de contradictions entre leurs évaluations à ces deux temps. Les résultats de la présente étude ne peuvent pas indiquer la péjoration de l'évaluation au moment des premiers entretiens (puisque le protocole ne permet pas de comparer avec une seconde évaluation). Ils tendent néanmoins à montrer, d'une part, que les analystes ne semblent pas « péjorer » leur évaluation. En effet, une majorité d'analystes ne formulent que des prédictions optimistes quand les conditions sont favorables

(ce qui soutiendrait l'hypothèse d'un biais méthodologique dans l'étude de Von Benedek). Et il apparait plus de prédictions à la fois optimistes et pessimistes, que seulement pessimistes, quand l'évaluation des possibilités de travail est mitigée. D'autre part, les résultats de la présente étude permettent de formuler l'hypothèse selon laquelle : la prise en compte de prédictions pessimistes quant à l'issue des premiers entretiens viendrait témoigner de l'incertitude inhérente aux premiers entretiens, et en partie ménager l'investissement de l'analyste. Dans cette hypothèse, ce n'est pas le protocole utilisé dans la recherche de Von Benedek (1983, 1989) qui inciterait les analystes à formuler des prédictions pessimistes, mais la prise en compte de l'imprévisibilité des interruptions précoces, et hypothétiquement une façon de se prémunir du risque que l'investissement psychique coûteux de l'analyste au cours des premiers entretiens, demeure sans destin et soit déçu.

Enfin, au vu des présents résultats, il me semble que l'espoir que les analystes expriment pour leur patient de pouvoir bénéficier d'un travail analytique, repose sur leur propre « transfert sur l'analyse ». Cet espoir peut en effet s'exprimer à travers des prédictions optimistes quant à l'issue des premiers entretiens, malgré l'évaluation de facteurs défavorables aux possibilités d'engager un travail analytique. Selon Quinodoz (2002/2008), il est nécessaire pour l'analyste de croire dans la « capacité créatrice » du patient, c'est-à-dire de construire des prédictions ouvertes vers des possibles. L'analyste aurait ainsi toujours tendance à croire que chaque patient serait un analysant potentiel, que ça vaudrait toujours le coup (Mac Dougall, 1983, p. 261), ce que tendent à confirmer les résultats de la présente étude.

Ainsi, au vu des résultats de la présente étude, la prise en compte de la spécificité du processus analytique, d'être imprévisible, n'empêche pas qu'une dimension prédictive fasse partie, plus ou moins implicitement, du cheminement intérieur de l'analyste. Sa subjectivité est engagée dans son évaluation. Notamment, il apparaît que ses « dispositions contre-transférentielles » au moment des premiers entretiens, influencent ses prédictions quant à l'issue du travail analytique. La dimension prédictive influencerait l'élaboration de la décision thérapeutique de l'analyste, plus dans le sens d'une ouverture vers des possibles que dans une limitation des indications. Les analystes peuvent en effet : tenter le « pari » de l'indication malgré l'expérience de la fréquence des interruptions précoces ; se fonder sur l'espoir d'une évolution quand des conditions défavorables au processus analytique sont évaluées ; et engager un travail analytique, ou à minima poursuivre un travail préliminaire, même lorsqu'ils évaluent de façon pessimiste l'issue du travail.

VIII.3. Fondements de la décision thérapeutique dans la pratique

Au vu des résultats de la présente étude, l'élaboration de la décision thérapeutique de l'analyste, au cours des premiers entretiens, se fonde sur l'évaluation de trois dimensions : la demande, les capacités psychiques favorables au travail analytique et les potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel ». Les repères utilisés dans l'élaboration de la décision semblent communs à l'ensemble des analystes, quel que soit le degré d'expérience clinique, et quelle que soit « l'identité professionnelle » (de « psychanalyste » ou de « psychothérapeute psychanalytique »). Les résultats de la présente étude vont dans le sens de résultats antérieurs, montrant que le degré d'expérience clinique n'influencerait pas les critères de décision d'indication de travail analytique (Braconnier, 2002 ; Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004). Des variations apparaissent en fonction de la référence théorique principale de l'analyste. Elles tiennent plus à la façon de rendre compte de l'élaboration de ces trois dimensions, à leur articulation théorique, qu'à leur prise en compte dans la pratique. Les recherches antérieures ne considéraient qu'une seule école psychanalytique, car il leur avait été impossible de recruter en dehors de la leur (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004).

Si la pondération relative des trois dimensions, dans l'élaboration de la décision thérapeutique, semble varier en fonction des spécificités de la situation clinique, les résultats de la présente étude tendent à montrer qu'elle serait influencée de façon notable par « l'espoir » de l'analyste, que le patient puisse bénéficier d'un travail analytique. Ainsi par exemple, là où des aspects du fonctionnement psychique du patient peuvent être mis en avant comme participant favorablement à la décision, car ils sont présents, ils peuvent devenir secondaires quand ils sont absents : ce sont alors les potentialités d'évolution des capacités psychiques du patient favorables au travail d'analyse, qui passent au premier plan dans l'élaboration de la décision. Les présents résultats soutiendraient ainsi que les potentialités évaluées par l'analyste sont prises en compte plutôt que l'évaluation actuelle de facteurs défavorables aux possibilités de travail analytique (Leuzinger-Bohleber, 2007).

Dans le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens, la formulation de la demande, ou la capacité du patient d'élaborer sa demande, sont toujours évaluées. Les demandes considérées comme favorables au travail analytique sont tournées vers un conflit

intrapsychique, ou témoignent simplement du désir du patient de réfléchir sur son fonctionnement psychique. Dans l'élaboration de la décision thérapeutique, la demande est le plus souvent considérée comme un préalable indispensable, conformément aux prescriptions théoriques. Mais il apparaît que dans la pratique, l'évaluation au cours des premiers entretiens que la demande, *peut ou pourra s'élaborer*, peut suffire à soutenir l'engagement dans un travail analytique. D'autres critères, comme l'évaluation que la relation « s'installe » au cours des premiers entretiens, peuvent même conduire à une indication alors que la demande reste « floue ». Ces résultats tendent à montrer que dans la pratique, les analystes sont proches de la position de Green qui considère que si le patient est supposé avoir un intérêt et une curiosité pour son propre fonctionnement psychique – ce qui suppose déjà qu'il ait une vie psychique inconsciente vivante – cela aboutit presque à la tautologie selon laquelle « […] est analysable celui qui témoigne, pas ses dispositions, d'un désir de s'analyser et de recevoir de l'analyste une parole à laquelle il réagit de manière analytiquement intelligible » (Green, 2006b, p. 72). La prise en compte de la demande dans la pratique de la décision thérapeutique, semblerait au vu des résultats de la présente recherche, s'accorder avec la littérature qui soutient que l'absence d'une demande claire ou relative à un conflit psychique interne ne peut pas constituer un critère de contre-indication (Reid, 1994 ; Bouchard & Porte, 1998 ; Quinodoz, 2002/2008 ; Urtubey, 2002).

Les résultats de la présente étude tendent à montrer que l'évaluation de dimensions du fonctionnement psychique du patient – favorables au travail analytique – demeure secondaire, et est toujours articulée à l'évaluation de la demande et des potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel ». La seule présence, ou absence, de capacités psychiques favorables au travail analytique ne suffisent jamais à fonder la décision thérapeutique. Cela s'explique probablement par le fait que l'analysabilité n'interroge que les capacités du patient, or la possibilité d'analyser un patient, dans la pratique, dépend également de l'analyste (Quinodoz, 2002/2008, Nachin, 2004 ; Reith et coll., 2012). Les études tendent en effet à montrer qu'il n'est pas possible d'évaluer initialement le « potentiel analytique » du patient de façon complète (Rappard, 1996), et que peu de facteurs corrélés à l'analysabilité sont prédictifs à partir de l'évaluation initiale (Rappard, 1996 ; Thurin, 2005). De plus, l'analyste met en avant les potentialités de développement des capacités psychiques du patient, lorsqu'elles sont limitées ou absentes, ce qui conforte des résultats antérieurs (Leuzinger-Bohleber, 2007).
Néanmoins, l'analyste questionne toujours dans son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, les dimensions du fonctionnement psychique du patient, en ce qu'elles

favoriseraient l'accès au processus analytique, ou au contraire pourraient le limiter. Il n'est donc pas surprenant que seule la capacité d'avoir « accès à l'inconscient », comme une des capacités psychiques du patient, puissent être un repère fondamental dans l'élaboration de la décision thérapeutique de certains analystes. Cependant, ce repère est plus large qu'une simple « capacité psychique », il croise les potentialités de rencontre dans un lieu « transférentiel ». En effet, il s'agit de la possibilité pour le patient d'avoir accès à l'inconscient dans le cadre analytique mis en place au cours des premiers entretiens, dont *l'analyste fait partie*. La pondération de l'attention portée à telles ou telles capacités, dans le cheminement intérieur de l'analyste, semble varier en fonction des spécificités de chaque situation clinique particulière. Par ailleurs, la façon de rendre compte de l'articulation des capacités psychiques du patient avec les autres dimensions, varie selon les analystes, témoignant des constructions théorico-cliniques qui lui sont propres.

Pour la majorité des analystes – du moins dans l'échantillon d'étude – il existe un écart entre la place importante qu'ils disent accorder à l'évaluation de capacités psychiques favorables au processus analytique, et le rôle secondaire que joue finalement cette évaluation dans la décision thérapeutique, relativement à la demande et aux potentialités de rencontre dans un lieu « transférentiel ». Une influence de la référence théorique principale de l'analyste, apparaît dans le fait de laisser explicitement à une place très secondaire les capacités psychiques du patient dans l'élaboration de la décision thérapeutique, plus fréquente chez les analystes se référant à la théorie lacanienne. Les résultats de la présente étude tendent à montrer que le degré d'expérience clinique et « l'identité professionnelle » ne font pas varier la place de l'évaluation des capacités psychiques du patient dans le cheminement intérieur de l'analyste, tout comme son poids dans la décision thérapeutique.

Le diagnostic structurel n'intervient pas dans la décision thérapeutique pour une grande majorité d'analystes, du moins dans notre échantillon d'étude. Ce résultat s'accorde à l'évolution de l'indication d'analyse dans la littérature, qui conclut qu'aucune entité ne représente pleinement une bonne indication (Urtubey (de), 2002). L'éventuelle visée diagnostique dans le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens, n'implique pas qu'il intervienne dans la décision thérapeutique de l'analyste. Comme précisé précédemment, les éléments diagnostiques peuvent intervenir comme des repères dans les aménagements du cadre que l'analyste met en place, adaptés à chaque situation clinique. Ainsi, ce sont plus des éléments dynamiques que structurels qui entrent en compte dans la décision thérapeutique.

L'élaboration des potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel » apparaît toujours occuper une place importante dans le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens. Il me semble en effet, au vu des résultats, qu'il s'agit toujours de questionner les possibilités d'une rencontre dans un espace « intermédiaire » où l'inconscient peut être mis au travail, espace qui se met en place et s'ajuste au cours des premiers entretiens entre l'analyste et le patient. L'évaluation de ces potentialités de « rencontre » passent par l'élaboration des dispositions transférentielles du patient, et contre-transférentielles de l'analyste. Les résultats de la présente étude vont dans le sens de ceux de Kosmadakis et Widlöcher (2004), soutenant que « […] la relation thérapeutique ou les processus psychiques spécifiques engagés dans cette relation restent au premier plan dans l'esprit des thérapeutes. Ils sont la source d'informations essentielles, notamment sur l'apparition d'un possible transfert […] » (p. 331-332). La décision de s'engager ou non dans un travail analytique avec un patient s'appuie le plus souvent de façon centrale sur l'évaluation des potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel », pouvant laisser au second plan l'évaluation de la demande comme celle des capacités psychiques du patient. Les présents résultats soutiennent la place privilégiée accordée à la « relation thérapeutique » plutôt qu'à la structure psychique, aux événements de vie ou aux symptômes (Kosmadakis et coll., 2004).

La façon de rendre compte du cheminement intérieur relatif aux potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel », varie selon les références théoriques principales des analystes, et dans une certaine mesure selon les constructions théorico-cliniques propres à chaque analyste. En effet, l'évaluation de ces potentialités peut reposer sur des « signes » que « la relation s'installe ou s'engage », pour le patient comme pour l'analyste, ou bien, en référence à la théorie lacanienne, sur la vérification de la présence d'une demande « adressée au sujet supposé savoir » (considérant la part transférentielle de celle-ci) qui peut rencontrer le « désir de l'analyste ». La différence repose ainsi sur la prise en compte, ou non, de la relation transféro-contre-transférentielle au cours des premiers entretiens. C'est pourquoi j'ai choisi de parler des potentialités de rencontre dans un lieu « transférentiel », dont l'évaluation dépend de la théorie du transfert à laquelle se réfère l'analyste, freudienne ou lacanienne dans l'échantillon d'étude.

Au vu des résultats de la présente recherche, l'analyste lierait explicitement à l'élaboration de sa décision thérapeutique, les dispositions transférentielles du patient plutôt que ses dispositions contre-transférentielles (dont le rôle dans la décision demeure le plus souvent implicite). Les « dispositions transférentielles » du patient peuvent se traduire : par son investissement ou sa mobilisation dans les entretiens, notamment à travers l'intérêt ou le

plaisir qu'il exprime, et plus rarement par des manifestations transférentielles adressées à l'analyste dès les premiers entretiens. Les analystes se référant principalement à la théorie lacanienne peuvent tenir compte de l'adresse du patient de façon centrale dans leur élaboration de la décision thérapeutique. Ils considèrent alors les soubassements *transférentiels de l'adresse* dans leur évaluation, sous-tendant les possibilités d'un travail analytique. Le plus souvent, l'analyste témoigne de son investissement à la fois intellectuel et affectif. Néanmoins, des analystes se référant à la théorie lacanienne n'élaborent pas leur mobilisation par rapport à la situation clinique en particulier, et restent dans le registre général du désir de l'analyste. S'ils tiennent bien compte de leur « éprouvé » dans leur cheminement intérieur, ces analystes ne considèrent pas la part affectivement de leur investissement quant au patient comme participant à leur décision thérapeutique. L'absence de considération pour la part affective de leur investissement répond aux positions théoriques de Lacan sur le contre-transfert, « somme des préjugés de l'analyste » (Diatkine, 2001 ; Chartier, 2006 ; Denis, 2006). Dans l'ensemble, les analystes font rarement part de la part plus personnelle et intime engagée dans leurs dispositions contre-transférentielles, à quelques rares exceptions où des analystes questionnent de possibles contre-attitudes, ce qui va dans le sens de l'observation de De M'Uzan (1989), qui note que les études sur le contre-transfert sont toujours d'une certaine façon « retenues ».

Quelle que soit la position théorique par rapport aux potentialités de rencontre dans un lieu « transférentiel », les analystes accordent peu de poids à la relation dans sa dimension plus consciente et plus moïque. Ainsi, les dispositions pré-transférentielles positives du patient ne semblent pas intervenir dans la décision thérapeutique. Les analystes mettent en avant qu'elles ne présagent rien de la nature inconsciente des dispositions transférentielles du patient, de même que de l'évolution du transfert, dont ils s'attendent à ce qu'il oscille du positif ou négatif. Les analystes ne s'appuient pas sur la notion d'alliance de travail, à l'exception d'une analyste de l'échantillon d'étude. Dans la même direction, les résultats de la recherche de Von Benedek (1983, 1989) indiquent que l'alliance thérapeutique est peu abordée comme un levier de changement par les analystes, bien que l'ensemble des recherches tend à démontrer que l'alliance thérapeutique est un des meilleurs prédicteurs de l'issue du traitement (Rappard, 1996 ; Braconnier, 2002 ; Jimenez, 2009). Il me semble ainsi que les analystes distingueraient l'alliance thérapeutique, peu abordée, de l'évaluation, au premier plan dans leur cheminement intérieur, des « processus psychiques spécifiques engagés dans la relation thérapeutique » (Kosmadakis & Widlöcher, 2004), qui renvoient selon moi à une certaine évaluation des potentialités transférentielles. Quand la relation transféro-contre-transférentielle est prise en

compte dans l'élaboration de la décision thérapeutique, c'est moins en tenant compte d'une relation intersubjective positive, que des signes qu'un espace s'ouvre à un possible transfert. Les analystes ne font pas, ou très rarement, référence au contre-transfert d'accueil. Il me semble néanmoins que les analystes en témoignent indirectement, à travers leur investissement psychique du patient, intellectuel et affectif. En effet, pour investir le patient, il faut pouvoir se laisser pénétrer par son fonctionnement psychique, être disponible pour l'accueillir dès les premiers entretiens. Suivant la littérature, ce serait à partir de cette « disponibilité relationnelle » de l'analyste, que la situation analytique pourrait s'instaurer (Parat, 1976). L'investissement ou la mobilisation du patient dans les entretiens tient probablement indirectement de la qualité de cette relation de base qui sous-tend un cadre (Parat, 1976 et 1982), dans lequel le patient peut se sentir suffisamment contenu pour parler.

Une partie de la littérature défend l'idée de « l'indication d'analyste » (Chartier, 2006). Les analystes n'abordent pas cette question explicitement dans leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, au vu des résultats de la présente étude. Certains éléments tendraient à appuyer l'idée d'une indication d'analyste. En effet, des analystes évoquent des structures ou des éléments de fonctionnement psychique avec lesquels ils ont plus de difficultés à travailler, qui peuvent conduire à une contre-indication, en tout cas dans un cadre libéral. Suivant Aulagnier (1984/2009), le « choix » de l'analyste repose aussi sur ce qu'il peut présager de sa « capacité à investir et à préserver une relation transférentielle », non pas en fonction de la nosographie, mais de la spécificité de la personne qu'il reçoit. Parmi ceux qui prennent en compte la « relation » qui s'engage ou non dans leur décision thérapeutique, ils font indirectement référence à l'indication de « couple analytique » (Baranger & Baranger, 1961/1985). Enfin, dans la façon dont des analystes explicitent l'adresse par un tiers comme étant bien adaptée, ils suggèrent que des éléments qui leur sont propres, comme des caractéristiques personnelles ou leur façon de travailler, entreraient en jeu dans la pertinence de l'adresse, et par suite dans l'engagement du travail analytique avec le patient. Des auteurs soulignent en effet qu'il est commun d'observer que certains analystes réussissent mieux ou sont plus à l'aise avec tel ou tel type de patient (Glover 1955/1958 ; Nacht & Lebovici, 1956).

Si les dispositions contre-transférentielles de l'analyste ne sont liées le plus souvent qu'implicitement à la décision thérapeutique, le désir de l'analyste semble influencer son évaluation, notamment en l'amenant à laisser au second plan l'évaluation de facteurs défavorables au processus analytique. M'appuyant sur la littérature (Neyraut, 1974/2004 ; Parat, 1976 ; Jorda, 1983 ; Donnet, 1995/2002 ; Denis, 2006 ; Urtubey (de), 2006), je fais l'hypothèse qu'à être axiomatique, l'analyste ne formule pas explicitement son désir qu'un

processus analytique advienne comme fondateur de sa décision thérapeutique. En effet, le désir de l'analyste transparaît dans son cheminement intérieur, notamment dans l'expression de l'intérêt théorico-clinique ou de recherche qui mobilise son investissement. Il se traduit également dans « l'espoir » de l'analyste, qui peut avoir un poids majeur dans sa décision. Les résultats de la présente étude vont dans le sens de la littérature qui défend que l'indication d'analyse, ou les possibilités de processus analytique, dépendent en tout premier lieu des conditions contre-transférentielles (Mac Dougall, 1983 ; Denis, 2006). La décision de s'engager semble en effet, comme l'indique la littérature, reposer en grande partie sur le désir de l'analyste et sur sa capacité à investir une personne particulière (Mac Dougall, 1983 ; Fadda, 1995 ; Guillaumin, 1998 ; Quinodoz, 2002/2008 ; Urtubey, 2002 ; Nachin, 2004 ; Diatkine, 2006).

D'une manière générale, les analystes tiennent compte dans leur décision plus de leurs évaluations favorables, que défavorables aux possibilités de travail analytique, tendant à confirmer des résultats antérieurs (Leuzinger-Bohleber, 2007). Leur désir, leur espoir, fondent en premier lieu leur investissement d'une rencontre, dont ils considèrent de façon prépondérante toutes les « ouvertures vers des possibles ». La décision de s'engager peut advenir avec beaucoup d'incertitude, et l'expression de prédictions tout autant pessimistes qu'optimistes sur l'évolution du travail. De plus, des prédictions seulement pessimistes n'empêchent pas de poursuivre un travail préliminaire, avec l'espoir qu'il s'ouvre sur un travail analytique à proprement parler. Par ailleurs, des analystes soulignent qu'en dernier ressort, c'est toujours la décision du patient, qui se matérialise par son acceptation du cadre proposé par l'analyste. Celui-ci ne prescrit effectivement pas sa décision (Chartier, 2006). Il existe pourtant bien des situations de « non indication », comme le souligne Donnet (1994). La décision d'engager un travail analytique reposerait toujours sur un certain pari, fondé en partie sur le désir de l'analyste, et sans méconnaitre l'incertitude inhérente à l'aventure (Parsons, 2006).

Tourné vers des possibles, le processus d'élaboration des possibilités d'engager un travail analytique au cours des premiers entretiens semble dépendre essentiellement de l'évaluation des potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel », où le travail de l'inconscient pourrait advenir. Suivant Donnet, « le jeu de l'analyste dans la perlaboration préliminaire consiste à déceler le moindre indice d'une aire de jeu partageable, d'une ébauche de tiercéité » (2005, p XXI).

VIII.4. Influence du contexte culturel sur la pratique des premiers entretiens

Au vu des résultats de la présente étude, le contexte culturel ne semble pas influencer la pratique de l'analyste au cours des premiers entretiens, au regard : de l'existence d'une trame *d'écoute* préétablie et spécifique aux premiers entretiens, et de son niveau d'explicitation ; de la place laissée à l'investigation diagnostique dans le cheminement intérieur de l'analyste ; des aménagements du cadre analytique adaptés à chaque situation clinique particulière ; et des fondements de la décision thérapeutique dans la pratique analytique. Seul le cheminement intérieur de l'analyste semblerait varier en fonction du contexte culturel, quant à la théorisation du discours de l'analyste. En effet, les résultats tendraient à montrer que les analystes pratiquant au Québec auraient un discours – quand ils témoignent de leur cheminement intérieur au cours des premiers entretiens – plus descriptif que théorique, et plus théorique implicitement qu'explicitement, à l'inverse des analystes pratiquant en France. La littérature soutient que les analystes nord-américains seraient plus centrés sur la pratique et la technique, alors que les analystes français seraient eux plus intéressés par la métapsychologie (Anzieu-Premmereur, 2000 ; Lechartier-Atlan, 2000). Il est probable que ce trait culturel puisse expliquer la tendance parmi les analystes pratiquant au Québec, à privilégier le niveau descriptif au niveau théorique, et le niveau théorique implicitement au niveau théorique explicitement. Mais c'est la seule tendance divergente mis au jour par les résultats de la présente étude. Je m'attendais par exemple à ce que la référence à la relation thérapeutique, entendue dans son niveau plus conscient et moïque, soit plus répandue dans le discours des analystes pratiquant au Québec, plutôt qu'en France, en particulier chez les jeunes cliniciens québécois formés au Québec. Or les influences au Québec, pourtant fortes, des théories psychanalytiques nord-américaines, comme *l'ego*-psychology, le courant intersubjectiviste ou celui de la relation d'objet, ainsi que l'influence des travaux de Rogers, ne semblent pas modifier la façon d'élaborer la relation patient-analyste dans les pratiques analytiques des premiers entretiens parmi les psychanalystes québécois, tout au moins francophones. La tendance, parmi les analystes nord-américains, à privilégier le registre interpersonnel au détriment du registre intrapsychique (Brusset, 2001 ; Gibeault, 2002 ; Tessier, 2005), ne semblerait pas partagée par les analystes québécois francophones. Par ailleurs, il semblerait que les différences dans la façon de rendre compte du cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens, soient plus influencées par l'allégeance théorique que par le

contexte culturel. Conformément aux différences théoriques sur le transfert, entre les courants freudiens et lacaniens, les analystes se référant principalement à la théorie lacanienne ne tiennent pas ou peu compte dans la pratique de la relation transféro-contre-transférentielle, dans l'élaboration de la décision thérapeutique.

Les résultats soutiendraient ainsi l'idée d'une « identité analytique » fondée sur la méthode analytique commune, quel que soit le contexte culturel, tout du moins parmi les analystes francophones. La variabilité des pratiques des analystes n'empêcherait pas qu'une unité soit préservée (Baldacci, 2006). Il semblerait en effet, au vu des résultats de recherche, que les analystes, dans leurs diversités, se retrouvent bien autour d'une « matrice méthodologique commune », centrée autour de la règle fondamentale inventée par Freud (Donnet, 2006a). Selon la littérature, les divergences entre les analystes québécois apparaîtraient notamment entre les francophones et les anglophones (Panaccio, 2000). L'observation de pratiques cliniques des premiers entretiens similaires, en France et au Québec, tend à confirmer l'importance de la langue dans la diffusion des théories psychanalytiques (Kernberg, 1992). Les analystes québécois francophones seraient influencés préférentiellement par le « modèle psychanalytique français », au détriment des développements théoriques nord-américains. Nous pouvons proposer comme hypothèse de travail, que les similarités dans les pratiques cliniques entre les analystes français et les analystes québécois anglophones, pourraient être moins importantes qu'avec les québécois francophones.

Néanmoins, l'analyste pratique dans un contexte culturel donné, et doit s'y adapter, dans le sens de faire avec les possibilités et les contraintes qu'un contexte particulier produit.

D'une part, les résultats tendent à montrer que le contexte culturel pourrait influencer, dans une certaine mesure, la demande d'analyse, qui elle-même produirait des effets sur l'offre. Dans le contrat analytique, il existe en effet une part de conditions générales et une part de conditions particulières à une époque et à une « aire culturelle » (Donnet, 1995/2002 ; Nachin, 2004).

Il existe une concurrence des psychothérapies non analytiques plus importante au Québec qu'en France. En institution, comme en pratique privée d'ailleurs, le « client » dispose ainsi d'une variété éclectique d'offres psychothérapiques au Québec. Au Québec, les représentations peu favorables de la psychanalyse, conjuguée à une plus grande concurrence d'offres psychothérapiques qu'en France, semblerait influencer la nature des demandes que reçoit l'analyste. Cette observation conforte les arguments de la littérature soutenant que « l'avant » de la rencontre produit des effets sur la demande et la façon dont le patient

s'adresse à l'analyste (Turkle, 1978/1982 ; Bouchard & Porte, 1998). Par exemple, l'existence d'assurances maladie privée qui adressent des patients aux psychothérapeutes, y compris des psychanalystes – sans que le choix de l'orientation ne soit pensé ou indiqué au patient – amène des demandes qui semblent le plus souvent aux analystes ouvrir sur peu de possibilités de travail analytique. En effet, l'engagement des patients qui font une démarche auprès du programme d'aide aux employés semblerait, d'une manière générale, incertain aux cliniciens. Au contraire, des analystes français témoignent de la façon dont un certain « transfert sur l'analyse » préalable à la rencontre, lié aux représentations collectives ou plus personnelles du patient, jouent un rôle dans la demande qu'il adresse à l'analyste. Si Turkle (1978/1982) note qu'en France, dès les années 1970, la diffusion de la culture psychanalytique aurait un effet sur la façon dont le patient s'adresse à l'analyste – en fonction de ce qu'il se représente des attentes de l'analyste – , les demandes de patients au Québec non spécifiquement adressées à l'analyste, mais adressées à un psychothérapeute parmi d'autres, semblerait également produire un effet. Ce n'est pas tant la pratique théorico-technique de l'analyste qui s'en trouverait modifiée, que la fréquence de ses possibilités d'engager un travail analytique avec un patient.

