

Dossier

L'évaluation thérapeutique : description de quatre modèles[☆]

Therapeutic assessment: Four models described

M. Frackowiak^{a,*}, F. Fantini^b, F. Aschieri^b

^a 4310, Medical Parkway, Suite 101, Austin TX 78730, États-Unis

^b Centre européen pour l'évaluation thérapeutique, università Cattolica del Sacro Cuore, 15, via Nirone, 20123 Milano, Italie

Reçu le 15 septembre 2015 ; accepté le 18 septembre 2015

Résumé

Depuis sa création, l'évaluation thérapeutique (l'ET) a été appliquée à différentes situations. Pour certains contextes, le modèle a été adapté. Aujourd'hui, l'évaluation thérapeutique prend quatre formes différentes : adulte, couple, enfant et adolescent. Cet article reprend les étapes de l'ET et présente les adaptations apportées pour répondre au mieux aux besoins de chaque situation. Les similitudes et les différences entre ces différents modèles sont abordées.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de psychologie.

Mots clés : Évaluation thérapeutique ; Bilan psychologique ; Adulte ; Couple ; Enfant ; Adolescent

Abstract

Since its development, therapeutic assessment (TA) has been used in many different settings and adapted accordingly. There are four different TA models: adult, couple, child and adolescent. This article presents the steps of each model and addresses the specific similarities and differences between them.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société française de psychologie.

Keywords: Therapeutic assessment; Assessment; Adult; Couple; Child; Adolescent

[☆] Traduction : Marie-Hélène Hammen.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marita.frackowiak@gmail.com (M. Frackowiak).

Dans leur méta-analyse du bilan psychologique utilisé comme intervention thérapeutique, [Hanson et Poston \(2011\)](#) ont conclu qu'outre des résultats de traitement positifs, le bilan psychologique utilisé comme intervention thérapeutique permet d'améliorer de manière significative le processus du traitement (2010). [Hanson et Poston \(2011\)](#) ont ainsi proposé :

- que les cliniciens poursuivent une éducation continue dans les modèles thérapeutiques d'évaluation afin de ne pas manquer une occasion en or d'effectuer un changement chez le patient et une amélioration clinique importante du processus de traitement ;
- que les formations en conseil clinique et en psychologie scolaire incorporent des modèles thérapeutiques d'évaluation dans leurs programmes, leurs cours magistraux et leurs cours pratiques ;
- que les critères de compétence et les principes de la pratique du bilan psychologique soient revus afin de garantir les aspects clé des modèles thérapeutiques de bilan et que les responsables de la prise en charge des soins tiennent compte de ces résultats lors de futures législations, et modalités de remboursement des bilans et tests ([Eisman et al., 2000](#)).

Cliniciens et chercheurs sont de plus en plus nombreux à travailler avec des modèles d'évaluation thérapeutique et collaborative, le plus connu étant le modèle de l'évaluation thérapeutique (ET) développé et élaboré par Stephen E. Finn. L'ET est une approche structurée, pas-à-pas de l'évaluation psychologique dans laquelle le processus du bilan peut servir d'évaluation, d'intervention psychologique et/ou de psychothérapie brève. Les cliniciens de divers contextes peuvent ainsi se servir d'éléments ou de la totalité du modèle selon les besoins et/ou les contraintes du système dans lequel ils travaillent. Des formations et des activités destinées aux cliniciens existent dans le monde entier et, à l'image du modèle de l'ET, sont collaboratives, créatives et transformatives pour les participants comme pour les enseignants. Dans cet article, nous définissons la structure de l'évaluation thérapeutique en décrivant à la fois les similarités et les différences des quatre modèles utilisés en milieu clinique :

- adulte ;
- enfant ;
- adolescent ;
- couples.

