



**HAL**  
open science

## Eloge de la complexité clinique en psychologie

Pierre Gaudriault

► **To cite this version:**

Pierre Gaudriault. Eloge de la complexité clinique en psychologie. Psychologues et psychologies, 2009, 206-207, pp.6-12. hal-02462275

**HAL Id: hal-02462275**

**<https://hal.science/hal-02462275>**

Submitted on 4 Feb 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Eloge de la complexité clinique en psychologie\*

Pierre Gaudriault

## *Une clinique en apnée*

En 1992, Jacqueline Barus-Michel comparait le psychologue clinicien au héros du *Grand bleu* : non, ce n'était pas une allusion à la psychologie des profondeurs, mais seulement une image d'immersion de ce personnage dans un milieu institutionnel « où il n'intervient qu'en tant qu'il vient d'ailleurs ». Dirait-on aussi que le psychologue clinicien cherche à se maintenir *entre deux eaux*, « entre reconnaissance et différenciation, entre conflit et solidarité... » avec une équipe médico-sociale ? C'est en tous cas dans cette position intermédiaire que s'est installée la psychologie clinique au fil du temps.

Avant d'être une pratique, elle a été une idée à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, assez séduisante d'ailleurs, celle de penser les réactions humaines ailleurs que dans un laboratoire, dans « la vie psychologique elle-même, considérée comme un tout concret et réel » (Hartenberg et Valentin, 1897. Cité par Prévost, 1988). De cette trouvaille apparemment innocente allait sortir le germe de la discorde. La psychologie clinique n'a pas cessé de déranger, de semer le trouble et ses remous n'en finissent pas de faire des vagues.

Il a fallu attendre le lendemain de la deuxième guerre mondiale pour qu'elle se répande comme pratique. On a déjà beaucoup raconté cette courte histoire. On peut se reporter notamment aux ouvrages de Maurice-David Matisson (1971), Claude-M. Prévost (1988), Dominique Fua (1997), Colette Dufлот (2008) et aussi aux neuf numéros que lui a consacré le Bulletin de Psychologie, entre 1968 et 1989. Il est d'ailleurs remarquable que cette revue ait cessé depuis de faire des numéros *spéciaux* sur ce sujet pour l'intégrer dans ses fascicules ordinaires. C'est ainsi que la psychologie clinique a fini par prendre place dans les institutions les plus respectables et y trouver un droit de cité et d'expression courants. Ceci ne signifie pas pour autant que ceux qui la mettent en oeuvre, les psychologues cliniciens, y soient toujours bienvenus pour accomplir leur mission. Ils ont toujours fort à faire pour soutenir leur approche de la réalité psychique et suscitent encore des incrédulités.

On se souvient des méchants propos que tenait Foucault dans *Les mots et les choses*, affirmant perfidement que la psychologie clinique n'avait produit que des « plâtitudes syncrétiques ». On voit, encore maintenant, de sombres attaques dans le rapport officiel de Jouvin & al. (2008), annexé aux conclusions de la mission Couty sur la psychiatrie : « Il n'est pas rare qu'un psychologue [clinicien] se réfère à une orientation précise et ait de nombreuses difficultés à s'intéresser à d'autres techniques de soin que celles auxquelles il se réfère, voire à utiliser des outils pour lesquels, ou il n'a pas reçu la formation, ou dont il ne veut pas faire usage ».

Nous serions passés du syncrétisme à l'autisme ! Pourquoi tant d'incompréhension ? Avons-nous donc été incapables de communiquer le sens de notre travail ? C'est sûrement arrivé.

---

\* Publié dans *Psychologues et Psychologies*, 2009, 206-207, 6-12

Mais nos maladresses n'expliquent pas tout. Il faut chercher, pour expliquer ce discrédit, une faute plus fondamentale : l'exercice de la psychologie clinique dérange certains ordres constitués. Parmi eux, le plus ancien, c'est celui de la médecine. Il y a ensuite celui de la psychologie dite scientifique. Et enfin la psychanalyse. Ce sont les origines de la psychologie clinique. Elle s'en est inspirée tout en tentant de s'en démarquer. Et, nous dit Kaes (2008), elle continue d'entretenir des « rapports de tension critique » avec elles.