Au vu des résultats de recherche, il ne semble pas que l'éclectisme, trait culturel québécois, influence la pratique clinique des premiers entretiens chez les analystes pratiquant au Québec, en comparaison de ceux exerçant en France. L'adaptation à chaque situation clinique, de la même façon au Québec qu'en France, module le cadre analytique tout en maintenant une « position analytique », le « cadre interne » de l'analyste. Dans la pratique clinique des analystes, d'après les résultats de la présente étude, l'adaptation au patient rencontre presque toujours la limite des possibilités d'un travail analytique. Lorsque le patient n'y a pas accès, que cette approche n'apparaît pas adéquate à sa situation, les analystes orientent alors vers un autre professionnel. Le « cadre interne de l'analyste » serait garant de la méthode, quel que soit le contexte culturel (Urribarri, 2006). Par ailleurs, les résultats tendent à montrer qu'il n'y a ni plus, ni moins, de pratique d'analyse ou de psychothérapie psychanalytique en France qu'au Québec. La tendance à pratiquer avec un cadre de travail analytique en face à face à une fréquence d'une fois par semaine, semblerait tout aussi répandue au Québec qu'en France, du moins dans l'échantillon de la présente étude, confirmant que l'augmentation de la place des psychothérapies psychanalytiques dans les pratiques cliniques ne serait pas réservée à l'Amérique du Nord (Bokanowski, 2002 ; Chervet, 2006 ; Jozef Perelberg, 2006).

Le cadre varie en fonction des contextes géographiques et des époques (Nachin, 2004 ; Donnet, 2005 ; Anzieu-Premmereur, 2006 ; Green, 2006a ; Jozef Perelberg, 2006). En effet,

d'après des analystes de l'échantillon d'étude, certains au Québec estiment que deux séances par semaine sont plus ou moins difficilement acceptées, et trois rarement. En France, trois séances par semaine serait une fréquence répandue selon certains analystes, tout en ayant en tête qu'elle serait de plus en plus difficilement acceptée par les patients. Les représentations de l'analyste de ce que le patient est susceptible d'accepter dans un contexte culturel donné, notamment en terme de fréquence des séances, sembleraient influencer les aménagements du cadre qu'il met en place, et ce au Québec comme en France. Néanmoins, les « négociations » du « client », relativement au cadre, sont plus fréquemment exprimées dans l'expérience clinique des analystes pratiquant au Québec qu'en France. Cette observation tend à confirmer la transformation en Amérique du Nord du rapport du patient à sa demande de psychothérapie : il devient « client » qui pourrait imposer un certain nombre d'exigences quant au service qu'il « utilise » (Anzieu-Premmereur, 2006 ; Pelletier, 2007).

D'autre part, des contraintes liées au contexte culturel semblent pouvoir peser sur la pratique de l'analyste.

Au Québec, la décision thérapeutique de l'analyste semble devoir porter le poids des pressions institutionnelles d'efficacité, dont aucun des analystes pratiquant en France ne fait état. L'analyste, dans l'engagement qu'il pourrait prendre dans un travail à long terme avec un patient en institution, doit tenir compte de fait qu'il ne peut négocier qu'un nombre limité de suivi au long court dans sa file active. Ce témoignage confirme les considérations d'Anzieu-Premmereur (2000) et de Kernberg (2001) quant à l'influence du contrôle accru des systèmes d'assurance maladie sur les choix thérapeutiques en Amérique du Nord. Les traitements avec des séances moins fréquentes et sur une durée plus courte seraient ainsi favorisés, alors qu'on pourrait attendre de la psychanalyse une amélioration optimale (Kernberg, 2001). Les tiers payeurs, les instances hospitalières, mais aussi la nécessité de batailler pour défendre l'intérêt de l'analyse, exigent des justifications d'efficacité et de rapidité difficilement conciliables avec la nature du travail avec l'inconscient (David, 1997 ; Passelande & Pelletier, 2007).

De plus, l'existence d'un Ordre professionnel des psychologues au Québec, semblerait pouvoir influencer la pratique des premiers entretiens, notamment au regard de la mise en place du cadre. Les exigences de l'Ordre des psychologues du Québec, lorsqu'elles sont appliquées, implique une contractualisation de la relation thérapeutique, avec une certaine rigidification du fait des règles préétablies pour tous. Cependant, la personnalité de l'analyste, et son degré d'expérience clinique, semblerait moduler les implications des exigences de l'Ordre professionnel sur les pratiques cliniques. Notamment, une grande expérience clinique

permet à l'analyste de se dégager, plus ou moins radicalement, de ces contraintes. Il est possible d'arguer que la « position de l'analyste » dépasse les contraintes contextuelles, mais qu'en est-il pour les analystes dont l'inscription à l'Ordre des psychologues du Québec est indispensable à leur pratique institutionnelle ? De même, qu'en est-il pour les jeunes cliniciens qui pourraient craindre de perdre leur titre, avec les conséquences que cela ne manquera pas d'avoir sur leur clientèle ?

Par ailleurs, « l'identité professionnelle » du clinicien pourrait être influencée par le contexte culturel. Elle ne semble en effet pas dépendre seulement du nombre d'années d'expérience clinique, comme nous aurions pu nous y attendre. Les cliniciens pratiquant au Québec, à niveau d'expérience clinique équivalente, et avec une formation analytique conséquente (séminaires, analyse personnelle, supervisions par un analyste), auraient moins tendance à se qualifier de « psychanalystes » que les cliniciens pratiquant en France.

Au vu des résultats de la présente étude, il me semble que deux positions quant au rapport à la psychanalyse peuvent être distinguées parmi les analystes québécois. D'un côté, une position serait associée à des représentations « idéalisées » de la psychanalyse, conduisant soit à une adhésion forte au statut d'analyste, soit au contraire à une difficulté à « s'autoriser » à se nommer comme tel. Selon Beaudry (2001), les analystes non affiliés à la SPM, seul institut affilié à l'IPA pour légitimer le titre d'analyste au Québec, n'oseraient pas se qualifier de psychanalystes pour une grande partie d'entre eux. Il y aurait une forme d'entre-deux identitaire : « psychanalytique » mais pas « psychanalyste ». Faut-il chercher une explication dans la transmission de la psychanalyse au Québec qui a fait peu de place aux « pères » ? En effet, les premiers analystes québécois, formés en grande majorité à l'étranger, n'ont pas dû se confronter aux « pères », ce qui fait dire à des analystes de la SPM qu' « au commencement, ici, il n'y aurait eu que des "frères" […] » (Garon Léonard et coll., 1995, p. 36). Si l'approche psychanalytique est bien vivante au Québec, une faible proportion a complété une formation reconnue par l'IPA, et il est difficile de mesurer celle qui a complété une formation hors institut (formation continue, supervision, analyse personnelle) (David, 1997). Parmi ces cliniciens formés à la psychanalyse hors institut, faut-il entendre les « réticences » à se qualifier de psychanalyste, comme une difficulté à se réclamer légitimement d'un « père » absent ? Ou encore la distance d'avec ces « pères » fondateurs aurait-elle favorisé des représentations fortement idéalisées de la psychanalyse qui seraient alors inatteignables, dont il ne serait pas possible de se réclamer légitimement ?

D'un autre côté, le statut d'analyste ne serait pas recherché, et celui de « psychothérapeute psychanalytique » serait même plus valorisé. Il y aurait une forme de réticence à se qualifier de psychanalyste. Faut-il y voir une réaction aux critiques de non scientificité et au risque d'allégeance théorique « unitaire », dans une société où l'éclectisme témoigne d'une ouverture d'esprit valorisée ? Le « titre » de psychanalyste est en effet moins orné de « prestige » qu'en France (R. Pelletier, communication personnelle). En France, au contraire, une partie conséquente des analystes s'opposent au terme de psychothérapie psychanalytique, craignant le risque de confusion de registre entre psychothérapie et psychanalyse. Ils redoutent que cela facilite les applications « dérivées » de la psychanalyse, comme cela peut être le cas en Amérique du Nord (Anzieu-Premmeur, 2006). Il existe en effet au Québec des développements de psychothérapie psychodynamique[1], voire de psychothérapie éclectique associant des éléments psychodynamiques à d'autres courants théoriques.
Cependant, cette « réticence » à se qualifier de psychanalyste ne semble pas, au vu des résultats de la présente étude, engendrer des confusions entre l'approche psychodynamique et psychanalytique, en tout cas pour ce qui est de la pratique des premiers entretiens des analystes de l'échantillon d'étude, ne confirmant pas les observations issues de la littérature (Beaudry, 2001 ; Ducharme, 2005 ; Passelande & Pelletier, 2007).

Enfin, il semblerait que les résistances des cliniciens à participer à des recherches sur leur pratique, soient plus importantes en France qu'au Québec. Cette question n'était pas un objet d'étude, mais les différences observées entre la difficulté du recrutement en France, et sa relative facilité au Québec, m'ont amenée à interroger l'influence du contexte culturel sur les résistances à participer. Les analystes pratiquant au Québec sembleraient moins réticents par rapport à la recherche universitaire que les analystes pratiquant en France. Notamment, il semblerait que la formation psychanalytique du chercheur entre en compte dans l'acceptation des psychanalystes pratiquant en France. Les cliniciens québécois évoluent dans un contexte culturel où il leur est constamment demandé de justifier de l'efficacité de leur pratique clinique, et ce de manière scientifique. Ils sont donc rompus à l'exercice de l'évaluation, ce qui participe probablement à leur moins grande réticence à participer à une recherche sur leur pratique, comparativement aux cliniciens français.

[1] « Psychodynamique » entendu au Québec comme une utilisation non analytique de la théorie.

D'une manière générale, le taux de participation à la présente étude reste très faible[1]. Kottler et Carlson (2003) – dans leur étude sur les erreurs en psychothérapie – ont rencontré un tiers de refus parmi les personnes sollicitées, qui avaient toutes une relation avec les auteurs construite sur un certain degré de confiance et de respect mutuel. Cette proportion de refus est considérablement inférieure à celle observée dans la présente recherche. Cette différence s'explique probablement par deux facteurs principaux : le premier repose sur la relation de confiance et de respect entre les auteurs et les personnes sollicitées, le second réside dans le niveau d'expérience et de reconnaissance professionnelle des personnes sollicitées, « master therapists », qui rendrait moins risqué de s'exposer sous l'angle de ses « faiblesses ». Les analystes qui ont participé à la présente étude n'expriment pas en effet, dans leur grande majorité, de difficulté ou d'anxiété à faire part de leur pratique clinique. Un biais de recrutement pourrait avoir opéré : ceux qui acceptent seraient moins sensibles au risque de s'exposer que ceux qui refusent. Suivant les facteurs qui me semblent avoir favorisé la participation des cliniciens à la recherche de Kottler et Carlson (2003) – portant pourtant sur un thème propre à générer des réticences – il apparaît que le faible taux de participation à la présente étude reposerait principalement sur le fait que je ne bénéficiais pas de relation de confiance préalable, avec la majeure partie des psychanalystes sollicités. Par ailleurs, les liens que les analystes ont avec la recherche universitaire (à travers leur doctorat ou des activités d'enseignement, pour la moitié de l'échantillon d'étude), favorisent probablement leur participation à des recherches doctorales.

Ainsi, les résultats de la présente étude tendent à montrer que l'influence du contexte culturel ne porterait pas, ou très peu, sur la pratique elle-même de l'analyste, c'est-à-dire sur son « cadre interne ». Ils tendent à soutenir le point de vue de Donnet (1995/2002), selon lequel les facteurs socioculturels viennent faciliter ou inhiber l'entreprise psychanalytique d'un sujet, l'offre d'analyse module la demande, de la même façon que la demande en module l'offre réciproquement.

[1] Pourcentage d'entretiens de recherche réalisés sur l'ensemble des analystes sollicités : 1,4 % en France, et 8,8 % au Québec.

CONCLUSION

L'objet de la présente étude doctorale trouve son origine dans une des questions qui m'ont saisie au tout début de ma pratique clinique : sur quoi repose le cheminement intérieur du clinicien au cours des premiers entretiens ? Sur quoi fonde-t-il sa proposition faite au patient d'entreprendre un travail psychique, et sa propre décision de s'engager dans une aventure dont il ignore le destin ? Les seuls développements théoriques quant à l'indication d'analyse, ne traduisent pas la façon dont le discours intérieur de l'analyste chemine jusqu'à aboutir à une décision. Dans la pratique, les situations cliniques sont multiples, et ne correspondent que rarement à des configurations claires ou extrêmes qui permettent une décision « tranchée » (Green, 2006b).

J'ai cherché, à travers cette recherche doctorale, à comprendre la façon dont l'analyste évalue, dans sa pratique clinique, les possibilités d'entreprendre un travail analytique avec un nouveau patient. Pour cela, j'ai exploré le discours de l'analyste témoignant de son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens, qui le conduit à s'engager ou non avec un patient, dans « l'avant-coup » d'une rencontre analytique potentielle. De plus, du fait de mon intérêt pour les divergences et les convergences des développements psychanalytiques en France et en Amérique du Nord, j'ai réalisé cette étude doctorale en France et au Québec. Les psychanalystes québécois – évoluant dans un contexte culturel « mixte » – ont accès à la fois aux développements théoriques nord-américains, du fait de leur situation géographique, et à la fois aux développements théoriques français, du fait de leur francophonie, à laquelle des liens historiques privilégiés avec la France s'ajoutent. L'exploration de la clinique des premiers entretiens en France et au Québec m'a semblée propice à évaluer l'influence du contexte culturel sur les pratiques cliniques.

Au vu des résultats de la présente étude, le cheminement intérieur de l'analyste au cours des premiers entretiens semble s'organiser selon une *trame d'écoute préétablie,* explicite ou implicite : selon le degré d'expérience clinique, ou selon le choix – parmi les analystes expérimentés – de ne pas secondariser son élaboration au moment des premiers entretiens. La « structuration » plus ou moins implicite de l'écoute de l'analyste, ne semble pas empêcher de laisser une place à la surprise et à l'incertitude, contrairement aux réticences exprimées dans la littérature. L'analyste réaliserait toujours une forme d'évaluation prédictive, sous-tendue par la préoccupation éthique des bénéfices potentiels que le patient pourrait tirer du travail

analytique. Réciproquement, l'analyste tenterait de présager de sa capacité à soutenir le patient tout au long de ce travail, à s'investir jusqu'à son terme.
L'élaboration de la décision thérapeutique semble toujours prendre en compte l'évaluation : de la demande, du fonctionnement psychique, et des potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel ». Si dans la pondération relative de ces trois dimensions, l'évaluation du fonctionnement psychique apparaît presque toujours très secondaire, elle jouerait un rôle non négligeable dans les aménagements du cadre analytique mis en place progressivement au cours des premiers entretiens. Elle occupe le cheminement intérieur de l'analyste de façon plus ou moins implicite, sous forme d'hypothèse de travail en cours d'élaboration. L'évaluation des potentialités de rencontre dans un « lieu transférentiel », ou même l'espoir de l'analyste qu'elles puissent se développer, peuvent suffire à soutenir la décision de s'engager dans un travail analytique avec un nouveau patient. Le désir de l'analyste semble influencer significativement l'évaluation des possibilités de travail analytique. L'analyste tiendrait plus compte de ses évaluations favorables, que défavorables, de même que des potentialités d'évolution plutôt que des évaluations initiales au moment des premiers entretiens. Le contexte culturel ne semble pas influencer le processus d'élaboration de la décision thérapeutique, et peu les caractéristiques du cheminement intérieur. En revanche, il semble moduler la demande et les possibilités de l'analyste d'y répondre.

La présente étude doctorale me semble apporter, en premier lieu, une proposition de synthèse des perspectives théoriques et des résultats de recherches antérieures sur la clinique psychanalytique des premiers entretiens. Cette question est relativement peu étudiée au regard de la richesse de la littérature psychanalytique, et très peu dans la pratique. Il n'est effectivement pas aisé de proposer une synthèse des enjeux théoriques soulevés par la clinique des premiers entretiens car, comme rappelé en introduction, elle est au carrefour de nombreuses questions, dont une partie fait l'objet de débats. La place relativement restreinte que les premiers entretiens occupent dans la littérature psychanalytique pourrait être due à la préoccupation d'une partie des auteurs à ne pas risquer de les « nouer théoriquement » (Landman, 2009). Il me semble que la théorie, d'une façon générale dans la pratique analytique, joue un rôle de fil rouge à partir duquel interroger les écarts théorico-cliniques. Les présents résultats montrent que la *trame d'écoute* s'appuie sur la théorie, se construit au fur et à mesure de l'expérience clinique, est modulée en fonction de la sensibilité théorico-clinique de chaque analyste et s'adapte aux spécificités de chaque situation clinique.

En deuxième lieu, la méthodologie choisie pour la présente étude me semble complémentaire des perspectives de recherche les plus répandue dans la littérature : l'étude de cas par l'analyste « traitant », et les recherches standardisées visant l'objectivation de facteurs prédictifs de l'issue du traitement. S'appuyant sur l'analyste en tant qu' « observateur interne » de la situation analytique (Kosmadakis & Widlöcher, 2004 ; Kosmadakis et coll., 2004), elle permet de rester aussi proche que possible de la perspective clinique, en tenant compte de la subjectivité de l'analyste dans son élaboration de la décision thérapeutique. Ainsi, partant du discours de l'analyste sur son cheminement intérieur, la présente étude tend à montrer que l'analysabilité ou l'alliance thérapeutique, n'interviennent pas dans la décision, en tout cas telles qu'elles sont développées dans les recherches standardisées en Amérique du Nord. L'engagement réciproque dans un travail analytique dépend des possibilités de rencontre dans un « lieu transférentiel », qui n'a que peu de lien avec des critères objectifs standardisés et généraux. Et considérant les pratiques de plusieurs analystes, la méthodologie de la présente étude permet de mettre en lumière la similarité du processus d'élaboration de la décision thérapeutique d'analystes de degré d'expérience varié, et pratiquant dans des contextes culturels différents. On peut espérer que ce type de recherches suscite plus d'intérêt chez les cliniciens que ne le font habituellement les recherches standardisées, considérées trop loin des préoccupations des cliniciens (Strupp, 1985).

Néanmoins, aucune méthodologie ne peut éviter totalement une distorsion entre le cheminement intérieur de l'analyste, et la façon dont il en témoigne à un tiers, même en s'attachant à respecter autant que possible les spécificités de la méthode analytique, et en cherchant à mettre en lumière la part implicite de celui-ci. De plus, la construction du guide d'entretien a révélé l'influence de ma propre formation théorico-clinique, qui tient compte notamment de l'élaboration de la relation transféro-contre-transférentielle dans l'élaboration de l'analyste. Il me semble que les réactions des analystes, explicitant un point de vue différent et soulignant leur désaccord, permettent de considérer un impact relativement faible de ce biais. Surprise des résultats qui allaient à l'encontre de mes attentes – qui étaient de trouver des différences dans la pratique des premiers entretiens en France et au Québec – j'ai sollicité un psychanalyste québécois pour comparer nos évaluations. Il est certain que lorsque les conditions de la recherche le permettent, il est très profitable que plusieurs cotateurs puissent examiner l'ensemble des données. Il est possible que des parts implicites du cheminement intérieur de l'analyste le soient restées, soit car le guide d'entretien ne les exploraient pas suffisamment, soit car elles n'étaient pas accessibles au moment des premiers entretiens.

Les résultats de la présente étude témoignent des écarts entre la théorie et la pratique rapportés dans la littérature (Racker, 1948/1997 ; Roazen, 1974/1989 ; Bokanowski, 1998 ; Donnet 1995/2002, 2005), ce qui me semble conforter l'intérêt des recherches sur les pratiques cliniques. Par exemple, les « buts thérapeutiques » et les « buts psychanalytiques » sont le plus souvent considérés conjointement dans l'élaboration d'une forme de « projet », plus ou moins explicite, dessinant des lignes de travail avec le patient. Les oppositions théoriques sur la nature des « buts » de l'analyse ne trouveraient ainsi que peu d'écho dans la pratique. Plus largement, le rôle de la subjectivité de l'analyste dans son évaluation – tendant à considérer préférentiellement les potentialités d'évolution, qu'une évaluation actuelle défavorable aux possibilités d'engager un travail analytique – conduit à ne donner qu'un poids secondaire dans la décision à des réserves fondées théoriquement. Jimenez (2009) va jusqu'à proposer d'étudier les pratiques des analystes – à travers les théories implicites – en les dissociant de la théorie de référence du clinicien.

Enfin, la présente étude ouvre sur des perspectives de recherches futures. Elle s'inscrivait dans une démarche exploratoire et descriptive qui mériterait d'être prolongée. Des recherches futures avec un échantillon plus important, permettraient d'étendre la portée des résultats. L'échantillon a été constitué de façon à ce qu'il soit le plus diversifié possible. En comptant sur des possibilités de recrutement plus larges et plus aisées, il serait intéressant de pouvoir constituer un échantillon plus représentatif des analystes dans un contexte culturel donné, en tenant compte notamment des proportions d'analystes formés dans et hors instituts et celles des obédiences théoriques représentées. Par ailleurs, les variations individuelles dans la façon de s'approprier la théorie et l'expérience clinique, pourraient être étudiées en considérant plusieurs situations cliniques pour chaque analyste. Il serait alors possible d'isoler en quoi la sensibilité théorico-clinique de l'analyste peut influencer son cheminement intérieur au cours des premiers entretiens.

Certains résultats pourraient être affinés, et d'autres ouvrent sur des objets de recherche à part entière. Ainsi, Kosmadakis et ses collaborateurs (2004) avaient ajouté une partie quantitative à l'analyse du discours des analystes, qui leur a permis de mettre en lumière des différences quant au mode d'élaboration en fonction du degré d'expérience clinique de l'analyste : plus « associatif » entre les différentes dimensions évaluées chez les plus expérimentés, et plus « clivé » chez les moins expérimentés. Les résultats seulement qualitatifs de la présente étude n'ont pas permis d'évaluer cette différence. Von Benedek (1989), utilisant un protocole longitudinal, a noté une tendance chez les analystes à péjorer l'issue du travail. Les présents

résultats ont pu montrer que des prédictions pessimistes pouvaient en effet être formulées même quand un travail s'engage avec une évaluation favorable, mais seul un protocole longitudinal permettrait d'attribuer ces prédictions pessimistes à une péjoration de l'issue. Plus globalement, l'utilisation d'un protocole longitudinal ouvre des perspectives d'articulation de l'élaboration « avant-coup » et « après-coup » des premiers entretiens, qui permettraient notamment de questionner si la part inconsciente du cheminement intérieur de l'analyste serait susceptible de jouer un rôle dans sa décision thérapeutique. Certains analystes évoquent la question psychique centrale abordée dans les premiers entretiens comme pouvant (de manière prédictive) articuler le travail, comme fil rouge. Il est en effet courant d'entendre que les premiers entretiens contiendraient tous les éléments, du moins en germe, qui se développeront comme la problématique centrale dans la cure (Quinodoz, 2002/2008). L'exploration de l'issue du travail offrirait la possibilité de voir comment la question apportée par le patient lors des premiers entretiens demeure centrale ou non par la suite. Par ailleurs, les résultats ne permettent que de prolonger la question de l'influence du modèle névrotique sur l'élaboration de l'analyste quant au fonctionnement psychique du patient. Une méthodologie spécifiquement orientée sur cette question permettrait d'évaluer si cette influence varierait en fonction du degré d'expérience clinique, et de l'avancement des séances.

L'absence de différence quant à l'élaboration de la décision thérapeutique au cours des premiers entretiens entre les psychanalystes francophones en France et au Québec, amène la question des différences avec les analystes anglophones québécois, qu'il serait intéressant d'étudier. Un résultat inattendu – l'influence du contexte culturel sur l'identité professionnelle de « psychanalyste » et de « psychothérapeute psychanalytique », pourrait être approfondi en tenant compte des représentations de la psychanalyse dans un contexte culturel donné, et de ses implications dans la construction de l'identité professionnelle du clinicien. La mise en lumière de l'influence du contexte culturel sur la demande et la façon dont l'analyste peut y répondre ouvre sur deux perspectives de recherche : d'une part, la réplication de la présente étude dans des contextes culturels moyen-orientaux comme le Liban, ou maghrébins, qui ont des échanges privilégiés avec la France dont on peut supposer qu'ils facilitent la diffusion des théories psychanalytiques françaises (ce qui permet d'isoler en partie l'influence du contexte) ; d'autre part l'exploration des représentations de la psychanalyse dans des contextes culturels différents parmi les personnes qui consultent, pour évaluer leurs implications dans les demandes adressées à l'analyste et la façon dont celui-ci s'y adapte.

Le travail de recherche doctorale suit un chemin qui part de l'illusion de l'exhaustivité à la définition d'une perspective subjective, argumentée sur la théorie, et fondée sur une méthodologie rigoureuse[1]. J'espère avoir construit une perspective singulière qui aura contribué à l'exploration plus avant du thème étudié. Le processus de recherche opère comme un levier de la pulsion épistémologique en ouvrant des perspectives de recherche stimulantes. « Cette construction inévitablement inachevée porte en elle la relance du désir d'en savoir encore plus ou d'en savoir autrement » (Letendre, 2007, p 395).

[1] S. Ionescu, communication personnelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abensour L. (2006). La brillance du contre-transfert. Revue française de psychanalyse, LXX (2), 405-413.

Aisenstein M. (2008). Contre la notion de psychothérapie psychanalytique. In D. Widlöcher (sous la direction de) Psychanalyse et psychothérapie. Paris, Erès, 119-132.

Anzieu D. (1983a). A la recherche d'une nouvelle définition clinique et théorique du contre-transfert. In H. Sztulman (sous la direction de) Le psychanalyste et son patient. Etudes psychanalytiques sur le contre-transfert. Toulouse, Privat, 23-35.

Anzieu D. (1983b). Conclusion. In H. Sztulman (sous la direction de) Le psychanalyste et son patient. Etudes psychanalytiques sur le contre-transfert. Toulouse, Privat, 299-302.

Anzieu-Premmereur C. (2000). Que sont devenues les pulsions ? Histoire des débats américains autour de la métapsychologie. In M.-C. Durieux et A. Fine (sous la direction de) Sur les controverses américaines dans la psychanalyse. Paris, Presses universitaires de France, 23-35.

