

PSYCHOTHÉRAPIE : S'INSPIRER DE LA PSYCHANALYSE ?

Philippe Grosbois

Médecine & Hygiène | « Psychothérapies »

2018/4 Vol. 38 | pages 283 à 296

ISSN 0251-737X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2018-4-page-283.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

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

Psychothérapie : s'inspirer de la psychanalyse ?

Philippe Grosbois¹

Résumé

L'auteur interroge la pertinence épistémologique de la notion de *psychothérapie psychanalytique* via son évolution historique. Une revue de la littérature montre que les psychanalystes, après avoir partagé historiquement un consensus autour de ces aménagements techniques de la *cure-type*, se situent aujourd'hui différemment dans les pays où s'est développée une psychothérapie dite *psychodynamique*.

La référence psychanalytique s'est par ailleurs développée au niveau des pratiques psychothérapeutiques en dehors de la pratique des psychanalystes, en particulier chez les psychiatres et les psychologues cliniciens, ce qui soulève la question des critères de formation de ces derniers à une psychothérapie dite *d'orientation psychanalytique*. Ce débat s'est trouvé actualisé en France par la récente réglementation relative à l'usage du titre de *psychothérapeute* et a engendré une polémique sur la validité des procédures d'évaluation des psychothérapies.

Préambule

A quelle réalité théorico-clinique l'expression *psychothérapie d'inspiration psychanalytique* correspond-elle ? A la référence aux notions d'inconscient, de refoulement, de prise de conscience, de transfert et de contre-transfert ? Par ailleurs, la psychothérapie psychanalytique est souvent considérée soit comme une forme compliquée de psychanalyse, soit comme le reflet d'une pratique de la psychanalyse au rabais... Pour certains, comme nous le verrons plus loin, la ligne de démarcation ne repose pas sur la différence entre psychothérapie et psychanalyse, mais sur les pratiques recourant à la suggestion et celles qui la refusent (Schneider, 1984).

Quant au statut du symptôme comme élément de différenciation, il apparaît que la majorité des psychothérapies sont centrées sur le présent du symptôme et sa réduction, alors que, sacrifiant à la *guérison de surcroît* énoncée par Lacan, qui indiquait par là que la réduction du symptôme y est marginale, la psychanalyse se démarque d'une position médico-centrée que l'on retrouve notamment

dans la classification nosographique nord-américaine du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Il existe néanmoins des pratiques psychothérapeutiques se réclamant de l'appareil conceptuel psychanalytique, telles que certaines méthodes de relaxation, le psychodrame analytique ou encore le rêve éveillé analytique. Nous n'évoquerons pas, dans ce catalogue à la Prévert incomplet, les tentatives de rapprochement

¹ Ancien maître de conférences en psychologie clinique, anthropologue de la santé (Angers), membre du Conseil de la *Fédération Internationale de Psychothérapie* (<http://www.ifp.name>), membre honoraire de l'*Association Argentine de Psychothérapie*, ancien membre de la *Society for Psychotherapy Research* (<https://www.psychotherapy-research.org>), ancien président du «Standing Committee on Psychotherapy» de la *Fédération Européenne des Associations de Psychologues* (<http://www.efpa.eu>).

La première version de ce texte fut prononcée sous forme de conférence à la 3^e Journée de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes en Psychopathologie (Association Lacanienne Internationale) «Psychothérapie versus psychanalyse», Paris, 3 décembre 2011 (<http://www.ephep.com/fr/content/psychothérapie-sinspirer-de-la-psychanalyse>).

et d'intégration des diverses orientations (Lecomte et Castonguay, 1987 ; Grosbois, 1994a) – psychanalytique, phénoménologique, systémique, humaniste et cognitivo-comportementale – ni l'association de plusieurs méthodes allant jusqu'à la posture de l'éclectisme (Grosbois, 1989 ; Norcross, 1986 ; Norcross et Goldfried, 1992). Devons-nous alors souscrire à la définition de Charles Melman (2008), selon lequel « Ce que l'on nomme psychothérapie est l'action tentée frontalement sur le symptôme allégué par le patient sans analyse du texte qui l'a déterminé ni de l'influence – le transfert – dont l'action suggestive peut être décisive », définition l'amenant à conclure qu'il n'y a que des *actions psychothérapeutiques* tentées par des praticiens de formation psychanalytique, ce qui rendrait caduc le fait de parler de psychothérapie psychanalytique ?

Sur le plan de la formation, la compétence psychothérapeutique est reconnue chez les cliniciens ayant déjà effectué un travail analytique personnel (Grosbois, 1994b, 1994c, 1998, 2000, 2001, 2002) – sans pour autant qu'ils appartiennent à une société de psychanalyse – sous réserve qu'ils aient suivi un complément de formation à la psychothérapie dite psychanalytique sur trois ou quatre ans, comme le fait par exemple la *Fédération Européenne de Psychothérapie Psychanalytique* (<http://www.efpp.org>), formation centrée notamment sur l'observation directe analytique des bébés selon la méthode d'Esther Bick, la participation à des séminaires théorico-cliniques et la supervision de deux cas de psychothérapie d'enfants, dont l'un, au moins, au rythme de trois séances par semaine.

Quant aux recherches sur l'évaluation des psychothérapies, le récent rapport de l'INSERM (Canceil, Cottraux *et al.*, 2004) s'appuie, en ce qui concerne la psychanalyse, sur une revue de la littérature anglo-saxonne portant sur ce qui est désigné comme *l'approche psychodynamique*, expression désignant en fait les *thérapies brèves d'inspiration psychanalytique*. Ce rapport conclut en effet sur l'efficacité moindre de la psychanalyse, comparée aux approches systémique et cognitivo-comportementale, du fait qu'il joue sur le glissement sémantique entre *approche psychodynamique* et *approche psychanalytique* et fait l'impasse sur les fondements épistémologiques de ce que représente le changement en psychothérapie.

Enfin, du point de vue de la réglementation française relative à la protection légale de l'usage du titre

de *psychothérapeute*, le fait que certaines associations de psychothérapeutes non-médecins et non-psychologues aient ajouté à leur sigle le terme *psychanalyse* dans le but de voir leurs membres dispensés de la formation complémentaire en psychopathologie exigée par la loi, soulève davantage des questions mercantiles qu'une soi-disant meilleure protection des usagers contre les dérives sectaires (cf. les textes publiés en ligne sur les sites de la Fédération Française de Psychothérapie : FF2P (www.ff2p.fr), du Syndicat National des Praticiens en Psychothérapie : SNPPSy (www.snppsy.org) et de l'Association Fédérative Française des Organismes de Psychothérapie : AFFOP : (www.affop.org) (Gosselin et Viard, 2006 ; Grosbois, 2007 ; Godet, 2009, 2011).

Introduction

Nous associerons à une perspective historique – partielle – de la conception des rapports entre psychanalyse et psychothérapie une réflexion de type épistémologique portant sur les modalités d'application de la théorie psychanalytique et d'aménagements techniques de la cure-type à ce que divers auteurs désignent par les expressions *psychothérapie d'inspiration* ou *d'orientation psychanalytique* (les PIP ou les POP, au choix...). Nous poursuivrons par l'évocation de la posture des acteurs français concernés par ces différences (réelles ou imaginaires...) entre psychothérapie et psychanalyse, en lien avec un questionnement sur le fait de se désigner comme *psychothérapeute* associé au fait de se réclamer de la psychanalyse ; nous ferons évidemment le lien avec la réglementation actuelle. Nulle prise de position partisane ici quant à ces différences – celle-ci est du ressort des sociétés analytiques – mais une ébauche d'analyse anthropologique de *qui dit qu'il fait quoi et sur la base de quels fondements*. Cette analyse montre que le point de vue des psychanalystes diffère radicalement de celui des psychologues et des psychiatres quant à ce que représente la notion de *psychothérapie d'inspiration psychanalytique* ; pour résumer : la majorité des psychanalystes considèrent qu'il ne peut y avoir de psychothérapie analytique qu'au sein de la pratique de la psychanalyse effectuée par des psychanalystes (Brusset, 2003 ; Laplanche, 2008).

