

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة غرداية - الجزائر  
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

مجلة

# إسهامات

للبحوث والدراسات

مجلة أكاديمية متخصصة ومحكمة  
تصدر عن كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية  
جامعة غرداية - الجزائر



رمضان 1437هـ / جوان 2016م



مجلة إسهامات للبحوث والدراسات

# مجلة إسهامات

للبحوث والدراسات



مجلة أكاديمية فكرية محكمة

تصدر عن كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

جامعة غرداية - الجزائر

## هيئة التحرير

د/ عمر مونة

د/ يمينة بن صغير

د/ عبد الرحمان بقادير

د/ محمّد حدبون

أ. عبد الرحمان بابا واعمر

أ.لبنى سويقات

مدير المجلة : أ.د/ بلخير دادة موسى

(رئيس الجامعة)

مدير النشر: أ.د/ صالح بوساليم

(عميد الكلية)

رئيس التحرير

أ.د/ عبد العزيز خواجه

نائب رئيس التحرير

د/ محمّد طويل

توجه جميع المراسلات إلى:

السيد رئيس تحرير مجلة إسهامات للبحوث والدراسات

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية / جامعة غرداية

الهاتف الفاكس: +213.29.25.80.27

البريد الإلكتروني: (revue.ishamat@gmail.com)

الموقع الإلكتروني للمجلة (URL): ishamat.univ-ghardaia.dz

الإيداع القانوني رقم: ...../.....

ردمّد ..... - I.S.S.N .....

# مجلة إسهامات للبحوث والدراسات

مجلة أكاديمية فكرية محكمة

تصدر عن كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية / جامعة غرداية - الجزائر

## الهيئة الاستشارية

من خارج جامعة غرداية	من جامعة غرداية
أ.د/ دحو فغورور (جامعة وهران)	أ.د/ ابراهيم بحاز (جامعة غرداية)
أ.د/ محمد مجاود (جامعة سيدي بلعباس)	أ.د/ مصطفى باجو (جامعة غرداية)
أ.د/ محمد المهدي بن عيسى (جامعة ورقلة)	د/ مصطفى وينتن (جامعة غرداية)
أ.د/ ميلودي سفاري (جامعة سطيف2)	د/ عبد العالي شويرف (جامعة غرداية)
أ.د/ لعلى بوكميش (جامعة أدرار)	د/ أحمد أولاد سعيد (جامعة غرداية)
أ.د/ عبد العالي دبله (جامعة بسكرة)	د/ جمعة أولاد حيمودة (جامعة غرداية)
أ.د/ هلايلي حنفي (جامعة سيدي بلعباس)	د/ حاج امجد قاسم (جامعة غرداية)
أ.د/ حاتم باي (جامعة الأمير عبد القادر)	د/ عمر حجاج (جامعة غرداية)
أ.د/ عبد الرحمان سنوسي (جامعة الجزائر1)	د/ طاهر بن علي (جامعة غرداية)
أ.د/ بن طاهر تيجاني (جامعة الأغواط)	د/ محمد عبد النور (جامعة غرداية)
د/ فضيل حضري (جامعة تلمسان)	د/ حميد قرليفة (جامعة غرداية)
أ.د/ عبد المجيد النجار (جامعة تونس)	د/ باحمد أرفيس (جامعة غرداية)
أ.د/ عليان الجلودي (جامعة آل البيت-الأردن)	د/ حباس عبد القادر (جامعة غرداية)
أ.د/ محمود جابر (الجامعة الأردنية)	د/ يوسف قدوري (جامعة غرداية)
أ.د/ بنعيسى عسلون (مركز الإعلام-المغرب)	د/ محمد السعيد مصيطفى (جامعة غرداية)
أ.د/ يحي اليحياوي (ج. م الخامس-المغرب)	د/ نور الدين بولعراس (جامعة غرداية)
أ.د/ ميرال صبري (جامعة القاهرة)	
أ.د/ مي عبد الله (جامعة لبنان)	
أ.د/ سيريل إكل (جامعة ليون-فرنسا)	

المطبعة .....