Anzieu-Premmereur C. (2006). La pratique psychanalytique aux Etats-Unis. In A. Green (sous la direction de) Unité et diversité des pratiques du psychanalyste. Paris, Presses universitaires de France, 55-63.

Anzieu-Premmereur C. (2008). Psychothérapies aux Etats-Unis. In D. Widlöcher (sous la direction de) Psychanalyse et psychothérapie. Paris, Erès, 85-91.

Aulagnier P. (1984/2009). Les entretiens préliminaires et les mouvements d'ouverture. In *L'apprenti*-historien et le maître sorcier. Du discours identifiant au discours délirant. Paris, Presses universitaires de France, 1ère édition 1984, 2ème édition 2009.

Baldacci J.-L. (2006). Quelques aspects de la pratique de la psychanalyse en France. In A. Green (sous la direction de) Unité et diversité des pratiques du psychanalyste. Paris, Presses universitaires de France, 23-39.

Baldacci J.-L. (2009). La rencontre et les enjeux de l'après-coup. Revue française de psychanalyse, 73, 1649-1653.

Baldacci J.-L. et Bouchard C. (1998). La rencontre analytique, proposition d'un parcours. Revue Française de Psychanalyse, LXII (1), 13-24.

Barande I. et Barande R. (1975). Histoire de la psychanalyse en France. Toulouse, Privat.

Baranger M. (1993). Le travail mental de l'analyste : de l'écoute à l'interprétation. Revue française de psychanalyse, 17(1), 225-238.

Baranger M. et Baranger W. (1961/1985). La situation analytique comme champ dynamique. Revue française de psychanalyse, XLIX (6), 1543-1571. (Traduit par L. de Urtubey, publication originale : La situacíon analítica como campo dinámico. Problemas del campo analítico, Buenos Aires, Kargieman, 1969. Publié précédemment dans la Revista Uruguaya de Psicoanálisis, IV (1), 1961).

Bardin L. (1977/2007). *L'analyse de contenu.* Paris, Presses universitaires de France.

Baubet T., Moro M.-R. et Strum G. (2007). Approche transculturelle en psychothérapie. In S. Ionescu et A. Blanchet (sous la direction de) Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie. Paris, Presses universitaires de France, 489-510.

Bayle G. (2006). Ouverture du colloque. In A. Green (sous la direction de) Unité et diversité des pratiques du psychanalyste. Paris, Presses universitaires de France, 11-14.

Beaudry J. (2001). Histoire de l'Association des psychothérapeutes psychanalytiques du Québec. Filigrane, 10 (2), 52-65.

Ben Slama F. (1986). Le contre-transfert dans la recherche : de la notion au paradigme. Bulletin de psychologie, XXXIX (377), 791-796.

Berger M. (1997). La construction du cadre des entretiens familiaux. In M. Mathieu, P. Privat et S. Boimare (sous la direction de) *L'enfant et sa famille entre pédagogie et psychanalyse*. Paris, Erès, 169-178.

Bergeret J. (1987). Les interrogations du psychanalyste : clinique, théorie et technique. Paris, Presses universitaires de France.

Bergeret J. (1993). Psychanalyse et universalité interculturelle. Revue française de psychanalyse, 57(3), 809-839.

Bergin A. et Garfield S. (1978/1997). Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis. Seconde édition, New-York, Whiley.

Blais M. et Martineau S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Recherches qualitatives, 26(2), 1-18.

Blanchet A. et Gotman A. (1992/2006). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, Armand Colin.

Bokanowski T. (1998). De la pratique analytique. Paris, Presses universitaires de France.

Bokanowski T. (2002). Les psychanalystes, la psychanalyse et la psychothérapie analytique. In F. Richard (sous la direction de) Le travail du psychanalyste en psychothérapie. Paris, Dunod, 71-92.

Bonnet M. (1996). Entre clinique et métapsychologie : le cheminement de l'analyste. Topique, 60, 209-231.

Bossé J. (1984). Propos sur la filiation en psychanalyse ou le devenir psychanalytique. Revue française de psychanalyse, 48 (1), 299-317.

Bossé J. (2001). Présence de la psychanalyse à la clinique de l'enfance et de l'adolescence du Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur ou une expérience de pratique psychanalytique institutionnelle. Filigrane, 10 (1), 34-51.

Botella C. et Botella S. (2001). De la recherche en psychanalyse. Revue française de psychanalyse, LXV hors-série, 356-372.

Bouchard C. et Porte J-M. (1998). Argument. Revue française de psychanalyse, LXII(1), 5-10.

Bourdin D. (2007). *La psychanalyse de Freud à aujourd'hui.* Rosny-sous-Bois, Bréal.

Braconnier A. (2002). Psychanalyse et/ou psychothérapies analytiques. Recherches sur l'alliance thérapeutique et l'analysabilité. Psychothérapies, 22 (1), 21-28.

Braconnier A. et Hanin B. (2008). Se questionner. In D. Widlöcher (sous la direction de) Psychanalyse et psychothérapie. Paris, Erès, 51-56.

Brodeur C. (2008). Parcours d'un psychanalyste. Le cheminement de l'idée. Montréal, Liber.

Brusset B. (2000). Au cœur des divergences : la scientificité, la relation d'objet et l'intersubjectivité. In M-C. Durieux et A. Fine (sous la direction de) Sur les controverses américaines dans la psychanalyse. Paris, Presses universitaires de France, 85-117.

Cadet B. et Guillot Y. (1984). Quelques déterminants des projets thérapeutiques lors d'une consultation en centre medico-psycho-pédagogique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 32 (1), 41-48.

Chaltiel P. (1998). Comment poser l'indication d'une thérapie familiale ? Perspectives psychiatriques, 37 (3), 188-191.

Chamoun M. (1998). Du familier vers l'inconnu : à propos de la rencontre analytique en pays d'Orient. Revue française de psychanalyse, LXII (1), 63-74.

Chartier J.-P. (2006). Introduction à la technique psychanalytique. Paris, Editions Payot & rivages.

Chervet B. (2006). L'exercice de la psychanalyse. In A. Green (sous la direction de) Unité et diversité des pratiques du psychanalyste. Paris, Presses universitaires de France, 77-86.

Combe C. (2001). Les premiers entretiens et la conduite interprétative des premières années d'analyse. Topique, 77, 87-97.

Dansereau M. (1987). Une parole … Un entretien avec Michel Dansereau. Frayages, 3, 105-114.

Dantlgraber J. (2012). Observations on the subjective indication for psychoanalysis. Paper. In B. Reith, S. Lagerlöf, P. Crick, M. Møller et E. Skale Initiating psychoanalysis. Perspectives. London, Routledge, 194-222.

David H. (1997). La psychanalyse en questions. Revue québécoise de psychologie, 18 (1), 175-180.

De Lavergne C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. Recherches qualitatives, hors-série, 3, 28-43.

Denis P. (2000). Heinz Kohut et « la psychologie du self ». In M-C. Durieux et A. Fine (sous la direction de) Sur les controverses américaines dans la psychanalyse. Paris, Presses universitaires de France, 11-22.

Denis P. (2006). Incontournable contre-transfert. Revue française de psychanalyse, LXX, 2, 331-350.

Desgroseillers R. (2001). L'histoire de la psychanalyse à Albert-Prévost. Filigrane, 10 (1), 6-33.

Diatkine G. (2001). Les lacanismes, les analystes français et l'Association psychanalytique internationale. Revue française de psychanalyse, LXV hors-série, 389-400.

Diatkine G. (2006). Le retour de l'objet primaire. In A. Green (sous la direction de) Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. Le dedans et le dehors. Paris, Presses universitaires de France, 531-542.

Dispaux M.-F. (2007). La neutralité à l'épreuve de la clinique au quotidien. Revue française de psychanalyse, 71(3), 669-685.

Donnet J.-L. (1994). Pour une consultation psychanalytique. In B. Tanguay (sous la direction de) *Le premier entretien et l'écoute psychanalytique.* Cap-Saint-Ignace, Editions du Méridien, 53-71.

Donnet J.-L. (1995/2002). Le divan bien tempéré. Première édition 1995, Paris, Presses Universitaires de France.

Donnet J.-L. (1997). Une évolution de la demande au Centre Jean-Favreau. In J. Cournut, P. Israël, A. Jeanneau et J. Schaeffer (sous la direction de) Le mal être. Paris, Presses universitaires de France, 15-24.

Donnet J.-L. (2005). La situation analysante. Paris, Presses Universitaires de France.

Donnet J.-L. (2006a). L'analyste et sa règle fondamentale. In A. Green (sous la direction de) Unité et diversité des pratiques du psychanalyste. Paris, Presses universitaires de France, 17-22.

Donnet J.-L. (2006b). Situation de la psychanalyse, situation analytique. In A. Green (sous la direction de) Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. Le dedans et le dehors. Paris, Presses universitaires de France, 777-792.

Drapeau M. et Letendre R. (2001). Quelques propositions inspirées de la psychanalyse pour augmenter la rigueur en recherche qualitative. Recherches qualitatives, 22, 73-92.

Ducharme J.-F. (2005). Une exploration de l'œuvre de François Peraldi. In G. Chagnon et D. Monast (sous la direction de) François Peraldi *: voix, legs, parcours d'un psychanalyste.* Montréal, Liber, 11-30.

Dufresne R. (1994). Le premier entretien analytique : des indications à l'écoute du désir d'analyse. In B. Tanguay (sous la direction de) *Le premier entretien et l'écoute* psychanalytique. Cap-Saint-Ignace, Editions du Méridien, 85-111.

Duruz N., De Roten Y., Pomini V. et Despland J.-N. (2003). La recherche en psychothérapie : impact sur la clinique et sur la formation. Médecine & Hygiène, 61, 1760-1764.
Edelman G. (2004). Plus vaste que le ciel. Une nouvelle théorie générale du cerveau. Paris, Odile Jacob. Traduit de l'américain, Wider than the sky. The phenomenal gift of consciousness, Yale University Press, 2004.

Ellenberger H. F. (1970/1994). *Histoire de la découverte de l'inconscient.* Paris, Fayard. Première édition française en 1974 chez SIMEP Editions, sous le titre : A la découverte de *l'inconscient. Histoire de la psychiatrie dynamique* (Traduit de l'américain The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry, 1970, New York, Basic books Inc.).

Emmanuelli M et Perron R. (2007). Présentation. In M. Emmanuelli et R. Perron (sous la direction de) La recherche en psychanalyse. Paris, Presses universitaires de France, 7-11.

Etchegoyen R. H. (1986/2005). Fondements de la technique psychanalytique. Paris, Hermann, traduit de l'espagnol première édition 1986.

Fadda S. (1995). Quelques considérations au sujet de l'indication à la psychothérapie analytique. Psychothérapies, 2, 81-88.

Fenichel O. (1941/1999). Problèmes de technique psychanalytique. Paris, Bibliothèque des introuvables. Traduit de l'anglais Problems of psychoanalytic technique, Albany, The Psychoanalytic Quarterly, première édition 1941.

Freud S. (1905/2002). De la psychothérapie. In La technique psychanalytique. Quatorzième édition 2002, première édition 1953, Paris, Presses Universitaires de France, 9-22.

Freud S. (1909/2001). Cinq leçons sur la psychanalyse. Première édition 1924, Paris, Payot & Rivages. (Conférences prononcées en septembre 1909 à la Clark University, Worcester).

Freud S. (1910a/2002). A propos de la psychanalyse dite « sauvage ». In La technique psychanalytique. Quatorzième édition 2002, première édition 1953, Paris, Presses universitaires de France, 35-42.

Freud S. (1910b/2002). Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique. In La technique psychanalytique. Quatorzième édition 2002, première édition 1953, Paris, Presses Universitaires de France, 2002, 23-34.

Freud S. (1912a/2002). La dynamique du transfert. In La technique psychanalytique. Quatorzième édition 2002, première édition 1953, Paris, Presses Universitaires de France, 2002, 50-60.

Freud S. (1912b/2002). Conseils aux médecins sur le traitement psychanalytique. In La technique psychanalytique. Quatorzième édition 2002, première édition 1953, Paris, Presses Universitaires de France, 2002, 61-71

Freud S. (1913a/2002). Le début du traitement. In La technique psychanalytique. Quatorzième édition 2002, première édition 1953, Paris, Presses universitaires de France, 2002, 80-104.

Freud S. (1913b/2001). L'intérêt de la psychanalyse. In Résultats, idées, problèmes I 1890-1920. Septième édition 2001, première édition 1984, Paris, Presses universitaires de France, 187-213.

Freud S. (1914a/2001). Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique. In Cinq leçons de psychanalyse. Première édition 1924, Paris, Payot & Rivages, 81-186.

Freud S. (1919/2002). Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. In La technique psychanalytique. Quatorzième édition 2002, première édition 1953, Paris, Presses universitaires de France, traduit de l'allemand 1919, 2002, 131-141.

Freud S. (1920/2001). Au-delà du principe de plaisir. In Essais de psychanalyse. Paris, Payot & Rivages, traduit de l'allemand, 1920, 2001 (1981 1ére édition), 47-128.

Freud S. (1923/2002). « Psychanalyse » et « Théorie de la libido ». In Résultats, idées, problèmes II 1921-1938. Sixième édition 2002, première édition 1985, Paris, Presses universitaires de France, 51-77.

Freud S. (1926/1998). La question de *l'analyse profane*. Paris, Gallimard.

Freud S. (1938/2001). Abrégé de psychanalyse. Quatorzième édition 2001, première édition 1949 (traduit de l'allemand, texte inachevé de 1938), Paris, Presses universitaires de France.

Gárate-Martínez I. (1995). La fonction symbolique des pairs dans la formation du psychanalyste. In A. Costecalde, I. Gárate-Martínez, D. Lachaud et C. Trono Devenir psychanalyste *: les formations de l'inconscient.* Paris, Denoël, 43-71.

Garb H. (1998). Studying the clinician. Judgment research and psychological assessment. Washington, American Psychological Association.

Garon Léonard J., Leduc M. et Monette L. (1995). Un certain portrait de famille. Le Coq-Héron, 136, 9-39.

Gauthier J. (2001). Histoire de la psychosomatique au Québec. Entretien avec Dr Paul Lefebvre. Filigrane, 10 (1), 121-130.

Gibeault A. (2001). Du processus analytique en psychanalyse et en psychothérapie : de l'interpersonnel à l'intrapsychique. Revue française de psychanalyse, LXV hors-série, 49-65.

Gibeault M. et Rabain J.-F. (1993). Argument. Revue française de psychanalyse, « Différences culturelles », 57(3), 685-688.

Gitelson F.H. (1979). Crise d'identité : scissions ou compromis, solutions positives ou constats d'échec. In E.D. Joseph et D. Widlöcher (sous la direction de) *L'identité du* psychanalyste. Paris, Presses universitaires de France, 169-188.

Glover E. (1955/1958). La technique de la psychanalyse. Paris, Presses Universitaires de France. Traduit de l'anglais The technique of psycho-analysis, Baillière, Tindall ans Cox, Londres, 1955.

Godfrind J. (1994). Plaidoyer pour une certaine certitude. Revue Française de Psychanalyse, 58, 1531-1534.

Golse B. (2008). Le point de vue d'un pédopsychiatre-psychanalyste. In D. Widlöcher (sous la direction de) Psychanalyse et psychothérapie. Paris, Erès, 17-24.

Gori R. (2008). Psychothérapie : un mot-girouette ? In D. Widlöcher (sous la direction de) Psychanalyse et psychothérapie. Paris, Erès, 41-50.

Goyena A. (2006). Heinrich Racker ou le contre-transfert comme nouveau départ. Revue française de psychanalyse, LXX (2), 351-370.

Green A. (1990/2010). La folie privée. Psychanalyse des cas limites. Première édition dans la collection « Folio essais » 2003, première parution 1990, Paris, Gallimard.

Green A. (2006a). Le tournant des années 2000. In A. Green (sous la direction de) Unité et diversité des pratiques du psychanalyste. Paris, Presses universitaires de France, 23-39.

Green A. (2006b). Psychanalyse et/ou psychothérapie. Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. In A. Green Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. Le dedans et le dehors. Paris, Presses universitaires de France, 1ère partie, chap. II, 61-97.

Green A. (2007). Le pluralisme des sciences et la pensée analytique. In M. Emmanuelli et R. Perron (sous la direction de) La recherche en psychanalyse. Paris, Presses universitaires de France, 17-38.

Greenson R. (1967/1977). Technique psychanalytique et pratique de la psychanalyse. Paris, Presses universitaires de France. (Traduit de Technique and Practice of Psychoanalysis. New-York, International university press, 1967).

Guillaumin J. (1998). Transfert/Contre-transfert. Etudes psychanalytiques. Bordeaux, L'Esprit du temps.

Guyomard P. (2001). Dépasser le but initial. Revue française de psychanalyse, LXV hors-série, 319-334.

Hale N. (1971/2002). Freud et les américains *: l'implantation de la* psychanalyse aux Etats-Unis (1876-1917). Paris, Les Empêcheurs de tourner en rond/Le Seuil. (Traduit de l'américain, Freud and the Americans. The beginnings of psychoanalysis in the United States, 1876-1917, 1971, Oxford university press).

Hanin B. (1996). Entretiens préliminaires. In D. Widlöcher et A. Braconnier (sous la direction de) Psychanalyse et Psychothérapies. Paris, Flammarion, 77-90.

Hazan M. (2001). Le séminaire de François Peraldi : témoignage d'une rencontre paradoxale avec la transmission de la psychanalyse à Montréal. Filigrane, 10 (2), 74-91.

Heimann P. (1950). On counter-transference. International Journal of Psycho-Analysis, 31, 81-84.

Heimann P. (1960). Counter-transference. British Journal of Medical Psychology, 33, 9-15.

Hoffmann J. (1985). Some reflexions on the psychoanalytic encounter and the concept of analysability as illustrated by an interrupted analysis. Scandinavian psychoanalytic review, 8, 141-158.

Hoglend P., Engelstad V., Sorbye O., Heyerdahl O. et Amlo S. (1994). The role of insight in exploratory psychodynamic psychotherapy. British journal of medical psychology, 67, 305-317.

Hollande C. (1983). Quelques remarques sur les repères structurels et l'évaluation de la demande au cours des entretiens préliminaires. Bulletin de la société psychanalytique de Paris, n°4, 3-7.

Huber W. (1987). *La psychologie clinique aujourd'hui*. Bruxelles, Mardaga.

Huber W. (1993a). Les psychothérapies. Paris, Nathan.

Huber W. (1993b). *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*. Paris, Presses universitaires de France.

Jacobs T. (1993). Les expériences internes de l'analyste et leurs apports au processus analytique. Revue française de psychanalyse, 17(1), 239-249.

Jbeili K. (2005). Les aiguillages de la transmission. In G. Chagnon et D. Monast (sous la direction de) François Peraldi *: voix, legs, parcours d'un psychanalyste.* Montréal, Liber, 93-102.

Jimenez J.P. (2009). Appréhender la pratique des psychanalystes selon leurs mérites respectifs. Revue française de psychanalyse, 73(3), 843-863.

Jones E. (1955/2000). La vie *et l'œuvre de Sigmund Freud. 2/* Les années de maturité 1901-1919. Première édition1961, Paris, Presses universitaires de France. (Traduit de l'anglais The life and work of Sigmund Freud. Volume 2. Years of maturity (1901-1919), 1955, New York, Basic books Inc.).

Jorda P. (1983). Des plaisirs du psychanalyste. In H. Sztulman (sous la direction de) Le psychanalyste et son patient. Etudes psychanalytiques sur le contre-transfert. Toulouse, Privat, 195-211.

Joseph B. (1975). The patient who is difficult to reach. In P. L. Giovacchini (sous la direction de) Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. New York, Aronson, vol. 2, chap. 6, 205-216.

Joseph E.D. et Widlöcher D. (1979). *L'identité du* psychanalyste. Paris, Presses universitaires de France.

Jozef Perelberg R. (2006). Psychanalyse en Grande Bretagne. In A. Green (sous la direction de) Unité et diversité des pratiques du psychanalyste. Paris, Presses universitaires de France, 41-53.

Kernberg O. (1984/2004). Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapiques. Seconde édition 2004, première édition 1989, Paris, PUF. (Traduit de l'anglais Severe personality disorder : psychotherapeutic strategies, 1984, Yale University Press).
Kernberg O. (1992). La situation actuelle de la psychanalyse. Revue française de psychanalyse, 56 (2).

Kernberg O. (2001). Psychanalyse, psychothérapie psychanalytique et psychothérapie de soutien : controverses contemporaines. Revue française de psychanalyse, LXV hors-série, 15-35.

King P. (1979). Crise d'identité : scissions ou compromis, solutions positives ou constats d'échec. In E.D. Joseph et D. Widlöcher (sous la direction de) *L'identité du psychanalyste.* Paris, Presses universitaires de France, 189-201.

Klauber J. (1981/1984). La rencontre analytique. Ses difficultés. Paris, Presses universitaires de France. (Traduit de Difficulties in the analytic encounter, 1981, New York Londres, Jason Aronson).

Korff-Sausse S. (2006). Contre-transfert, clinique de l'extrême et esthétique. Revue française de psychanalyse, LXX (2), 507-520.

Kottler J.A. et Carlson J. (2003). Bad Therapy: Master Therapists Share Their Worst Failures. New-York, Brunner-Routledge.

Kosmadakis S.C., Braconnier A., Hanin B., Lancrenon S., Widlöcher D. (2004). La pratique des entretiens préliminaires de psychothérapie psychanalytique. Critères d'évaluation – Etude quantitative. Annales médico-psychologiques, 162, 271-278.

Kosmadakis S. et Widlöcher D. (2004). La clinique des entretiens préliminaires en psychanalyse. Annales médico-psychologiques, 162, 329-336.

Lachan A. (2005). *La dynamique parentale dans la pratique de l'indication de la psychothérapie d'enfant*. Mémoire de recherche de DEA, sous la direction du Pr. Ionescu, Université René Descartes-Paris V.

Lafortune M. (1987). Dérive. Frayages, 3, 119 -125.

Lagerlöf S (2012). A short overview of the development of ideas about « first interviews » after Freud. In B. Reith, S. Lagerlöf, P. Crick, M. Møller et E. Skale Initiating psychoanalysis. Perspectives. London, Routledge, chapitre 3, 35-39.

Landman P. (2009). Les entretiens préliminaires. Figures de la psychanalyse, n°12, 93-100.

Laplanche J. (2001). Contre-courant. Revue française de psychanalyse, LXV hors-série, 299-309.

Laplanche J. et Pontalis J.-B. (1967/1997). Vocabulaire de la psychanalyse. Première édition 1967, Presses universitaires de France, Paris.

Lastrico A., Andreoli A., Schneider El Gueddari N., Aapro N. et Dazord A. (1995). Niveau de formation des psychothérapeutes et résultats de la psychothérapie analytique. Annales médico-psychologiques, 153 (10), 676-686.

Lasvergnas I. (1994). La théorie de l'entrevue préliminaire : avant-coup ou après-coup ? In B. Tanguay (sous la direction de) *Le premier entretien et l'écoute psychanalytique*. Cap-Saint-Ignace, Editions du Méridien, 35-52.

Lauru D. (2007). L'éloge de la surprise ou les premières rencontres avec l'adolescent. Le Carnet PSY, 22-25.

Lechartier-Atlan C. (2000). Intersubjectivité et contre-transfert : les enjeux d'une controverse américaine. In M.-C. Durieux et A. Fine (sous la direction de) Sur les controverses américaines dans la psychanalyse. Paris, Presses universitaires de France, 119-129.

Lecomte C., Savard R., Drouin M-S. et Guillon V. (2005). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. Revue québécoise de psychologie, 25 (3), 73-102.

L'Ecuyer R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu* : méthode GPS et concept de Soi. Québec, Presses universitaires du Québec.

Lessard-Hébert M., Goyette G., et Boutin G. (1997). La recherche qualitative. Fondements et pratiques. Montréal, Nouvelles AMS.

Letendre R. (2007). Contribution de la psychanalyse aux méthodes qualitatives : quelques mots sur la rigueur en lien avec le dispositif d'hospitalité et la fonction tierce. Recherches qualitatives, hors-série, 3, 384-396.

Lévesque C. (1987). La « passe » philosophique. Frayages, 3, 141-148.

Leuzinger-Bohleber M. (2007). Un exemple de recherche en psychanalyse : le suivi de psychanalyses et thérapies psychanalytiques de longue durée. In M. Emmanuelli et R. Perron (sous la direction de) La recherche en psychanalyse. Paris, Presses universitaires de France, 127-148.

Little M. (1960). Counter-transference. British Journal of Medical Psychology, 33, 29-31.

Luborsky L. (1991). La recherche empirique sur les psychothérapies peut maintenant aider la pratique clinique : heureux changement. Psychologie médicale, 23(1), 33-36.

Lussier A. (1987). Le "feu sacré" : de la psychologie à la psychanalyse. Un entretien avec André Lussier. Frayages, 3, 27-46.

Mac Dougall J. (1983). Le contre-transfert et les cas difficiles. In H. Sztulman Le psychanalyste et son patient. Etudes psychanalytiques sur le contre-transfert. Toulouse, Privat, 241-262.

Mailloux N. (2007). Psychologie, psychologie clinique, psychodynamique. Montréal, Liber.

Martin Cabré L.J. (1999). La contribution de Ferenczi au concept de contre-transfert. Le Coq-Héron, 154, 6-16.

Marty P., M'Uzan (de) M. et David C. (1963/2003). *L'investigation psychosomatique*. Première édition 1963, Paris, Presses universitaires de France.

Meehl P. (1954/1996). Clinical versus statistical prediction. A theoretical analysis and a review of the evidence. Première edition 1954, révisée en 1996, London, Jason Aronson.

Meehl P. (1973). Psychodiagnosis : selected papers. Minneapolis, University of Minnesota press.

Melese F. (2007). Le discours intérieur. Le Carnet PSY, 37-39.

Michaud P. (1999). Rencontre avec … Noël Mailloux. Revue québécoise de psychologie, 20 (1), 173-190.

Michaud P. (2003). Rencontre avec … André Lussier. Revue Québécoise de Psychologie, 24 (3), 245-260.

Mihaescu G. (2000). *De l'erreur en psychothérapie.* De la théorie à la pratique. Genève, Editions Médecine et Hygiène.

Mijolla (de) A. (2002). Indications et contre-indications de la psychanalyse chez l'adulte. In A. de Mijolla (sous la direction de) Dictionnaire international de la psychanalyse : concept*ions, notions, biographies, œuvres, événements, institutions.* Paris, Calmann-Lévy, 809-811.

Missonnier S. (2008). Psychanalyse et psychothérapie. Etude comparative et critique. In D. Widlöcher (sous la direction de) Psychanalyse et psychothérapie. Paris, Erès, 133-172.

Mohl P-C., Martinez D., Ticknor C. et Appelby J. (1989). Psychotherapy refusers. Comprehensive psychiatry, 30 (3), 245-250.