Le Collège National Universitaire de Psychiatrie (C.N.U.P.), quant à lui, décrit onze items relatifs

aux bases théoriques en psychothérapie et précise les principes de ces enseignements : « L'internat doit permettre l'acquisition d'une expérience et d'une compétence en psychothérapie ; tous les champs de la psychothérapie doivent être ouverts à l'interne, en particulier la psychanalyse, la psychothérapie systémique ou familiale et la psychothérapie cognitivo-comportementale ; le principe de base retenu pour la formation pratique est celui de la supervision et de la discussion sur les aspects psychopathologiques, psychodynamiques et thérapeutiques des cas auxquels les internes sont confrontés ; sur le plan théorique, le principe retenu est celui de séminaires spécifiques » (U.E.M.S., 1995 ; Danion-Grilliat, Schmitt *et al.*, 2010).

La formation universitaire en psychiatrie valide ainsi une formation psychothérapique généraliste, qu'elle soit psychanalytique ou non. Quant à la perspective d'intégrer une expérience psychothérapique personnelle dans le cursus psychiatrique, l'Union Européenne des Médecins Spécialistes la recommande fortement mais ne la souhaite pas obligatoire. Celle-ci précise que le but de la formation est de placer l'étudiant dans une position telle que *sa façon de penser et de ressentir le contact interpersonnel avec les patients puisse être explorée et utilisée de manière thérapeutique*. Les organisations professionnelles et savantes de psychiatres ont donc choisi par stratégie de ne pas différencier la psychothérapie des aspects psychologiques de la relation médecin-malade, aspects psychologiques auto-proclamés par eux *psychothérapiques par essence*.²

Les psychologues, eux, sont peu nombreux à considérer que la psychothérapie nécessite une formation spécifique post-universitaire (psychothérapie ou psychanalyse personnelle associée à une formation théorico-clinique complémentaire et à une pratique psychothérapique supervisée) et s'auto-proclament majoritairement compétents en matière de psychothérapie sur la base de leur seule formation universitaire en psychopathologie, à l'image des critères légaux d'accès à l'usage du titre de *psychothérapeute* qui n'exige que ce type de formation (Grosbois, 1994d, 1996a, 1996b, 1997a, 1997b, 1997c).

L'histoire des psychothérapies dites « psychanalytiques »

Naissance et développement, des Etats-Unis à l'Europe

Freud, au congrès de psychanalyse de Budapest de 1918, disait que « *Tout porte à croire que, vu l'application massive de notre thérapeutique, nous serons obligés de mêler à l'or pur de la psychanalyse une quantité considérable du cuivre de la suggestion directe* » (Freud, 1904-1918). René Held, citant ces propos, soulignait lors du XXIV^e Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes à Paris en 1963, dans son rapport sur les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, les effets dommageables de la mauvaise traduction de Berman de 1953 qui avait substitué le cuivre au plomb (Brusset, 1991) : « Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique ne sauraient se voir réduites à un mode particulier de suggestion, ni se voir comparées à un métal aussi vil que le plomb, lequel, cependant et après tout, compte parmi ses ancêtres des métaux de haute lignée radioactive et dignes de la plus grande considération » (Held, 1968).

Widlöcher (2008) reprend d'ailleurs cette comparaison minérale en notant qu'il n'y a rien de péjoratif dans l'idée d'un tel alliage, or et cuivre constituant au contraire un alliage robuste et efficace. Mais encore aujourd'hui, tout se passe comme si cette erreur de traduction reflétait les résistances de bon nombre de psychanalystes à l'égard de cet alliage... Il est vrai que le plomb symbolise la lourdeur et est associé à sa toxicité depuis l'identification du saturnisme à la fin du XIX^e siècle – à la même époque, d'ailleurs, que l'invention de la psychanalyse – alors qu'en joaillerie, par exemple, *le cuivre est mélangé à l'or pour en augmenter la rigidité, ce que l'on appelle l'or rouge*...

Maurice Bouvet proposait déjà, lors du XX^e Congrès International de Psychanalyse en 1957, de distinguer ce qui est psychanalytique et ce qui cesse de l'être. Pour lui, est psychanalytique tout ce qui concourt à l'objectivation aussi complète que possible, puis à la réduction de la névrose de transfert (Bouvet, 1958). Cette question de la délimitation réciproque de l'or et du cuivre a été débattue

² Les psychothérapies et la loi. Extraits du colloque à l'Assemblée Nationale, 23 mars 2000, *Journal français de Psychiatrie*, 2004/1 n° 21, pp. 23-26. Voir aussi Lindhardt (1994).

à de nombreuses reprises entre 1950 et 1956 dans le cadre des colloques de l'Association Américaine de Psychanalyse consacrés aux rapports entre psychanalyse et ce qu'ils nomment *psychothérapie dynamique*. Dès 1950, les Nord-Américains partent du point de vue que la psychothérapie recourt à la réassurance active, qu'elle n'exige pas la règle de l'association libre, qu'elle prévient ainsi la régression libre et fait obstacle à la pensée fantasmatique, qu'elle coupe l'approfondissement du transfert en le maintenant à un niveau superficiel, qu'elle se centre sur la discussion des problèmes actuels, qu'elle ne recourt à l'interprétation qu'en vue du but adaptatif poursuivi et qu'elle favorise activement tout essai de sublimation. Johnson propose en 1951 de distinguer psychanalyse et psychothérapie à l'aide d'une échelle mobile d'insight (Johnson et Ludwig, 1954). Stone, à la même époque, compare la psychothérapie à *l'aide accordée pour le passage d'une rivière*, alors que la psychanalyse correspondrait à une *traversée de la mer*. Il ajoute que la psychothérapie, contrairement à l'analyse, ne travaille pas à rendre les défenses inutiles mais à les renforcer (Stone, 1951). En 1952, Johnson, toujours, souligne la tendance des psychanalystes pratiquant la psychothérapie à centrer leur intérêt sur la dimension contre-transférentielle. En 1953, Knight considère que l'accroissement de la demande sociale de psychothérapie constitue un brouillage, en particulier chez les thérapeutes n'ayant suivi qu'une orientation analytique abrégée, ce qui reflète assez bien la situation actuelle pour de nombreux cliniciens, psychologues et psychiatres qui ne sont pas psychanalystes (Knight, 1953 ; Gressot, 1979).

Franz Alexander tentera ensuite de délimiter une frontière entre les psychothérapies dites *de soutien* et les psychothérapies analytiques (Alexander et French, 1946). Il ressort de ces discussions un facteur commun, celui de l'exclusion, au sein des psychothérapies analytiques, du principe de la prise de conscience par l'intermédiaire de l'interprétation du transfert. La distinction psychothérapie-psychanalyse a néanmoins toujours été l'objet de débats difficiles. Se pose alors la question de savoir si un enseignement de la psychothérapie analytique pourrait se transmettre indépendamment de la formation de psychanalyste et s'il est pertinent d'effectuer des supervisions de pratiques psychothérapeutiques se réclamant de la psychanalyse mais qui sont pratiquées par des thérapeutes non analysés. S'agit-il en effet d'encourager les cliniciens non

psychanalystes dans leur *inspiration* ou de dénoncer ce qui apparaît pour certains comme une dérive ? Ces pratiques ont-elle quelque légitimité aux yeux des sociétés psychanalytiques ?