كالمتوق  
محموظة

## مجلة إسهامات للبحوث والدراسات

مجلة أكاديمية فكرية محكمة  
تصدر عن كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية / جامعة غرداية - الجزائر

### قواعد النشر

"مجلة «إسهامات» للدراسات الاجتماعية والإنسانية مفتوحة لجميع الباحثين من داخل الجامعات الجزائرية ومن خارجها، تنشر البحوث المكتوبة باللغة العربية أو الإنجليزية أو الفرنسية. ومن أجل تمكين هيئة تحرير المجلة من القيام بمهامها في ظروف حسنة، يرجى من الباحثين الراغبين في نشر بحوثهم العلمية الالتزام بما يلي:

- 1- أن يكون البحث متسماً بالموضوعية والعمق والأصالة، خاليا من الأخطاء اللغوية والمطبعية، ولم يسبق نشره من قبل بأي شكل من الأشكال.
- 2- أن يتضمن البحث قائمة للمصادر والمراجع التي اعتمدها، مع ذكر المعلومات الضرورية لها.
- 3- أن تكون الهوامش آلية، في أسفل كل صفحة.
- 4- يرسل البحث مع السيرة الذاتية للباحث في نسخة رقمية، على برنامج ( Word 2000) أو الإصدار الأحدث، على أن لا يزيد عدد صفحاته عن خمس وعشرين (25) صفحة من مقياس A4، ولا يقل عن عشر (10) صفحات.
- 5- يصفى البحث بخط (Traditional) حجم 18 في المتن و14 للهوامش، أما بالنسبة للغة الأجنبية فيكون بخط (Times New Roman) حجم 14 في المتن و11 للهوامش.
- 6- البحوث التي تصل المجلة لا تُردُّ إلى أصحابها سواء أنشرت أم لم تنشر.
- 7- تخضع الأعمال التي تصل المجلة إلى التحكيم قبل نشرها، وتحتفظ هيئة التحرير بحقها في عدم نشر أي بحث دون إبداء الأسباب، وتعتبر قراراتها نهائية.
- 8- ترتيب البحوث في المجلة ترتيب موضوعي وفني، ولا يعبر بأي حال من الأحوال عن أهمية البحث أو مكانة الباحث.
- 9- ما يُنشر بالمجلة لا يعبر إلا عن الرأي الشخصي لصاحب البحث، ولا يعبر بالضرورة عن وجهة نظر المجلة".

# L'Évaluation Thérapeutique : comment faire du bilan psychologique une psychothérapie Brève ?

**Dr/Nassima Ali Toudert Slimani**  
**Université Alger 2**

## **Introduction**

Évaluation thérapeutique (ET) est une évaluation et une psychothérapie brève semi-structurée. C'est une psychothérapie basée sur le bilan psychologique. Ou, encore, un bilan psychologique dans lequel Stephen E. Finn (1996a, 2007) a injecté des principes psychothérapeutiques. Le tout conduit à une intervention unique, brève et efficace.

Au niveau clinique, nombreux sont les praticiens de l'examen psychologique de l'adulte qui observent l'existence d'effets bénéfiques qui découlent du processus d'évaluation et qui agissent sur le bien-être de leurs patients ou sur leurs représentations vis-à-vis du soin psychologique. Ces effets sont nombreux et diversifiés. Il s'agit de la possibilité de former une alliance thérapeutique; de la formulation d'objectifs partagés pour la psychothérapie ; de l'amélioration de la conscience de soi et de la compréhension du fonctionnement psychique propre ; de l'augmentation de la motivation pour un suivi psychologique (Castro, 2003)

La passation des tests et la rétrocession des résultats ont, donc, indéniablement, la plupart du temps, un impact positif sur le bien-être des personnes qui s'y engagent. A partir de ces observations, l'examen psychologique s'ouvre à d'autres pratiques que celles habituellement reconnues et admises (dépister et planifier l'intervention psychologique ; évaluer l'adéquation et l'issue du traitement) puisque, du fait des effets positifs

sur le patient, l'évaluation semble agir comme une véritable forme d'intervention.

Si l'Évaluation thérapeutique se présente comme un paradigme d'évaluation relativement récent, comment cette méthode est-elle née ? Qu'est-ce qui la différencie réellement de l'évaluation psychologique classique ? Quels sont les fondements théoriques qui la soutiennent ? Quelles sont ses différentes étapes ?

## 1- Historique

L'évaluation thérapeutique connaît un intérêt grandissant depuis quelques années et s'inscrit de plus en plus dans le mouvement actuel de soins collaboratifs. Il s'agit d'un paradigme d'évaluation relativement nouveau, qui utilise les tests psychologiques comme principaux ingrédients d'une intervention psychothérapeutique brève (Finn, 2007 ; Finn, Tonsager, 1997). Cette méthode s'est inscrite dans la tradition d'évaluation collaborative et humaniste introduite par Constance T. Fischer (1985), Leonard Handler (2006) et bien d'autres, et a été développée par Finn et ses collègues à Austin, au Texas. D'un point de vue empirique, il a été souvent remarqué que le bilan psychologique produisait des transformations psychologiques importantes pour certaines personnes.