Moro M.R. et Lachal C. (2008). L'épreuve de la diversité. In D. Widlöcher (sous la direction de) Psychanalyse et psychothérapie. Paris, Erès, 101-107.

Mucchielli R. (1974/1991). *L'analyse de contenu des documents et des communications.* Septième édition 1991, première édition 1974, Paris, ESF.

Muller J. (2005). François Peraldi comme signe. In G. Chagnon et D. Monast (sous la direction de) François Peraldi *: voix, legs, parcours d'un psychanalyste.* Montréal, Liber, 75-91.

M'Uzan (de) M. (1976). Contre-transfert et pensée paradoxale. Revue française de psychanalyse, XL (3), 575-590.

M'Uzan (de) M. (1978). La bouche de l'inconscient. Nouvelle revue de psychanalyse, 17, 89-97.

M'Uzan (de) M. (1989). Pendant la séance. Considérations sur le fonctionnement mental de l'analyste. Nouvelle revue de psychanalyse, 40, 147-163.

Nachin C. (2004). La méthode psychanalytique. Paris, Armand Colin.

Nacht S. (1960). Sur la technique du début de la cure psychanalytique. Revue française de psychanalyse, Tome XXIV, 5-18.

Nacht S. et Lebovici S. (1956). Indications et contre-indications de la psychanalyse chez l'adulte. In S. Nacht (sous la direction de) *La psychanalyse aujourd'hui.* Tome I. Paris, presses universitaire de France, 1-39.

Naiman J. (2001). La psychanalyse au Allan Memorial Institute. Filigrane, 10 (1), 52-59.

Neyraut M. (1974/2004). Le transfert. Etude psychanalytique. Cinquième édition 2004, première édition 1974, Paris, Presses universitaires de France.

Ody M. (2001). Quelques réflexions de base au sujet du travail psychanalytique avec l'enfant. Revue française de psychanalyse, LXV hors-série, 373-387.

Ogden H. (2005). Le tiers analytique : les implications pour la théorie et la technique psychanalytique. Revue française de psychanalyse, 69(3), 751-774.

Panaccio M. (2000). La psychanalyse au Québec : formation, filiation, transmission. Thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal.

Parat C. (1976). A propos du contre-transfert. Revue française de psychanalyse, XL (3), 545-560.
Parat C. (1982). Transfert et relation en analyse. Revue française de psychanalyse, XLVI (2), 357-364.

Parsons M. (2006). Le contre-transfert de l'analyste sur le processus analytique. Revue française de psychanalyse, LXX (2), 385-404.

Passelande A. et Pelletier R. (2007). La psychanalyse au Canada, vue du Québec. Psychanalyse, 3 (10), 43-69.

Pekarik G. et Finney-Owen K. (1987). Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout. Community mental health journal, 23 (2), 120-130.

Pelletier R. (2009). La psychanalyse n'est pas une branche de la psychologie … Psychologie Québec, 26 (4), 20-21.

Peraldi F. (1987). La marge psychanalytique. Frayages, 3, 127-136.

Piper W. et Ogrodniczuk J. (1999). Therapy manuals and the dilemma of dynamically oriented therapists and researchers. American Journal of Psychotherapy, 53 (4), 467-482.

Pongis-Khandjian M.-A. (2001). Il était une fois un pionnier …. L'institut de psychothérapie du Québec (I.P.Q.). Filigrane, 10 (2), p 112-121.

Pontalis J-B. (2001). Le laboratoire central. Revue française de psychanalyse, LXV hors-série, 311-317.

Quinodoz D. (2002/2008). Des mots qui touchent. Première édition 2002, Paris, Presses universitaires de France.

Racker H. (1948/1997). Etudes sur la technique psychanalytique : transfert et contre-transfert. Meyzieu, Césura. (Traduit de l'espagnol, compilation d'articles publiés de 1948 à 1958).

Rappard E. (1993). *Proposition d'une méthode d'évaluation des indications des* psychothérapies et des psychanalyses. Thèse de doctorat des sciences de la vie et de la santé de l'université Paris VI. Sous la direction de D. Widlöcher.

Rappard E. (1996). Evaluation des psychothérapies. In D. Widlöcher et A. Braconnier (sous la direction de) Psychanalyse et Psychothérapies. Paris, Flammarion, 245-255.

Reid W. (1994). Aux marges de l'analysable : le premier entretien ou une théorie infantile de la psyché. In B. Tanguay (sous la direction de) *Le premier entretien et l'écoute* psychanalytique. Cap-Saint-Ignace, Editions du Méridien, 9-33.

Reik T. (1935/2001). Le psychologue surpris. Deviner et comprendre les processus inconscients. Traduit de l'allemand 1935, Paris, Denoël.

Reik T. (1948/2002). *Ecouter avec la troisième oreille. L'expérience intérieure d'un* psychanalyste. Traduit de l'allemand 1948, Paris, Claude Tchou pour la bibliothèque des introuvables.

Renik O. (2001). Buts cliniques et terrain commun en psychanalyse. Revue française de psychanalyse, LXV hors-série, 111-119.

Reith B., Lagerlöf S., Crick P., Møller M. et Skale E. (2012). Initiating psychoanalysis. Perspectives. London, Routledge.

Roazen P. (1974/1989). Comment Freud analysait. Paris, Navarin Editeur. (Extrait de Freud ans his Followers, 1974).

Rock D. (1994). Clinical judgment survey of mental-health professionals: I. An assessment of opinions, ratings, and knowledge. Journal of clinical psychology, 50 (6), 941-950.

Roger G. (2001). Entretiens préliminaires (Indications d'analyse, indications d'analyste). Topique, 77, 21-34.

Roudinesco E. (1986). La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France 2 : 1925-1985. Paris, Le Seuil.

Roussillon R. (2008). Sur l'opposition psychothérapie/psychanalyse. In D. Widlöcher (sous la direction de) Psychanalyse et psychothérapie. Paris, Erès, 65-75.

Saint-Cyr Tribble D. et Saintonge L. (1999). Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements. Recherches qualitatives, 20, 113-125.

Sandler J. (1976). Contre-transfert et son rôle de résonnance. Revue française de psychanalyse, XL (3), 403-411.

Sandler J. (1983/1985). Réflexions sur quelques relations entre les concepts psychanalytiques et la pratique psychanalytique. Revue française de psychanalyse, XLIX (6), 1523-1541. (Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic pratice International Journal of Psychoanalysis, 64, 35-45. Traduit de l'anglais par A. et M. Gibeault).

Scheidhauer M. (1985). Le rêve freudien en France : avancées et résistances. 1900-1926. Paris, Navarin.

Souffir V. (2000). Courants précurseurs de l'intersubjectivité. In M-C. Durieux et A. Fine Sur les controverses américaines dans la psychanalyse. Paris, Presses universitaires de France, 131-152.

Sultan S. (2004). Le diagnostic psychologique : théorie, éthique, pratique. Paris, Frison-Roche.

Sztulman H. (1983). En guise d'introduction : « Son ». In H. Sztulman (sous la direction de) Le psychanalyste et son patient. Etudes psychanalytiques sur le contre-transfert. Toulouse, Privat, 7-21.

Tanguay B. (1994a). Préambule. In B. Tanguay (sous la direction de) Le premier entretien et *l'écoute psychanalytique.* Cap-Saint-Ignace, Editions du Méridien, 7-8.

Tanguay B. (1994b). Le premier entretien à l'adresse institutionnelle : le risque d'une rencontre manquée. In B. Tanguay (sous la direction de) *Le premier entretien et l'écoute* psychanalytique. Cap-Saint-Ignace, Editions du Méridien, 73-84.

Tessier H. (2005). La psychanalyse américaine. Que sais-je ? Paris, Presses Universitaires de France.

Thurin J.-M. (2005). Peut-on faire de la recherche empirique en psychanalyse, pourquoi et sur quelles bases ? Psychologie clinique, 19, 221-250.

Ticho E. A. (1972). Termination of psychoanalysis : treatment goals, life goals. Psychoanalytic Quaterly, 41(3), 315-333.

Turkle S. (1978/1982). La France freudienne. Paris, Grasset (Traduit de l'américain, Psychoanalytic politics *: Freud's french revolution,* 1978, New York, Basic books Inc.).

Urribarri F. (2006). La pratique de la psychanalyse en Argentine. In A. Green (sous la direction de) Unité et diversité des pratiques du psychanalyste. Paris, Presses universitaires de France, 65-76.

Urtubey (de) L. (1994). Le travail de contre-transfert. Revue française de psychanalyse, 58 (spécial congrès), 1271-1372.

Urtubey (de) L. (2002). *Du côté de chez l'analyste.* Paris, Presses universitaires de France.

Urtubey (de) L. (2006). Des origines du contre-transfert. Revue française de psychanalyse, LXX (2), 371-384.

Valabrega J.-P. (1979/1994). *La formation du psychanalyste. Esquisse d'une théorie.* Edition revue et augmentée 1994, première édition 1979, Paris, Payot.

Vigneault J. (1993). Transferts et déplacements. Trans, 223-238.

Vigneault J. (2001). Histoire de la psychanalyse au Canada. Filigrane, 10 (2), 3-27.

Vigneault J. (2002). Canada. In A. de Mijolla (sous la direction de) Dictionnaire international de la psychanalyse. Paris, Calmann-Lévy, 256-261.

Von Benedek L. (1983). Le projet thérapeutique. Les prévisions initiales du clinicien et leur *évolution au cours d'une psychothérapie à visée psychanalytique.* Thèse de doctorat en psychologie appliquée, Université Paris V. Sous la direction de D. Widlöcher.

Von Benedek L. (1989). Le travail mental du psychanalyste. Belgique, Editions universitaires Bégédis.

Weinshell E.M. (1979). Message d'un ex-président : Maxwell Gitelson. In E.D. Joseph et D. Widlöcher (sous la direction de) *L'identité du psychanalyst*e. Paris, Presses universitaires de France, 85-99.

Widlöcher D. (1997). Dictionnaire de psychanalyse. Collectif, Paris, Encyclopaedia universalis et Albin Michel.

Widlöcher D. (2004). Dissection de l'empathie. Revue française de psychanalyse, 68(3), 981-992.

Wiggins J. (1981). Clinical and statistical prediction: where are we and where do we go from here? Clinical psychology review, 1, 3-18.

Winnicott D. (1947/1969). La haine dans le contre-transfert. In De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot, 72-82.

Winnicott D. (1960/1969). Le contre-transfert. In D. Winnicott De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot, 350-357.

Winnicott D. (1971/2001). *Jeu et réalité. L'espace potentiel.* Paris, Gallimard. (Traduit de l'anglais Playing and reality , 1971).

Zaretsky E. (2004/2008). Le siècle de Freud. Une histoire sociale et culturelle de la psychanalyse. Paris, Albin Michel. (Traduit de l'anglais, Secrets of the Soul: A Social and Cultural History of Psychoanalysis, 2004, New York, Vintage books ed.).

Zimring F. (1994). Carl Rogers. *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée* (Paris, UNESCO : Bureau international d'éducation), XXIV (3/4), 429-442.

REFERENCES ELECTRONIQUES

[1] http://www.psychanalysemontreal.org/presentation-de-la-societe-psychanalytique-de-montreal.aspx?id=2 ; consulté en ligne le 21/03/2014.

[2]http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.html ; consulté en ligne le 23/03/2014.

[3] https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/orientations-theoriques.sn ; consulté en ligne le 30/03/2014.

[4] http://www.clipsy-montreal.org ; consulté en ligne le 30/03/2014.

[5] http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/obtenir-un-permis/permis-de-psychologue/admission-des-diplomes-quebecois-en-psychologie.sn ; consulté en ligne le 30/03/2014.

[6] http://www.appq.com/presentation/index.html ; consulté en ligne le 30/03/2014.

ANNEXES

I. ECHANTILLON D'ETUDE

Tableau n° 5 : Caractéristiques des participants inclus dans l'échantillon d'étude

Participant	Genre Tranche d'âge Nationalité	Nombre d'années d'expérience clinique de pratique d'analyse et de psychothérapies analytiques	Formation universitaire Pratique de recherche ou d'enseignement Formation complémentaire	Parcours de formation psychanalytique Référence théorique principale	Activités professionnelles actuelles
Mme Tremblay QC1	Femme 40-50 ans Québécoise	Internat psychothérapie université Québec : 3 ans Pratique privée : 11 ans Institutionnelle : 7 ans TOTAL : **17 ans**	Master en psychologie, Québec	Analyse personnelle : 8 ans (2 fois/sem puis 1 fois/sem) Supervision : 7 ans 1 fois/sem, 7 ans 2 fois/mois Formation continue métapsychologie psychanalytique 7 ans	Libéral Temps plein Adultes Adolescents (Membre OPQ[1])
Mme Gagnon QC2	Femme 50-60 ans Québécoise	Pratique privée : 12 ans Institutionnelle : 15 ans (enfants, adolescents, adultes) TOTAL : **27 ans**	Master et Doctorat en psychologie, Québec Séminaires psychanalytiques Enseignement à l'université	Analyse personnelle : 15 ans (4 fois/sem puis1fois/sem) Supervisions Inscrite dans 2 sociétés psychanalytiques québécoises dont une affiliée à l'international Publications	Institution Temps plein Adultes (Membre OPQ)
Mr Roy QC3	Homme 60-70 ans Québécois	Pratique privée : 30 ans Institutionnelle : plus de 30 ans (pas seulement comme analyste) (enfants, adolescents, adultes) TOTAL : **30 ans**	Master psychologie, Suisse Doctorat psychologie, Québec Supervise des doctorants Enseignement universitaire (25 ans)	Analyse personnelle : 10 ans (2 à 3 fois/sem, Suisse et Québec) Formation institut psychanalytique : supervision (4 ans 1fois/sem), séminaires Se dit freudien mais pas au sens d'une orthodoxie rigide, choix de ne pas appartenir à une société psychanalytique	Libéral mi-temps (Désinscrit de l'OPQ par choix)
Mme Côté QC4	Femme 50-60 ans Québécoise	Pratique institutionnelle : 20 ans mais pas en pratique analytique Pratique privée : 7 ans **TOTAL : 7 ans**	Diplôme d'infirmière, Québec Master en psychologie, Québec Formation « Abandon corporel » (qu'elle a pratiqué avant de s'orienter vers la psychanalyse)	Analyse personnelle (4 ans 3 puis 2 fois/sem) Formation analytique dans institutions (5 ans) Supervisions (125h) Inscrite dans association psychothérapeutes psychanalytiques Référence théorique principale freudienne	Libéral Temps plein Adultes (Membre OPQ)
Mme Richard QC5	Femme 30-40 ans Française	Pratique institutionnelle : 3 ans (essentiellement adultes) TOTAL : **3 ans**	Master professionnel de psychologie, France (dont un an en échange au Québec) Doctorat « intervention-recherche » en cours, Québec	Psychothérapie analytique personnelle (1 an et demi, 1 à 2 fois/sem) Supervision (3 ans, 1 fois/sem) Groupe de lecture textes psychanalytiques supervisé par analyste	Institution Mi-temps Adultes (Membre OPQ en cours de démarche administrative)

[1] Ordre des psychologues du Québec (obligation légale pour pratiquer en tant que psychologue)

Mr Bouchard QC6	Homme 30-40 ans Québécois	Internat psychothérapie : 1 an Pratique institutionnelle : 5 ans Pratique privée : 5 ans (adultes) TOTAL : **8 ans**	Master professionnel de psychologie, Québec Master recherche et Doctorat, France DU épreuves projectives, France	Analyse personnelle (1 an 1 fois/semaine, 4 ans 3 fois/sem) Psychothérapie cognitive (1 an 1 fois/sem) Supervision (3 ans individuelle 2 fois/mois, 3 ans en groupe 4 à 2 fois/mois) Groupe de lecture supervisé par analyste	Libéral Mi-temps Adultes (Membre OPQ)
Mr Gauthier QC7	Homme 50-60 ans Québécois	Pratique privée : 30 ans (adultes) Total : **30 ans**	Master professionnel de psychologie, Québec Enseignement universitaire (théorie psychanalytique) Formation Gestalt thérapie (antérieurement à parcours analytique)	Analyse personnelle 11 ans (6 ans 3 fois/sem, 5 ans 2 fois/sem) Supervisions Séminaires psychanalytiques Membre association psychothérapie psychanalytique Référence théorique principale freudienne	Libéral Mi-temps Adultes (Membre OPQ)
Mr Morin QC8	Homme 50-60 ans Québécois	Pratique privée : 32 ans dont 18 ans en tant qu'analyste (adultes) TOTAL **: 32 ans**	Master de psychologie, Québec Enseignement universitaire	Analyse personnelle : 13 ans (trois tranches, 2 à 3 fois/sem) Séminaires et supervision dans une école psychanalytique : 3 ans Groupe de travail avec un analyste français : 5 ans Association de psychanalyse au Québec Membre d'une association psychanalytique française Directions de séminaires, intervention colloques, publication d'articles Référence théorique principale lacanienne	Libéral Temps plein Adultes (Membre OPQ)
Mr Martin FR1	Homme 30-40 ans Français	Pratique privée : 4 ans Institutionnelle : 4 ans (adultes et enfants) TOTAL : **4 ans**	Master en psychologie, France	Analyse personnelle : 4 ans (3 fois/sem) Supervision : 3 ans (deux fois/mois) Groupe de lecture textes psychanalytiques (1 an) Référence théorique principale freudienne	Libéral et institution (¼ temps et ¾ temps) Adultes et enfants
Mme Bernard FR2	Femme 30-40 ans Française	Pratique institutionnelle : 3 ans (adultes) TOTAL : **3 ans**	Master en psychologie, France	Analyse personnelle 6 ans (2 ans psychothérapie analytique 1 fois/sem, puis analyse 4 ans 3 fois/sem) Supervision : 3 ans (2 fois/mois) Référence théorique principale freudienne	Institution temps plein Adultes
Mme Dubois FR3	Femme 50-60 ans Française	Institutionnelle 30 ans (psychose, marque sa pratique) Pratique privée : 27 ans (adultes) TOTAL : **37 ans**	Master professionnel et Master recherche en psychologie, France (Thèse débutée puis abandonnée)	Analyse personnelle 16 ans (2 tranches, 2 fois puis 1 fois/sem) Supervision : 27 ans (en groupe et individuelle, 2 fois/mois) Validation de cursus par institut de psychanalyse (membre affilié) Direction de séminaires, groupes d'étude et de recherche Références théoriques principales : Lacan et Winnicott	Libéral Adultes Temps plein
Mme Thomas FR4	Femme 60-70 ans Française	Pratique privée 20 ans (adultes) TOTAL : **20 ans**	Journaliste (formation initiale) Formation au psychodrame analytique	Analyse personnelle (fréquence et durée non renseignées) Supervision (modalités non renseignées) Séminaires (7 ans) Validation du cursus par institut de psychanalyse (« habilitée ») Référence théorique principale lacanienne	Libéral Adultes Temps plein

Mme Robert FR5	Femme 50-60 ans Française	Pratique privée 20 ans Institutionnelle 30 ans (enfants et adultes) TOTAL : **30 ans**	Master en psychologie, France Formation au psychodrame analytique Enseignement universitaire	Analyse personnelle : 10 ans (3 fois/sem) Supervisions : 8 ans (individuelles et en groupe, 1 fois/sem) Séminaires Validation de cursus par institut de psychanalyse (membre affilié) Référence théorique principale freudienne	Libéral et institution (½ temps chaque)
Mr Gomez FR6	Homme 30-40 ans Amérique latine	Pratique privée : 10 ans Institutionnelle : 14 ans (enfants, adolescents, adultes) TOTAL : **14 ans**	Master professionnel et Master recherche en psychologie, France (Thèse débutée puis abandonnée)	Analyse personnelle (4 ans puis 17 ans, 3 fois/semaine) Supervision (2 fois/semaine puis ponctuellement) Cartels, séminaires, groupes d'études (20 ans) Inscrit dans société psychanalytique, participe aux activités de formation Référence théorique principale lacanienne	Libéral et institution (½ temps chaque)
Mr Garcia FR7	Homme 40-50 ans Amérique latine	Institution Colombie (enfants autistes) : 2 ans Institutions France (Handicapés mentaux, foyer maternel, victimes violence politique et torture, enfants à l'ASE) : 16 ans Pratique privée : 11 ans TOTAL : **18 ans**	Master en psychologie, Amérique latine Thèse en psychanalyse, France	Analyse personnelle 14 ans (2 à 3 fois/semaine) en France Supervisions 17 ans (2 fois/mois puis ponctuellement) Inscrit dans une école psychanalytique (participation aux séminaires, transmission, publications, etc.) Référence théorique principale lacanienne	Libéral et institution (½ temps chaque)

II. PRÉ-RECHERCHE EXPLORATOIRE

Tableau n°6 : Caractéristiques des participants aux entretiens exploratoires

Code entretien exploratoire	Nationalité du participant	Lieu de pratique	Nombre d'années d'expérience clinique	Formation	Moment du travail avec le patient
EX1	Française	Centre de réfugiés en Pologne	8 (dont 4 en tant que psychothérapeute)	DESS, DEA et doctorat en cours de psychologie clinique et psychopathologie, analyse personnelle, supervisions	Psychothérapie terminée
EX2	Française	Institution en France	4 (psychothérapie)	DESS de psychologie clinique et psychopathologie, deux DU en psychologie, analyse personnelle, supervisions	4 entretiens, pas encore proposition de psychothérapie « trop tôt »
EX3	Française	Institution en France	5 (psychothérapie)	DESS, DEA et doctorat en cours de psychologie clinique et psychopathologie, psychanalyse personnelle, inscrite Ecole de psychanalyse, supervisions	1 entretien, orientation vers un analyste en libéral
EX4	Italienne	Pratique privée en France	5 (psychothérapie)	DESS, DEA et doctorat en cours de psychologie clinique et psychopathologie, analyse personnelle, séminaires, supervisions	4 entretiens, mise en place cadre hebdomadaire psychothérapie

III. GUIDE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE

L'entretien (au Québec : entrevue) va se dérouler en deux temps : dans la première partie je vais vous proposer d'associer autour d'une question générale, et dans la seconde partie nous approfondirons ensemble certains aspects.

PREMIERE PARTIE NON-DIRECTIVE

Pouvez-vous me parler des premiers entretiens (au Québec : premières entrevues) avec un patient que vous avez vu entre 2 et 5 fois, et de ce qui vous a amené(e) à penser à un travail analytique avec vous ?
Relance (si besoin) : Sur quoi vous êtes-vous appuyé pour décider de l'indication de travail psychanalytique pour ce patient ? Qu'avez-vous cherché à explorer ? Comment évaluez-vous les possibilités d'un travail analytique avec ce patient ?

DEUXIEME PARTIE SEMI-DIRECTIVE

THEME : PRESENTATION DE LA SITUATION CLINIQUE
SOUS-THEMES : caractéristiques du patient, orientation, demande

Comment le patient vous a-t-il connu(e) ? Comment le patient vous a-t-il été orienté ? Qu'est-ce qu'il lui a été expliqué de cette orientation ?
Quel était le motif de la consultation ?
Pouvez-vous me parler de la demande du patient ? Le patient exprime-t-il une demande ? Comment la formule-t-il ?
Pouvez-vous décrire le patient ?

THEME : CADRE GENERAL DE TRAVAIL DE L'ANALYSTE
SOUS-THEMES : libéral ou institutionnel, référence à des tiers, modalités de la décision thérapeutique (en équipe, seul, consultation en amont, ...)

Pouvez-vous me parler du cadre professionnel (cabinet privé, institution) dans lequel vous recevez ce patient ?
Etes-vous la seule personne impliquée dans sa prise en charge ? Le patient a-t-il rencontré d'autres professionnels?
La décision thérapeutique est-elle prise en consultation avec d'autres professionnels ?
Est-ce que ce cadre en particulier joue un rôle sur la façon dont vous envisagez les premiers entretiens avec un nouveau patient ? Et la suite du travail avec lui ?

THEME : LA RENCONTRE, LES IMPRESSIONS CLINIQUES
SOUS-THEMES : modalités de la prise de contact, premières impressions

Que saviez-vous du patient avant de le rencontrer ? Qu'est-ce que ces informations vous évoquaient ?
Quelle a été votre première impression en voyant le patient ? Qu'avez-vous pensé ou ressenti ?

ANNEXES

THEME : CAPACITES DU PATIENT, EVALUEES PAR LE CLINICIEN, A ENGAGER UN TRAVAIL ANALYTIQUE
SOUS-THEMES : éléments d'analysabilité (associativité, insight, verbalisation des affects, souvenirs, rêves, réactions a ses propos ou ceux du clinicien, …) ; capacités à supporter les fragilisations dues au traitement ; manifestations d'un intérêt pour la compréhension de son propre fonctionnement psychique

Qu'est-ce qui, dans ces premiers entretiens, vous laisse penser que le patient est en mesure d'engager un travail analytique ? Pouvez-vous me donner des exemples issus des entretiens ?
Avez-vous exploré ou noté des éléments en particulier qui montreraient les dispositions du patient à un travail analytique ? » (Rêves, souvenirs, réactions face à une interprétation, capacités associatives, mode et contenu associatif, qualité du discours, expression des affects …)

THEME : DYNAMIQUE DES PREMIERS ENTRETIENS
SOUS-THEMES : tonalite affective, mobilité interne, intérêt/plaisir du patient, lien ou effet entre les entretiens

Avez-vous noté une évolution au cours des premiers entretiens ? En quoi ?
Des éléments des entretiens vous permettent-ils de relever un effet entre les entretiens ?
Est-ce que cette évolution (ou absence d'évolution) intervient dans votre décision thérapeutique concernant ce patient ? De quelle façon ?

THEME : DIMENSION TRANSFERO-CONTRE-TRANSFERENTIELLE
SOUS-THEMES : manifestations de phénomènes transférentiels dans l'entretien, de phénomènes contre-transférentiels, contre-attitude (consciente et préconsciente), relation thérapeutique

Que pouvez-vous dire du transfert actuel ou à venir chez ce patient ? Avez-vous noté des manifestations transférentielles au cours des premiers entretiens ? Sous quelles formes ?
Relance (si besoin) : Quels liens pouvez-vous faire entre des éléments vous concernant et ses relations avec des personnes de son entourage actuel ou passé ? Pouvez-vous m'en donner une illustration ?
Certains propos ou attitudes du patient vous ont-t-ils été agréables ? Désagréables ?
Qu'est-ce que ces éléments transférentiels ou contre-transférentiels vous laissent présager de la relation qui pourra s'engager entre vous ? »

THEME : ENGAGEMENT DU CLINICIEN, DISPOSITIONS CONTRE-TRANSFERENTIELLES A L'EGARD DU PATIENT
SOUS-THEMES : mobilisation du clinicien, intérêt théorico-clinique ou de recherche, disposition par rapport au patient, engagement du clinicien

Pouvez-vous me parler de ce qui vous mobilise chez ce patient ? De ce qui vous a décidé à engager un travail analytique avec lui ?
Est-ce qu'il y a quelque chose chez ce patient qui vous intéresse particulièrement ? Qui vous touche particulièrement ?