### ***Une vertu dérobée***

A la médecine, la psychologie a emprunté la clinique. Ce n'est pas rien. Mais c'était plutôt pour fonder une clinique propre aux psychologues dans les établissements sanitaires. Il n'empêche que les médecins ont protesté. Anne Bérubé (1988) a raconté comment Daniel Lagache a cherché à légitimer la psychologie clinique, avec cette réaction du Dr Le Guillant : « ... Il m'a semblé par moment que la position de D. Lagache ait consisté avant tout dans une transposition à la psychologie des aptitudes et des méthodes médicales, qu'il tende à la création d'une psychologie qui viserait... à ravir à la médecine ses mérites essentiels... ». Voilà, la chose était dite : les psychologues n'étaient que des voleurs des vertus médicales. Pour ménager la susceptibilité des médecins, Lagache va ramener en 1951 la psychologie clinique du côté des activités de conseil, de type éducatif et rééducatif, mais en y incluant celles « qui visent à la réduction des conflits et la compensation des aptitudes ».

La médecine restait sur ses gardes. Elle frappa un grand coup avec le procès Clark-Williams où elle fit condamner l'une de nos collègues pour exercice illégal de la médecine (Jouin, 1958). On sait ensuite quelles difficultés J. Favez-Boutonnier eut à créer le premier enseignement de psychologie clinique (Gaudriault & Schopp, 1988).

Ainsi la psychologie a prétendu arracher à la médecine un pan essentiel de sa pratique de soin. Mais, comme l'observe Kaes (2008), il ne s'agissait pas tant de mimer la compétence médicale à « singulariser la maladie et en objectiver les symptômes, que d'en donner un *feuilleton de sens* dans une rencontre avec un praticien à l'écoute de la psyché ».

J'ai affirmé par le passé que le Rorschach avait été aussi important pour le développement de la psychologie clinique que l'avait été la découverte du stéthoscope pour la médecine clinique. Soit, m'a-t-on répondu, mais depuis, la médecine s'est dotée d'autres moyens pour éclairer sa clinique, les rayons X, l'échographie, l'IRM, la caméra à positron etc., et la psychologie, comment a-t-elle amélioré sa clairvoyance ? Or c'est bien là que les chemins se séparent. D'abord, l'évolution historique de la clinique médicale s'est surtout faite par le dégagement du regard du praticien des théories et des chimères de la tradition, nous a rappelé Foucault (1963) ; la psychologie clinique, qui a aussi ses chimères et ses aveuglements, a tenté d'affiner plutôt son écoute et ses observations. Elle l'a fait dans deux directions, qui sont peut-être opposées, rarement conjointes.

### ***Le sujet mesurable***

La première direction est celle qui a extirpé la psychologie de la philosophie au XIXème siècle. Le besoin de fonder une science psychologique, cher à Ribot, pouvait sortir du laboratoire et s'appliquer à l'observation individuelle, à partir du moment où ces observations concernaient des sujets dans leur globalité et cherchaient à cerner des fonctions dites « supérieures » de la psyché. C'est ce que fit Janet sur le cas Madeleine, comme le rappelle Prévost (1988), dans une étude à la fois minutieuse et globale. Lagache ne prônera pas autre

chose : « La psychologie clinique est caractérisée par l'investigation systématique et aussi complète que possible des cas individuels » (Lagache, 1949). C'est encore aujourd'hui la prétention d'un bilan psychologique qui fait partie de la pratique de nombreux psychologues cliniciens. Mais de telles méthodes sont-elles scientifiques ?