1. La structure du modèle de l'ET

L'ET est un modèle semi-structuré fondé sur un processus en 5 étapes :

- recueil des questions de l'évaluation ;
- procédures d'administration standardisée de tests et d'enquête élargie ;
- séance d'intervention ;
- retour collaboratif verbal et écrit fait au patient et recommandation auprès d'un ou plusieurs spécialistes si nécessaire ;
- suivi.

Les étapes se déroulent dans cet ordre pour chaque type de patient (adultes, enfants, adolescents, couples) avec certaines variantes selon les besoins développementaux des enfants et des adolescents, ainsi que les problèmes dyadiques des couples. Par exemple, l'ET des

enfants préconise des limites saines entre parents et enfants et renforce la hiérarchie parentale, alors que l'ET des adolescents insiste sur une saine autonomie et sur le processus de séparation-individuation. Étant donné ces différences, nous détaillons chaque étape de l'ET par rapport au type de patient évalué. Nous décrivons les adaptations apportées au modèle de l'ET pour adultes afin de travailler avec de jeunes enfants, des adolescents et des couples.

2. Étape 1 : recueil des questions à l'évaluation et construction de la relation

Lors de la première rencontre d'une ET, le patient et le clinicien formulent 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.

Dans l'ET-E, pour des familles avec des enfants de moins de 12 ans, les questions sont en général élaborées lors d'une séance au cours de laquelle le clinicien travaille uniquement avec les parents/les personnes s'occupant de l'enfant. Au cours de cette séance, le clinicien travaille conjointement avec le(s) parent(s) pour élaborer des QE concernant leurs principales préoccupations et inquiétudes à propos de leur enfant ainsi que leur rapport avec cet enfant. En s'intéressant à leurs questions, le clinicien cherche à impliquer les parents en tant que participants actifs dès le début du processus. Les QE servent à favoriser la curiosité des parents au sujet de leur enfant et à bâtir l'alliance entre parents et clinicien à partir d'un programme axé sur les motivations et les objectifs des parents contenus dans ces questions. Le processus d'élaboration des QE réduit l'anxiété des parents par rapport à l'évaluation et les incite à une réflexion systémique sur leurs problèmes. Une fois les QE établies, le clinicien recueille des informations sur le contexte familial, en s'appuyant sur ces questions pour identifier les thèmes que les parents sont prêts à aborder sans crainte. Outre l'objectif explicite de recueillir les questions des parents, le clinicien veille à établir avec eux un rapport sûr basé sur l'harmonie émotionnelle, la communication collaborative et la maîtrise d'éventuelles perturbations (Finn, 2012). Un rapport sûr est crucial pour obtenir un changement thérapeutique au sein de la famille ou chez une personne individuelle. L'enfant qui

est évalué a peut-être aussi ses questions propres, qui sont collectées lors de la deuxième séance, celle où l'enfant participe à l'ET pour la première fois.

L'ET-A offre à l'adolescent un niveau d'intimité et de confidentialité approprié à son développement par rapport aux enfants du modèle d'ET-E. Le niveau d'intimité plus élevé accordé aux adolescents, avec le consentement des parents, les encourage à poser des QE qui peuvent soit être communiquées (aux parents), soit rester confidentielles (entre l'adolescent et le clinicien). L'adolescent et ses parents sont conviés ensemble à la première séance. La première partie de l'entretien est consacrée à discussion des objectifs et des questions communs de l'évaluation (en particulier, les contributions familiales et systémiques aux problèmes rencontrés), alors que dans la deuxième partie, le clinicien s'entretient seul avec l'adolescent. Par contre, dans le cas des préadolescents, toutes ses questions sont communiquées aux parents. Dans l'ET-A, toutes les QE des parents sont communiquées à l'adolescent, qui est informé dès le début qu'il sera le premier à recevoir un résumé des résultats de l'évaluation, dont les réponses du clinicien aux questions des parents.