ANNEXES

THEME : MOBILISATION ET ENGAGEMENT DU PATIENT
SOUS-THEMES : investissement des entretiens, désir de comprendre ou de changer, plaisir dans le travail psychanalytique

Qu'est-ce que le patient a dit ou fait qui montre son intérêt, son envie ou son plaisir dans les entretiens (au Québec : entrevues) avec vous ?
Qu'est-ce qui vous laisse penser que le patient désire s'engager dans un travail analytique avec vous ?

THEME : LES FORMULATIONS INTERIEURES DU CLINICIEN
SOUS-THEMES : objectifs que se formule le clinicien par rapport au travail analytique, projet thérapeutique, hypothèses psychodynamiques, lien avec les possibilités d'engager un travail, questions que le clinicien a en tète a l'issue des entretiens préliminaires, influence sur la décision d'engager un travail

Quelles hypothèses sur le fonctionnement psychodynamique du patient pouvez-vous vous formuler après ces premiers entretiens ? Est-ce que ces hypothèses entrent en compte dans votre décision thérapeutique ? De quelle façon ?
Quelles questions avez-vous en tête après ces premiers entretiens ?
Quels objectifs (quel projet) vous formulez-vous par rapport au travail analytique avec ce patient ?

THEME : PREDICTIONS, ANTICIPATIONS SUR LE DEROULEMENT DU PROCESSUS ANALYTIQUE
SOUS-THEMES : prédictions sur les phénomènes transférentiels (ex : régression intense, haine, amour …) et contre-transférentiels (ex : agressivité, érotisation, rejet) ; prédictions sur les résistances possibles, limites de contraintes extérieures, les risques d'interruption ; prédictions sur les effets du travail par rapport au fonctionnement psychique (ex : décompensation, passage à l'acte, reprise d'activité, …) ; prédictions de facilites/difficultés par rapport à l'évolution du travail, crainte

Comment pensez-vous que le transfert du patient pourrait évoluer dans la suite du travail ?
Comment pensez-vous que votre propre contre-transfert pourrait évoluer dans cette relation ?
Comment envisagez-vous la suite du travail avec ce patient ? A quoi pouvez-vous vous attendre ? » (Difficulté, facilité du travail ultérieur)
Envisagez-vous des résistances possibles au travail à venir ? Voire un risque d'interruption ? Pourquoi ?

THEME : POURQUOI L'INDICATION DE TRAVAIL ANALYTIQUE ?

Pourquoi avez-vous choisi de proposer un travail analytique et pas un autre type de psychothérapie à ce patient ?
D'autres types de prises en charge complémentaires vous semblent-elles souhaitables pour ce patient ? Pourquoi ?

THEME : CADRE ANALYTIQUE

Comment avez-vous défini le cadre analytique avec ce patient ? Comment le lui avez-vous présenté ?

ANNEXES

RETOUR CONSIGNE PRINCIPALE

A la suite de ce que nous venons d'aborder ensemble, avez-vous d'autres éléments en tête qui vous ont amené à penser qu'il était opportun d'engager un travail analytique avec ce patient ?

QUESTIONS COMPLEMENTAIRES

(Elles ne font pas l'objet de l'analyse thématique de contenu du discours)

THEME : FORMATION UNIVERSITAIRE ET PSYCHANALYTIQUE

Quel a été votre parcours de formation à la psychanalyse ? Avez-vous suivi ou suivez-vous une analyse personnelle (durée, fréquence) ? Didactique (durée, fréquence) ?
Quels sont vos diplômes universitaires ?
Avez-vous actuellement ou par le passé été supervisé(e) (durée, fréquence) ?
Avez-vous suivi des formations à d'autres types de psychothérapie ?
Suivez-vous des séminaires ? Participez-vous à des congrès, des colloques ou encore des groupes de lecture ? Faites-vous partie d'une société psychanalytique ?

THEME : EXPERIENCE CLINIQUE
SOUS THEMES : nombre d'années, types de patients rencontrés, types de milieux professionnels

Pouvez-vous me parler de votre expérience professionnelle ?
Combien d'années d'expérience clinique avez-vous ? A temps plein/partiel ? Seulement de la psychothérapie ? D'autres fonctions ?
Quels stages avez-vous effectués ?
Dans quel milieu professionnel ? Quel type de structure ?
Avec quel type de population avez-vous travaillé ? Avec quel type patients (au Québec : de clientèle) avez-vous travaillé ?

THEMES : COMMENTAIRES SUR L'ENTRETIEN DE RECHERCHE

Comment avez-vous choisi le patient ? Pourquoi avoir choisi cette situation clinique en particulier ?
Qu'avez-vous pensé de l'entretien (au Québec : entrevue) ?
Comment vous êtes-vous senti(e) pendant cet entretien ?
Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

IV. ETHIQUE ET DEONTOLOGIE

IV.1. Formulaire de consentement

Titre de la recherche de doctorat :
« La clinique des premiers entretiens de psychothérapie analytique et le cheminement intérieur de l'analyste : une comparaison des pratiques en France et au Québec. »

Chercheur : Alice Lachan
Directeur de recherche : Pr Ionescu
En collaboration avec la Pre Jourdan, laboratoire de recherche en santé mentale, Université du Québec à Trois-Rivières.

Nous réalisons une recherche de doctorat portant sur la clinique des premiers entretiens de psychothérapie analytique. L'objectif consiste à explorer la façon dont le clinicien élabore sa décision d'engager un travail psychanalytique avec un nouveau patient en rendant compte, le plus explicitement possible, de son cheminement intérieur au cours des entretiens préliminaires. Nous évaluerons si ce processus varie en fonction : de la pratique en France ou au Québec de l'analyste ; du nombre d'années d'expérience clinique ; des modalités du parcours de formation à la psychanalyse ; et enfin du cadre libéral ou institutionnel de son travail.

Votre participation à cette étude consiste à faire part au chercheur, au cours d'un entretien de recherche enregistré d'une heure environ, de votre rencontre avec un patient vu entre 2 et 5 fois au moment du recueil des données. Il s'agit notamment de témoigner de ce qui vous a amené à penser la possibilité d'un travail psychanalytique avec le patient au cours de ces premiers entretiens. Le chercheur vous invite d'abord à associer autour de cette question avant d'approfondir quelques points avec vous.

Les informations que vous nous donnerez demeureront confidentielles. Seul le chercheur a accès aux informations confidentielles qu'il enlève ou modifie. Aucune information permettant d'identifier vos patients et vous-même d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette date jusqu'à ce que toutes les publications prévues à partir de ces données soient réalisées.

En participant à cette recherche vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur la clinique des entretiens préliminaires, domaine peu étudié, et sur la comparaison des pratiques cliniques françaises et québécoises. De plus, faire part à un tiers de la rencontre avec un patient particulier peut vous permettre d'y porter un regard différent, et également d'approfondir la façon dont vous percevez votre propre cheminement intérieur, qui reste pour une grande part implicite.
Il est possible que le dispositif d'entretien enregistré génère un certain stress. Par ailleurs, le fait de partager son expérience clinique d'une situation éminemment duelle peut être ressenti de façon désagréable, car cela touche une certaine « intimité » de la relation avec le patient dans ses dimensions transféro-contre-transférentielles, ce qui demande à l'analyste de se laisser aller avec confiance à ses pensées pour partager cet aspect de la rencontre. Il sera alors

possible de prendre du temps pour discuter des aspects désagréables ressentis afin d'en minimiser la portée.

Si vous le souhaitez, la transcription de votre entretien pourra vous être transmise. De même que la thèse sera accessible sous forme papier à l'université, ou par voie de courrier électronique (alice.lachan@neuf.fr).

Votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser de prendre part à ce projet maintenant, ou décider de vous retirer en tout temps de l'étude sans aucun préjudice.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de cette recherche.
Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.
Signature : Date :

Nom : Prénom :

Je déclare avoir expliqué *le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude et* avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.
Signature du chercheur : Date :

Nom : Lachan Prénom : Alice

Pour toute question relative à la recherche, vous pouvez communiquer avec Alice Lachan, doctorante et psychologue clinicienne, au numéro de téléphone suivant : [redacted], ou à l'adresse courriel suivante : [redacted].

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-07-123-06.13 a été émis le 24 mai 2007.
Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Fabiola Gagnon, par téléphone (819) 376-5011, poste 2136 ou par courrier électronique Fabiola.Gagnon@uqtr.ca.

IV.2. Certificat d'éthique

Université du Québec à Trois-Rivières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : **La pratique clinique de l'indication de psychothérapie analytique et le cheminement intérieur de l'analyste : une comparaison des pratiques en France et au Québec**

Chercheur : **Alice Lachan, Stagiaire de recherche au doctorat**

Département : **Département de psychologie**

Organisme : **Aucun**

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : **10 septembre 2007** Date de fin : **7 octobre 2007**

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

GILLES BRONCHTI
Président du comité

FABIOLA GAGNON
Secrétaire du comité

Date d'émission : 24 mai 2007

N° du certificat : CER-07-123-06.13

DECSR

V. TRAITEMENT DES DONNEES

L'illustration de la procédure d'analyse thématique de contenu contient des extraits de différentes retranscriptions d'entretiens de recherche, à titre d'exemple. Ce compromis – entre la publication des retranscriptions et des analyses thématiques individuelles, et l'absence d'illustration clinique – m'a semblé à la fois garantir la confidentialité des analystes et du matériel clinique dont ils témoignent, et à la fois permettre au compte-rendu de recherche d'être suffisamment explicite.

V.1. Grille d'analyse thématique de contenu

CATEGORIE I : CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES DU DISCOURS DE L'ANALYSTE			
ETIQUETTES		**DESCRIPTION**	**ILLUSTRATION**
THEMES	**SOUS-THEMES**		
I.1. Niveau d'information du discours	I.1.1. Descriptif	Information relative au patient ou bien au discours du patient	« elle présente ses difficultés comme étant le deuil de son mari » ; « il n'est pas perturbé, il est mal dans sa peau » ; « elle raconte une histoire familiale lourde, traumatique »
	I.1.2. Théorique	Information relative à la théorie de manière implicite ou explicite	« elle l'a amené aussi dans son histoire de reconstruction, c'est pour ça que c'est important la reconstruction » (implicite) ; « le fait qu'il me dise, d'entrée de jeu, avant même qu'on commence : "je vous ai choisi", il y a quelque chose d'idéalisant qui pourrait être en jeu » (implicite) ; « Joyce McDougall disait qu'être normal c'est d'être comestible, elle, elle est comestible » (explicite) ; « j'essaie de voir la dimension œdipienne, où elle en est dans la dimension œdipienne à partir de ce qu'elle dit par exemple de ses relations actuelles avec ses parents » (explicite)
	I.1.3. Expérience clinique	Information relative à l'expérience clinique de l'analyste	« comme toujours dans ces cas-là c'est très difficile de ne pas se laisser happer par la réalité » ; « si je compare avec d'autres demandes qui me viennent » ; « l'expérience m'a appris qu'il ne faut pas non plus trop préjuger et surtout trop en espérer »
	I.1.4. Intuition, impression clinique	Information relative aux intuitions ou impressions cliniques de l'analyste	« je sens qu'il se passe quelque chose au niveau du transfert » ; « je ne la sentais pas là-dedans, je me dis oui elle se dit confuse mais elle ne parle pas confusément » ; « Pourquoi cette quasi hallucination négative de ma part ? »
I.2. Référence aux faits cliniques dans le discours	I.2.1. Faits cliniques présents	Référence à des informations présentes source d'élaboration de la situation clinique	« c'est quelqu'un de très inhibé » ; « elle se positionne déjà apparemment comme ayant un discours de regard et de réflexion sur elle, et la notion d'inconscient » ; « il me racontait ça, sans trop d'affect »
	I.2.2. Faits cliniques absents	Référence à des informations absentes source d'élaboration de la situation clinique	« cette nouvelle patiente n'a pas cette sorte de complicité, elle ne cherche pas à partager un espace comme ça » ; « ça je ne sais pas la nature de la relation avec la mère » ; « je lui dis : c'est comme si on était dans le même registre au niveau langagier, et elle n'a pas fait objection. Alors que d'autres auraient dit : qu'est-ce que c'est que ça, où est-ce qu'il s'en va lui ? »
I.3. Forme du discours	I.3.1. Déclaration	Proposition sous la forme grammaticale déclarative (affirmation ou négation)	« je ne sais pas si c'est quelqu'un qui viendra à défrayer elle-même le coût de la psychothérapie » ; « je pense que déjà elle était sur le chemin de questionner son désir »
	I.3.2. Interrogation	Proposition sous la forme grammaticale interrogative, ou déclarative mais relatant explicitement une interrogation de l'analyste	« je me demande si le fonctionnement névrotique qui me semble tant bien que mal fonctionner chez elle : c'est plutôt bien que mal, ou mal que bien ? »
	I.3.3. Prédiction	Proposition indiquant un événement futur, que ce soit avec certitude ou de manière hypothétique	« je ne crois pas qu'elle va s'engager dans un processus à long terme », ; « il va je crois être porté à beaucoup de projections »
	I.3.4. Hypothèse	Proposition sous la forme grammaticale conditionnelle, ou déclarative mais relatant explicitement une élaboration à caractère hypothétique	« si je découvrais qu'il y a tout un aspect pervers chez lui, ça c'est, ça c'est quelque chose qui peut moi me troubler beaucoup » ; « et puis là je me suis dit peut-être là qu'elle réagit à moi qui impose quelque chose »
	I.3.5. Précaution verbale	Proposition venant nuancer ou annuler une élaboration de l'analyste	« trop tôt pour affirmer » ; « je ne sais pas, pour le moment » ; « puis par après là on verra si – je ne s'en rien je ne vais pas organiser ça non plus – mais si je me sers juste des petits indices là comme ça […] »
I.4. Registre de l'élaboration de l'analyste	I.4.1. Cognitif	Formulation témoignant du registre cognitif de l'élaboration de l'analyste	« Je pense qu'il y a quelque chose de l'ordre de l'agressivité, de la haine qui est là »
	I.4.2. Affectif	Formulation témoignant du registre affectif de l'élaboration de l'analyste	« c'est ça qui m'a le plus touchée chez elle »

CATEGORIE II : THEMES ABORDES AU COURS DES PREMIERS ENTRETIENS POUVANT JOUER UN ROLE DANS L'ELABORATION DE LA DECISION THERAPEUTIQUE			
ETIQUETTES		**DESCRIPTION**	**ILLUSTRATION**
THEMES	**SOUS-THEMES**		
II.1. Information liée au patient	II.1.1. Intérêt pour son fonctionnement psychique	Proposition témoignant d'un intérêt du patient pour son fonctionnement psychique	« Donc on voit déjà qu'elle cherche quelque chose, elle s'interroge sur des causes possibles de sa souffrance et elle n'attend pas de moi que je lui dise pourquoi elle est timide »
	II.1.2. Diagnostic, structure, symptômes	Information relative au diagnostic, à la structure psychique ou aux symptômes	« Alors il y a quelque chose qui se dessine autour d'un fonctionnement narcissique, avec quelqu'un qui délaisse le monde relationnel, qui a très peur d'être confronté à son estime personnelle […] »
	II.1.3. Type de demande, motif de consultation	Information relative à la demande du patient ou au motif de consultation	« Elle formulait le motif de consultation […] c'était vraiment un questionnement autour de sa sexualité » ; « elle ne demande pas "dites-moi quoi faire pour que ça ne se passe plus ", la demande, c'est-à-dire sa demande c'est de se demander pourquoi »
	II.1.4. Evènements de vie	Information relative aux événements de vie du patient	« Donc il a parlé notamment du décès de son père il y a euh, juste au moment de la naissance de cet enfant »
	II.1.5. Capacité à entendre la dimension psychique ou inconsciente [1]	Proposition témoignant de la capacité du patient d'entendre la dimension psychique ou inconsciente	« […] elle prend conscience qu'il y a quelque chose de répétitif » ; « […] les glissements là, métaphoro-métonymiques, […] que je lui dis : c'est comme si on était dans le même registre au niveau langagier, et elle n'a pas fait objection »
	II.1.6. Fonctionnement psychique	Proposition relative au fonctionnement psychique du patient (affects, représentations psychiques, mécanismes de défense, capacités d'introspection, associativité, etc.)	« tout de suite il a été dans un discours très associatif et très présent à ce qui se passait pour lui » ; « il me racontait ça, sans trop d'affect » ; « elle est partie sur des souvenirs effectivement très lointains archaïques »
	II.1.7. Parcours de soins psychiques antérieurs	Information sur le parcours de soins psychiques antérieurs du patient	« c'est une personne qui n'a jamais fait de démarche thérapeutique à ma connaissance, il en est à ses toutes premières expériences à ce niveau-là »
II.2. Information liée à la relation patient-analyste	II.2.1. Elément transférentiel	Information susceptible de participer ou de qualifier la dimension transférentielle	« je ne sais pas de son côté euh, bon une figure parentale donc il y a quand même quelques décennies entre lui et moi, une figure parentale bienveillante, attentive »
	II.2.2. Elément contre-transférentiel	Information susceptible de participer ou de qualifier la dimension contre-transférentielle	« Il y a quelque chose d'étrange, une inquiétante étrangeté quand même, euh mais voilà, c'est quelqu'un qu'on, que j'ai envie d'aider dans la mesure de mes moyens »
	II.2.3. Potentialité de la relation	Information relative à la potentialité de la relation patient-analyste (espace "transférentiel" possible)	« […] ce sera à nuancer mais qu'il y a un travail possible, que c'est un type de transfert en même temps qui lui permettra, elle et moi, de travailler ensemble pour elle » ; « […] je sens qu'il y a un lien qui s'est établi avec lui, malgré sa distance qu'au travers d'un deuxième entretien j'ai senti qu'il y a avait comme un lien qui se tissait entre nous […] »
II.3. Information liée à l'analyste	II.3.1. Formulation d'un projet thérapeutique	Information relative au projet thérapeutique élaboré par l'analyste	« Donc moi personnellement mon idée, c'est de travailler sur la question de la séparation » ; « Le projet c'est celui que détermine l'analysant à chaque séance, chaque séance est une création »
	II.3.2. Adaptation, ajustement	Information relative à l'adaptation de l'analyste aux particularités de la situation clinique (quant aux caractéristiques : de la demande, de l'orientation, du lieu de consultation, du fonctionnement psychique du patient ou de sa situation actuelle)	« […] puis quelques fois je lui ai posé une question mais assez peu, je veux dire il y a des gens avec qui euh il faut être euh, elle est déprimée, il y a des gens avec qui, qui sont tellement angoissés que je pense il faut intervenir plus c'est pas une façon de faire des premiers entretiens ça dépend vraiment à qui dans le fond »
	II.3.3. Critère de contre-indication explicite	Information explicitement liée par l'analyste à l'indication de travail analytique	« c'est une bonne indication si je peux sentir que je peux toucher ce patient-là affectivement, et qu'il peut se passer donc quelque chose et un désir d'explorer certaines choses qui se passent en lui »

[1] Une des dimensions du fonctionnement psychique isolée dans la grille d'analyse, car présumée d'après la littérature comme fondamentale dans l'élaboration de l'analyste quant aux possibilités de travail analytique.

	II.3.4. Critère d'indication explicite	Information explicitement liée par l'analyste à la contre-indication de travail analytique	« […] j'ai eu des clients clairement psychotiques où je ne me suis pas senti en capacité de leur proposer un travail avec moi […] » ; « […] je ne vois pas pourquoi je la forcerais à faire une psychanalyse alors que ça n'est pas le moment pour elle, qu'elle ne le veut pas »
	II.3.5 Critère de réserve explicite quant à l'indication	Information explicitement liée par l'analyste à une réserve quant à l'indication de travail analytique	« Donc j'ai essayé d'en savoir un peu plus mais ça ne renvoie à rien d'autre, c'est comme si ça s'arrêtait là. Voilà des petits détails qui doivent être pris en compte, qui peuvent vous guider pour ne pas vous lancer tout de suite dans une cure classique, pour le dire comme ça […] »
	II.3.6. Intérêts théorico-cliniques ou de recherche	Proposition témoignant d'un intérêt théorico-clinique ou de recherche de l'analyste	« Et au fond la question qui se pose à moi c'est comment est-ce qu'on se construit et comment est-ce qu'on construit son rapport à la réalité quand on a une mère paranoïaque ? » ; « […] je suis assez passionnée par ses histoires, par l'inconscient si l'on peut dire, par le travail […] » ; « […] je me sentirais curieux effectivement par rapport à des choses qui moi m'intéressent, […] c'est un fil conducteur qu'on peut parfois utiliser même sur des sujets qui apparemment n'ont rien à voir
	II.3.7. Intérêt pour la situation clinique	Proposition témoignant d'un intérêt de l'analyste pour la situation clinique	« […] il y a quelque chose aussi que je trouve intéressant et intriguant de sa vie relationnelle, de quelqu'un qui délaisse tout le monde sauf sa femme. Il y a quelque chose que je trouve à la fois séduisant et intriguant sur ce mode relationnel là, et il y a quelque chose que je sens de possibilité d'explorer, de découvrir quelque chose avec lui, de dessiner son histoire […] »
II.4. Place et nature du tiers	II.4.1. Symbolique ou imaginaire	Proposition témoignant de la référence à un tiers symbolique ou imaginaire (fonction tierce de la théorie, superviseur internalisé, etc.)	« Comme disait […], un des fondateurs du […], à ses superviseurs, euh à ses supervisés dont je n'étais pas mais je l'ai entendu dire, quelque chose qui est à la fois très simple et très pertinent : "il faut toujours savoir ce qu'on fait et pourquoi on le fait" »
	II.4.2. Réel	Information relative à l'intervention d'un tiers réel (superviseur, collègue, etc.)	« […] ce n'est qu'après que j'ai dit à ma collègue que je l'avais reçu […] » ; « Parce que quand on est en libéral ou quand on s'engage, […] seule chez soi […] ça a un impact tout à fait différent, une ampleur différente, ça n'a rien à voir »
II.5. Contexte de la demande	II.5.1. Type de financement	Information relative au type de financement des consultations	« Ben pour lui, j'ai mon tarif, c'est-à-dire mon tarif je l'adapte si on, mettons si on passe à deux fois par semaine je demande à la personne si vraiment elle est à l'aise »
	II.5.2. Orientation, adresse	Information relative à l'orientation ou l'adresse du patient vers l'analyste	« […] donc elle est allée consulter cette personne qui me l'a adressée, qui est un médecin »
	II.5.3. Elément du contexte culturel	Information liée au contexte culturel	« […] en France, il faudrait y répondre presque "à la Astérix", parce qu'on est quelque part le village résistant (rires), où la psychanalyse a encore […] une certaine réputation de ne pas avoir à s'expliquer mais ça ne va pas durer … » ; (au Québec » « Les psychologues embarquent beaucoup ici dans cette perspective-là très utilitariste là : comment gérer son mariage, son deuil, son divorce »
II.6. Dynamique des premiers entretiens	II.6.1. Elément montrant une évolution au cours des entretiens	Proposition témoignant d'une évolution au cours des premiers entretiens	« j'ai noté une évolution euh dans le sens où je la trouve plus présente à son monde interne […] » ; « […] ce sont ces mouvements de la première à la deuxième à la troisième, ça ce sont mes indicateurs […] »
	II.6.2. Elément montrant un effet entre les entretiens	Proposition témoignant d'un effet entre les entretiens	« il y a le fait qu'à la première séance elle s'était vraiment présentée comme quelqu'un qui allait très mal, à la deuxième séance elle avait l'air d'aller mieux. Donc je ne sais pas si c'était lié au fait que les séances se mettaient en place […] »

CATEGORIE III : TRAME D'ECOUTE LORS DES PREMIERS ENTRETIENS ET CADRE PROPOSÉ			
ETIQUETTES		**DESCRIPTION**	**ILLUSTRATION**
THEMES	**SOUS-THEMES**		
III.1. Eléments du cadre proposé au patient	III.1.1. Dispositif : divan, fauteuil	Information relative au cadre analytique : face à face ou allongé	« […] c'est un cadre tout à fait classique avec un divan parce que je suis analyste et des jouets pour les enfants »
	III.1.2. Caractéristiques des séances	Information relative aux caractéristiques des séances (durée, fréquence, horaire fixe, etc.)	« Je lui ai, à la fin du premier entretien, je l'ai gardé trois-quarts d'heure » ; « Je lui ai dit que pour l'instant effectivement, pour ces premiers entretiens, qu'on allait se voir une fois par semaine »
	III.1.3. Caractéristiques lieu de consultation	Information relative aux caractéristiques du lieu de consultation	« il y a seulement moi qui travaille ici, la salle d'attente est commune » ; « […] c'est une pièce que j'habite beaucoup, ça n'est pas une pièce qui est uniquement consacrée à la psychothérapie »
	III.1.4. Formulation du cadre	Proposition témoignant de la formulation du cadre analytique au patient	« A la fin oui, après la deuxième, je lui ai dit : voici la façon dont je vous propose qu'on travaille ensemble, on va se rencontrer donc séance tous les vendredis à la même heure, pour des séances de cinquante minutes … »
III.2. Place explicite du thème (exploré par l'analyste au cours des premiers entretiens) dans l'élaboration de la décision thérapeutique	III.2.1. Essentielle, centrale, déterminante	Proposition témoignant explicitement du caractère essentiel, central, déterminant du thème dans l'élaboration de la décision par l'analyste	« Moi finalement, le critère qui compte le plus pour entamer un travail du type analytique […] c'est la façon dont la personne s'empare de son histoire et de la manière de la raconter »
	III.2.2. Importante (non suffisante)	Proposition témoignant explicitement du caractère important mais non suffisant du thème dans l'élaboration de la décision par l'analyste	« Visiblement elle a un passé thérapeutique dont elle a tiré bénéfice, donc ça c'est plutôt positif »
	III.2.3. Secondaire	Proposition témoignant explicitement du caractère secondaire du thème dans l'élaboration de la décision par l'analyste	« […] même en cas euh, même s'il s'avérait que c'était quelqu'un de psychotique, je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas entamer de travail analytique d'une part, et même d'allonger »
	III.2.4. Neutre, indifférente	Proposition témoignant explicitement du caractère neutre ou indifférent du thème dans l'élaboration de la décision par l'analyste	« C'est comme ça que je travaille je ne vérifie pas ses forces du moi ou ses mécanismes de défense ou je ne sais pas quoi, je m'en rends compte de ça bien sûr ! Mais je n'en fais pas une préoccupation, mais vraiment pas une préoccupation »
	III.2.5. En articulation nécessaire avec d'autres thèmes	Proposition témoignant explicitement du caractère nécessairement en lien du thème avec d'autres thèmes dans l'élaboration de la décision par l'analyste (invalide pris isolément)	« […] les gens qui par exemple auraient des rêves tous azimuts, et qui auraient comme une configuration un peu limite […], ce sont des personnes qui appelleraient ma prudence par excès d'abondance de matériels ; alors que d'autres personnes, je pourrais avoir des réticences à encourager chez elles une démarche de psychothérapie analytique par défaut finalement de matériel. […] prudence là pour l'utilisation d'un certain nombre de choses qui vont de paires avec la psychothérapie analytique » (au sujet des rêves apportés par les patients)
III.3. Fréquence explicite de l'exploration	III.3.1. Systématiquement	Proposition témoignant explicitement de l'exploration systématique du thème par l'analyste au cours des premiers entretiens	« En toute première chose, c'est que quand quelqu'un prend contact avec moi dès le rendez-vous téléphonique je lui demande qui l'a adressé »
	III.3.2. Souvent	Proposition témoignant explicitement de l'exploration fréquente du thème par l'analyste au cours des premiers entretiens	« […] je considère que c'est très important, donc en général j'essaie quand c'est possible, des fois si je sens que ce n'est pas possible […] »
	III.3.3. Parfois	Proposition témoignant explicitement de l'exploration occasionnelle du thème par l'analyste au cours des premiers entretiens	« […] je saisis parfois comme ça lors de ces premiers entretiens, quel type de transfert m'est adressé et puis je vérifie […] »
	III.3.4. Avec ce patient en particulier	Proposition témoignant explicitement de l'exploration avec le patient en particulier du thème par l'analyste au cours des premiers entretiens	« Je lui ai tout à fait posé la question de savoir s'il avait un traitement et s'il voyait quelqu'un, oui, oui. Ce qui montre quand même, parce que je ne pose pas cette question à tout le monde » ; « Et puis la deuxième entrevue on a repris un petit peu son histoire mais je lui ai demandé plus, […] comment ça se passait dans ses relations avec sa famille etc. ou dans son quartier »
	III.3.5. Jamais	Proposition témoignant explicitement de l'absence de l'exploration du thème par l'analyste au cours des premiers entretiens	« Mais je ne le demande pas, des fois je serais curieux de le savoir mais je ne le demande pas »
	III.3.6. Non systématisé	Proposition témoignant explicitement de la non systématisation de l'exploration du thème par l'analyste au cours des premiers entretiens	« je laisse venir », « c'est vraiment d'aller voir avec ce qu'elle va m'apporter », « je n'ai pas tendance à poser trop de questions, sauf si vraiment là il y a quelque chose qui me frappe l'oreille »

V.2. Plan standardisé de rédaction des analyses thématiques de contenu individuelles

- **CARACTERISTIQUES DE L'ENTRETIEN DE RECHERCHE, DE L'ANALYSTE ET DE LA SITUATION CLINIQUE PRESENTEE**

  - ## Contexte de l'entretien de recherche

    Exemple :
    L'entretien de recherche se déroule au cabinet de consultation de Mme Thomas. Elle a accepté de participer à la recherche après avoir été sollicitée directement par le chercheur par courrier électronique (son adresse mail est publiée sur le site de l'association psychanalytique à laquelle elle appartient). La lettre de présentation de la recherche ainsi que le formulaire de consentement ont été transmis préalablement afin que la participante puisse en prendre connaissance. Elle exprime son intérêt pour le thème de recherche et le hasard qui a voulu que la sollicitation à la recherche tombe au moment où elle venait de recevoir un nouveau patient, ce qui a favorisé son acceptation : « *[…]* vous pouvez pas tomber mieux, je veux dire pour un analyste, au moment o*ù je commence un travail avec quelqu'un qui m'intéresse beaucoup, qui par sa dimension humaine me touche, parce que c'es*t pas toujours le cas de figure ». Après l'entretien, elle m'encourage à la tenir informée de l'avancée de mes travaux de recherche, et manifeste son plaisir d'avoir participé.