Finalement, la question peut se résumer ainsi : la science psychologique cherche à comparer les individus et leur appliquer des lois générales ; la clinique au contraire s'intéresse à des individus incomparables qui ne peuvent donner lieu qu'à des observations singulières. On sait comment Lagache a ramené cette querelle à un affrontement entre naturalisme et humanisme et a conclu avec optimisme : « l'expérimentation et la clinique peuvent non seulement se rejoindre mais se prêter un mutuel appui » (Lagache, 1949). Ce fut un beau scandale. Ce mariage forcé n'a satisfait personne.

Les tenants d'une psychologie scientifique ont reproché à la clinique la confusion de ses références (Bonnardel, 1952 ; Zazzo, 1954). On a cru longtemps que les méthodes projectives, vantées par Lagache, représentaient une espèce de compromis entre une approche subjectivante et objectivante de l'individu observé. Il y a déjà un certain temps que ce compromis a volé en éclats : il est de plus en plus manifeste que le dialogue est impossible entre les partisans d'une compréhension intuitive du Rorschach d'une part et d'autre part ceux d'une approche normative et quantificatrice. M. Reuchlin n'avait sans doute pas tort quand il affirmait qu'il existe un fossé entre les cliniciens qui conçoivent leur métier comme un art inspiré de la philosophie et ceux qui utilisent des méthodes vérifiables : « il est peu probable que les psychologues se situant de part et d'autre du fossé aient encore quelque chose à se dire ou à faire ensemble... » (Reuchlin, 1957). On trouve souvent les mêmes constats du côté des psychanalystes, comme celui de Jacques Gagey selon lequel la logique des situations expérimentales et celle des situations cliniques sont toujours opposées (1982, cité par Volkmar, 1990).

Le rapport souvent conflictuel entre la pratique clinique et la pratique de recherche s'est déplacé aujourd'hui sur le terrain de la psychothérapie. Il est remarquable de constater que les tenants des thérapies comportementales et cognitives ne parlent pas de psychologie clinique, trop imprégnée à leurs yeux d'hypothèses mentalistes, mais de faits cliniques. Ces faits cliniques doivent être observables par autrui ou par le sujet lui-même (Samuel-Lajeunesse, 1998). Les thérapies qui découlent de ces observations s'inspirent explicitement de lois dégagées par une psychologie scientifique et expérimentale. Mais note Mélinée Agathon, il serait vain de chercher à appliquer un modèle unique du comportement humain : « celui-ci reste imprévisible, novateur, créateur, exprimant ou subissant la liberté de la personne ». Dans cette perspective, le fait clinique dépasse tout modèle général, même le plus complexe. Cette conception n'est pas très éloignée de la tradition de la sémiologie médicale : « la clinicité, note Prévost, est reconnue à travers la singularité d'un sujet dont l'inscription dans une structure permet la compatibilité avec l'objectivité ».

Plus récemment, d'autres théoriciens ont cependant montré que de nouveaux compromis étaient possibles. Bruno Falissard affirme avec une tranquille assurance que toute forme de subjectivité peut être mesurée pour peu qu'elle soit bien définie (Falissard, 2001). Jean Michel Thurin pour sa part, vante l'étude des cas uniques dans la recherche sur les changements en psychothérapie où il apparaît que les protocoles en double aveugle sont impraticables (Thurin, 2000).

### *Des fiancé(e)s déçu(e)s*

La seconde direction dans laquelle s'est engagée particulièrement la psychologie clinique française est, on le sait, la psychanalyse. En même temps que Janet, Freud va s'emparer du concept de « psychologie clinique » dès 1899, ce que l'on peut mettre en rapport avec l'extension de la psychanalyse aux rêves et à la vie quotidienne (Gori et Miollan, 1983). En 1913, Freud fait de la psychanalyse une « usagère » de la psychologie, ce qui aboutit, non à l'intégrer en elle, mais plutôt à y produire une excroissance. Elle est donc irréductible à la psychologie et à la médecine, mais utilise leur langage. Par la suite, estiment Gori et Miollan, la psychologie clinique s'est appropriée le savoir de la psychanalyse (notamment à l'université) tout en escamotant la question du transfert. Plus grave encore, elle est soupçonnée de détourner à son profit le travail sur la réalité psychique qu'elle n'aurait pas les moyens de traiter. En 1984, François Marty voyait le psychologue comme un « fiancé déçu » par la psychologie qui n'aurait pas tenu ses promesses ; le malheureux se tourne, en désespoir de cause, vers l'analyse, mais là encore, sauf à devenir analyste, il se fourvoie et continue à errer en quête de reconnaissance. De nombreux analystes se sont élevés ainsi contre la clinique « clinicante » qui n'aurait pas les moyens de ses ambitions et qui ne serait, bien sûr, qu'une résistance à l'analyse.