Pour revenir à l'aspect historique, c'est vraisemblablement la pratique psychothérapeutique auprès des enfants qui ouvre la voie à cette notion, du fait de la nécessité technique de recourir à d'autres médiations que purement verbales, comme l'ont montré notamment Anna Freud, Mélanie Klein et plus tard Donalds Woods Winnicott. Il faudrait également citer Carl Gustav Jung, Karl Abraham et Paul Federn qui ont poussé Freud à étudier l'application de la psychanalyse aux psychoses. La Première Guerre Mondiale sera l'occasion d'appliquer les principes de la psychanalyse à la psychothérapie de ce que l'on nommait les *névroses de guerre*, les *névroses traumatiques* donc, du point de vue psychanalytique ou encore les *post-traumatic stress disorders*, pour parler la « langue » du DSM. Les propos déjà cités de Freud encourageront les aménagements techniques de la cure. Mais il faudra attendre la montée du nazisme et l'émigration aux Etats-Unis de psychanalystes pour voir se développer les psychothérapies analytiques. Félix Deutsch élabore sa pratique de *l'anamnèse associative* dérivée de l'association libre freudienne. Il s'intéresse aux troubles névrotiques, y compris ceux incluant des manifestations psychosomatiques. Cet ex-médecin de Freud s'attache à montrer comment il est possible de relier certains symptômes à des conflits anciens qui doivent être perlaborés en psychothérapie analytique de façon à amener l'amélioration de la symptomatologie fonctionnelle du patient. Il conçoit cette psychothérapie comme une *psychothérapie de secteur*, au sens où il s'agit de soigner une partie ou un secteur de la personnalité du patient, par opposition à la psychanalyse qui vise à prendre en compte l'ensemble de la psyché (Deutsch, 1949).

Quant à Alexander, il a en quelque sorte été immolé sur l'autel de son *expérience émotionnelle correctrice*, expression qu'il employait pour désigner les effets de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique... malgré sa proposition d'adapter la technique à la nature des problèmes psychiques du patient (ce qu'il nommait la *flexibilité technique*). Pour lui, la reviviscence émotionnelle des conflits infantiles dans le transfert a un effet correctif, au sens où le patient se rend compte que le thérapeute ne réagit pas comme ses parents. Il préfère qualifier en ce sens

sa psychothérapie de *dynamique* plutôt que psychanalytique, du fait qu'elle vise des buts thérapeutiques limités. Il lui a été reproché en fait d'avoir réduit la psychothérapie psychanalytique à une expérience nouvelle avec un thérapeute bienveillant censé corriger les erreurs de la relation parents-enfant...

Une littérature abondante tente, dans les années 1950, de définir le concept et la diversité des méthodes selon le mode d'expression, le type de relation, la durée et les indications en termes psychopathologiques. Les variantes techniques sont envisagées sous l'angle matériel du cadre, en termes de mode de communication et en termes de processus. Quelles relations établir en effet entre la fréquence des séances et le développement du transfert, les effets attendus de l'abstinence ou les capacités d'insight ? Dans la mesure où le modèle de la névrose de transfert reste le paradigme de la cure analytique, la question du maniement de l'abstinence se pose car elle apparaît comme la condition nécessaire à la constitution de la névrose de transfert. La position allongée facilite chez le patient l'auto-observation de l'état mental et l'insight grâce à la prescription de la règle fondamentale. En revanche, le face-à-face facilite le récit et développe des interactions, verbalisables ou non, qui pourront être tenues pour un avantage ou un inconvénient selon le type d'expérience que l'on veut favoriser chez le patient. C'est du point de vue du mode d'intervention que s'observe la plus grande flexibilité des pratiques inspirées de la psychanalyse. Elles ont en commun de chercher à rendre conscients des représentations et des affects inconscients. Ces psychothérapies reposent donc sur la démarche interprétative. Mais cela recouvre des réalités cliniques diverses. Clarification, verbalisation, interprétation, construction seront utilisées différemment d'un cas à l'autre et selon des moments différents d'une même cure.

Freud envisageait deux situations. L'une est liée à la règle d'abstinence : il s'agit alors pour lui de forcer le patient à rechercher dans le transfert les gratifications qui autrement nourrissent sa névrose. L'autre situation est liée à une certaine catégorie de population dont les conditions d'existence ne peuvent donner l'espoir d'une vie meilleure et ne les inciteront donc pas à renoncer aux bénéfices secondaires de la névrose. Une technique dite *active* est alors pour lui le seul moyen de lutter contre la résistance.

On mesure ainsi combien sont entremêlés technique active et principe d'abstinence, lui-même

étroitement lié à la théorie de la névrose de transfert, qui consiste en un déplacement de la névrose clinique. Sandor Ferenczi, analyste contemporain de Freud, joua un rôle important avec sa *technique active* qui n'avait pas pour but de renforcer la névrose de transfert, mais d'en compenser l'insuffisance et de pallier l'incapacité chez le patient de respecter la règle fondamentale, approche se situant en réaction à l'allongement des cures psychanalytiques (Ferenczi, 1919-1926 ; Prado de Oliveira, 2011 ; Sabourin, 2011).

Les auteurs dont les idées correspondent le mieux à la ligne tracée par Ferenczi sont ceux qui ont mis essentiellement l'accent sur les problèmes techniques généraux et non sur les symptômes dans les années 1950 à 1970, à savoir Michael Balint, David Malan, ainsi que Peter Sifneos. Ces auteurs se sont plus particulièrement penchés sur les rapports pouvant exister entre technique et organisation psychique, c'est-à-dire entre technique et indications. Sifneos s'est intéressé aux possibilités de psychothérapies brèves adaptées spécifiquement aux conflits œdipiens. En fait, on s'aperçoit que les notions de *focalisation* et de *motivation* sont présentes chez tous ces auteurs.

Michael Balint et la psychothérapie focale

Balint, élève de Ferenczi, a mis l'accent sur l'interaction dynamique patient-thérapeute. En 1954, il fonde un groupe de travail pour explorer les possibilités de traitement bref d'orientation psychanalytique. La technique mise au point dans le groupe fut la suivante :

- fixer d'emblée un terme au traitement en signalant que si le résultat cherché n'était pas obtenu, on pourrait envisager une autre forme de psychothérapie par la suite ;
- établir une hypothèse psychodynamique de base expliquant la problématique principale du patient ;
- faire appel à une technique d'interprétation plus active consistant en une attention sélective portant sur les éléments se rapportant à l'hypothèse psychodynamique de base et en une négligence sélective des éléments étrangers à ladite hypothèse ; il a désigné ce type d'intervention la *psychothérapie focale* (Balint et Ornstein, 1972).

Peter Sifneos et les psychothérapies à court terme provocatrices d'anxiété

Sifneos s'est intéressé, comme Balint, à la psychosomatique (il a notamment développé le concept d'alexithymie) et aux psychothérapies brèves. Tout en conservant une activité psychanalytique classique, il a effectué des recherches sur des psychothérapies analytiques de brève durée qu'il désigne comme des *psychothérapies à court terme provocatrices d'anxiété*. Il centre son argumentation sur la notion de crise émotionnelle, considérée comme point focal: « La compréhension d'une crise émotionnelle éclaire les différents stades de formation des symptômes psychiatriques avant même qu'ils ne se cristallisent en névrose, grâce à des interventions psychothérapeutiques » (Sifneos, 1972).

Il distingue deux types de psychothérapies:

- la *psychothérapie anxiolytique* ou *supportive*, autrement dit le soutien en crise chez un patient souffrant de difficultés émotionnelles de longue durée; le but en est de diminuer l'anxiété.
- la *psychothérapie provoquant l'anxiété*, c'est-à-dire destinée à provoquer, par la prise de conscience, la résolution d'un problème.