Lorsque Finn faisait partie du corps enseignant à l'université du Texas à Austin, avec ses étudiants ils réfléchissaient régulièrement à l'aspect potentiellement thérapeutique d'une passation de tests (Finn, Tonsager, 1992) et ils ont ensuite développé une théorie expliquant ce phénomène. Cette théorie initiale a mené ultérieurement à un travail de recherche plus soutenu et à des ajustements méthodologiques.

À l'origine, la majorité de leur travail s'effectuait avec des patients adultes. Au fur et à mesure, les techniques de l'Évaluation thérapeutique ont été élargies à l'évaluation des jeunes enfants et à ceux qui s'en occupent (Tharinger *et al.*, 2007), à des adolescents et à leurs familles et, enfin, à des couples (Finn, 2012).

## 2- Différence entre l'évaluation thérapeutique et l'évaluation traditionnelle

Il y a plus de dix ans, Finn a écrit un article avec son collègue Mary E. Tonsager (Finn, Tonsager, 1997) pour comparer l'Évaluation thérapeutique au paradigme de l'évaluation générale qui, à l'époque, était pratiquée partout dans le monde et qu'ils appelaient « l'évaluation par recueil de données ».

Dans cette forme d'évaluation traditionnelle, les tests psychologiques sont utilisés pour poser un diagnostic et classer les patients selon des catégories de fonctionnements établis (le qi, par exemple). Cela permet de faciliter la communication entre professionnels et d'améliorer l'élaboration des prises en charge thérapeutiques. Souvent, étudiants ou psychologues proposent ces passations de manière standardisée pour conserver la fidélité et la validité des données recueillies. Ensuite, un psychologue expert les interprète de façon unilatérale (c'est-à-dire sans l'intervention du patient) et tire des conclusions qu'il partage avec d'autres professionnels (par exemple des psychiatres, des psychothérapeutes, des juges, des enseignants ou des employeurs). Ces experts se servent ensuite de ces informations pour prendre des décisions qui impacteront la vie de leur patient. Dans cet objectif, l'évaluation psychologique traditionnelle s'est développée pour encadrer les nombreuses décisions que doivent prendre les professionnels et contribuer ainsi à une prise de décision éclairée.

L'Évaluation thérapeutique ne perd pas de vue cet objectif, mais y ajoute l'espoir d'aider les patients et leurs proches à améliorer leur vie. Les mêmes tests psychologiques traditionnels sont encore utilisés, mais les patients sont impliqués dans chaque étape de l'évaluation – du choix des objectifs, à l'interprétation des réponses et des données, jusqu'à la mise en lumière des résultats à l'aide de leur contexte de vie.

Les patients aident les professionnels à identifier les directions à prendre, au terme de l'évaluation, et ils reprennent les retours écrits que les psychologues leur transmettent pour y ajouter leurs commentaires et- ou leurs avis divergents.

Les psychologues demeurent les professionnels des tests

psychométriques, de la personnalité,

de la psychopathologie et du fonctionnement cognitif, mais les patients sont reconnus comme les experts de leur vie et de leur propre histoire.

### 3- Le corpus de recherche

De nombreuses études de cas montrent que l'examen psychologique a des effets importants sur la diminution de la symptomatologie du patient car, grâce à la restitution des résultats, il facilite la compréhension que le patient a de ses problèmes et de soi-même. Ainsi, dans une étude de 1996, Finn & Tonsanger, ont trouvé que la rétrocession des résultats obtenus au *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) améliore l'estime de soi et diminue le niveau de la symptomatologie. Ces bénéfices ont été observés immédiatement après la séance de rétrocession et sont retrouvés à deux semaines de *follow-up*.

Une équipe australienne (Newman & Greenway, 1997) a reproduit l'étude de Finn & Tonsanger et a trouvé des résultats tout à fait similaires. Pour modéliser ces constats, Finn (1996) a élaboré une méthode d'examen psychologique appelé "l'évaluation psychothérapeutique" dans laquelle le processus de passation des tests est conçu comme une forme de thérapie brève et non plus comme une simple méthode de recueil d'information, nécessaire à la réflexion diagnostique et à la communication autour du patient. Dans ce paradigme, l'objectif de l'évaluation n'est plus la simple accumulation de données pour le compte d'un tiers (le demandeur d'examen psychologique), mais l'acquisition par le patient d'un discours plus réaliste sur lui-même.