Dans une évaluation de couple, le clinicien rencontre les deux membres de la dyade lors d'un premier entretien au cours duquel ils discutent de leurs problèmes et élaborent les QE. Ces questions se situent au niveau individuel (par exemple : que puis-je faire pour me sentir moins angoissé(e) ?) ainsi qu'au niveau de la relation (par exemple : pourquoi la thérapie ne nous aide-t-elle pas à nous rapprocher l'un de l'autre ?) Étant donné le risque de triangulation et d'alliances individuelles entre le clinicien et un membre du couple, aucune QE n'est confidentielle (c'est-à-dire, les questions d'ordre individuel sont connues des deux membres du couple). Le clinicien peut ensuite commencer à évaluer chaque membre du couple individuellement.

3. 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, quoique se chevauchant souvent, sur divers aspects de la personnalité du patient, les cliniciens de l'ET ont en général recours à une méthode mixte regroupant ces deux techniques (Smith & Finn, 2014). 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 de performance comme le Rorschach (Rorschach, 1921/1942), le TAT (Murray, 1943/1971), le TEMAS (Costantino, Dana, & Malgady, 2007 ; Costantino et al., 2011) ou le Adult Attachment Projective¹ (AAP, George & West, 2012) 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 de performance émergent souvent lors de situations réelles non structurées, interpersonnelles et déclenchant des émotions (Finn, 1996). Finn (1996) interprète les convergences et les divergences entre ces deux typologies de tests à travers cinq combinaisons possibles de résultats de tests de performance et d'autoévaluation, selon le niveau de perturbation

¹ Technique projective attachement adulte.

exposé par chaque outil et le degré d'engagement exprimé dans le Rorschach (Finn, 1996 ; Smith et Finn, 2014).

Au sujet du protocole d'administration des tests, la théorie de l'autovérification (Swann, 1997) propose que les premiers tests soient ceux ayant la plus grande validité – conformément aux inquiétudes exprimées par les patients dans les QE et l'entretien de la première séance. 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. Finn (2012) a démontré comment la nature visuelle et principalement non verbale des tests de performance puise dans des matériaux chargés d'affect stockés dans les zones sous-corticales de l'hémisphère droit du cerveau (Asari et al., 2010) et inaccessibles via les méthodes d'autoévaluation. Par conséquent, les matériaux et le contenu thématiques qui émergent des tests de performance sont l'occasion de réfléchir à la signification de ces images. La discussion et l'encouragement du clinicien sont souvent nécessaires pour passer au traitement des images et des thèmes par l'hémisphère gauche. Les tests de performance 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.

Dans l'ET-E, le clinicien commence la phase des tests avec l'enfant pour recueillir des informations en rapport avec les QE. Les parents observent en général l'administration des mesures structurées (par exemple : mesures cognitives ou de performance) et d'activités non structurées (par exemple : dessins, jeu) à partir d'un miroir sans tain, ou d'un écran relié à une caméra vidéo, ou depuis un coin de la salle de tests. Après la passation des tests, le clinicien et les parents échangent leurs observations et discutent de leur intérêt pour les QE des parents (Tharinger et al., 2007). Toutefois, lorsque ces méthodes (par exemple : lien vidéo, miroir sans tain) ne sont pas disponibles, les séances de passation de tests avec l'enfant sont enregistrées par vidéo afin que les parents puissent ensuite les visionner et en discuter. Dans l'ET-E, les parents sont directement impliqués en tant que coévaluateurs, du fait qu'ils observent et interprètent les comportements de leur enfant durant la passation des tests (ou peu de temps après dans le cas de l'enregistrement vidéo), à la différence d'autres interventions collaboratives systémiques (par exemple : Teixeira de Melo & Alarcao, 2011). La participation des parents à cette étape

de l'évaluation leur permet de découvrir, avec le soutien émotionnel du clinicien, des aspects nouveaux et surprenants de l'enfant, et de commencer à modifier leur perception et leur compréhension de ses comportements en dehors du cadre des tests. Du fait que les parents observent l'administration des tests dans l'ET-E, certains tests sont choisis avec l'intention de faciliter une communication indirecte de l'enfant vers ses parents. Ce qui réduit le sentiment d'anxiété et de menace souvent ressenti lors des tests ou des activités, à la fois par l'enfant et par les parents.