  - ## Caractéristiques de l'analyste **(formation, expérience clinique, inscription à l'OPQ, société ou association psychanalytique)**

    Exemple :
    Après un master en psychologie clinique, Mme Dubois suit une formation psychanalytique (analyses personnelles, supervisions, séminaires), jusqu'à devenir membre affilié d'une société. Elle bénéficie d'une expérience clinique de 37 ans. Elle a toujours travaillé en institution psychiatrique jusqu'à récemment, et parallèlement en cabinet en tant qu'analyste pendant 27 ans.

  - ## Contexte de la pratique des premiers entretiens

    Exemple :
    Mme Gagnon me reçoit dans l'institution publique où elle exerce (Centre de Soins et de Services Sociaux : CSSS). Les CSSS québécois constituent une sorte d'équivalent des centres médico-psychologiques ou des centres médico-sociaux français. Ce sont des structures sectorisées qui proposent notamment des consultations psychologiques gratuites : « *[…] c'est un service de première ligne comme on l'appelle, les* gens peuvent venir sans rendez-vous en « walk-in » et elle [la pat*iente] est évaluée à l'accueil* ». L'institution de Mme Gagnon présente la particularité d'être située dans une région du Québec majoritairement anglophone. Ainsi, les patients sont presque tous bilingues anglais-français, et lui arrive souvent de pratiquer en anglais.
    Elle indique que les psychothérapies à long terme ne sont pas favorisées au sein du CSSS, même si elle dispose d'une certaine souplesse dans sa pratique : « Bon, ici en principe on fait surtout du court terme mais on est quand même libre de nos termes dans une certaine mesure ». Elle exprime la difficulté de négocier entre l'impossibilité d'orienter les patients qui ne peuvent pas payer vers d'autres structures pour des prises en charge à long terme, car elles n'existent pas, et la pression institutionnelle pour que « ça roule » : « On ne *peut pas dire que, le problème que ça pose c'est que je ne peux pas remplir mes rendez*-vous et puis ne plus *bouger, donc il faut que ça roule, mais ça roule quand même, mais j'en ai que je vois depuis très longtemps.* Mais quand même il y a une pression, et avec les changements la pression est de plus en plus forte, *d'efficacité, résultats, etc.* ». Ce contexte institutionnel influencerait l'engagement de l'analyste par rapport aux demandes à long terme : jusqu'où s'engager face aux pressions de voir « *[…] le plus de patients* possible, le plus vite possible, voilà, et pas perdre notre temps là à voir des patients pendant un an/ ».
    Il existe un protocole d'accueil institutionnel. La demande du patient est en première intention évaluée à l'accueil par des travailleurs sociaux, puis est présentée en équipe. Elle ajoute qu'en dernière instance si elle

ne souhaite pas suivre un patient, elle peut refuser. Lorsqu'elle reçoit un patient, il s'agit donc habituellement d'une demande de psychothérapie.

o Choix de la situation clinique présentée

Exemple :
Mr Gauthier choisit de parler d'un nouveau patient reçu à trois reprises : « *[…] j'ai parlé de lui parce que c'était le seul […] que je vois, autour de qui tout récemment je me suis posé des questions de conn*aître *l'indication* de la recherche que vous faites » ; « *[…] pour moi il ne me semblait pas poser, lui, de problème majeur si l'on veut, puis je pense que je peux faire un travail honnête avec lui, c'est pour ça que je l'ai* choisi *entre guillemets si l'on veut* ».

o Décision thérapeutique (élaborée, en cours d'élaboration), formulation du cadre analytique

Exemple :
A la suite des trois premiers entretiens, Mme Côté considère que le travail préliminaire continue : si elle pense qu'une psychothérapie psychanalytique serait indiquée pour la patiente, elle souligne le besoin de temps pour que celle-ci puisse formuler une demande « démêlée » de la problématique de son conjoint et également pour ménager certaines réticences.

o Eléments de la subjectivité du chercheur

Exemple : voir annexe VI. « Subjectivité du chercheur », p. 393.

- **PARTIE NON-DIRECTIVE (réponses spontanées à la suite de la consigne générale de recherche)**

o Données du cas clinique : orientation, motif de consultation, demande, et parcours de soins psychiques antérieurs

Exemples :
La patiente, une femme de 40 ans, est adressée par son psychiatre qui lui prescrit un traitement médicamenteux, après avoir formulé son souhait d'entreprendre une psychothérapie. Après une tentative de suicide à l'adolescence, elle a été placée dans un établissement psychiatrique quelques mois, et a fait quelques séances allongée avec un analyste, ce qu'elle n'a pas supporté. Plus récemment, elle a suivi une psychothérapie durant trois ans avec un psychiatre-psychanalyste dans un autre centre.

Le patient se plaint d'une difficulté à s'affirmer et à prendre sa place. Il sent qu'il met une distance relationnelle avec les autres, qu'il s'isole de plus en plus. Par ailleurs, « *[…] il y a un autre thème qu'il ne voudra pas développer il va juste me lancer, quelqu'un qui lance ses idées de pourquoi il consulte, des* difficultés autour de *[…]. Quand plus loin dans l'entrevue je lui dis : ben vous avez évoqué des difficultés* dans *[…] qu'entendez*-vous par là ? Là il va dire : "écoutez, je ne suis pas prêt d*'en parler, je ne préfère* pas en parler" ». Mr Bouchard apprend que le patient a effectué deux suivis précédemment : un premier, bref, avec une psychanalyste dont il n'aurait pas supporté le silence, et un deuxième plus long mais irrégulier, avec une psychothérapeute qui aurait été significatif pour lui.

o Elaboration du fonctionnement psychique du patient

Exemple :
La patiente évoque ce qui la fait souffrir lors de la première séance, sans que ça se prolonge longuement, contrairement à d'autres patients qui n'arrivent pas à sortir de la description de leur symptomatologie actuelle. Elle dit souffrir d'une grande timidité et se sentir malheureuse au travail, ne pas arriver à communiquer : « *[…] il y a de grandes périodes de silence* – et puis peut-être dix minutes après : *[…]*. Et donc pendant la première séance elle va tourner autour *de ça, je la laisse s'exprimer* » ; « Donc cette femme-là, pendant, cette patiente, elle comme ça, vers la mi-*séance elle lance je ne sais pas d'où, elle* lance le fait que : *[…] en tout cas ça c'est le motif qu'e*lle donne ». Elle associe avec des souvenirs

d'adolescence, notamment […]. Contrairement à d'autres patients dont Mr Morin a pu faire l'expérience, il précise que la patiente ne reste pas dans le concret, qu'elle démontre des capacités associatives.

o Dimensions transférentielles et contre-transférentielles

Exemple :
Spontanément, Mr Martin aborde son positionnement contre-transférentiel par rapport à la situation clinique, et les éléments relatifs à la potentialité de la relation avec le patient. Il n'évoque pas la dimension transférentielle directement dans cette partie non-directive.
Tout d'abord c'est l'effet de surprise intriguant provoqué par le patient qui donne envie à Mr Martin de travailler avec lui : « *Premièrement ce qui m'a donné envie de travailler avec lui c'est un peu avant de savoir si on allait partir sur une thérapie, c'est étonnant mais c'est l'effet paradoxal qu'il m'a fait en fait, c'*est-à-*dire que j'ai ouvert la porte de mon cabinet et j'ai vu un jeune homme en face de moi, je me suis dit :* houlà ! Il est bien jeune celui-là pour venir comme ça ». Ensuite, le désir d'investir le patient est lié au fait que Mr Martin ait été touché par son histoire, et que la situation clinique l'intéresse intellectuellement.
L'évaluation des potentialités de la relation thérapeutique s'appuie sur l'effet des interventions du clinicien, mais aussi sur la nature du matériel clinique que le patient apporte en séance. Ainsi, Mr Martin constate que « *ce qui a paru vraiment provoquer un effet bénéfique, c'était dès le deuxième entretien ça où je me suis permis d'intervenir assez précocement, et visiblement ça a créé quelque chose dans la relation avec moi c'*est-à-dire que de lui avoir renvoyé ça : vous avez fait un sacrifice, ça a créé quelque chose dans la relation ». Lorsqu'il évoque la phrase du patient […], il souligne avec enthousiasme : « *il m'a fait une très* très belle phrase au troisième entretien, c*e qui m'a confirmé que la relation était engagée et qu'on était dans une démarche analytique […]* » ; « *Bon j'ai trouvé que c'était assez magnifique, je me suis dit : bon il faut qu'on bosse ensemble* ».

o Elaborations liées explicitement à la décision thérapeutique

Exemple :
De manière explicite, Mme Bernard place spontanément dans son élaboration : les capacités d'élaboration et d'introspection ; la formulation d'une demande de psychothérapie ; et son sentiment d'un investissement transférentiel de la part de la patiente dès le départ.

- **PARTIE SEMI-DIRECTIVE**

o Données du cas clinique : orientation, motif de consultation et demande, si précisions apportées par explorations du chercheur

Exemple :
Dans la partie semi-directive, Mr Roy ajoute qu'il imagine, probablement du fait des conditions de l'orientation, que la patiente aurait une bonne opinion de lui. La demande n'est pas formulée explicitement, quant à la demande inconsciente il est trop tôt pour en dire quelque chose : « *Moi je ne sais pas, ce qu'elle demande … qu'est-ce qu'elle demande dans le fond ? D'avoir moins de peine quand il y a des ruptures quelque chose comme ça, c'est ça qui est, on verra bien, mais je ne suis pas curieux, on verra* bien, on verra bien ».

o Elaboration du fonctionnement psychique du patient

Exemple :
Mme Richard reprend la transmission de sa superviseuse, qui relève des formes de trahison inconsciente avec le père et au niveau structurel : « *[…] la question qui restait un peu en suspens c'était est-ce que c'était* vraiment une structure névrotique avec des failles au niveau narcissique etc., ou alors est-*ce que c'était* quelque chose de plus état limite mais de haut niveau quand même, mais où justement il y avait vraiment une problémati*que narcissique identitaire […]* ». Mme Richard note des éléments allant dans le sens d'un état limite « de haut niveau » : « *[…] il y en a eu juste quand elle a parlé du fait que, quand je disais qu'il y* avait quand même une histoire de r*ejet, ça c'est plus des indices qui seraient du côté d'état limite de haut niveau au niveau de la confusion à l'intérieur, puis de l'action puis de, et puis du fait aussi que la seule émotion qui est venue c'est quand elle parlait du fait qu'elle n'a jamai*s été dans des relations privilégiées *avec des gens et finalement, je pense qu'elle s'est souvent sentie rejetée, […]* ». Elle relève des éléments

œdipiens : « *[…] mais de ce qu'elle m'a parlé pour le moment euh … dans ses relations avec les autres il y* a b*eaucoup de, de, il y a beaucoup quand même des histoires de triangulation […], une histoire de jalousie qui s'est faite et puis dans ses relations avec les filles en général, c'est plus un sentiment de rejet je pense, de mise à l'écart ou de laisser de côté ou de …* » ; « *[…] elle a vécu des rapprochements […] d'ordre affectif où il ne s'est rien passé, il n'y a pas eu d'abus à proprement dit, […] mais elle a vécu de la* culpabilité par rapport à ça ». Des hypothèses sont en cours d'élaboration quant aux liens entre l'investissement du père, les blocages dans le cours de la pensée et ses difficultés à investir des relations actuelles : « *[…] je pense […] qu'il y a un lien qui se fait entre […] sa difficulté d'élaborer par rapport à ça* et puis les défenses qui *peuvent être mises par rapport à investir, à investir les hommes, à investir l'espace pour elle aussi en thérapie, toutes ces difficultés d'investissement, d'élaboration, je les vois vraiment plus en lien justement avec le fait qu'elle n'a pas pu investir le père, investir cette relation dans ce qu'elle aurait pu, ou dans ce qu'il aurait pu lui apporter de positif [...]* ». Elle évoque la question de l'autonomie qui n'est pas formulée directement pas la patiente : « *[…] un enjeu peut*-être pas de dépendance extrême, mais comme *elle est obligée de faire tout le temps des activités, d'être tout le temps dans l'action, de jamais finalement* pouvoir être vraiment seule avec elle-*même […]* ».

Mme Richard décrit la patiente comme une jeune femme […] qui s'exprime clairement, avec une sincérité dans ses propos, mais avec des arrêts dans son élaboration : « *c'est quelqu'un qui est beaucoup dans l'action, […] qui a un emploi du temps qui a l'air vraiment très serré, pas beaucoup de temps où elle a l'air d'être seule à réfléchir, à élaborer justement, […]. Et puis c'est un peu comme si ça tournait un peu rond d'après ce que j'ai compris c'est comme si ça tournait dans son esprit mais finalement il n'y avait rien qui* se clarifiait. Donc elle ne passe pas beaucoup de temps à réfléchir là-dessus parce que ça doit créer une *espèce de, on n'a pas mis de mot là-dessus je pense ça va revenir mais, je ne sais encore si c'est de la panique, de la confusion, mais quelque chose qui reste un peu bloqué j'ai l'impression, qui tourne mais* qui *a du mal à s'élaborer, […]* ».

La sympathie dégagée par la patiente est à nouveau mise en parallèle avec la froideur qui se manifeste par la distance qu'elle maintient. Cette distance et le manque d'expression des affects donnent le sentiment à la clinicienne d'avoir peu accès à sa souffrance, même si elle est bien certaine qu'il y en a. Elle précise le seul moment où la patiente a montré ses affects : « *[…] et à la fin de la première entrevue elle m'a mentionné qu'on l'invitait jamais, […] c'est comme* si elle faisait les démarches pour les autres mais comme si on ne pensait jamais à elle. Et quand elle a dit ça il y a une émotion qui est venue elle a eu les larmes aux yeux. / *C'était très rapide, très discret, très pudique j'allais dire. Mais le reste du temps non, […]* ».

o Dimensions transférentielles et contre-transférentielles

Exemple :

Suite aux consignes du chercheur, Mr Gomez évoque les manifestations d'intérêt de la patiente pour le travail qui s'engage : « Donc il y a eu effectivement cet apais*ement, et puis comme je vous dis l'installation de quelque chose, elle m'a dit qu'elle se sentait bien ici, qu'il y avait quelque chose qui lui donnait envie de parler, d'amener ces choses-là […] ».* Il explicite à nouveau ce qu'il annonce déjà dans la partie non-directive quant à la nature du transfert : « *C'est ce que je vous disais un peu à l'instant en filigrane, ce transfert massif d'emblée qui est un peu curieux et avec lequel il faut être très prudent. Parce que quand c'est massif comme ça la moindre des choses qu'on puisse dire ou faire peut déclencher des choses, donc il faut protéger cette personne justement de son propre évidemment je dirais dans l'autre, de son transfert si important. […] Je pense que ça pourra s'apaiser après, et que ce sera just*ement un succès entre guillemets, *ou un effet thérapeutique que de pouvoir, ce transfert là l'apaiser un peu ou le réduire un peu, qu'elle puisse être critique par rapport à mes interventions ou des choses comme ça. Pour l'instant elle n'y est pas* ». Il note aussi la façon dont la patiente accroche à la moindre de ses interventions, ou encore le fait qu'elle ait négocié avec son travail pour libérer un créneau réservé aux séances.

Il montre comment l'évaluation de la nature du transfert entre en compte dans son élaboration de la façon dont il peut envisager de travailler avec la patiente : « Il y a un texte de Marcel Czermak qui est très *intéressant par rapport à ça, qui n'est pas seulement intéressant mais qui est un repère c'est "Le* psychotique résiste ma*l au transfert" […] je pense que par rapport à cette patiente c'est quelque chose* comme ça, je me garde par exemple de toute complicité avec elle et elle le sait, il y a des gestes qui peuvent paraitre parfois trop austères. Il y a des patients avec qui je peux être plus proche, ou je ne sais pas *rassurer ou, avec elle non, je pose des choses parfois très carrées et ça lui convient, et je pense que c'est* pour moi aussi une boussole de tenir cet écart pour la protéger ».

Quant à la dimension contre-transférentielle, les consignes sur les premières impressions amènent le participant à faire part : *« […] je m'attendais peut-être à quelqu'un d'un autre milieu social, plus aisé peut-être, et plus jeune puisque j'ai entendu parler de, je n'aime pas ce terme*-là, de la « patientèle » de cette *personne qui me l'a envoyée, […]. Donc j'ai vu il y avait juste un petit décalage mais c'est tout, ça n'a pas*

forcément joué pour la suite, mais voilà il y a toujours cette surprise du premier moment, des premières minutes ». Mr Gomez explique, toujours suite aux consignes de recherche, ce à quoi il peut être sensible d'une manière générale comme le niveau d'éducation, notamment à travers le vocabulaire employé : « *[…]* il y a des personnes qui vont dire beaucoup de gros mots par *exemple, alors qu'elle s'adresse pour la première fois à un psychanalyste qu'elle vient voir […], même si elle les ponctue ou qu'elle les utilise à bon escient si je puis dire, c'est quelque chose voilà qui pour moi, je ne vais pas en faire une maladie, m*ais que je vais chercher à éloigner par exemple ». Aux questions sur ce qui le toucherait dans cette situation clinique, il répond par ses intérêts théorico-cliniques : « *je parlais de curiosité tout à l'heure, je me sentirais* curieux effectivement par rap*port à des choses qui moi m'intéressent, comme disait Lacan : chacun a sa question, on met parfois vingt ans, trente ans à la trouver parfois un peu moins, et c'est un fil conducteur qu'on peut parfois utiliser même sur des sujets qui apparemment n'ont rie*n à voir » ; « Donc là pour moi *c'est une question qui me mobilise de savoir comment elle a fait, et de savoir comment font les gens, donc ça me renseigne aussi, enfin c'est un peu comme Freud qui disait qu'au lieu de multiplier les cas parfois en* travaillant en profondeur trois, quatre cas cliniques on pouvait parfois apprendre beaucoup plus. Donc je *pense qu'il y a des petites questions comme ça et celle*-ci en particulier qui me mobilisent » ; « Et je pense *que pour elle c'est la question, je vous le dis* comme ça à brûle-*pourpoint, c'est la question du signifiant, c'est*-à-dire comment le signifiant – le S1 et le S2 – comment elle se place entre les générations, je vous *disais qu'elle était un peu perdue, comment elle a fait ? Pour moi c'est une vraie quest*ion clinique : *comment elle a fait jusqu'ici ?* » A la consigne sur ce qui le mobilise à s'engager dans un travail analytique avec la patiente, il répond que ce sont les possibilités même du travail pour elle qui en sont le fondement : « *[…] il y aura pas mal de choses à mettre un peu en place, pour qu'elle puisse interroger d'autres choses plus profondes, et puis voilà qu'elle fasse, qu'elle puisse continuer son parcours. Donc ça c'est une première chose qui me pousse, comme vous dites qui me mobilise à m'e*ngager ».

Il témoigne de son rapport à la psychose d'une façon générale, contrairement à des collègues qui pouvaient exprimer une certaine peur ou réticence : « *Et là pour revenir un peu à Czermak, […] il a toujours dit quelque chose qui m'avait posé question lors de ma formation, c'était par rapport aux psychotiques […] au départ ils peuvent faire peur mais ensuite c'est quelque chose d'attachant, de soulageant, même apaisant* par rapport aux névrosés dans le sens où la psychose cherche toujours la même chose, comment dire, le *psychotique il sait à quelle place il risque d'être mis, et il se défend sans cesse d'être mis à cette place*-là. Le névrosé, il utilise une batterie très colorée, avec un nuancier beaucoup plus important et très tordu bien souvent pou*r éviter la castration, les règles et tout ça, […] c'est parfois usant avec un névrosé d'avoir à redire les mêmes choses, et qu'il revienne par un autre chemin pour refaire la même chose, vous voyez le symptôme ça insiste, c'est la répétition. Alors que le psychotique est constant, […] il est dans la conviction, pas dans la convention c'est*-à-*dire dans l'accord névrotique, social, non il est dans la conviction, il sait que c'est comme ça* ».