Ce nouveau discours donne lieu à une autre forme de connaissance sur soi, qui à terme, peut être généralisée, par le patient, aux différents domaines de sa vie. Dans ce modèle, le rôle du psychologue examinateur se complexifie. En effet, au cours de l'évaluation thérapeutique et de la passation des tests, le psychologue est attentif à créer et à maintenir une relation empathique avec son patient, informe le patient des objectifs multiples de l'examen psychologique (recueil d'information pour un tiers, mais aussi recueil d'informations pour soi) et lui donne la possibilité de discuter, questionner,

approfondir les résultats obtenus dans la séance de rétrocession qui suit.

Dans ce modèle, le rôle du psychologue est celui d'un observateur-participant, formé non seulement à la psychopathologie, à la théorie des tests et de la personnalité, mais aussi à la gestion des relations humaines. Dans le cadre de l'évaluation thérapeutique, les tests deviennent les outils qui révèlent au patient ses particularités de fonctionnement.

Cette prise de conscience devient un repère sur lequel, par la suite, le sujet peut s'appuyer pour prendre des décisions éclairées qui conviennent à son engagement dans une démarche psychothérapeutique.

L'Évaluation thérapeutique ne fonctionne pas avec tous les patients (Finn, 2007). Cependant, aujourd'hui, les spécialistes ont identifié une caractéristique qui permet d'anticiper la réussite, qui est : l'adhésion du patient au processus de passation des tests et de l'évaluation. C'est pour cela qu'ils estiment que cette approche est moins efficace dans des contextes où les patients sont évalués contre leur gré, lors de recrutements ou d'enquêtes judiciaires, par exemple. Cependant, les psychologues examinateurs peuvent incorporer des principes et techniques issus de cette méthode lors d'évaluations qui ne se déroulent pas sur la base du volontariat. Cela permettra de toujours considérer les patients de manière respectueuse.

#### **4- Comment fonctionne l'évaluation thérapeutique ?**

Que se passe-t-il véritablement au cours d'une séance de ce type pour qu'elle devienne thérapeutique? La réponse à cette question réside principalement dans le fait que les besoins psychiques et les attentes du patient sont pris en compte et satisfaits au cours du processus d'évaluation et dans la discussion avec l'examineur. Finn & Tonsanger (1997) identifient trois types de besoins psychiques fondamentaux liés intrinsèquement à la passation d'un examen psychologique. Il s'agit du sentiment de cohérence (l'autovérification) ; de mise en valeur (l'autovalorisation) ; et d'efficacité personnelle /la découverte de soi.( Chudzik, 2014).

**a) Le sentiment de cohérence ou l'autovérification**

L'autovérification est un terme employé pour décrire le besoin humain de confirmer la perception de soi-même et du monde qui nous entoure. Cela permet de maintenir un sentiment

de contrôle, de stabilité et de prévisibilité. En d'autres termes, nous avons tous une « histoire » implicite ou un « discours interne » que nous avons développé(e) au cours de notre vie,

basé(e) sur nos différentes expériences

Le sentiment de cohérence permet au sujet de se reconnaître et de formuler des ressentis confus ou des pensées diffuses lorsque le psychologue organise les résultats en fonction des théories subjectives ou des idées préconçues du sujet. De cette manière, le patient entend d'abord des éléments proches de ses propres conceptions, puis reçoit une information nouvelle ou divergente de ses convictions.

Lors de l'Évaluation thérapeutique, les cliniciens tentent de répondre au besoin d'autovérification du sujet. Ils utilisent les résultats pour confirmer – quand cela est possible –

que ses perceptions sont sous-tendues par des données psychométriques.

**b) L'autovalorisation**

L'autovalorisation traduit la nécessité d'avoir une bonne image de nous-même et de se sentir aimé, accepté et valorisé par les autres. Ce besoin peut être compris comme un désir humain de base qui vise à maintenir une estime de soi élevée. Et comme tout professionnel le sait bien, nombre de patients qui viennent consulter présentent une estime de soi très diminuée !

Le sentiment de mise en valeur s'installe lorsque le sujet comprend qu'il est en son pouvoir d'apporter des réponses pertinentes à son propre questionnement. Il est restauré dans sa dimension de sujet. De cette manière, il est sensibilisé à sa propre capacité à se déchiffrer et à s'aider. Pour cela, le psychologue propose des hypothèses interprétatives en demandant au sujet de participer à leur vérification. Il apporte des éléments positifs qui représentent

des points d'accroche pour le sujet.

### c) L'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle se réfère à la découverte d'informations nouvelles sur soi-même qui permettent au sujet d'envisager de nouvelles façons d'organiser son expérience. Cette stratégie entraîne une augmentation des capacités communicationnelles. Le patient établit des liens avec d'autres cas semblables aux siens et peut envisager des solutions pour l'avenir.