On a dit aussi que la psychologie clinique n'était qu'un sous-produit de la psychanalyse, tant l'influence de celle-ci s'est faite sentir sur elle. D'une façon plus positive, Dominique Fua (1997), dans la lignée de Lagache, y voit une « référent théorique majeur » auquel chaque praticien peut se ressourcer. Et c'est peut-être un trait propre à la pratique française d'avoir attaché le développement de la psychologie clinique à la psychanalyse, au risque d'en avoir oublié parfois la psychologie elle-même (Garcin & al., 1994). Dans les établissements, bien des psychologues cliniciens se consacrent à diverses formes de thérapies d'inspiration analytique et ne sont plus capables d'administrer une WAIS ou une figure de Rey, sans même se demander pourquoi il serait opportun de le faire ou de ne pas le faire.

### *Le précipité du psychisme*

Ainsi la psychologie clinique ne pourrait être qu'un bric-à-brac fait d'emprunts à d'autres disciplines sans cohérence véritable. Elle a retenu de la médecine son attention soutenue à la singularité de chaque cas, de la psychologie, sous souci de scientificité et de la psychanalyse, celui de l'implication subjective, sans pour autant réussir cet assemblage improbable que Lagache avait tenté de constituer. Il n'en résulterait qu'un étrange précipité, fait de sédimentations successives qui ne sont pas miscibles entre elles. De la résulterait les difficultés identitaires des praticiens chargés de tenter des applications de ce melting-pot. Triple blessure, triple bâtarde ? Comment supporter cette tare congénitale ? Et comment comprendre qu'avec de tels handicaps, la pratique de la psychologie clinique ait survécu et se soit même développée au cours des années ?

Pour répondre à cette question, il faut examiner les choses autrement et se demander pourquoi la médecine, la psychologie scientifique et la psychanalyse échouent devant certains problèmes humains en rapport avec la souffrance psychique. Une telle souffrance s'exprime dans le cadre d'institutions sanitaires ou sociales ou dans des consultations privées, et elle ne trouve pas toujours de réponse. Nous connaissons tous des cas en analyse interminable ou en thérapies brèves qui vont de rechutes en rechutes. Eh bien, nous pouvons nous demander si cette blessure congénitale dont paraît pâtir la psychologie clinique n'est pas simplement le

reflet de celle qui affecte le psychisme humain, quelque chose que les trois ordres régnants ne peuvent complètement saisir. On entend souvent dire : - *je viens vous voir, mais je sais que vous ne pouvez rien pour moi*. Alors, pourquoi venir ? répondra-t-on. Il y a dans cette affirmation une ambiguïté, à entendre et à mettre en rapport avec ce qui pourrait être une vanité clinique. Vanité sensible dans la psychologie du traumatisme, du handicap, de la perte. Telle femme inconsolable vient consulter parce qu'elle a perdu son fils, ce qu'elle avait de plus précieux au monde. – *Me le rendrez-vous ?* Non, alors pourquoi venir ? Tel homme vient consulter parce qu'il ne supporte pas de vieillir. – *Me rendrez-vous ma jeunesse ?* Non, alors pourquoi venir ? Et pourtant, ces gens là demandent à parler de ce qui est à la limite du supportable.