Dans l'ET-A, l'administration de tests standardisés obéit à des principes semblables à ceux d'une ET pour adultes. Une caractéristique importante distingue l'ET-A de l'ET-E et de l'ET pour adultes. L'ET-A prévoit que les résultats des tests qui correspondent aux QE des parents soient discutés avec eux à la fin de l'ET. L'ET-A protège l'intimité de l'adolescent davantage que ne le fait l'ET-E pour un enfant plus jeune. C'est pourquoi les parents ne sont pas invités à observer directement les séances de passation des tests. Ils sont cependant conviés à un ou plusieurs entretiens auxquels ils sont seuls avec le clinicien. L'objectif principal de ces entretiens supplémentaires avec les parents étant d'étudier en profondeur leurs QE en les interrogeant sur le développement et l'histoire de la famille. Cette séance permet également aux parents d'apporter des informations qu'ils n'auraient pas été à l'aise d'évoquer devant leur fils ou leur fille, ou qui n'auraient pas été appropriées à entendre par un adolescent (par exemple, conflit dans le couple, problèmes financiers, information sur un parent absent, etc.) Il se peut aussi que les parents aient des QE supplémentaires qu'ils n'ont pas osé poser devant l'adolescent. Dans ce cas, le clinicien étudie avec eux une façon de formuler correctement ces questions en présence de l'adolescent lors de la séance suivante. Les entretiens en tête-à-tête avec les parents sont aussi l'occasion pour le clinicien de renforcer la relation collaborative parent-clinicien et de montrer de l'empathie pour certains aspects de leur vie ; en particulier, les difficultés liées à l'éducation des enfants et la frustration issue des problèmes des adolescents. À mesure de la progression de l'évaluation, le clinicien s'entretient avec les parents de l'adolescent pour glisser des allusions sur ce qu'il est en train d'apprendre sur lui ou sur le système familial. Il doit impérativement s'y prendre avec tact, il ne s'agit pas de révéler les résultats de tests ou les confidences de l'adolescent. Cette étape permet simplement au clinicien de présenter sa perception de l'adolescent qu'il tire des interactions du processus de l'évaluation destinées à « entraîner » les parents dans le processus. Comme par exemple tout simplement de leur demander comment ils réagissent face à certains comportements de leur adolescent et s'ils ont essayé d'autres méthodes. Dans la négative, seraient-ils prêts à tenter une expérience d'une journée en remplaçant leur réaction habituelle par une autre ? Il se peut que la suggestion du clinicien s'appuie sur ce qu'il découvre au cours de l'évaluation, sans pour autant révéler les confidences ni montrer les résultats des tests. En évoquant la possibilité que le système familial contribue aux problèmes de l'adolescent, le clinicien ouvre la voie à des changements systémiques pendant le processus de l'évaluation. Ce parallèle entre un travail individuel avec un adolescent et un travail à part, mais simultanément, avec ses parents est unique au modèle de l'ET-A, qui établit un équilibre entre l'implication parentale dans la vie de l'adolescent et le besoin développemental de séparation et d'individuation de ce dernier.

Le modèle de l'ET pour couples reprend en grande partie le modèle individuel pour adulte au cours de l'étape 2. Après le recueil des questions initiales, chacun des partenaires entame la passation individuelle telle qu'elle est menée dans le modèle de l'ET pour adulte. Les partenaires peuvent aussi être évalués ensemble en tant que couple selon un protocole spécifique (Aschieri, 2012b). Les tests qui sont administrés relèvent des QE de niveau individuel et de niveau de couple.