## 5- Les différentes étapes de l'évaluation thérapeutique

L'évaluation thérapeutique (ET) est un modèle semi-structuré fondé sur un processus en 7 étapes :

- Etape 1 : première rencontre : recueil des questions de l'évaluation et construction de la relation;
- Etape 2 : procédures d'administration standardisée de tests et d'enquête élargie ;
- Etape 3 : interprétation des résultats ;
- Etape 4 : séance d'intervention ;
- Etape 5 : retour collaboratif verbal : résumé orale et présentation des résultats de l'évaluation;
- Etape 6 : résumé écrit des résultats de l'évaluation
- Etape 7 : suivi.

### **Etape 1 : première rencontre : recueil des questions de l'évaluation et construction de la relation**

Lors de la première rencontre d'une ET, le patient et le clinicien forment de manière collaborative l'ensemble des questions à l'évaluation (QE) qui seront abordées dans l'évaluation. Les QE ont un objectif double : premièrement, elles guident le thérapeute dans son choix des instruments d'évaluation les plus saillants pour le programme et les objectifs du patient. Deuxièmement, ces questions encouragent la curiosité en favorisant

l'introspection.

En outre, les QE posées par le patient peuvent être un indicateur de la conscience qu'il a de ses problèmes et du niveau de son anxiété à propos de problèmes spécifiques, ce qui guide le clinicien dans sa façon de mener l'ET. Les informations tirées des QE peuvent par la suite servir de « portes ouvertes » (Finn, 2007) au travers desquelles les cliniciens commencent à déplacer les récits des patients sur eux-mêmes et leurs problèmes. Afin de parvenir à un ensemble de QE utiles, le clinicien recourt à une série de techniques, décrites par Finn (2007) et Fischer (1985/1994), pour aider le patient à passer de ses inquiétudes générales de départ à des questions précises qui pourront être abordées au cours de l'évaluation.

Les patients sont souvent interrogés sur le moment auquel est apparu leur problème, sur les facteurs ou contextes qui augmentent ou diminuent ce problème, sur les moyens employés pour tenter d'y faire face, sur le niveau d'efficacité de ces stratégies et sur les moments où le problème ne s'est pas produit comme prévu. Le clinicien demande également au patient de donner son « avis » quant à l'origine de son problème et ainsi d'avancer des réponses potentielles aux QE.

En recourant à ce mode d'interrogation, le clinicien invite les patients sur ce que Finn nomme « la terrasse d'observation ». L'exercice qui consiste à sortir d'une perspective préconçue de soi pour s'observer soi-même suscite la curiosité du patient et l'aide à atténuer l'affect puissant qui est souvent associé aux situations et aux comportements à l'origine de ses problèmes. Pour Finn, ce processus prépare le terrain de l'apparition d'un changement thérapeutique.

## **Étape 2 : tests standardisés, enquête élargie et autres techniques**

### **collaboratives**

Les QE déterminent le choix et l'ordre de l'administration des tests. S'appuyant sur des recherches montrant que l'autoévaluation et les tests de performance apportent des informations uniques. Finn (2012) remarque que les tests d'autoévaluation constituent un stimulus très structuré, administré sur un mode non-interactif impliquant essentiellement des mécanismes cognitifs. Ce qui explique que les patients qui ont de bonnes performances avec des

outils d'autoévaluation sont ceux qui ont tendance à recourir aux défenses intellectuelles et qui fonctionnent bien dans des contextes structurés, non relationnels.

Les résultats correspondent en général à la vision qu'ont les patients d'eux-mêmes. Par contre, les tests projectifs comme le Rorschach (Rorschach, 1921/1942), le TAT (Murray, 1943/1971), sont administrés dans une situation interpersonnelle, de structure lâche ; la consigne est déroutante pour les patients et génère souvent de l'anxiété ; et dans le cas du Rorschach, les nuances et les couleurs des taches réveillent souvent l'affect du patient. Les problèmes psychologiques révélés par les tests projectifs émergent souvent lors de situations réelles non structurées, interpersonnelles et déclenchant des émotions (Finn, 1996).

Dans l'ET, les tests et les outils d'évaluation sont administrés de manière standardisée afin d'obtenir des scores valides, fiables et normatifs. Les tests sont corrigés et interprétés immédiatement après la passation, ce qui fournit au clinicien des données utiles pour élaborer ou affiner la formulation du cas et choisir les outils de l'évaluation correspondants. De plus, les résultats des tests permettent souvent au clinicien de comprendre comment interagir avec le patient pendant l'évaluation afin de répondre à ses besoins thérapeutiques.