Aucune discipline sérieuse ne peut prétendre proposer une solution à ces questions. Elles peuvent être abordées dans un cadre qui n'est ni tout à fait celui de la médecine, de la psychologie scientifique ni de la psychanalyse mais qui maintient la coexistence paradoxale de ces trois racines. Il ne servirait à rien de chercher à extirper l'une d'entre elles, la rencontre clinique en serait appauvrie et même étouffée. Toutes trois continuent à œuvrer en elle, pour le meilleur et pour le pire.

La psychologie clinique a besoin de ces influences fortes qui ont contribué à la construire et lui donner de puissants repères mais qui ont aussi introduit en elle des ferments de discorde qu'elle doit supporter, parce que cette tension est celle qui prévaut dans la réalité psychique.

### ***Savoir inachevé et complexité psychique***

Lagache eut le mérite de jeter les bases d'une compréhension centripète de ces influences fondatrices, mais ce fut au prix d'une prudence nécessaire à l'époque : « Le diagnostic est l'acte essentiel de la psychologie clinique, elle peut se réduire au diagnostic » (Lagache, *l'Evolution psychiatrique*, 1949). Sa construction ingénieuse tenta de mettre un frein aux luttes féroces qui visaient à étouffer dans l'œuf la psychologie clinique, mais n'y parvint pas complètement. Il a fallu attendre Jean Guillaumin (1983) pour éclairer ce que ni l'idéologie unitaire d'un Lagache, ni celles des sectateurs de la science psychologique et de la psychanalyse lacanienne n'avait permis de comprendre : l'unité du regard psychologique sur l'individu est une illusion, non parce qu'un regard serait plus clairvoyant qu'un autre, mais parce que l'approche clinique est inéluctablement vouée à l'équivoque entre celui de l'objectivation et celui qui est pris dans la présence d'un sujet. Ces deux voies de la clinique sont divergentes mais nécessaires. Le clinicien doit accepter l'inachèvement de son savoir sur l'autre, « comme structure même de son fonctionnement ».

Cette façon de dire la psychologie clinique peut permettre, sinon de supporter, tout au moins de comprendre les antagonismes qu'elle recèle, non seulement entre praticiens de différents bords, mais insiste Guillaumin, dans le for intérieur de chacun d'entre eux. Sans doute, et ce n'est pas là le plus rassurant pour ces personnages ambigus, peut-on élargir encore le propos de Guillaumin à d'autres ruptures issues d'une conception solipsiste de la psyché.

La réalité psychique est complexe et ne peut être réduite à un seul niveau de compréhension. « Il faut enseigner la complexité aux psychologues cliniciens, écrit Kaes (2008), l'intrication des composantes intrapsychiques et notamment inconscientes, avec les composantes neuropsychologiques, intersubjectives, sociales de la psyché ». Toute l'expérience clinique tend à montrer la difficulté d'appréhender la réalité psychique selon un seul modèle théorique et met l'accent aussi bien sur les limites des interventions psychologiques nécessairement orientées par les compétences de chaque praticien. Il y a une certaine outrecuidance à

affirmer, comme le fait René Roussillon, que « seule la métapsychologie psychanalytique ... permet de déboucher sur une pratique clinique respectueuse du sujet humain dans sa complexité et sa diversité » (Roussillon, 2007.). Ce genre d'affirmation relève encore d'une dictature idéologique qui risque d'alimenter les vieilles querelles. Les psychologues, qui sont pourtant habitués à coopérer avec des équipes pluridisciplinaires, semblent éprouver plus de difficulté à concevoir parmi leurs pairs une pluralité des conceptions de la psyché.

C'est là que le courant habituellement nommé « psychologie de la santé » fait preuve d'une ouverture réflexive remarquable, par sa sensibilité aux déterminants bio-psycho-sociaux de la conduite humaine. Mais c'est malheureusement au prix d'un aveuglement envers les aspects les plus intimes et notamment inconscients, comme l'a noté Marie Santiago Delefosse (2009). Personne n'est parfait. On aimerait en tous cas des confrontations plus fréquentes et plus sereines que de calamiteuses diatribes, comme celle du Livre Noir de la Psychanalyse. D'un autre côté, des psychanalystes stigmatisent les TCC en parlant de « haine de la réalité psychique » ou de « méthodes à jeter aux chiens ». Ces amabilités ne facilitent pas le dialogue et c'est tout l'exercice de la psychologie clinique qui en est affecté, parce qu'elles tendent à empêcher la reconnaissance des processus scissionnistes qui lui sont propres.