Enfin, si Mr Gomez peut dire qu' « *[…] il y a des choses qui peuvent m'être parfois un peu … dans les façons qu'elle peut avoir* », il le replace immédiatement dans la perspective psychanalytique : « mais de *toutes les façons, comment dire, avec la psychanalyse on est habitué aussi à un exercice qui n'est pas un* exercice d*'empathie, et on n'a pas peur d'être antipathique aussi* ». Pour le moment, il souligne l'importance de garantir le cadre pour que la patiente se sente en sécurité. Il conclut sur les potentialités transférentielles favorables au travail analytique : « comm*e je vous disais, que ce sera à nuancer, mais qu'il y a un travail possible, que c'est un type de transfert en même temps qui lui permettra, elle et moi, de travailler ensemble pour elle, c'est*-à-*dire c'est un type d'adresse massif etc. qu'on va chercher à* réduire un *peu, nuancer, protéger etc. mais c'est un transfert qui permet en même temps un travail et qui lui permettra de s'y prendre autrement, je pense que c'est un transfert qui permet. Il y en a d'autres qui empêchent le* travail, qui le rendent plus *difficile, ou agréable. […] le sien je dirais que c'est un transfert qui permet, dans lequel je m'inscris aussi, je n'utilise pas trop ce terme de contre*-transfert, mais dans ce circuit *transférentiel dans lequel on est tous les deux, c'est un transfert qu*i permet un travail ». Suite aux consignes de recherche, il formule une prédiction sur l'évolution possible de la relation transférentielle : « Donc quand *elle sera sur ce départ, je pense qu'elle commencera à se méfier justement de moi et qu'il y aura peu*t-être *des gestes que j'aurai qui seront difficiles pour elle, ou je ne sais pas peut-être qu'un jour je serai plus ferme pour une question d'horaire ou de date ou des choses comme ça, et elle prendra prétexte pour dire voilà qu'elle ne veut pas continuer etc. […]* ».

o Dynamique des premiers entretiens

Exemple :

Suite aux consignes de l'entretien de recherche, Mr Morin fait part d'effets qu'il a pu noter entre les séances : « Oui, oui, oui, à chaque fois elle a dit : *"j'ai pensé la semaine dernière"*, donc autrement dit, comme là hier soir elle me dit : *"j'ai pensé la semaine dernière"*, entre les deux séances et la semaine dernière elle

m'avait dit la même chose. Donc quelque part ça met quelque chose à l'œuvre » ; « *[…] lorsqu'elle va dire : "ça m'a fait penser, j'ai pensé à", alors il y a quelque chose, on a l'impression d'un travail qui s'est mis à l'œuvre. Mais euh, mais même si elle ne disait pas ça, ça ne me dérange pas, parce que ça va dépendre de* chaque séance, chaque séance est une séance en *soi, elle n'est pas forcément en lien de continuité avec celle* qui précède ». Il insiste sur le fait que, si lorsqu'il repère un effet entre les séances cela peut signifier l'amorce d'un travail psychique, pour autant cela n'est pas déterminant dans l'élaboration de sa décision thérapeutique : « *je prends toujours la séance comme une création du moment, c'est là, c'est quelque chose qui surgit. […] C'est pas forcément un indice de dire qu'il y aurait une continuité directe là avec la séance précédente, c'est plutôt lorsque la personne parle on sent que « ça » parle, […] et à moi finalement de repérer justement le signifiant de temps en temps et d'envoyer l'affaire hors discours logique, […] C'est là qu'on voit s'il y a des indications que ça va se p*oursuivre le travail analytique ».
Pour autant, les « mouvements » de la première à la troisième séance interviennent dans son élaboration de la décision thérapeutique, comme le passage sur le divan ou le fait qu'il ait pu rester silencieux dès la deuxième séance, la patiente se questionnant elle-même sur l'origine psychique de sa souffrance. Il s'agit de voir selon Mr Morin si la patiente est réceptive au dispositif analytique : « *Oui, parce que j'avance vers quelque chose d'un cadre, d'un dispositif analytique et* est-*ce qu'elle va y répondre ? Est-ce qu'elle va porter et supporter le silence et des interprétations qui viennent d'où ? D'où ça vient cette espèce de relation langagière là […] ».* L'indication est alors pensée comme une proposition d'analyse faite au patient, dont il se saisira ou pas.

o Place des tiers

Exemple :
Mr Garcia entre en contact avec le médecin généraliste qui lui adresse l'enfant et ses parents pour l'informer de l'issue des entretiens. Le fait qu'il connaisse ce médecin, ancienne collègue d'une institution où il exerçait, lui permet de se formuler des hypothèses sur l'orientation : « mais bon je connais en même temps *la collègue qui m'a adressé la personne, et je sais qu'elle me l'a plutôt adressée pour la mère, ce n'était pas* forcément pour une réponse vis-à-*vis de l'enfant* » ; « m*ais il m'est arrivé des cas comme ça où effectivement je ne connais pas la personne qui me l'a adressé, elle me dit c'est un médecin untel, mais je ne connais pas la personne, alors je me demande qu'est-*ce que ce médecin avait en tête » . Ainsi, l'adresse et la personne à son origine interviennent d'une certaine façon dans l'élaboration de l'analyste à travers ce qu'il peut en imaginer ou ce qu'il en sait.
De sa pratique en institution, Mr Garcia évoque les « interférences » des autres qu'il relativise : « parfois oui des collègues qui prennent le cabinet au moment où je voulais le prendre, ou des choses comme ça, mais ça *c'est plus une question de gestion qui peut interrompre des choses importantes dans une instit*ution. Et puis *bon finalement on peut reprendre tout ça dans une thérapie, c'est pas dramatique, je ne pense pas que ça* soit déterminant dans un traitement ».
D'autre part, à l'époque où il avait un « contrôleur », la décision de poursuivre ou pas avec un patient était toujours discutée avec lui. Actuellement, ce n'est que dans les cas où se présentent des doutes sur une situation clinique. Cela nous amène à interroger la place symbolique du contrôleur, qui serait internalisé en quelque sorte, lors de l'élaboration de la décision thérapeutique. Enfin, la théorie sur laquelle l'analyste s'appuie tout au long de l'entretien de recherche, pour faire part de son cheminement, nous conduit à questionner sa fonction « tiercéisante ».

o Elaborations liées explicitement à la décision thérapeutique

Exemple :
L'indication de psychothérapie de la patiente est élaborée en équipe dans le sens d'une proposition, non pas que des éléments concourraient à l'évaluation favorable de cette décision, mais plutôt car il n'a pas été relevé de contre-indication majeure : « j*'essaie de me rappeler dans ce cas particulier … c'est-*à-dire ça *s'est un peu par la négative l'acceptation de ce* cas-là*, c'est qu'on ne voyait pas vraiment de* raison majeure *pour le refuser […]* De ne pas lui offrir, parce que ce *qu'elle va en faire évidemment …* » L'indication est pensée dans ce cas comme une proposition dont on ne peut pas présumer le devenir.
La nature de la demande, vers une recherche de compréhension d'elle-même, participe pour Mme Gagnon à l'évaluation de la possibilité d'un travail analytique. En effet, elle se réfère à son expérience clinique pour montrer que d'autres types de demande apparaissent moins favorables : « *[…]* parce que je vous dis, ils arrivent ici en psychothérapie m*ais ça n'est pas nécessairement vrai, parce qu'il y a des gens qui viennent* qui ont toutes sortes de problèmes, et qui attribuent ces problèmes à toutes sortes de causes extérieures à eux-*mêmes, pour lesquels ils n'y sont pour rien, et c'est sûr que ça ne* marche pas très longtemps. Parce

qu'ils viennent avec l'idée qu'on va leur proposer une solution, puis des tours et qu'ils vont sortir et qu'ils vont être très très bien, et puis ça ne marche pas tellement » ; « *Oui, il y en a avec qui c'est plus facile, ç*a *va plus loin disons, d'autres moins ça reste plus au niveau de la demande actuelle le symptôme mais, puis à travers évidemment ce qu'ils vont dire ça va me donner une idée au niveau de leurs capacités de réfléchir* sur ce qui leur arrive présentement, de *ce qu'ils font là et de ce à quoi ils s'attendent* » ; « *ça c'est comme* une question importante pour savoir s*'ils peuvent engager un travail* ». La nature de la demande de la patiente confirme son désir de se questionner sur son fonctionnement psychique : « *[…] puis c'est évident qu'elle veut réfléc*hir là-*dessus, elle l'a dit ça* », ce qui s'avère un premier « repère » essentiel à l'évaluation de la possibilité d'un travail pour Mme Gagnon.

En plus de l'intérêt pour son psychisme, l'analyste souligne une capacité chez cette patiente à « réfléchir sur elle-même » : « j*e me suis dit bon elle est quand même capable de me parler, de me dire ce qu'il se passe pour elle, elle est capable quand même de réflexion comme ce que j'ai mentionné sur son corps d'enfant,* donc *euh, ma réaction c'était : c'était moins pire que ce que j'avais imaginé* » ; « [...] ensuite elle a aussi *une facilité à parler des relations actuelles avec ses parents, […] comme par exemple ses relations à l'adolescence, comment enfant ah oui ! Ça y es*t je me rappelle ! Elle a parlé de ça de ses souvenirs de sa *relation avec sa mère quand elle était enfant, des événements disons qu'elle a rapportés* ».

La dynamique des trois premiers entretiens donne l'impression Mme Gagnon d'un plus grand accès à la problématique psychique de la patiente, ce qui soutient également d'après elle l'idée d'un travail possible. « Bien disons *[…], premier entretien elle paraissait assez défensive […]. Au deuxième entretien là on voit* arriver plus clairement le transfert donc, en même temps elle parle plus de ses relations avec ses parents. Au troisième entretien elle est apparue moins défensive, d*onc plus comme accès, […] à cette problématique d'autodestruction dans laquelle elle est plus proche d'un état, […] elle dit qu'elle est […]*. Et donc au *troisième entretien ça s'est ressorti plus, l'affect dépressif*, et je dirais vraiment quand on lui offre quelque *chose elle s'empêche là de continuer ou d'en faire quelque chose qui serait moins, je ne sais pas,* destructeur. Donc dans ce sens-là*, même au troisième entretien, j'ai l'impression d'être plus proche de ce qui l'amène* ».

La capacité de la patiente à s'engager dans une relation thérapeutique constitue le point essentiel de réserve quant à l'issue de l'indication : c'est même « La question » d'après Mme Gagnon, présente dès le début lors de l'évaluation d'équipe, ainsi que dans le matériel clinique des premiers entretiens. En effet, la clinicienne fait l'hypothèse que la patiente pourrait avoir peur de la dépendance que pourrait impliquer la relation transférentielle, ou bien qu'elle pourrait « saboter » en interrompant le suivi, comme elle peut le faire dans d'autres domaines de sa vie. Dans la partie semi-directive, Mme Gagnon reprend le repérage de manifestations transférentielles pour nuancer les réserves quant à l'engagement de la patiente : « (Silence) *Bien … j'ai trouvé quand même que justement* là les éléments que je peux repérer comme étant transférentiels, ça, *ça me semble être important qu'il y ait déjà quelque chose qui s'engage, […]* ». Elle étaye ce constat avec un deuxième exemple témoignant d'un effet entre les séances […][1].

L'adéquation du cadre institutionnel à l'état psychique de la patiente, l'amène à douter de la pertinence de l'indication. En effet, l'ampleur de la dépression lui apparaît plus nettement au troisième entretien. Il nous semble intéressant de noter que Mme Gagnon questionne si au départ elle aurait « […] tendance à la catégoriser à tort probable*ment plus du côté de l'hystérie* ». En tous les cas, elle se demande si le cadre institutionnel proposé convient à une patiente avec une dépression si profonde, du fait des pressions pour limiter les prises en charge à long terme.

Si Mme Gagnon formule la prédiction que la patiente reviendra, elle s'interroge sur l'issue du travail débuté et le risque d'interruption précoce : « *(Silence) Euh … j'ai un fantasme là, je ne sais pas si c'est euh, j'ai l'idée que quand elle trouve aussi un* emploi elle ne va plus revenir »; « uui, bien elle va revenir *probablement, mais combien de temps, jusqu'où elle pourra aller dans le travail, est-ce qu'il va y avoir des* « acting-*out », c'est un peu* ça ».

La gravité du syndrome dépressif, le mode relationnel dépendant de la patiente, et le risque d'acting-out évalué par la clinicienne, entrent en jeu explicitement dans l'élaboration de la décision thérapeutique. Nous notons qu'ils interviennent de façon articulée à la dimension contre-transférentielle. Sans que la dimension contre-transférentielle soit considérée explicitement comme participant à l'élaboration de la décision thérapeutique, elle apparaît occuper une place importante dans le cheminement intérieur de l'analyste dès les premiers entretiens.

[1] Evénement trop singulier pour pouvoir le laisser sans compromettre la confidentialité.

o Projet thérapeutique

Exemples :
Mme Tremblay formule les prémices d'un projet thérapeutique, envisageant d'accompagner la patiente à tenir plus compte de ses besoins et de son monde interne, et à assouplir son fonctionnement psychique. Elle ne pense pas à une prise en charge complémentaire.

A la consigne interrogeant si la participante se formule un projet thérapeutique, Mme Thomas pense à ce qu'il souffre moins : « *Bien qu'il soit à l'aise un peu avec tout ça, avec son […], il n'a pas de relation pour le moment par exemple, il n'a pas de vie affective, bon voilà. S'il pouvait être un peu mieux dans tous les* domaines de sa vie ce serait bien ». Elle précise que « *[…] ce n'est pas le but de la psychanalyse d'en faire quelqu'un de super adapté […]* ». L'incertitude de l'issue du travail qui s'engage est à nouveau soulignée : « *mais je ne me crois ni guérisseuse, ni encore moins miraculeuse, c'est vraiment un travail à deux. Donc je n'ai pas de, j'aimerais beaucoup que ça lui serve à quelque chose, mais ça c'est le mystère des débuts, on* ne sait pas du tout sur quoi ça débouchera. On verra ».

- **STRUCTURATION DES PREMIERS ENTRETIENS**
  (Elaborations explicite de l'analyste relatives à sa pratique des premiers entretiens)

Exemples :
Exemple de *trame d'écoute* explicite :
La trame générale des premiers entretiens apparait explicitement, conformément à ce que l'analyste dit de la théorie qui y préside lors de l'entretien préalable : repérer la demande et la structure, amener le patient à interroger la nature de sa demande et à conclure lui-même. Les premiers entretiens sont distincts des séances d'analyse, le premier entretien occupant une place particulière : « *[…] c'est toujours déterminant le premier entretien, après les autres c'est pour confirmer, vérifier ces premières choses qui ont été dites autour de ce* premier entretien ». Cependant, la formulation du cadre analytique n'intervient pas comme la césure entre les premiers entretiens et le début du travail analytique proprement dit. En effet, le cadre analytique se met en place progressivement au début du travail : « *[…] ça se fait de façon tout à fait naturelle parce que les patients posent des questions, et après il y a l'exigence du temps, d'au moins deux rendez*-vous par semaine, la question de *l'argent, donc tout ce cadre c'est revu et revu pendant les premiers entretiens. Mais j'insiste surtout sur la question de tout dire tout ce qui passe par la tête, ça c'est disons la seule formule qui reste* ». Quand une analyse s'engage, les entretiens préliminaires auraient alors également pour fonction cette mise en place du cadre analytique.
Mr Garcia témoigne des explorations qu'il conduit lors des premiers entretiens. D'une manière générale, il considère que les premiers entretiens sont un temps d'exploration en soi : « *[…] c'est pas qu'il faut tout dire,* mais *en tout cas il faut, le premier entretien c'est vraiment pour explorer tout, donc s'il y a des choses qu'on* gardait en tête ce serait dommage ». Une attention particulière est accordée à l'évaluation diagnostique : « *[…] du moment qu'on s'appelle thérapeute, ou autre, ou psychanalyste, la première question c'est savoir qui on a en face parce que de ça la direction d'une cure va être déterminante* ». Dans les cas d'enfant, il examine toujours attentivement la dynamique familiale et de couple : « *[…] je m'arrête énormément quand c'est les enfants, c'est surtout la question de la grossesse, du désir d'enfant, c'est essentiel, surtout que l'enfant n'a pas demandé à venir, la plupart des, la clinique avec les enfants a cette particularité que l'enfant est amené, il n'est pas demandeur, donc d'autant plus, il faut prendre encore plus le temps d'explorer et savoir, même avant la naissance de l'enfant si c'est un enfant désiré ou pas* ». Cette démarche de l'analyste permet un travail de reconstruction, qui peut avoir des effets dès les premiers entretiens : « *c'est extrêmement important de prendre avant, après, pendant, et maintenant la question du temps c'est essentiel à ce moment*-là. Et ça apporte tout de suite des choses, le seul fait pour les patients de commencer à *parler, pas du présent, mais d'avant, ça leur permet à eux aussi de reconstituer toute l'histoire. Même pour l'enfant, parce que l'enfant la plupart du temps n'a pas entendu ça, parce que les parents ne reparlent pas forcément ou ils disent de temps en te*mps, mais le fait *de réécouter toute leur histoire d'un coup comme ça, ça produit toujours un effet pour l'enfant. Donc ça c'est* toujours conseillé à faire quand on reçoit un enfant ». Dans la situation clinique présentée, l'effet de reconstruction produit par les questions de l'analyste amène la mère à associer sur sa propre histoire […], qui l'a « poussée à faire une thérapie ». Enfin, Mr Garcia tient compte systématiquement : du contexte de l'orientation du patient, considérant le « point de transfert » préalable ; et de l'absence d'autres intervenants excepté pour les cas d'enfants.

Exemple de *trame d'écoute* volontairement laissée à un niveau implicite :
Mme Dubois laisse habituellement le patient parler librement lors des premiers entretiens, de la même façon qu'elle ne construit pas son élaboration dans un premier temps : « *[…] quand même, c'est une masse de données*

qui arrivent comme ça dans un entretien d'une heure, je prends vraiment mon temps au début, ça dépend des personnes il y en a certaines q*ui n'ont pas besoin d'autant de temps*, *mais c'est pour moi aussi au début. Et donc ça fait une masse, donc en général je ne mets pas en forme tout de suite, j'ai besoin de laisser pen*ser un peu ». Notamment, elle souligne dans la situation clinique présentée : « a*lors elle c'est l'histoire de […]*[1] *qui m'a* alertée complètement en me disant : attention, attention pour lui laisser un espace à elle, que ça ne se referme *pas tout de suite. Donc j'ai pendant un long temps*, dans le cours du premier entretien, je l*'ai laissée dire vraiment tout ce qu'elle avait à dire par rapport à […]*[1]*, qui avait fait subir son angoisse à tout le monde […]. Donc moi je l'ai laissée dire* ».

Suite aux consignes de recherche sur les explorations des souvenirs ou des rêves, Mme Dubois explique qu'elle ne le fait pas automatiquement : « *[…] justement dans un sens parce qu'on est en analyse ou parce qu'on* rencontre un analyste, je ne le fais pas automatiquement, vraiment je suis attentive à la manière dont le patient ou la patiente prennent la parole, je laisse dérouler ça, et puis ça vient naturellement je peux dire des choses comme, enfin dans le cours des premiers entretiens : mais ce qui vous arrive là est-*ce que c'est quelque* chose que vous avez déjà repéré dans votre histoire, enfin dans votre vie ? Ou enfin voilà, ça vous ferait penser à quoi *? Les rêves, à moins qu'ils les amènent je n'y vais pas tout de suite* ». Ainsi elle peut explorer la répétition ou soutenir les associations au cours de premiers entretiens. Dans la situation clinique particulière qu'elle évoque, il ne lui semblait pas adapté d'utiliser ce type d'interventions : « par contre avec elle de faire revenir des, non, *c'est pas ça qui a marché, ça ne pouvait pas marcher parce que c'était trop dans le savoir, dans l'analyse qui* fait revenir en arrière vous voyez, donc à ce moment-*là elle répondait : "mais c'est mon fonctionnement, […]*", etc., etc. Tandis que, je pense que ce qui a plutôt amené à ce mouvement, à u*n mouvement réflexif, c'était plutôt […] parce que c'est* spécifique là je pense ». Par ailleurs, elle fait part des explorations plus spécifiques à la problématique de la patiente comme : ce qui sous-tend son manque de reconnaissance ; ou encore approfondir ce que serait l'analyse pour elle-même détachée des représentations liées […]. Des explorations découlent aussi des intérêts théorico-cliniques propres à l'analyste : « *[…] le prénom c'est très, enfin je considère que c'est très* important, donc en généra*l j'essaie quand c'est possible, des fois si je sens que ce n'est pas possible, si la personne ne s'est pas présentée avec son prénom et je sens qu'il faut attendre je ne le fais pas, j'attends, mais là j'attendais un peu je dois dire, j'attendais un* peu, *et c'est elle qui l'a dit […]* ».

Enfin, il me semble que les « explorations de l'analyste » sont aussi à entendre comme la façon dont son écoute est orientée par sa position particulière qui sélectionne plus ou moins implicitement certains aspects du matériel clinique. Ainsi, Mme Dubois utilise l'expression « ça a attiré mon oreille », un « savoir sans savoir », comme par exemple : « i*l y a aussi quelque chose mais je ne sais pas ce que c'est, sinon que je l'ai entendu quand même* comme euh, je ne sais pas*, je l'ai retenu mais sans savoir : c'est une espèce de recherche de séduction, quelque* chose où elle parle comme ça, elle accroche le regard et puis sous-entendu : on comprend bien ».

- CARACTERISTIQUES DU DISCOURS DE L'ANALYSTE

Exemple :

Le niveau d'information utilisé apparait majoritairement descriptif (3/5ème des cotations du thème sont de niveau descriptif). Les 2/5ème restant des cotations se répartissent dans les trois autres niveaux : « théorique » (12 cotations) ; « expérience clinique » (13 cotations) ; et « intuition impression clinique » (7 cotations). Le niveau théorique est implicite à l'exception d'une cotation explicite, et advient conjointement au niveau descriptif à l'exception d'une cotation. Le niveau théorique est utilisé lorsque Mme Côté élabore : la structure et le fonctionnement psychique de la patiente ; les dimensions transférentielle et contre-transférentielle et les résistances. Elle s'appuie sur son expérience clinique : pour témoigner de son contre-transfert ou des contre-attitudes qu'elle a déjà éprouvées et dont elle tient compte dans sa pratique ; pour expliquer certaines réserves qu'elle a en tête avec les orientations du programme d'aide aux employés ; ou encore pour rendre compte de sa pratique de l'énoncé du cadre analytique. Les impressions cliniques sont rapportées pour venir nuancer ou contredire le discours de la patiente au sujet de son fonctionnement psychique comme par exemple : « parce *qu'elle racontait qu'elle était dépressive et tous ces symptômes*-là, je ne la sentais pas là-dedans » ; « il y a *quelque chose chez elle de léger et vaporeux et qui donne le goût de l'expansion* », contrairement à ce que la patiente énonce. Elles apparaissent aussi dans l'évaluation de Mme Côté en allant dans le même sens que d'autres niveaux d'information : « *comme si je sens qu'en elle il y a un potentiel de ça* » ; « *je sens qu'il y a un* dynamisme en elle » ; « *c'est un plaisir qui comment je dirais, un plaisir qu'elle me donne, qui se transmet qui* est comme corporel là on le sent bien » ; « *je sens qu'elle a certaines limites ou certaines appréhensions* ».

La référence aux faits cliniques s'appuie essentiellement sur les faits cliniques présents (environ 5/6ème des cotations du thème). Mme Côté évoque des faits cliniques absents : lorsqu'elle souligne certains aspects – qu'elle relève comme significatifs – probablement conflictuels chez la patiente que celle-ci n'a pas encore élaborés ou

[1] Evénement trop singulier pour pouvoir le laisser sans compromettre la confidentialité.

pour lesquels elle n'apporte pas ou peu de matériel clinique ; quand elle met en avant la demande peu claire de la patiente ; et lorsqu'elle élabore le diagnostic en quelque sorte de manière différentielle.
La forme du discours s'avère majoritairement déclarative (plus des 2/3 des cotations du thème). Viennent ensuite les formes interrogatives (environ 1/8ème des cotations du thème), hypothétiques (environ 1/9ème des cotations du thème), et dans une moindre mesure les formes prédictives (5 cotations) et « précaution verbale » (2 cotations). Les formes interrogatives interviennent le plus souvent à travers une question que la participante se formule à elle-même venant soutenir sa réflexion, elles apparaissent aussi pour reprendre des questions qui ont été adressées à la patiente ou que celle-ci a posées, et une occurrence correspond à une demande au chercheur. Les formes prédictives le sont toujours de façon hypothétique et concernent les réponses aux consignes de recherche sur l'évolution possible du transfert et du contre-transfert, et l'issue des premiers entretiens. Mme Côté formule des hypothèses quant à la problématique et le fonctionnement psychique de la patiente, quant au potentiel d'ouverture de celle-ci, et quant à sa réaction face à une proposition de travail à long terme. La seule précaution verbale relevée porte sur une des hypothèses : « *potentiel il y aura ça c'est autre chose* ».
Enfin, le registre du discours est essentiellement cognitif (environ 6/7ème des cotations du thème). Le registre affectif intervient pour exprimer des mouvements contre-transférentiels, notamment l'investissement affectif de la patiente par Mme Côté.

- **COMMENTAIRES DE L'ANALYSTE SUR L'ENTRETIEN DE RECHERCHE**

Exemple :
La partie non-directive est très courte, la participante a des difficultés à associer librement dans un premier temps : « *c'est compliqué comme question* ». Je propose alors de passer rapidement à la partie semi-directive pour soutenir ses associations. J'utilise aussi les consignes de relances d'exemples cliniques issus des premiers entretiens. Nous pouvons rapprocher cette observation à la fois de l'anxiété à participer, et à la fois de la particularité du cadre – où l'orientation est décidée en amont – ce qui n'invite pas la clinicienne lors des premiers entretiens à questionner les possibilités d'un travail analytique : la patiente et elle-même sont déjà engagées implicitement. Mme Bernard le traduit en disant qu' : « *[…] en définitive je pense que par rapport à l*a première *question beaucoup plus libre que tu avais posée, j'ai peut-être eu du mal à répondre parce qu'en définitive je crois que quand j'ai vu la patiente, je crois que je ne me suis même pas posé la question de : est-ce qu'il va y* avoir un suivi ? Est-*ce qu'on peut faire un travail vraiment ensemble ou pas ? Parce que c'est un peu biaisé du fait du cadre dans lequel j'interviens, je trouve* ». Quant à l'effet anxiogène de l'entretien de recherche, il semble accentué par le fait que la participante et moi-même seront amenées à nous revoir dans un cadre professionnel, ce qu'elle exprime ainsi : « *oui donc le micro c'est quand même pas quelque chose d'agréable, dans le sens où c'est gênant parce que ça ne fait pas naturel, parce que cet entretien va être ret*ranscrit, parce que je sais ce que *c'est, parce que j'en ai fait aussi, parce que ça va être analysé et qu'en plus le fait qu'on va se revoir !* ». La particularité du thème de traiter des pratiques cliniques rend la participation « intimement » impliquante : « un *peu stressée oui, pourquoi ? Parce que je sais qu'on y passe longtemps en général sur ces entretiens, qu'on les décortique et que forcément il y a des choses qui apparaissent, bon après c'est pas grave hein, c'est un peu de* soi quand-*même qu'on donne dans son vécu mais aussi dans son fonctionnement donc c'est pas euh, c'est pas forcément c'est pas quelque chose de naturel, […] j'ai l'impression de donner un peu de moi, c'est vrai qu'il* peut y avoir un peu de cette relation là, mais oui ça me fait vraiment penser à mes sujets de, comme un sujet *d'étude […]* ».
Par ailleurs l'effet de la répétition des consignes favorise l'émergence d'élaboration probablement restées implicites jusque-là : *« […] finalement c'est quelque chose que je n'avais pas dit enc*ore » ; « *[…] je pense qu'il y a plusieurs questions qui reviennent régulièrement qui se recoupent parce que je pense qu'il doit y avoir un intérêt, mais en même temps c'est bien parce que même si j'ai l'impression de dire des choses qui se répètent je* pen*se qu'aussi avec euh, en fonction de l'avancée des questions, il y a des choses nouvelles qui apparaissent […]* ».
Enfin, Mme Bernard explique que cet entretien va certainement l'amener à se questionner plus avant dans sa pratique sur l'effet du cadre dans les premiers entretiens : « *[…] je pense que du coup maintenant, je me poserais* peut-*être, enfin c'est quelque chose qui du coup m'a fait réfléchir sur euh, enfin me fera je pense plutôt réfléchir* sur les questions que je me pose lors du premier entretien*, et dans quel cadre, voir un petit peu l'effet du* – alors *je ne sais si c'est l'effet du cadre ou si c'est l'effet que le psychologue met dans le cadre* – en tout cas *l'importance ou pas du cadre par rapport à justement engager une psychothérapie […]».*

- **RESUME (ce qui est central pour le clinicien, ce qui émerge comme spécifique de sa pratique)**

Exemple :

En résumé, sont exprimés explicitement comme intervenant dans l'élaboration de la décision thérapeutique relative à la patiente : la souffrance psychique ; le désir de comprendre le sens des symptômes et plus largement un intérêt de la patiente pour son propre fonctionnement psychique, considéré comme un élément central ; l'évaluation des résistances et l'accès à son monde interne, mais dans le sens des potentialités d'évolution du fonctionnement psychique ; la mobilisation de la patiente ; l'effet entre les entretiens dans le sens de ce que le patient en entend ou en « garde » à l'intérieur de lui ; l'adéquation de la technique psychanalytique à la nature des symptômes et au fonctionnement psychique du patient. Les potentialités de la relation thérapeutique, « la possibilité à deux » comme les désigne Mme Tremblay, à travers l'évocation des éléments transféro-contre-transférentiels semblent bien faire partie de l'élaboration du clinicien, plus ou moins implicitement, mais ne sont pas dans cet entretien de recherche mis en lien explicite avec la décision thérapeutique. Il en va de même de l'engagement du clinicien, de son intérêt théorico-clinique pour la situation.
A la reprise de la question générale de recherche en fin d'entretien, après avoir développé tout au long de la partie semi-directive les dimensions de son élaboration de la décision thérapeutique, Mme Tremblay ajoute un aspect plus théorique : « l*a seule chose que je pourrais dire c'est peut*-être mon allégeance théorique aussi qui me dit que quand il y a des symptômes de cet ordre-là, je trouve que ça se traite mieux à long terme en *psychothérapie psychanalytique qu'à une thérapie cognitivo*-compo*rtementale […]* » ; mais aussi plus personnel étayé sur son expérience clinique : « *[…] alors moi c'est sûr que j'ai envie de travailler avec ces gens-là parce que j'ai quand même pu faire du travail à moyen terme avec des gens pour qui ces symptômes*-là se *sont beaucoup atténués/Alors c'est des processus que j'aime faire* ». Au cours de l'entretien de recherche, elle s'appuie sur le discours de la patiente auquel elle se réfère, sur le contenu de ses interventions, et sur son expérience clinique, dans une démarche explicative et descriptive. Elle se réfère peu de manière explicite à la théorie, même si elle dit elle-même qu'elle pense que son élaboration est sous-tendue par son expérience clinique et la théorie, comme l'illustre sa réponse à la reprise de la question générale de recherche. Lorsqu'elle formule des hypothèses, des précautions sont prises quant à leur nature évolutive en fonction du matériel clinique qui viendra par la suite. Les éléments transféro-contre-transférentiels relèvent plus des impressions cliniques, et sont abordés avec beaucoup de précaution (pour le moment, actuellement, je ne sais pas encore). Elle se réfère implicitement et explicitement à la théorie relative aux facteurs d'indication liés au fonctionnement psychique du patient, mais elle accentue le poids de la dimension des potentialités de fonctionnement psychique évaluées chez la patiente au cours des premiers entretiens, lorsqu'elle parle d'ouverture possible. Ainsi, l'indication se pense comme une potentialité.