Outre les résultats formels des tests, l'ET incorpore aussi habituellement diverses procédures de suivi, comme l'enquête élargie, afin de mieux comprendre la réaction des patients face aux tests et la façon dont les réponses aux tests et leurs résultats s'inscrivent dans leur contexte de vie (Aschieri, 2012a ; Finn, 2007).

Après l'administration standardisée, le clinicien entame avec le patient une discussion collaborative sur le vécu de l'évaluation pour recueillir des informations supplémentaires susceptibles de ne pas ressortir des réponses ni des résultats normatifs. Ce processus comprend une discussion du contexte et de la signification personnelle du contenu de la réponse, ou les processus psychologiques et interpersonnels qui se sont produits au cours de l'administration des tests.

Les tests projectifs sont utiles pour l'ET du fait qu'ils révèlent souvent

des aspects de la personnalité et du fonctionnement du patient qui apparaissent dans des situations très déstructurées, émotionnellement stimulantes et interpersonnelles. Ils se traduisent par des images qui peuvent servir de métaphores de l'expérience subjective du patient, comme l'identification d'états d'affects dissociés ou de traumatismes du développement de l'attachement (Finn, 2012). Le processus de l'ET offre la possibilité de retraiter et d'intégrer en toute sécurité ces états d'affects dissociés ou traumatismes d'attachement dans une histoire personnelle plus cohérente et compatissante.

### **Étape 3 : interprétation des résultats**

Nous suivons scrupuleusement les recommandations de chaque test. Nous tenons à ce que nos interprétations soient issues de résultats valides. Les résultats sont interprétés une première fois comme si nous ne connaissions pas le patient. Cela a pour objectif de permettre au clinicien de se laisser surprendre par les résultats qui ne correspondraient pas à l'idée qu'il se fait de son patient. Lors de cette étape, nous tentons de rendre cohérent l'ensemble de nos résultats en apportant une grande attention aux divergences (Finn, 2007).

Dans un second temps, nous considérons cette première interprétation en fonction de ce que nous connaissons de la personne et en fonction de ses questions. Nous commençons ici à élaborer des hypothèses concernant des réponses aux questions. Il arrive qu'à la fin de l'administration d'un test, nous proposons une enquête élargie. Cette technique consiste à reprendre, après une passation standardisée, certaines parties d'un test et d'explorer les réponses données avec le patient. Cette enquête élargie peut prendre plusieurs formes. Elle commence toujours par des questions ouvertes concernant le vécu de la personne durant la passation : « *Alors, comment vous êtes-vous senti durant la passation ?* » et/ou : « *Est-ce que vous avez noté quelque chose de particulier durant la passation ?* » Le Rorschach se prête particulièrement à cet exercice.

Nous pouvons demander si il ou elle pense que certaines des réponses ont un sens plus personnel pour lui ou elle ; ou expliquer que certaines réponses sont parfois des métaphores ou des images des difficultés que traverse la personne en ce moment et lui demander si il ou elle pense qu'une

ou plusieurs de ses réponses pourraient être vue(s) de cette façon ; nous pouvons, par exemple, lui demander : « *Si ce monstre pouvait parler, qu'est-ce qu'il pourrait dire ?* » Les réponses, les observations et les commentaires faits par le patient sont alors une occasion d'explorer avec lui certains aspects de ses difficultés.

Il est important ici de garder en mémoire l'aspect collaboratif de la démarche. Le clinicien doit résister à l'attrait de suggérer ses propres interprétations, mais doit suivre pas à pas la personne à travers l'exploration de ses propres réponses. Puis, dans un second temps, le clinicien proposera sa propre vision, toujours dans un langage compréhensible. Une fois ce travail d'exploration et de co-interprétation effectué, il peut être utile de demander au patient si ce qui vient d'être analysé peut avoir un lien avec une de ses questions et explorer avec lui ce que cette analyse peut nous apprendre sur cette question en particulier. L'enquête élargie est souvent l'occasion de changement dans l'histoire que les personnes ont d'elles-mêmes et de leur difficulté.

#### **Etape 4 : séances d'intervention de l'évaluation**

Les séances d'intervention de l'évaluation constituent une technique unique aux modèles d'évaluation collaboratifs et thérapeutiques et s'inspirent de plusieurs écoles de thérapie (par exemple, la thérapie par le jeu, la Gestalt-thérapie). L'objectif est d'aider le patient à découvrir expérimentalement des informations révélées par les tests et susceptibles de l'aider à répondre à ses QE au cours des séances de résumé et de discussion qui vont suivre. Le clinicien s'efforce d'exposer le patient à des informations qui seraient difficiles à entendre ou à intégrer sans préparation préalable, étant donné l'accroissement de l'anxiété et le déclenchement de mécanismes de défense du patient (Finn, 2007).