L'auteur accorde une place primordiale aux critères d'indication à la psychothérapie provoquant l'anxiété, à savoir essentiellement les patients souffrant de névrose génitale, où la problématique œdipienne est au premier plan. Sifneos a étudié de manière approfondie le problème de la motivation aux changements chez ces patients. Cette psychothérapie dite *dynamique* orientée vers un but se fonde sur l'idée que le patient est capable de travailler en collaboration avec le thérapeute, en vue de la résolution d'un problème précis, le *focus*.

Les critères de sélection sont les suivants:

- confrontation, éclaircissements et questions provoquant de l'anxiété pour inciter le patient à l'introspection;
- élaborer le transfert positif pour favoriser une expérience émotionnelle correctrice;
- lutter activement contre les solutions caractérielles telles que dépendance, passivité, « agir » utilisés par le patient pour éviter l'angoisse;

- terminer précocement la thérapie, après l'obtention de signes clairs de résolution du problème. Sifneos indique que le traitement sera de brève durée: 12 à 18 séances environ, mais il ne fixe pas de date limite.

Les caractéristiques communes des formes de psychothérapie brève préconisées par Malan (1963, 1979) et Sifneos peuvent être ainsi résumées:

- référence claire à la psychanalyse;
- accent essentiellement mis sur des conflits intrapsychiques, inconscients et reliés au passé des individus traités;
- attention particulière portée aux conflits actuels et au degré de motivation des patients;
- modification du dispositif technique de la cure: réduction du nombre de séances, face à face, temps plus ou moins limité d'emblée;
- comportement plus actif du thérapeute: planification et attention sélectives, soutien plus actif du Moi du patient.

A propos des aspects contre-transférentiels, on peut ajouter que, dans ce cadre psychothérapeutique, le psychanalyste a déjà une idée préconçue de ce qu'il attend de celui-ci et de ce qu'il va lui offrir. Si l'on examine les différentes techniques sous cet angle, on remarque que:

- Ferenczi avait oscillé entre une position paternelle active et une position maternelle accueillante;
- Alexander proposait d'offrir au patient la relation correctrice dont il avait besoin;
- Malan se proposait comme un guide éclairé;
- Sifneos s'appuyait sur un transfert paternel très positif.

Cette attitude est donc en nette contradiction avec le modèle théorique de la psychanalyse qui veut que l'analyste s'efface devant son patient pour offrir la plus large place à la subjectivité de ce dernier.

Edmond Gilliéron et les psychothérapies psychanalytiques brèves

Les *psychothérapies psychanalytiques brèves*, telles que conçues par le suisse Edmond Gilliéron à partir des années 1970, se fondent sur deux notions :

- l'étude de l'influence du *cadre thérapeutique* sur le fonctionnement psychique ;
- l'étude de la *dynamique interactive* conditionnée par l'organisation psychique du patient.

Ainsi, la seule règle formulée est celle des libres associations. En revanche, le dispositif temporel est clairement défini. La durée préétablie oscille entre trois mois et douze mois. Il fixe, dès le début, la date de la fin et non un nombre déterminé de séances. La fréquence est d'une séance hebdomadaire, parfois deux. Pour lui, l'allongement inconsidéré de certains traitements est, pour l'essentiel, dû à la méconnaissance des interactions dynamiques unissant le psychisme à son environnement culturel et biologique. Par conséquent, pour gagner en efficacité, il s'est donné pour tâche de mieux théoriser la question des rapports unissant ces différents aspects de la personnalité. Et, en particulier, ne pas se contenter de dire : « Telle affection est une contre-indication à telle thérapie », mais d'ajouter : « Si telle affection est une contre-indication à telle forme de psychothérapie, c'est une bonne indication à telle autre forme de thérapie » (Gilliéron, 1983a, 1983b, 1992).

Cela l'a amené à insister sur la nécessité d'une distinction claire entre *cadre* et *relation intersubjective*. Le cadre comprend les formes fixes de la cure (setting) : fréquence des séances, limite de temps, face à face, divan, fauteuil, etc. Il est aussi délimité par des données moins concrètes mais fondamentales, telles que le statut socioculturel de la psychothérapie et les déterminants sociaux du traitement. La relation définit ce qui se passe entre le thérapeute et le patient, en particulier la nature des échanges (comme l'association libre, la neutralité du thérapeute) et la nature des interventions (interprétations, suggestions, etc.). Gilliéron ajoute que ces psychothérapies mettent au premier plan des représentations ayant trait à la séparation, c'est-à-dire aux racines de l'angoisse de castration. Leur caractère bref permettrait paradoxalement à la fois une attitude moins interventionniste par rapport aux psychothérapies d'inspiration analytique

traditionnelles et une accélération du processus thérapeutique, du fait que le thérapeute serait davantage poussé à réintroduire du sens, à la faveur des mouvements transférentiels.

Pour en revenir à la question des indications, même si ces dernières sont assez larges, c'est essentiellement la problématique œdipienne qui apparaît dans ce contexte, ce qui peut avoir l'avantage, dit-il, dans certains cas, de pousser des patients, même régressés, vers une plus grande autonomie. Comme le souligne Gilliéron, on peut d'ailleurs se demander si chaque thérapeute ne crée pas sa propre méthode en fonction de son économie personnelle, en choisissant les patients correspondants. En ce cas, il s'agirait bien d'un mouvement de résistance du thérapeute au processus psychanalytique global. Ainsi, les différentes formes de psychothérapies brèves seraient surtout des choix contre-transférentiels liés aux personnalités de ceux qui les proposent. Certains auteurs ont d'ailleurs relevé que le *focus*, en psychothérapie brève, était choisi en fonction du contre-transfert du psychothérapeute.

Les recherches effectuées sur les effets des psychothérapies ainsi que les méta-analyses de ces recherches mettent en évidence que celles-ci ont des effets thérapeutiques et que les principaux changements surviennent dans les premiers mois des traitements. Les recherches souvent citées de Luborsky effectuées au cours des années 1970-1980 (Luborsky, Singer et Luborsky, 1975 ; Luborsky et Diger, 1984) montrent en effet que le fait de se demander si la psychothérapie est efficace ou bien si telle forme de psychothérapie est plus efficace que telle autre revient à mal poser le problème, questions auxquelles l'étude récente de l'INSERM a cru pourtant pouvoir répondre. Depuis Luborsky, les recherches se sont orientées, contrairement à la méthodologie comparative de celle-ci, vers l'étude des facteurs communs à toute psychothérapie, au sens où les changements observés sont plutôt attribués à la qualité humaine de la relation – *l'alliance thérapeutique* – et à l'adhésion, partagée par le patient et le thérapeute, en une théorie quelconque (Roth et Fonagy, 1996). Il semble donc que l'étude des résultats thérapeutiques doit être reposée sous la forme de la question suivante : *Quelles interventions psychothérapeutiques spécifiques produisent des changements spécifiques chez des patients spécifiques dans des conditions spécifiques ?*

Psychothérapie « psychanalytique » : question technique ou épistémologique ?

Les psychothérapies psychanalytiques se sont rapidement développées aux Etats-Unis, mais de façon plus limitée en Europe. Le psychanalyste français René Held a tenté de leur redonner leurs lettres de noblesse au cours des années 1960. Il dénonce en effet le fait que la psychothérapie psychanalytique apparaisse pour les psychanalystes comme une forme bâtarde ou corrompue de la psychanalyse. Un analyste français disait en ce sens que « *La psychothérapie psychanalytique est à l'analyse ce que la masturbation est au coït* » Held rejoint le point de vue d'analystes comme Paul-Claude Racamier (1970) sur les caractéristiques communes de cette approche :

- la souplesse dans l'espace des séances ;
- la prudence dans l'utilisation des fantasmes prégénitaux ainsi que du transfert, qui est plus manipulé qu'interprété ;
- l'accent mis sur l'identification du patient au thérapeute, du fait que ce dernier se présente comme une image parentale bienveillante et sécurisante.