V.3. Groupes selon le degré d'expérience clinique

Tableau n° 7 : Groupes « degré d'expérience clinique »

Lieu de pratique		Degré d'expérience clinique		
		« Peu expérimentés » 3 à 8 ans d'expérience clinique	**« Moyennement expérimentés »** 14 à 20 ans d'expérience clinique	**« Très expérimentés »** 27 à 37 ans d'expérience clinique
FRANCE	**7**	Mr Martin Mme Bernard	Mr Garcia Mr Gomez Mme Thomas	Mme Robert Mme Dubois
QUEBEC	**8**	Mme Richard Mr Bouchard Mme Côté	Mme Tremblay	Mme Gagnon Mr Gauthier Mr Roy Mr Morin
Totaux	**15**	**5**	**4**	**6**

V.4. Groupes selon « l'identité professionnelle »

Tableau n° 8 : Groupes « identité professionnelle »

Identité professionnelle	Participant Pratiquant en France ou au Québec		Nombre d'années d'expérience clinique	Cursus validé[1]	Appartenance à association de psychanalyse	Définition de lui-même dans sa pratique
Psychologue Psychothérapeute psychanalytique (7)	**QUEBEC (5)**	**Mme Côté**	7	/	Association psychothérapeutes psychanalytiques[2]	Psychothérapeute psychanalytique
		Mme Tremblay	17	/	/	Psychothérapeute psychanalytique
		Mme Richard	3	/	/	Psychothérapeute psychanalytique en cours de formation
		Mr Bouchard	8	/	/	Psychothérapeute psychanalytique
		Mr Gauthier	30	/	Association psychothérapeutes psychanalytiques	Psychothérapeute psychanalytique
	FRANCE (2)	**Mme Bernard**	3	/	/	Psychothérapeute psychanalytique en cours de formation
		Mr Martin	4	/	/	Psychothérapeute psychanalytique en cours de formation
Psychanalyste (8)	**QUEBEC (3)**	**Mr Roy**	30	/	/	Psychanalyste
		Mr Morin	32	/	Associations psychanalyses québécoise et française	Psychanalyste
		Mme Gagnon	27	/	Association psychanalyse affiliée à l'international	Psychanalyste
	FRANCE (5)	**Mme Dubois**	37	Oui	Membre affilié	Psychanalyste
		Mme Thomas	20	Oui	Membre habilité	Psychanalyste
		Mme Robert	30	Oui	Membre affilié	Psychanalyste
		Mr Gomez	14	/	Association de psychanalyse	Psychanalyste
		Mr Garcia	18	/	Association de psychanalyse	Psychanalyste

[1] Cursus validé par un institut de psychanalyse.
[2] Association québécoise qui dispense une formation théorique psychanalytique freudienne et définit des critères d'admission rigoureux: formation universitaire, psychothérapie personnelle, pratique de la psychothérapie et supervision.

VI. SUBJECTIVITE DU CHERCHEUR

Au moment de la rédaction de chaque analyse thématique de contenu individuelle, j'ai interrogé mes attitudes contre-transférentielles : à la fois à partir de notes sur mes impressions au moment de la réalisation de l'entretien de recherche, et à la fois à partir de mes réflexions au moment de la réalisation du traitement des données de recherche. L'examen de mes contre-attitudes peut éclairer des biais possibles, comme être une source de compréhension des résultats.

Premier contact avec une analyste au Québec :

Je suis surprise du premier échange téléphonique avec Mme Tremblay, première analyste contactée au Québec : elle ne montre pas de signe de méfiance comme j'ai pu en ressentir par ailleurs, en présentant mon objet d'étude à des psychanalystes en France. Elle ne demande pas de précision sur ma formation clinique, ni sur « l'utilisation que je ferai de sa parole », ou encore sur les buts (possiblement cachés) de ma recherche, comme ont pu me le laisser entendre des analystes en France. Il est certain que la recommandation par deux professeurs de l'université du Québec à Trois-Rivières a participé à la confiance que Mme Tremblay m'a accordée d'emblée.

Néanmoins, je me rappelle de mon étonnement de la limpidité de sa réponse. Cela représente, selon mon expérience, un trait culturel québécois : les relations sont « directes » et « simples ». Les personnes sollicitées au Québec acceptent ou refusent de façon directe, s'en expliquant naturellement, sans chercher par de multiples arguments à justifier leur réponse. Il me semble que cela témoigne également du fait qu'au Québec, le rapport à la recherche et à l'évaluation des pratiques est ancré culturellement, ce qui rendrait le rapport à l'objet de la présente étude plus accessible au Québec qu'en France.

Cette observation vient appuyer les données sur le recrutement, tendant à montrer une plus grande réticence à participer parmi les analystes sollicités en France qu'au Québec.

« Identité professionnelle » du clinicien :

Je note que Mme Tremblay précise au tout début de l'entretien de recherche qu'elle pratique la « psychothérapie psychanalytique » et pas « la psychanalyse en tant que telle » : « comme *vous le voyez il n'y a pas de divan donc c'est du face à face* ». Or au Québec, la distinction entre la psychothérapie psychanalytique et psychodynamique est très claire, la première

relevant du processus psychanalytique, alors que la seconde est entendue comme une psychothérapie de soutien utilisant des éléments de la théorie psychanalytique. La précision spontanée apportée par Mme Tremblay m'a donc intriguée. L'hypothèse que je formule, au moment de l'entretien de recherche, renvoie au poids du regard supposé des analystes français sur les pratiques en Amérique du Nord, qui ne seraient pas « la » psychanalyse comme elle est représentée en Europe.

Cette impression face à la précision de Mme Tremblay – bénéficiant d'une formation psychanalytique sérieuse et de 17 ans d'expérience clinique, et définissant sa pratique comme psychanalytique et non pas psychodynamique – m'a amené à être attentive à l'identité professionnelle des cliniciens au Québec, ce qui m'a permis de mettre en avant une différence liée au contexte culturel au moment de l'analyse des résultats.

<u>Inclusion dans l'échantillon d'étude et biais des attitudes contre-transférentielles du chercheur :</u>

Dans un premier temps, j'avais décidé d'exclure l'entretien de Mme Richard de l'échantillon d'étude. Les premiers arguments d'exclusion de cet entretien m'apparaissent après-coup relevés de mes contre-attitudes.

Un des premiers arguments d'exclusion était que Mme Richard avait réalisé ses études universitaires de psychologie en France, jusqu'à la maîtrise, contrariant ainsi les possibilités de pouvoir observer des différences culturelles des pratiques cliniques au Québec et en France. Or, le parcours singulier de Mme Richard permet au contraire d'entendre à travers sa comparaison de son expérience clinique en France et au Québec, ce qui émerge de façon contrastée entre les deux contextes. De plus, il s'agissait dans la présente étude d'explorer l'influence du contexte culturel, et non pas celle de la formation psychanalytique dans un lieu donné : le pays où la formation psychanalytique avait pu être réalisée en partie ne constituait pas, de toute façon, un critère d'exclusion.

Un autre argument qui avait conduit à exclure l'entretien de recherche de l'échantillon d'étude, reposait sur le fait que la supervision dans le cadre de l'internat de psychologie était réalisée par des « psychologues d'orientation analytique ». Mais il est apparu que « l'identité professionnelle » des cliniciens au Québec, même bénéficiant d'une formation psychanalytique et d'une longue expérience clinique, pouvait se définir comme « psychothérapeute psychanalytique » et non pas comme « psychanalyste ». De plus, le choix méthodologique de la présente étude était de rendre compte des pratiques de cliniciens tout au long de leur parcours de formation à la psychanalyse, y compris dans les tous premiers

temps. Ainsi, il ne me semblait finalement pas pertinent d'exclure le parcours d'une clinicienne au Québec, qui se forme à la psychanalyse entre autres lors de son internat à l'université. Au contraire, ces particularités me semblaient après-coup à entendre comme faisant partie du contexte culturel québécois, jouant dans la formation d'une clinicienne choisissant de s'engager dans un parcours psychanalytique.

Au moment du traitement des données, une raison restée plus préconsciente m'est apparue. Je me suis rappelé avoir pensé, dès le début des échanges avec Mme Richard, que l'utilisation particulière de l'entretien structural de Kernberg pour les premiers entretiens « ne correspondait pas aux critères de recherche ». Or les critères d'inclusion ne concernaient pas la méthode utilisée par le clinicien au cours des premiers entretiens, il s'agissait au contraire d'examiner les différences dans les pratiques. Kernberg est un psychanalyste américain reconnu, et ses développements théoriques appartiennent au champ psychanalytique. Il est alors possible que de façon plus ou moins préconsciente, j'ai considéré que l'utilisation d'une telle méthode n'était pas psychanalytique, ce qui me semble traduire – à travers cette réaction de « rejet » – l'effet du contexte culturel français dans lequel je poursuis ma propre formation psychanalytique. La méthode très structurée choisie ici, devait probablement aller trop à l'encontre de mes attentes par rapport aux premiers entretiens conduits par un psychanalyste.

J'ai donc dans l'après-coup de l'examen de mes contre-attitudes, inclus l'entretien de recherche de Mme Richard dans l'échantillon d'étude.

Biais du clinicien en position de chercheur :

Comme cela avait été noté lors des entretiens exploratoires, j'ai eu tendance, lors de l'entretien de recherche avec Mme Richard, à questionner la situation clinique elle-même au-delà du guide d'entretien, qui s'intéresse au cheminement intérieur de l'analyste, c'est-à-dire à laisser parler ma curiosité de clinicienne. Je pense que j'ai « relâché » ma position de chercheur, car je ne comptais pas inclure l'entretien dans l'échantillon d'étude. J'ai donc pris en compte les réponses induites par des questions hors guide d'entretien, comme ne pouvant pas être comparées à celles des autres participants. Par ailleurs, certaines précisions également hors guide d'entretien, ont volontairement été demandées à Mme Richard, afin d'expliciter le contexte particulier de la CUSP[1] où elle exerce, et de l'utilisation de l'entrevue structurale de Kernberg, explorations propres à cet entretien de recherche qui me semblaient tout à fait nécessaires.

[1] Clinique universitaire de services psychologiques (dans laquelle les étudiants au doctorat en psychologie réalisent leur internat)

ANNEXES

Relation du chercheur avec les participants : Biais de recrutement

Au-delà du fait que les cliniciens qui ont accepté de participer à la recherche ont témoigné de leur intérêt pour le thème de recherche, ou pour la transmission de leur pratique, il est apparu que pour une partie d'entre eux, l'acceptation reposait sur la confirmation qu'ils pouvaient « partager » quelque chose avec le clinicien-chercheur. Dans cette perspective, il est possible que le recrutement ait induit la participation d'analystes avec lesquels mes propres positions théorico-cliniques pouvaient trouver un certain écho, et réciproquement.

Ainsi, Mme Dubois me propose une rencontre préalable afin de prendre connaissance de mon travail et d'envisager les conditions de sa participation éventuelle. Elle questionne ce qui motive ma recherche, la façon dont je compte utiliser le matériel clinique, et mes liens avec le Québec. Ayant elle-même une expérience professionnelle au Québec, elle me fait part de son sentiment par rapport aux pratiques cliniques des québécois : très attachés aux protocoles mais aussi accordant au lien humain une place importante. Cette expérience québécoise commune constitue probablement un premier « lieu » de rencontre possible entre cette participante et moi. Un deuxième « lieu » apparaît vraisemblablement dans les échanges théoriques que nous avons autour du thème de recherche. Nous parlons notamment de Winnicott et de ses apports théoriques au travail de consultation, jusqu'à l'hypothèse des premiers entretiens considérés comme une recherche, sur le mode du squiggle, d'un espace intermédiaire possible entre le patient et l'analyste, perspective qu'elle semble partager. Il me semble que notre échange, préalable à la recherche, s'est construit à la manière d'un squiggle, par touches successives et alternées, aboutissant à un tableau lisible par l'une et l'autre : un espace où il est possible d'être entendu et d'entendre l'autre. Je crois avoir compris que cela était important pour elle, de s'assurer que j'étais en mesure de l'entendre avant d'accepter de participer.

A l'issue de cet entretien, Mme Dubois peut évoquer ses réticences à participer : la crainte d'une incidence sur son travail avec le patient. Après avoir rapporté que les analystes québécois n'ont pas exprimé, à la suite de l'entretien de recherche, de crainte d'effets négatifs, mais au contraire ont parlé des bénéfices probables de cette élaboration pour le travail avec le nouveau patient, Mme Dubois accepte finalement de parler d'une nouvelle patiente.

Elle témoigne de son intérêt pour le thème de recherche, et explicitera à l'issue de l'entretien de recherche que ce qui comptait pour elle dans sa participation était la transmission de quelque chose de sa pratique psychanalytique : « je ne sais pas, est-ce que je vous ai bien *transmis quelque chose du travail analytique ? […] Ce serait ça qui m'intéresse, savoir si c'est ça qui s'est passé […]. Parce que ça m'intéressait de faire ce travail avec* vous dans ce

sens-*là d'être dans la transmission, d'essayer de transmettre quelque chose du processus* analytique ou de la manière dont je le pratique ».

Biais de la relation préalable du chercheur avec le participant :

Je connaissais deux cliniciens parmi les 15 analystes qui ont participé à la présente étude. Lors de la réalisation des entretiens de recherche avec Mr Martin et Mme Bernard, j'ai ressenti une forme de proximité dans la façon dont ils témoignaient de leur pratique des premiers entretiens, probablement du fait de notre expérience clinique débutante et d'une partie de notre formation psychanalytique commune (supervision). J'ai donc tenté tout au long de l'analyse thématique de ces entretiens de recherche, de m'interroger sur ce mouvement identificatoire pour considérer, si et de quelle façon, il pourrait biaiser mon analyse. Je n'ai pas rencontré de difficulté particulière quant à ce point, je me suis donc attachée à rester particulièrement fidèle à leurs discours pour éviter des biais que je n'aurais pas perçus.

Biais des références théorico-cliniques du chercheur :

Deux analystes, d'orientation théorique principale lacanienne, ont exprimé un décalage entre les consignes du guide d'entretien et leur élaboration de la pratique des premiers entretiens.

Ainsi, j'ai ressenti une forme de surprise chez Mr Garcia lors de l'entretien de recherche, face aux consignes explorant les dimensions transférentielles et contre-transférentielles. Je l'ai invité à m'en dire quelque chose lors des consignes sur les « commentaires sur l'entretien de recherche ». Il explique alors : « non, mais bon après il y a le contre-transfert, le transfert des *choses comme ça, c'est difficile de parler comme ça, mais bon sinon c'est bien structuré je* trouve ». Mr Morin a souligné lui aussi que les formulations du guide d'entretien traduisaient mes propres références théorico-cliniques « freudiennes », sous-tendues par la prise en compte de la relation transféro-contre-transférentielle. Il ne me semble pas que cela ait eu des incidences dans « l'orientation » de leurs réponses, puisqu'ils ont exprimé explicitement leur décalage d'avec ces conceptions. Néanmoins, pour des recherches futures, les formulations des consignes sur le transfert pourraient être élaborées de manière à faire écho aux analystes quelle que soit leur référence théorique principale.

VII. RESULTATS

Tableau n°9 : Niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* en fonction des groupes : « lieu de pratique en France ou au Québec » ; « degré d'expérience clinique » ; et « identité professionnelle ».

Groupes		**Explicitation de la trame *d'écoute***		
		Explicite	Implicite par choix	Implicite
Lieu de pratique	Pratique en France	4	1	2
	Pratique au Québec	3	2	3
Degré d'expérience clinique	Peu expérimenté	0	0	5
	Moyennement expérimenté	3	1	0
	Très expérimenté	3	3	0
Identité professionnelle	Psychothérapeute psychanalytique	1	1	5
	Psychanalyste	5	3	0

Tableau n°10 : Résultats croisés du niveau d'explicitation de la *trame d'écoute* avec la place de l'élaboration diagnostique au cours des premiers entretiens

	Trame d'écoute		
Elaboration diagnostique	Explicitée	Implicite par choix	Implicite
Explicitement visée	Garcia, Gomez, Thomas		Richard[1]
Explicitement non visée		Morin, Dubois, Roy	
Implicite	Robert, Gauthier, Gagnon	Tremblay	Côté, Bouchard, Martin, Bernard

[1] Mme Richard, dans le cadre de sa pratique au CUSP, applique l'entretien structural de Kernberg centré sur l'évaluation diagnostique, qui lui est imposé. Cependant, elle remet en question l'utilisation de ces informations dans son cheminement intérieur.

ANNEXES

Tableau n°11 : Caractéristiques descriptives du discours de l'ensemble de l'échantillon[1]. Proportions relatives du discours des sous-thèmes de de chaque thème.

	CARACTERISTIQUES DU DISCOURS				
THEMES	SOUS-THEMES				
FORME	Déclaration	Interrogation	Prédiction	Hypothèse	Précaution verbale
	MM à M	p à pp	p à pp	p à 0	p à 0
NIVEAU D'INFORMATION	Descriptif	Théorique[2]	Expérience clinique	Intuition, Impressions cliniques	
	M à m+	M à p[3]	m à pp	p à pp	
REGISTRE	Cognitif	Affectif			
	MM à M	m à pp			
REFERENCE AUX FAITS CLINIQUES	Faits cliniques présents	Faits cliniques absents			
	MM à M	m à pp			

Proportion de texte coté pour le sous-thème par rapport au thème	4/5 ou plus	1/2 à 4/5	1/3 à 1/2	1/5 à 1/3	1/10 à 1/5	1/10 ou moins	Aucune cotation
Légende	MM	M	m+	m	p	pp	0

[1] Nous rappelons que l'entretien de Mr Roy, dont il manque l'enregistrement d'une partie, n'est pas inclus dans l'analyste comparée des caractéristiques du discours, qui porte donc sur 14 entretiens de recherche.

[2] Le niveau théorique est utilisé dans des proportions moins importantes (dans 5 cas) ou équivalentes (dans 7 cas) au niveau descriptif, à l'exception de Mr Martin et Mr Gomez où sa proportion est supérieure à celle du niveau descriptif.

[3] Pour 9 participants plus implicite qu'explicite ; pour 2 participants autant implicite qu'explicite ; et pour 3 plus explicite qu'implicite.

ANNEXES

Tableau n °12 : Cooccurrences des prédictions sur l'issue des premiers entretiens, de facteurs impliqués dans l'élaboration de la décision thérapeutique, et de la décision thérapeutique

	Prédictions sur l'issue des premiers entretiens		Facteurs impliqués dans la décision thérapeutique						Décision
Participants	Pessimiste	Optimiste	Demande	Adresse	Contre-transfert	Relation	Incertitude	Espoir	
Tremblay	+	+	+	+ –	+	–	+	+	+
Martin	+	+	+	+	+	+	/	/	+
Côté	+	+	+ –	–	+	–	/	+	+ –
Bouchard	+	+	+ –	+	+	+ –	+	+	+
Bernard	+	+	+	+	+	+	+	/	+
Roy	/	+	+	+	+	+	+	/	+
Gomez	/	+	+	+	(+)	(+)	+	/	+
Dubois	/	+	+	+	(+)	(+)	/	/	+
Morin	/	+	+	+	(+)	(+)	+	/	+
Gauthier	+	/	–	–	–	–	+	–	+ –
Gagnon	+	/	+	–	+ –	+	+	/	+
Thomas	+	/	+	+	+	(+)	+ –	+	+
Robert	/	/	+	+	+ –	/	/	+	+ –
Richard	/	/	+	+	+ –	+	/	/	+
Garcia	/	/	–	+	/	/	/	/	–

Légende :
Pour tous les facteurs : / absence de formulation dans le discours de l'analyste relative à son évaluation du facteur
Demande : + permettant un travail analytique ; + – floue ; – non analytique
Adresse : + associée à représentations favorables au travail analytique ; – associée à représentations défavorables au travail analytique ; + – associée à représentations mixtes
Contre-transfert : + manifestations contre-transférentielles positives ; + – manifestations contre-transférentielles ambivalentes ; – manifestations contre-transférentielles négatives ; (+) pas de manifestations contre-transférentielles exprimées, seulement « désir de l'analyste »
Relation transférentielle : + engagée ou s'installe ; + – s'installe mais fragile ; – pas encore engagée ; (+) au sens de la rencontre entre une demande d'analyse et le « désir de l'analyste »
Décision : + mise en place du cadre de travail analytique ; + – travail préliminaire ou indication différée ; – fin des entretiens préliminaires, sans suite
Incertitude, Espoir, Prédictions issue : + formulation en témoignant ; – formulation témoignant de l'inverse

ANNEXES

Tableau n°13 : Nombre de cooccurrences des prédictions quant à l'issue des premiers entretiens et des dispositions contre-transférentielles de l'analyste

Prédictions quant à l'issue des premiers entretiens	**Dispositions contre-transférentielles**			
	Positives	Ambivalentes	Négatives	Non exprimées
Optimistes	4			
Pessimistes	1	1	1	
Optimistes et pessimistes	5			
Sans prédictions		2		1

Tableau n°14 : Fondements de la décision thérapeutique dans la pratique de l'analyste

Dimensions prises en compte dans l'élaboration de l'analyste (Nombre d'analystes en tenant compte dans l'élaboration de leur décision)		**Rôle explicite**				**Rôle implicite**	
		Essentiel	**Important**	**Secondaire**	**Sans**	**Avec**	**Sans**
Adresse et tiers qui oriente (7)		1	2	1		3	8
Demande (15)		10		2		3	
Fonctionnement psychique (15)	Diagnostic structurel (1)	1			8		6
	Capacités psychiques ou leur potentiel d'évolution (15)	8	4	3			
« Transfert » (15)	« Pré-transfert » et adresse (7)		3			4	
	Investissement (12)		9			3	
	Nature du « transfert » (1)		1				8
	Prédictions (0)						15
« Contre-transfert » (7)	Désir de l'analyste (5)	3				2	
	Contre-transfert d'accueil (2)					2	
Relation (15)	Manifestations transférentielles à l'égard de l'analyste (5)					5	
	Mobilisation/investissement affectif à l'égard du patient (11)		4			7	
	Mobilisation/Intérêt théorico-clinique de l'analyste (11)		1			10	
	Limites de l'analyste/Contre-attitudes (2)		2				5
	Signes d'installation de la relation (10)	7				3	
	Rencontre désir de l'analyste et demande (5)	5					

ANNEXES

Tableau n°15 : Rôle des capacités psychiques du patient dans l'élaboration de la décision thérapeutique

Capacités psychiques (Nombre d'analystes en tenant compte dans l'élaboration de leur décision)	**Degré d'expérience clinique**	**Rôle explicite**				**Rôle implicite**
		Central	**Important**	**Secondaire**	**Sans**	
Introspection (10)	PE ME TE	 Gauthier	Côté, Martin Thomas, Tremblay Gagnon	 Gomez Robert, Roy		 Morin
Associativité (9)	PE ME TE		Bernard, Martin, Richard Thomas, Tremblay	 Gomez Robert, Roy		 Morin
Elaboration (9)	PE ME TE		Bernard, Côté, Martin, Richard Dubois, Gagnon	Bouchard Robert		 Morin
Résistances ou force des mécanismes de défense (8)	PE ME TE	 Gauthier	Côté Garcia, Tremblay Gagnon, Robert	Bouchard Roy		
Qualité du discours (7) (souffrance, affect, authenticité, nature des silences, …)	PE ME TE		Bernard, Richard Thomas, Tremblay Dubois, Gagnon	 Roy		
Accès à l'inconscient (5)	PE ME TE	 Thomas Morin	Martin Dubois	 Gomez		
« Capacités intellectuelles » (3)	PE ME TE		Martin	 Gomez Roy	Thomas	
Potentialités/Evolution (9)	PE ME TE	Côté, Richard Tremblay Gagnon[1], Robert	 Thomas Dubois	 Morin	Garcia, Gomez	 Gauthier[1]

Légende : PE : « peu expérimentés », ME : « moyennement expérimentés », TE : « très expérimentés »

[1] La présence ou l'absence d'une évolution quant aux capacités psychiques du patient au cours des premiers entretiens n'est pas prise en compte dans l'élaboration des prédictions de l'issue des premiers entretiens, qui sont seulement pessimistes, mais interviennent dans l'élaboration de la décision thérapeutique (Mme Gagnon confirme l'indication, et Mr Gauthier poursuit un travail « pré-psychanalytique »).

ANNEXES

Tableau n°16 : Rapports des proportions des niveaux d'information « descriptif » et « théorique » du discours, et des niveaux d'information « théorie explicite » et « théorie implicite » du discours, en fonction des groupes : « lieu de pratique en France ou au Québec » ; « degré d'expérience clinique » ; et « identité professionnelle » [1].

Groupes		**Rapport des niveaux d'information descriptif et théorique du discours**					
		Rapport entre les niveaux descriptif et théorique			**Rapport entre théorie explicite et implicite**		
		>	=	<	>	=	<
Lieu de pratique	Pratique en France	1	4	2	3	0	4
	Pratique au Québec	4	3	0	0	2	5
Degré d'expérience clinique	Peu expérimenté	2	2	1	1	0	4
	Moyennement expérimenté	1	2	1	1	0	3
	Très expérimenté	2	3	0	1	2	2
Identité professionnelle	Psychothérapeute psychanalytique	4	2	1	1	0	6
	Psychanalyste	1	5	1	2	3	2

[1] A partir de 14 entretiens de recherche, 1 est exclu car l'enregistrement n'est pas exhaustif. Ainsi sont considérés : 2 groupes « lieu de pratique » composés de 7 participants en France et 7 au Québec ; 2 groupes « identité professionnelle » composés de 7 participants se disant « psychanalystes » et 7 « psychothérapeutes psychanalytiques » ; et trois groupes « degré d'expérience clinique » composés de 5 participants « peu expérimentés », 4 «moyennement expérimentés » et 5 « très expérimentés » (voir annexes V.3. et V.4.).