La séance d'intervention fournit au patient et au clinicien l'occasion de travailler ensemble expérimentalement pour provoquer un problème saillant et son affect associé, et ensuite élaborer et mettre en œuvre une solution plus adaptative. Une meilleure connaissance de soi et une meilleure compréhension

des problèmes sont appréciables, sans toutefois être synonymes de changement de comportement. Ainsi, le fait de faciliter la découverte expérientielle accroît la probabilité que l'ET aura un impact durable sur la vie des patients. Les séances d'intervention peuvent s'avérer extrêmement complexes et sont donc menées dans l'optique d'une multitude d'objectifs plus petits. Le clinicien pousse le patient à prendre part aux démarches suivantes :

- explorer les hypothèses découlant des tests ;
- comprendre les aspects des résultats de l'évaluation ;
- accepter la réalité de résultats qui auraient probablement été rejetés ;
- expérimenter « l'exemple vivant » d'un résultat de l'évaluation ;
- découvrir de façon indépendante certains résultats de l'évaluation ;
- essayer des interventions possibles pour gérer les problèmes de la vie du patient et tenter des solutions plus adaptives ;
- se préparer à la séance de résumé/discussion.

### **Étape 5 : résumé oral et présentation des résultats de l'évaluation**

Pendant la séance de résumé et de discussion, le clinicien et le patient utilisent collaborativement les résultats des tests pour répondre aux QE. Contrairement à une présentation et une interprétation unilatérales des résultats par le clinicien, pratique courante des évaluations psychologiques traditionnelles, les cliniciens de l'ET invitent le patient à interpréter la signification de leurs résultats et à en modifier les interprétations avancées par le clinicien. Clinicien et patient travaillent ensemble pour intégrer l'information obtenue du processus d'évaluation, y compris les résultats des tests et les expériences interpersonnelles avec le clinicien, de manière à produire une analyse plus exacte et compatissante des expériences et des problèmes du patient (Finn, 2007).

Pour l'élaboration du modèle de l'ET, Finn a mis au point une stratégie née de recherches empiriques pour organiser et présenter les résultats des tests en répondant aux QE. Finn appuie son heuristique sur la théorie de l'autovérification (Swann, 1997) selon laquelle les gens sont plus disposés à accepter des informations confirmant leurs images de soi ou leurs schémas existants (même si ces informations sont négatives) et moins disposés à

accepter un retour contredisant ces images.

C'est à partir de là que Finn a défini le modèle des niveaux d'information. Le niveau 1 concerne l'information connue du patient est congruente à son image de soi existante. Le niveau 2 concerne l'information qui diffère légèrement de l'image de soi actuelle mais, présentée après préparation, ne doit pas susciter de sentiment d'anxiété excessif ni mobiliser les défenses du patient. L'information de niveau 3 diffère nettement de l'image de soi du client et, sans préparation adaptée, accroîtra le sentiment d'anxiété du patient et risque de provoquer un rejet des résultats ou, pire encore, une expérience de désintégration. Bien souvent, les patients ne sont pas prêts à intégrer l'information de niveau 3 à la fin d'une ET.

Une alliance thérapeutique forte et souvent beaucoup de temps sont nécessaires pour préparer le patient. La recherche empirique de Schroeder et al.(1993) a montré que les patients sont mieux disposés à considérer le retour de l'évaluation comme exact et utile s'il est présenté en commençant par le niveau 1 pour finir avec le niveau 3. Smith et Finn (2014) ont proposé que la plus grande partie du retour se fasse au niveau 2 car, même si les autres niveaux sont cruciaux pour la réussite de la séance, les patients ne vont pas retirer de bien-faits thérapeutiques de l'ET s'ils entendent principalement des informations qu'ils connaissent et croient déjà (niveau 1) ou qui les remettent trop en question (niveau 3). Smith et Finn (2014) étudient un processus de retour qui tienne compte de la théorie des niveaux d'information de l'ET.

### **Étape 6 : résumé écrit des résultats de l'évaluation**

À l'issue de l'ET, le clinicien prépare une lettre pour le patient qui reprend les sujets discutés pendant la séance de résumé/discussion. Les cliniciens en ET se sont aperçus que cette lettre avait le pouvoir de renforcer l'efficacité de l'évaluation et la stabilité des perceptions du patient. Cette lettre est adressée au(x) patient(s) entre 2 et 6 semaines suivant la séance de résumé/discussion.

Ce calendrier doit être respecté afin de donner au patient le temps de « vivre » les résultats de l'évaluation et d'en assimiler les conclusions. Cette

lettre sert de rappel de la séance et est aussi une nouvelle occasion d'entendre un retour formulé de façon différente à un moment différent –d'où un approfondissement de l'expérience.