Charles Odier, dans les années 1930, a proposé de distinguer trois niveaux d'interprétations : le premier, qui ne va pas au-delà du plan *phénoménologique*, à savoir qu'elles ont pour fonction d'ordonner ce vécu en l'explicitant ; le second niveau, baptisé par lui *phéno-analytique*, qui procède déjà de la dissolution d'une résistance pré-consciente, donc plus facile à mettre en évidence ; le troisième niveau, *spécifiquement psychanalytique*, qui passe par la découverte d'une résistance inconsciente. Cette façon de voir a une incidence directe sur le réglage de la distance interpersonnelle, ainsi que sur le degré de frustration imposé au patient, ce qui implique une centration davantage sur les problèmes posés par le patient vis-à-vis du monde extérieur que sur son économie intrapsychique (Odier, 1939).

Aujourd'hui, le débat psychanalyse-psychothérapie ne porte plus sur les aspects techniques. Le champ de la psychothérapie psychanalytique est en effet moins défini par son contenu que par la formation de celui qui la pratique. Ne seraient ainsi psychanalytiques que les psychothérapies

effectuées par des psychanalystes et non celles effectuées par des thérapeutes qui ne sont pas membres de sociétés de psychanalyse. Marilia Aisenstein, de la Société Psychanalytique de Paris, va même jusqu'à déclarer que la psychothérapie psychanalytique n'existe pas et elle dénonce la pratique de la psychothérapie psychanalytique par des non-psychanalystes : « Imaginer que puissent travailler avec des patients des praticiens qui ne disposeraient que d'une part de l'expérience analytique et n'auraient recours qu'à certaines notions théoriques me paraît folie. Il s'agit d'une dérive selon laquelle le savoir psychanalytique évoluerait pour son propre compte comme discipline culturelle mais serait coupé de l'expérience intime de ce qu'est une séance, du déploiement du transfert et plus encore de ce qu'interpréter veut dire ». Elle ajoute que la non-interprétation du transfert est une décision technique et que la psychothérapie dite *de soutien* est une modalité selon laquelle est privilégiée la relation au détriment du transfert. Il s'agit donc d'un temps d'abstention interprétative qui n'est en aucun cas isolable comme méthode elle-même. Ainsi des psychothérapies sur le divan peuvent-elles s'effectuer tout comme des psychanalyses en face-à-face (Aisenstein, 2008).

Pour Bernard Brusset (2003), devenir psychanalyste consiste en un abandon, par les analystes en formation, des attitudes psychothérapiques : « Ils sont amenés à se rendre compte que certaines de leurs interventions en analyse sont d'ordre pédagogique, de réassurance, de suggestion, de séduction ou encore des interprétations prématurées ou arbitraires ».

Quant à Jean Laplanche, il distingue au sein même de la cure-type *le psychothérapeutique* et *le psychanalytique*. La première activité correspond selon lui à la remise en forme historicisée de ce que l'analyse découvre. C'est la conscientisation d'éléments inconscients. La seconde activité est représentée par le traitement des défenses liées aux fantasmes inconscients, travail psychanalytique rendu possible par la libre association et les interprétations (Laplanche, 2008).

L'inspiration psychanalytique et les dérives psychothérapeutiques

Nous avons déjà évoqué la question de la légitimité éthique des cliniciens non psychanalystes qui disent pratiquer des psychothérapies d'inspiration psychanalytique, alors qu'ils n'ont pas obligatoirement eu l'exigence de suivre une analyse personnelle. De nombreux psychologues, un peu moins de psychiatres, disent par ailleurs pratiquer la psychothérapie en s'appuyant sur une démarche psychanalytique personnelle (plus ou moins longue) complétée éventuellement par une supervision clinique de leur pratique, sans pour autant se dire psychanalyste... Tout se passe en effet comme si le fait d'effectuer une tranche d'analyse, comme l'on dit, suffisait à leurs yeux pour pratiquer la psychothérapie alors qu'ils pensent appliquer les principes freudiens à une situation clinique baptisée *écoute analytique*, sans pour autant maîtriser ce qu'il en est des aménagements techniques de la cure. D'autres ne se posent pas de questions : ils estiment avoir reçu à l'université des connaissances suffisantes en psychopathologie psychanalytique et prétendent faire des psychothérapies dites *analytiques*, ce qui renvoie à la conception de l'approche clinique en psychologie dans sa tradition française, tradition liée à l'influence historique de Daniel Lagache et Juliette Favez-Boutonier et à l'introduction de l'enseignement de la psychanalyse à l'université. Les mises en garde réitérées que nous adressons aux étudiants vis-à-vis de pratiques sauvages *para-psychanalytiques* semblent être de peu d'effets face à la fascination qu'exerce la psychanalyse sur certains d'entre eux (Grosbois, 2007). Jacques Gagey (1975) soulignait déjà ce danger : « Chacun parle de psychothérapie, personne n'envisage vraiment qu'elle fasse l'objet d'une discipline. Il n'en est question qu'à titre d'objet absent, honteux ou mirifique, à cause de la prégnance du modèle psychanalytique. Comment le clinicien échapperait-il à l'attraction du psychanalytique, soit qu'il s'y rallie, soit que, se tenant à distance, il s'en ressente le parent pauvre, l'imitateur honteux ou encore le faux-monnayeur ? Comment pourrait-il poser la psychothérapie en tant qu'objet digne d'intérêt face à la prestigieuse cure orthodoxe ? La citadelle psychanalytique, retranchée sur elle-même, tout occupée à cultiver son jardin, entend bien en tout cas ne pas cautionner cet objet. Elle craint ceux qui, hors de la citadelle, s'en feraient les ambassadeurs sans titre ».

L'existence en France d'un Département Universitaire de Psychanalyse et de plusieurs masters professionnels de psychologie mention psychopathologie (d'orientation psychanalytique) a par ailleurs pour effet de répondre à l'aspiration de certains étudiants à acquérir une compétence pratique en recevant seulement un savoir *sur* la psychanalyse ; en ce qui concerne ce département de psychanalyse, il s'agit en l'occurrence d'un master recherche qui a le privilège d'être le seul de sa catégorie à être reconnu par la loi française comme l'un des critères de base pour accéder au titre de *psychothérapeute*, contrairement au doctorat en médecine, au DES de psychiatrie ou au master de psychologie délivré par les diverses UFR de médecine et de psychologie.

Quant aux psychiatres français, leurs organisations professionnelles défendent une position que l'on peut qualifier d'ambigüe... La stratégie politique de ces organisations a en effet consisté à proclamer que la consultation psychiatrique était *par essence* psychothérapeutique, comme s'il suffisait à un patient de s'asseoir face à un psychiatre pour qu'un cadre psychothérapeutique soit établi ! Le *Livre Blanc de la Psychiatrie* soulignait déjà en 1965 le fait que tout peut être *psychothérapeutique* : la poignée de main, l'attitude, le sourire, le cadre offert au malade (Misès, 1965). La dimension psychothérapeutique de la consultation psychiatrique est ainsi présentée comme inhérente à la fonction du psychiatre, position découlant des recommandations de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes. Cette position est défendue en particulier depuis l'adoption de la loi de 2004 relative à l'usage du titre de *psychothérapeute*, qui présuppose que la formation universitaire initiale du psychiatre lui attribue *de facto* une compétence psychothérapeutique, entretenant ainsi la confusion entre les divers aspects de la relation médecin-malade et une relation psychothérapeutique spécifiée par son cadre théorico-technique particulier et le processus induit, ce qui revient à réduire le *psychothérapeute* à une dimension nébuleuse génériquement dite *thérapeutique*. D'après le décret de la loi de 2010, les psychiatres seront donc automatiquement *psychothérapeutes* labellisés par l'Etat s'ils en font la demande auprès des Agences Régionales de la Santé. La dernière maquette du Collège National Universitaire de Psychiatrie (C.N.U.P.) décrivait onze items relatifs aux *Bases théoriques en psychothérapies* et précisait les principes de ces

enseignements: «L'internat doit permettre l'acquisition d'une expérience et d'une compétence en psychothérapie; tous les champs de la psychothérapie doivent être ouverts à l'interne, en particulier la psychanalyse, la psychothérapie systémique ou familiale et la psychothérapie cognitivo-comportementale; le principe de base retenu pour la formation pratique est celui de la supervision et de la discussion sur les aspects psychopathologiques, psychodynamiques et thérapeutiques des cas auxquels les internes sont confrontés; sur le plan théorique, le principe retenu est celui de séminaires spécifiques» (Danion-Grilliat, Schmitt *et al.*, 2010).