4. Étape 3 : séances d'intervention de l'évaluation pour adultes, familles et couples

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 expérimentelle 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 adaptatives ;
- se préparer à la séance de résumé/discussion.

Une présentation et une discussion complètes des séances d'intervention de l'évaluation débordent le cadre de cet article. Nous renvoyons les lecteurs souhaitant des informations approfondies à des exemples de cas publiés (par exemple : [Aschieri & Smith, 2012](#) ; [Finn, 2003](#) ; [Fischer & Finn, 2014](#) ; [Frackowiak, 2012](#)).

Lorsque la passation de l'ET-E est terminée, le clinicien programme une ou plusieurs séances d'intervention qui sont en général des séances d'intervention familiales auxquelles participent l'enfant et éventuellement toute personne s'occupant de lui et tout membre de la famille concerné. Les séances représentent l'occasion de poursuivre le travail sur les aspects systémiques du problème de l'enfant et de réfléchir avec les membres de la famille à de nouveaux modes possibles d'interaction ([Tharinger, Finn, Austin, & Gentry et al., 2008](#)). À la fin de la passation des tests de l'enfant, le clinicien a recueilli suffisamment d'informations pour formuler une première conceptualisation de cas qui, dans presque toutes les situations, comporte un élément systémique important. Par conséquent, il est demandé à toute la famille de participer à une activité sensée mettre au jour des aspects systémiques du problème de l'enfant au cours de la séance d'intervention de l'évaluation. Comme l'ont décrit [Smith et al. \(2009\)](#), pendant les séances d'intervention familiales :

- le clinicien observe l'enfant dans le contexte familial tout en essayant des hypothèses systémiques ;

- les parents peuvent développer une vue plus systémique des problèmes de l'enfant ;
- des interventions possibles sont testées.

Les cliniciens ont souvent recours à une ou plusieurs techniques de thérapie familiale pour cette séance, comme le coaching parental et le développement d'aptitudes, le dessin ou la sculpture de famille, ou le psychodrame et les mises en scène familiales, avec divers degrés prévisibles de manifestations d'émotions parmi les membres de la famille (Tharinger, Finn, Austin, & Gentry et al., 2008).

Le modèle de l'ET-A comporte à la fois :

- une séance d'intervention individuelle pour adolescent selon le modèle de l'ET pour adulte ;
- une séance d'intervention familiale au cours de laquelle les expériences de la ou des séances d'intervention de l'évaluation individuelle sont testées dans le contexte des relations avec d'autres membres de la famille.

Ce deuxième type d'intervention suit les mêmes principes que les séances familiales avec enfants mais les activités sont appropriées au niveau développemental d'un adolescent dont l'âge est compris entre 13 et 19 ans. En premier lieu, un résumé limité des résultats est effectué avec les parents, avec l'approbation de l'adolescent, à la suite de la séance individuelle d'intervention. À ce stade, le retour est généralement très hésitant, surtout parce que le clinicien appuie ses idées uniquement sur les tests de l'adolescent et sur des observations informelles de la famille, et qu'il n'a pas eu la possibilité de tester l'hypothèse avec la famille dans son ensemble lors de la séance d'intervention familiale. Fournir aux parents des résultats préliminaires de l'évaluation de leur adolescent présente un avantage double : premièrement, le clinicien peut préparer la séance d'intervention familiale en fonction des réactions des parents face à ce qu'ils apprennent sur leur adolescent. Deuxièmement, les parents ont le temps d'assimiler les nouveaux éléments d'information sur leur enfant avant leur entretien avec le clinicien à la fin de l'évaluation pour discuter des réponses à leurs questions.