### **Étape 7 : séance de suivi**

L'évaluation thérapeutique comporte une séance de suivi prévue en règle générale quelques semaines à plusieurs mois après la fin de l'évaluation. La séance de suivi sert à évaluer les changements qui se sont produits dans la vie du patient à l'issue de l'évaluation, lui offre la possibilité de poser de nouvelles questions ou de reprendre des questions restées sans réponse et de mettre fin de façon formelle à l'ET.

La séance de suivi offre ce que les cliniciens appellent un « effet booster » à la fin de l'évaluation où les changements positifs du patient sont validés et renforcés, et ses aspirations à une amélioration continue sont revues et encouragées. C'est aussi le moment de la méta-analyse de la relation avec le clinicien puisque, dans la plupart des cas (mais pas toujours), il s'agit du dernier point de contact entre les deux parties.

### **Conclusion**

Un bilan psychologique peut devenir thérapeutique à condition de repenser tout le processus qui entoure la passation des tests. Nous avons tous le souvenir de nos cours d'étudiant, lorsque l'enseignant nous disait en préambule que le plus important dans un bilan psychologique est la relation que nous établissons avec notre patient, ou encore la restitution des résultats, sans plus jamais mentionner ces points jusqu'à la fin du cours.

Stephen E. Finn a su construire tout un modèle pour pleinement tirer profit du bilan psychologique. Si nous pouvons penser que nos tests produisent du sens et que ce sens peut bénéficier à la personne qui les passe, alors l'Évaluation thérapeutique nous propose une procédure qui transformera le bilan psychologique en véritable thérapie brève.

## Références

- 1- Aschieri, F. (2012). Epistemological and ethical challenges in standardized testing and collaborative assessment. *Journal of Humanistic Psychology*, 52, 350–368.
- 2- Castro, D., (2003). L'examen psychologique de l'adulte : forme d'intervention brève au service du sujet, *Le Carnet PSY /5* (n° 82), p. 13-15.
- 3- Chudzik, L., (2014). Les différentes étapes de l'Évaluation thérapeutique, *Le Journal des psychologues* 10 (n° 323), p. 28-31.
- 4- Finn S. E., Tonsager M. E., (1992), Therapeutic Effects of Providing Mmpi-2 Test Feedback to College Students Awaiting Therapy, *Psychological Assessment*, 4 : 278-287.
- 5- Finn S. E., (1996), A Manual for Using the Mmpi-2 as a Therapeutic Intervention, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- 6- Finn S.E. (2007), In Our Clients' Shoes: Theory and Techniques of Therapeutic Assessment (Counseling and Psychotherapy: Investigating Practice from Scientific, Historical, and Cultural Perspectives). Routledge, London.
- 7- Finn, S. E. (2012). Implications of recent research in neurobiology for psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 440–449.
- 8- Fischer, C. (1985/1994). Individualizing psychological assessment. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- 9- Finn, S.E., 2014, L'Évaluation thérapeutique : genèse, efficacité et théorisation, *Le Journal des psychologues /10* (n° 323), p. 22-27.
- 10- Murray, H. A. (1971). Thematic apperception test. Manual. Cambridge, MA: Harvard University Press [Original work published in 1943]
- 11- Newman M. L., Greenway P., (1997), Therapeutic Effects of Providing Mmpi-2 Test Feedback to Clients at a University Counseling Service », *Psychological Assessment*, 9 : 122-131
- 12- Rorschach, H. (1921/1942). *Psychodiagnostics* (5th ed.). Berne, Switzerland: Verlag Hans Huber [Original work published in 1921].

- 13- Schroeder, D.G., Hahn, E.D., Finn, S.E., Swann, W.B., Jr. 1993. Personality feedback has more impact when mildly discrepant from self-views. Paper presented at the fifth annual convention of the American Psychological Society, Chicago, IL.
- 14- Smith, J. D., & Finn, S. E. (2014). Integration and therapeutic presentation of multimethod assessment results: empirically supported guiding framework and case example. In C. J. Hopwood, & R. F. Bornstein (Eds.), *Multimethod clinical assessment of personality and psychopathology* (pp. 403–425). New York, NY: Guilford Press.
- 15- Swann, W. B., Jr. (1997). The trouble with change: self-verification and allegiance to the self. *Psychological Science*, 8, 177–180.
- 16- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Wilkinson, A. D., & Schaber, P. M. (2007). Therapeutic assessment with a child as a family intervention: Clinical protocol and a research case study. *Psychology in the Schools*, 44, 209–293