La formation universitaire en psychiatrie valide ainsi une *formation psychothérapique généraliste*, qu'elle soit psychanalytique ou non. Quant à la perspective d'intégrer une expérience psychothérapique personnelle dans le cursus psychiatrique, l'Union Européenne des Médecins Spécialistes la recommande fortement mais ne la souhaite pas obligatoire. Celle-ci précise que le but de la formation est de placer l'étudiant dans une position telle que «*sa façon de penser et de ressentir le contact interpersonnel avec les patients puisse être explorée et utilisée de manière thérapeutique*».

Le « psychothérapeute d'Etat » comme ectoplasme juridique

Quant à la protection légale en France du titre de *psychothérapeute*, on observe que la plupart des psychanalystes pratiquent des psychothérapies dans le cadre de leur activité de psychanalyste; ils ne ressentent donc pas le besoin de se dire *psychothérapeutes*, mais le problème se pose pour certains psychologues qui considèrent que cette appellation sera un plus aux yeux de leur employeur, autrement dit une *prothèse identitaire* qui a à voir en fait avec une problématique narcissique en lien avec les difficultés collectives identitaires de cette profession (Grosbois, 2007a, 2009). Certaines de leurs organisations leur ont laissé le choix de porter ou non cette prothèse; d'autres les encouragent au contraire à en faire usage, soi-disant au nom du principe de précaution, de crainte que la pratique de la psychothérapie ne leur soit ultérieurement interdite; ainsi «Cet objet de revendication phallique s'est-il vu attribué la fonction d'une sorte de préservatif, censé contribuer à l'érection de

leur identité professionnelle et les protéger contre de futures mesures réglementaires potentiellement transmissibles» (Grosbois, 2011).

La protection légale du titre de *psychothérapeute* opère ainsi un glissement sémantique du titre de psychothérapeute à la référence à une formation en psychopathologie. Cette loi fonde en effet la protection légale du titre sur une absence de définition de la psychothérapie et de toute formation psychothérapique pratique en y substituant la seule exigence d'une formation en psychopathologie. Ainsi le *psychopathologue* se trouve-t-il adoubé légalement *psychothérapeute*, comme si ses connaissances psychopathologiques étaient suffisantes. L'un des textes complétant la loi, à savoir l'arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation, précise en effet: «*Cette formation académique ne saurait se substituer aux dispositifs spécifiques d'apprentissage et de transmission des méthodes psychothérapiques*», dispositifs évidemment absents de la réglementation.³ Les publications de psychopathologie soulignent pourtant la différence: Jean Ménéchal (1997) définit ainsi la psychopathologie comme «*l'épistémologie de la psychiatrie et de la psychologie clinique, elle se place donc dans la catégorie des théories de la connaissance*».

Jean Bergeret (1972) va dans le même sens: «L'objet de la psychopathologie demeure l'étude de l'évolution et des avatars du psychisme humain, sans s'intéresser aux aspects techniques des thérapeutiques.» Il ajoute: «Il n'est pas question que des personnes n'ayant pas reçu de formation spécialisée complémentaire puissent accepter la responsabilité d'une cure psychothérapique, encore moins que des études psychologiques même très poussées puissent suffire».

Nous considérons pour autant qu'il ne serait pas du ressort de la loi de définir ce que devrait être une formation à la psychothérapie (expérience personnelle, supervision, formation théorique et clinique complémentaire, etc.) sous peine d'en faire une «*psychothérapie d'Etat*», mais il est intéressant de constater que la réglementation ouvre la voie à des dérives psychothérapiques légalisées. Il y a là confusion entre les effets thérapeutiques implicites

³ Arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute, Journal Officiel de la République Française n° 0134 du 12 juin 2010, p. 10836, texte n° 19, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000022336734&dateTexte=&categorieLien=id>

éventuels d'une intervention clinique et les psychothérapies structurées s'appuyant sur un cadre explicite, à la fois conceptuel et méthodologique. En témoigne cet extrait d'un mail reçu d'un collègue psychologue siégeant dans la commission d'une Agence Régionale de Santé chargée d'examiner les candidatures au titre de *psychothérapeute* : « Je suis frappé de voir défiler des demandes de collègues qui décrivent dans leur dossier une pratique qui ne recouvre en rien une pratique psychothérapique mais tout au plus un accompagnement chaleureux évidemment salutaire mais totalement aspécifique. A moins de considérer toute neutralité bienveillante comme psychothérapeutique en soi, je propose alors que ma boulangère, extrêmement bienveillante et se gardant toujours de tout jugement hâtif (et très disponible) puisse être inscrite comme candidate au titre ».

Nous ne pouvons que nous réjouir que ce collègue ait une boulangère si bienveillante à son égard ! Il est vraisemblable que les organismes de formation ayant demandé un agrément auprès des Agences Régionales de Santé de façon à être reconnus comme dispensant une formation correspondant aux critères de la loi pour l'accès au titre de *psychothérapeute* auront dans leur clientèle soit des praticiens intéressés par la qualité de la dite formation mais non intéressés par l'obtention de ce titre, soit des praticiens désireux d'avoir ce titre, c'est-à-dire certains médecins non psychiatres et certains psychologues non cliniciens. Nous excluons les médecins psychiatres et les psychologues titulaires d'un master ou d'un DESS mention psychologie clinique ou psychopathologie qui, suite à l'assurance qu'ont reçu du Ministère de la Santé les organisations professionnelles de psychologues de la réécriture du tableau annexe du décret d'application de la loi, pourront accéder directement au titre de *psychothérapeute* s'ils en font la demande. Si le Conseil d'Etat a rendu un avis consultatif négatif le 27 octobre 2011 quant à ce projet de modification desdites annexes, les Ministères du Travail, de l'Emploi et de la Santé ont publié néanmoins le 7 mai 2012 un décret modificatif⁴ explicitant en particulier le fait que la formation universitaire initiale en psychopathologie des psychologues peut être prise en compte comme validant l'exigence de formation définie par la loi et son décret pour l'accès au titre, ce qui aura pour conséquence directe la désaffectation par la majorité des psychologues cliniciens des

formations complémentaires en psychopathologie mises en place par certaines UFR de médecine ou de psychologie et certaines sociétés psychanalytiques. L'Instruction du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé⁵ ne fait que préciser les modalités d'application dudit décret modificatif en maintenant la confusion légalisée entre formation en psychopathologie et formation à la psychothérapie.