Dans une ET de couple, la séance d'intervention a lieu après au moins deux séances d'intervention individuelles avec chacun des partenaires. La séance d'intervention de couple est axée sur les processus interactifs du couple. Ce sont généralement des tâches interactives comme le Rorschach ou le TAT qui sont administrées. Le but du clinicien est d'aider le couple à voir comment leurs contributions individuelles, identifiées lors des séances individuelles, composent un ballet relationnel animé par les personnalités, les besoins d'attachement et les relations passées des deux partenaires. Visionner et commenter la vidéo de certaines parties du test administré conjointement, apporter de nouvelles réponses aux tests avec le clinicien, étayer les partenaires afin de créer de nouveaux comportements et discuter avec eux de la participation aux tests permet au couple de mieux assimiler les leçons de la séance et de les appliquer à sa vie quotidienne en dehors de la situation de la passation.

5. Étape 4a : 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 et 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 bienfaits 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.

Dans l'ET-E, le clinicien rencontre d'abord les parents sans l'enfant, au cours d'un entretien dont le but est de répondre aux QE initiales des parents. La séance se déroule selon les mêmes principes que ceux adoptés avec les patients adultes. Cependant, à ce stade du processus, les parents ont en général commencé à percevoir différemment les troubles et les difficultés de leur enfant, ayant observé les séances de passation et participé à la séance d'intervention. La séance de résumé/discussion peut ainsi devenir l'occasion pour les parents et le clinicien de résumer ce qu'ils ont appris sur l'enfant et la famille et d'envisager les étapes suivantes. Tharinger, Finn, Hersh, & Wilkinson et al. (2008) ont souligné le fait qu'au cours de la discussion des résultats de l'évaluation avec les parents, le clinicien :

- encourage les parents à établir des liens entre leur nouvelle perception des problèmes de leur enfant et les réponses à leurs questions ;
- guette les réactions émotionnelles des parents face à la nouvelle histoire qui se crée autour de l'enfant et de la famille et encourage ces émotions ;
- apporte aussi généralement aux parents les nouveaux éléments d'information étant ressortis de l'évaluation, tout en les encourageant à assimiler les résultats les plus perturbants (c'est-à-dire l'information de niveau 3).

C'est lors de la séance suivante qu'un retour est fait à l'enfant, en présence des parents. Cette technique a été décrite pour la première fois par Fischer (1985/1994). Congruent aux besoins développementaux de l'enfant, le retour se fait en général sous la forme d'un conte personnalisé et adapté à l'âge de l'enfant et écrit par le clinicien pour reprendre les principaux résultats de l'évaluation et les parties les plus importantes de l'histoire de l'enfant avec des métaphores.

Les images et les métaphores qui apparaissent dans la passation des tests (par exemple : thèmes d'histoire ou images) servent souvent à la rédaction du conte. Les cliniciens incorporent également les suggestions des parents, qui sont abordées pendant la séance réservée aux parents. Tharinger, Finn, Austin, & Gentry et al. (2008) ont décrit ce processus de manière détaillée. Des contes d'ET ont, par ailleurs, été publiés dans un certain nombre d'études de cas (Aschieri, Fantini, & Bertrando, 2012 ; Fantini, Aschieri, & Bertrando, 2013).

Dans une ET-A, les séances de résumé/discussion sont en général divisées entre l'adolescent et les parents individuellement. Les séances formelles de résumé/discussion, qui ont lieu après la séance d'intervention familiale, commencent par un entretien avec l'adolescent seul. Toujours attentif aux besoins développementaux de l'adolescent, le clinicien aborde les résultats des tests. Précédant l'entretien avec les parents, cette séance encourage l'autonomie et l'individuation, respecte le contrat initial entre l'adolescent et le clinicien et donne le temps à l'adolescent d'incorporer de nouveaux résultats avec le soutien du clinicien pour toute réaction émotionnelle. Le clinicien programme ensuite une séance avec les parents de l'adolescent, de préférence le même jour, ou un ou deux jours plus tard. Les adolescents y sont parfois conviés, mais ont le droit de refuser d'y participer. Dans le cas où l'adolescent a formulé des questions confidentielles, le clinicien peut l'aider à aborder certains éléments d'information avec ses parents s'il estime cette démarche appropriée et utile, mais certains sujets peuvent rester confidentiels.