Les organisations françaises de *psychothérapeutes* non-médecins et non-psychologues (la Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse, l'Association Fédérative Française des Organismes de Psychothérapie Relationnelle et Psychanalytique et le Syndicat National des Praticiens en Psychothérapie) avaient commencé à revendiquer au début des années quatre-vingt-dix la création légale d'une profession de *psychothérapeute* indépendante de la psychologie et de la médecine, sur le modèle de l'Autriche, rassemblées au sein de l'*European Association for Psychotherapy* et du *World Council for Psychotherapy*. Elles rassemblent un patchwork, surréaliste, commercial et sous-formé, de praticiens divers appartenant en grande majorité au courant de la psychologie dite *humaniste* né aux USA fin des années soixante en opposition à la psychanalyse et prônant un *retour au corps*, utilisant surtout le groupe et favorisant l'expression intense des émotions (bioénergie, rebirth, cri primal, Gestaltthérapie, analyse transactionnelle, etc.), regroupements où règnent :

- la plus grande confusion entre développement personnel et psychothérapie ;
- un refus de la référence à la dialectique normal-pathologique ;
- un refus de conceptualisation au profit de l'idéalisation de l'expérience brute vécue ;

⁴ Décret n° 2012-695 du 7 mai 2012 modifiant le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute, Journal Officiel de la République Française n° 0108 du 8 mai 2012, page 8480, texte n° 98 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000025823878&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>

⁵ Instruction DGOS/RH2 n° 2012-308 du 3 août 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2012-695 du 7 mai 2012 modifiant le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute et aux modalités d'inscription sur le registre national des psychothérapeutes http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-08/ste_20120008_0100_0034.pdf

- une prétention exorbitante à considérer les formations dispensées par les écoles psychothérapeutiques de ce courant comme étant au moins équivalentes à une formation universitaire de niveau master...

Face à la loi protégeant le titre de *psychothérapeute* et afin de conserver leur clientèle, elles ont invité leurs membres à renoncer à ce titre maintenant protégé légalement, quasiment inaccessible pour eux étant donné les critères de formation universitaire exigés, et à s'intituler désormais *psychopraticiens relationnels*.

Conclusion

En dépit du moindre mal représenté par l'obligation légale d'une formation minimale en psychopathologie imposée désormais aux usagers du titre de *psychothérapeute*, cette réglementation constitue la chronique d'une mort annoncée de ce que représentait auparavant la psychothérapie et l'aube d'une catastrophe sanitaire programmée, à savoir l'irruption sur le marché du travail de praticiens formés à la psychopathologie, prétendant être compétents en matière de psychothérapie et reconnus comme tels par l'État, autrement dit une incompétence

légalisée. Rappelons ici que la loi ne protège que l'usage d'un titre et non l'exercice de la psychothérapie qui reste libre et ouvert à toutes les dérives.

Quant à la pertinence de la notion de *psychothérapie d'inspiration psychanalytique*, il ressort de la revue de la littérature que cette interrogation épistémologique ne concerne que les psychanalystes qui se sont penchés sur les notions de cadre et de processus, cette modalité d'intervention psychothérapeutique étant considérée soit comme faisant partie intégrante d'une cure analytique, soit comme relevant d'une approche spécifique la plupart du temps associée à la définition d'objectifs thérapeutiques et d'une durée du traitement limitée.

Il apparaît par contre qu'en dehors du champ des pratiques psychanalytiques ou conceptualisées comme relevant des *psychothérapies psychanalytiques*, l'enseignement théorique sur la psychanalyse à l'université (lorsqu'il est encore présent dans les master de psychologie clinique et psychopathologie et les DES de psychiatrie) représente une incitation à se référer à la psychanalyse plus comme un corps de connaissances sur la psychopathologie que comme la possibilité d'une expérience personnelle permettant d'acquérir des compétences cliniques au service de sa pratique professionnelle (Roudinesco, 2004; Maurer, 2006; Grosbois, 2010, 2011). ■

(Article reçu à la Rédaction le 25.6.2018)

Summary

The author questions the epistemological relevance of the notion of *psychoanalytical psychotherapy* through its historical evolution. Reviewing the literature has shown that psychoanalysts, after having shared a historical consensus about these technical adjustments of the talking cure, have taken a different position today in countries where psychotherapy called *psychodynamic psychotherapy* has developed. Besides, psychoanalytical reference to psychotherapy has spread beyond the practice of psychoanalysts themselves, particularly among psychiatrists and clinical psychologists. That raises the question of training standards of those who practice *psychoanalytically-oriented* psychotherapies. This debate was actualized in France by the current regulation connected with the use of the title of *psychotherapist* and developed a controversy about the validation of procedures of psychotherapies.

Bibliographie

- Accoyer B., Vasseur C., Guyomard P., et al. (2004) : Les psychothérapies et la loi. Extraits du Colloque à l'Assemblée Nationale, 23 mars 2000. *Journal Français de Psychiatrie*, 21 (1); 23-26.
- Aisenstein M. (2008) : *Contre la notion de psychothérapie psychanalytique*. Paris, Erès.
- Alexander F., French T.M. (1946) : *Psychothérapie analytique. Principes et applications*. Paris, Presses Universitaires de France, 1959.
- Balint M. E., Ornstein P. H. (1972) : *La psychothérapie focale. Un exemple de psychanalyse appliquée*. Payot, Paris, 1975.
- Bergeret J. (dir.) (1972) : *Psychopathologie théorique et clinique*. Paris, Masson.
- Bouvet M. (1958) : Les variations de la technique. *Revue Française de Psychanalyse*, 22 : 145-203.
- Brusset B. (1991) : L'or et le cuivre (la psychothérapie peut-elle être et rester psychanalytique ?). *Revue Française de Psychanalyse*, 55 (3) : 559-579.