Ici également, la séance de résumé/discussion de l'ET-A mélange des aspects des modèles d'ET pour adultes et enfants. La séance individuelle avec l'adolescent a pour objectifs principaux de répondre aux QE et d'accroître la connaissance de soi ; de présenter une histoire plus exacte et plus compatissante à travers laquelle envisager ses problèmes (par exemple : il est déprimé plutôt que « paresseux et pas motivé ») et de lui offrir l'expérience de se sentir compris dans un environnement qui prend en compte ses émotions. Comme dans une ET-E, la séance avec les parents encourage la réflexion systémique et contextuelle, par opposition avec l'adolescent pris isolément, vise à détriangler l'adolescent et à aider le ou les parents à répondre de façon appropriée du point de vue développemental aux problèmes et aux besoins de l'adolescent.

Enfin, une ET de couple atteint son point culminant avec la séance conjointe de résumé/discussion au cours de laquelle le clinicien – recourant aux mêmes principes qu'avec des adultes individuels – aborde les QE concernant chaque membre du couple individuellement. Chacun des partenaires est généralement présent à la séance de discussion de l'autre dans un but d'empathie et de sensibilisation à la contribution individuelle des problèmes de chacun des partenaires à la dynamique du couple. Cette amorce de la séance de discussion des résultats peut donner le ton de la discussion conjointe des résultats, où les contributions systémiques et interpersonnelles sont abordées de manière spécifique pour le bien du cycle d'engagement réciproque des membres du couple. Les QE relationnelles ou « de couple » sont abordées également au cours de la séance de discussion conjointe des résultats.

6. Étape 4 : 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.

Dans une ET-C, les parents reçoivent une lettre formelle qui reprend les QE alors que l'enfant reçoit un livret du conte qui leur a été lu lors de la séance de résumé/discussion. Dans une ET-A, l'adolescent reçoit deux lettres : la première contient l'ensemble des réponses à ses QE ; la deuxième est identique à celle adressée aux parents et contient les réponses à leurs QE. Les parents d'adolescents reçoivent uniquement la deuxième lettre. Dans une ET de couple, les lettres de retour sont envoyées aux deux partenaires et comprennent les réponses formelles aux QE individuelles et relationnelles formulées par chaque partenaire.

7. Étape 5 : séance de suivi

Tous les modèles d'ET comportent 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.

Alors que les principes de base de l'ET ainsi que les méthodes utilisées sont semblables pour les quatre modèles, il existe des différences techniques importantes que les cliniciens doivent connaître. La formation à l'ET tient compte de ces différences tout en considérant le parcours professionnel particulier de chaque clinicien. À cette fin, le Therapeutic Assessment Institute propose une certification clinique pour chacun des modèles. Pour plus d'information sur l'ET et/ou les conditions de la certification, vous pouvez consulter notre site : www.therapeuticassessment.com.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Asari, T., Konishi, S., Jimura, K., Chikazoe, J., Nakamura, N., & Miyashita, Y. (2010). Amygdalar enlargement associated with unique perception. *Cortex*, *46*(1), 44–49.
- Aschieri, F. (2012a). Epistemological and ethical challenges in standardized testing and collaborative assessment. *Journal of Humanistic Psychology*, *52*, 350–368.
- Aschieri, F. (2012b). The conjoint Rorschach comprehensive system: reliability and validity in clinical and non-clinical couples. *Journal of Personality Assessment*, *95*, 46–53.
- Aschieri, F., & Smith, J. D. (2012). The effectiveness of therapeutic assessment with an adult client: a single-case study using a time-series design. *Journal of Personality Assessment*, *94*, 1–11.
- Aschieri, F., Fantini, F., & Bertrando, P. (2012). Therapeutic assessment with children (TA-C): psychological assessment as a family systems intervention. *Australian and New Zeland Journal of Family Therapy*, *33*, 285–298.
- Costantino, G., Cardalda, E. B., Dana, R. H., Martinez, J. V., Fantini, F., Aschieri, F., et al. (2011). Tell-Me-A-Story (TEMAS) multicultural assessment in the new millennium. In R. G. Malgady (Ed.), *Cultural competence in assessment, diagnosis, and intervention with ethnic minorities: some perspectives from psychology, social work, and education* (pp. 28–37). Sharjah: Bentham Science Publishers.