- Brusset B. (2003): Les psychothérapies psychanalytiques, in : *Les psychothérapies*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. «Que Sais-Je?», pp. 27-56.
- Canceil O., Cottraux J., Falissard B., Flament M. (2004): *Psychothérapie: trois approches évaluées*, Paris, INSERM.
- Danion-Grilliat A., Schmitt L., Lejoyeux M., Thibaut F. (2010): Usage du titre de psychothérapeute: la position du Collège National Universitaire de Psychiatrie concernant la formation à la psychothérapie. *La Lettre de Psychiatrie Française*, 193: 5.
- Deutsch F. (1949): *Applied psychoanalysis*. New York, Grune et Stratton.
- Ferenczi S. (1919-1926): Prolongements de la «technique active» en psychanalyse, in : *Psychanalyse 3, Œuvres complètes Tome III*, Paris, Payot, 1974, p. 117-133.
- Freud S. (1904-1918): *La technique psychanalytique*. Paris, Presses Universitaires de France, 6^e éd., 1977.
- Gagey J. (1975): La psychologie clinique, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37032 A 10.
- Gilliéron E. (1983a): *Aux confins de la psychanalyse. Psychothérapies analytiques brèves*. Paris, Payot.
- Gilliéron E. (1983b): *Les psychothérapies brèves*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Gilliéron E. (1992): Cadres et processus thérapeutiques, in : Grossen M., Perret-Clermont A.N.: *L'espace thérapeutique. Cadres et contextes*. Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, pp. 121-136.
- Godet M.N. (2009): *Des psychothérapeutes d'Etat à l'Etat thérapeute. Une intervention étatique invasive*. Paris, L'Harmattan.
- Godet M.N. (2011): *De la réglementation du titre de psychothérapeute. La santé mentale, une affaire d'Etat*, Paris, L'Harmattan.
- Gosselin F., Viard P. (2006): *L'Etat et les psychothérapies ou le pouvoir politique face à l'illusion scientifique*. Paris, L'Harmattan.
- Gressot M. (1979): Psychanalyse et psychothérapie, leur commensalisme, in : *Le royaume intermédiaire*. Paris, Presses Universitaires de France, pp. 205-380.
- Grosbois P. (1989): L'articulation théorie-pratique et la culture du psychothérapeute: orthodoxie ou pluridisciplinarité. *Psychologie Médicale*, 21 (10): 1508-1511.
- Grosbois P. (1994a): Quelle place pour l'éclectisme dans l'enseignement universitaire de la psychothérapie en France? In : Marie-Cardine M., Chambon O., Meyer R. (dir.): *Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique*. Paris, Le Coudrier/Somatothérapies, pp. 85-96.
- Grosbois P. (1994b): Pratique psychothérapique en centre de psychologie clinique universitaire et idéologie médicale. *Psychologues et Psychologies*, 122: 3-9.
- Grosbois P. (1994c): Les psychologues suisses et la psychothérapie, *Psychologues et Psychologies*, 117: 22.
- Grosbois P. (1994d): Psychothérapie: de la confusion entre statut et fonction, *Psychologues et Psychologies*, 117: 21.
- Grosbois P. (1996a): L'avenir de la psychothérapie: situation actuelle, stratégies de reconnaissance, enjeux politiques et idéologiques. *Psychologues et Psychologies*, 133: 29-30.
- Grosbois P. (1996b): La psychothérapie en France: du principe de plaisir au principe de réalité, *Psychologues et Psychologies*, 133: 31-35.
- Grosbois P. (1997a): La psychothérapie en Europe: «psychothérapeute»: fonction ou profession? *Psychologues et Psychologies*, 134: 16-17.
- Grosbois P. (1997b): Le psychologue pratiquant la psychothérapie est-il un «psychothérapeute»? Ambiguïté sémantique et enjeux identitaires. *Psychologues et Psychologies*, 135: 39-41.
- Grosbois P. (1997c): Projets de réglementation européenne de l'exercice de la psychothérapie: vers une nouvelle identité au-delà de la pluralité des pratiques? IVE Salon International Psychiatrie et Système Nerveux Central, Paris, 16-19/10/1996. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 12: 85-89.
- Grosbois P. (2000): Psychotherapy: a function or a profession? A survey on the european status of psychotherapy and plans about psychotherapists. *Proceedings of the 17th International Federation for Psychotherapy World Congress of Psychotherapy*, Varsovie, Polish Psychiatric Association & International Federation for Psychotherapy, pp. 155-159.
- Grosbois P. (2001): Les psychologues européens et la psychothérapie. De l'influence du modèle anglo-saxon au corporatisme. *Psychologues et Psychologies*, 160: 63-68.
- Grosbois P. (2002): Quelle place pour l'université dans la formation des psychologues à la psychothérapie? *Pratiques Psychologiques*, 3: 59-68. Rééd. in : Raoult P.A. (dir.): *La psychologie clinique et la profession de psychologue: (dé)qualification et (dé)formation?* Paris, L'Harmattan, 2005, pp. 135-156.
- Grosbois P. (2007a): Réglementation du titre de psychothérapeute: analyse d'une imposture, *Bulletin de Psychologie*, 60 (hors-série): 87-95.
- Grosbois P. (2007b): Usage légal du titre de psychothérapeute: stratégies des acteurs concernés. *Pratiques Psychologiques*, 13: 381-400.
- Grosbois P. (2009): Évaluation et projet de réglementation des psychothérapies, in : Fischman G.: *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux*. Paris, Masson, pp. 209-221.
- Grosbois P. (2010): Décret relatif à l'usage légal du titre de «psychothérapeute»: incompétence légalisée pour tous. *Le Journal des Psychologues*, 279: 10-12.
- Grosbois P. (2011a): Titre de psychothérapeute: revendication phallique chez les psy, *Le Journal des Psychologues*, 289: 6.
- Grosbois P. (2011b): La formation de psychothérapeute, in : Parot F., Fouré L., Demazeux S.: *Les psychothérapies. Fondements et pratiques*. Paris, Belin, pp. 183 et 189-191.
- Grosbois P. et al. (1998): Synthèse du rapport de la "Task Force on Psychotherapy" de l'EFPPA (European Federation for Professional Psychologists Associations). Recherche-action sur la législation et les réglementations relatives aux systèmes de couverture sociale et des systèmes de formation à la psychothérapie dans 26 pays européens, *Psychologues et Psychologies*, 142: 35-36.
- Held R. R. (1968): Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique freudienne, in : *Psychothérapie et psychanalyse*. Paris, Payot, pp. 5-175.
- Johnson A.M., Ludwig A.O. (1954): Psychoanalysis and psychotherapy: dynamic criteria for treatment choice. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2: 346-350.
- Knight R. (1953): The present status of organized psychoanalysis in the United States. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1: 197-221.
- Laplanche J. (2008): Psychanalyse et psychothérapie, in : Widlöcher D. (Ed.): *Psychanalyse et psychothérapie*. Toulouse, Erès, pp. 57-64.
- Lecomte C., Castonguay G. (1987): *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*. Montréal, Gaétan Morin.
- Lindhardt A. (1994): Psychotherapy in the training in psychiatry. *Report of the UEMS Monospecialist Section for Psychiatry*.
- Luborsky L., Diger L. (1984): *Principes de psychothérapie psychanalytique: manuel de psychothérapie de soutien et d'expression*. Paris, Presses Universitaires de France, 1996.

- Luborsky L., Singer N., Luborsky L. (1975): Comparative studies of psychothérapies. Is it true that «everyone has won and all must have prizes?». *Archives of General Psychiatry*, 32 (8): 995-1008.
- Malan D. H. (1963): *La psychothérapie brève*. Paris, Payot, 1975.
- Malan D.H. (1979): *Psychodynamique et psychothérapie individuelle. Une perspective scientifique*. Bruxelles, Pierre Mardaga, 1981.
- Maurer M. (2005): *Psychothérapie, démocratie et loi*. Paris, Marc & Martin.
- Melman C. (2008): Edito. La suite au prochain numéro. *La Revue Lacanienne*, 1: 7-8.
- Ménéchal J. (1997): *Introduction à la psychopathologie*. Paris, Dunod.
- Misès R. (1965): Les psychothérapies. Rapports avec la psychanalyse, in: *Livre blanc de la psychiatrie*, Tome 1, pp. 225-245. Toulouse, Privat.
- Norcross J.C. (1986): *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York, Brunner-Mazel.
- Norcross J.C., Goldfried M.R. (1992): *Psychothérapie intégrative*. Paris, Desclée de Brouwer.
- Odier C. (1939): La phéno-analyse et les critères de l'interprétation psychanalytique, *L'Evolution Psychiatrique*, 2: 39-83.
- Prado de Oliveira L.E. (2011): *Sándor Ferenczi*. Paris, Armand Colin.
- Racamier P. C. (1970): *Le psychanalyste sans divan*. Paris, Payot.
- Roth A., Fonagy P. (1996): *What Works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York, Guilford Press.
- Roudinesco E. (2004): *Le patient, le thérapeute et l'Etat*. Paris, Arthème Fayard.
- Sabourin P. (2011): *Sándor Ferenczi, un pionnier de la clinique*. Paris, Campagne Première.
- Schneider P.B. (1984): Les rapports des psychothérapies avec la psychanalyse. *Psychothérapies*, 4 (1-2): 3-7.
- Sifneos P. (1972): *Psychothérapie brève et crise émotionnelle*. Bruxelles, Pierre Mardaga, 1977.
- Stone L. (1951): Psychoanalysis and brief psychotherapy. *Psychoanalytic Quarterly*, 20: 215-236.
- U.E.M.S. (1995): *Recommendations for training in psychotherapy as part of training in psychiatry*. UEMS European Board of Psychiatry.
- Widlöcher D. (dir.) (2008): *Psychanalyse et psychothérapie*. Ramonville Saint-Agne, Erès.

Correspondance
 Dr Philippe Grosbois
 1, square de la Maître-Ecole
 F-49000 Angers
 phil.grosbois@free.fr