- Costantino, G., Dana, R. H., & Malgady, R. (2007). *Tell-me-a-story assessment in multicultural societies*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eisman, E. J., Dies, R. R., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Kubiszyn, T. W., et al. (2000). Problems and limitations in the use of psychological assessment in contemporary health care delivery system. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 131–140.
- Fantini, F., Aschieri, F., & Bertrando, P. (2013). “Is our daughter crazy or bad?”: a case study of therapeutic assessment with children. *Contemporary Family Therapy, 35*, 731–744.
- Finn, S. E. (1996). Assessment feedback integrating MMPI–2 and Rorschach findings. *Journal of Personality Assessment, 67*(3), 543–557.
- Finn, S. E. (2003). Therapeutic assessment of a man with “ADD”. *Journal of Personality Assessment, 80*, 115–129.
- Finn, S. E. (2007). *In our clients’ shoes: theory and techniques of therapeutic assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Finn, S. E. (2012). Implications of recent research in neurobiology for psychological assessment. *Journal of Personality Assessment, 94*(5), 440–449.
- Fischer, C. (1985/1994). *Individualizing psychological assessment*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Fischer, C. T., & Finn, S. E. (2014). Developing the life meaning of psychological test data: collaborative and therapeutic approaches. In R. P. Archer, & S. R. Smith (Eds.), *Personality assessment* (2nd ed., pp. 401–431). New York: Routledge.
- Frackowiak, M. (2012). Therapeutic assessment with an adolescent: an adopted teenager comes to feel understood. In S. E. Finn, C. T. Fischer, & L. Handler (Eds.), *Collaborative/therapeutic assessment: a casebook and guide* (pp. 225–242). New York: Wiley.
- George, C., & West, M. L. (2012). *The adult attachment projective picture system: attachment theory and assessment in adults*. New York, NY: Guilford press.
- Hanson, W. E., & Poston, J. M. (2011). Building confidence in psychological assessment as a therapeutic intervention: an empirically-based reply to Lilienfeld, Garb, and Wood (2011). *Psychological Assessment, 23*(4), 1056–1062.
- Murray, H. A. (1971). *Thematic apperception test. Manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press [Original work published in 1943]
- Rorschach, H. (1921/1942). *Psychodiagnosics* (5th ed.). Berne, Switzerland: Verlag Hans Huber [Original work published in 1921].
- 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.
- 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.
- Smith, J. D., Wolf, N. J., Handler, L., & Nash, M. R. (2009). Testing the effectiveness of family. Therapeutic assessment: a case study using a time-series design. *Journal of Personality Assessment, 91*(6), 518–536.
- Swann, W. B., Jr. (1997). The trouble with change: self-verification and allegiance to the self. *Psychological Science, 8*, 177–180.
- Teixeira de Melo, A., & Alarcao, M. (2011). Integrated family assessment and intervention model: a collaborative approach to support multi-challenged families. *Contemporary Family Therapy, 33*(4), 400–416.
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Austin, C., Gentry, L., Bailey, E., Parton, V., et al. (2008). Family sessions in psychological assessment with children: goals, techniques, and clinical utility. *Journal of Personality Assessment, 90*, 547–558.
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Hersh, B., Wilkinson, A., Christopher, G., & Tran, A. (2008). Assessment feedback with parents and children: a collaborative approach. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 600–609.
- 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.