### ***La fonte des glaciers***

Ainsi ce qu'on croyait être la faiblesse ou le syncrétisme de la psychologie clinique pourrait bien apparaître comme sa meilleure capacité de faire face aux questions vives de nos contemporains. Dans les hôpitaux, dans les consultations, dans les centres de protection de l'enfance et des personnes handicapés, les psychologues cliniciens ont commencé à subvertir la psychanalyse et les méthodes cognitivo-comportementales pour en aménager l'usage à leur profit. Ils ont fait fondre les théories en bloc qui ne correspondaient pas suffisamment à leur expérience. Le débat sur les états-limites est révélateur de ces insuffisances, il faut continuer à revoir les concepts (la question du traumatisme, de la régression) à la lumière des nouvelles pathologies. Là aussi, il faut admettre que la pratique clinique exige des emprunts à plusieurs doctrines de la compréhension humaine et la mise en place de cadres de soins plus souples. C'est à peu près ce que prônent les tenants d'une approche éclectique ou intégrative, qu'on soupçonne déjà d'un nouvel impérialisme. Et ce sont les demandes des patients qui nous incitent à infléchir nos pratiques. Bien des psychanalystes sont amenés à donner à leur patient un *conseil*, quant le besoin s'en fait sentir et surtout quant ils estiment que le cadre proprement analytique n'est pas tenable. Bien des cognitivistes sont amenés à prendre le temps d'une écoute prolongée, malgré leur réputation d'interventionnistes rapides. Les uns et les autres n'y ont sans doute pas perdu leur âme ni leur fidélité à leurs principes, mais se sont surtout fiés à leur intuition clinique dans le rapport singulier avec un sujet souffrant.

Il s'agit donc principalement de mettre en place des dispositifs cliniques dans lesquels la relation occupe une place centrale comme vecteur d'élaboration de la souffrance psychique. Peut s'adjoindre à ce dispositif ce que Roussillon appelle « un médium malléable » (médiation, méthode projective) qui va contribuer au processus de symbolisation (cité par Roman, 2007). Cette proposition me paraît assez générale pour correspondre à un large éventail d'interventions cliniques. On est bien au delà de la simple observation diagnostique dont parlait Lagache. Mais il faut aussi admettre que le diagnostic et la thérapeutique ne sont pas si nettement séparés que dans la clinique médicale.

En outre, il est difficile de penser que ces interventions ne se fassent pas avec un certain engagement du praticien qui va bien au delà de la fameuse neutralité si longtemps vantée. La question de cet engagement, et de ses limites, est certainement capitale dans nos pratiques et

peut-être un des aspects les plus difficiles à concevoir en rapport avec les émotions qui sont à son origine. En 1990, Robert Samacher disait de la démarche clinique qu'elle « tente un repérage de l'implication personnelle et souligne la prépondérance de l'inconscient, la recherche du sens et la pratique sociale du questionnement » (Samacher, 1990).

### ***Subjectivation et adaptation sociale***

Il faut associer l'implication profonde des professionnels à l'un des concepts les plus utilisés actuellement dans le champ de la psychologie clinique, c'est celui de la subjectivation (Cahn, 1991). Sans doute, ce concept émerge en droite ligne de la psychanalyse freudienne mais s'en échappe tout autant pour produire en elle une expansion féconde. Il n'est pas excessif de dire que ce sont les pratiques de la psychologie clinique qui ont permis cette expansion. La subjectivation est avant tout un processus de transformation. La clinique de l'adolescence, observe Raymond Cahn, offre au premier chef, un vaste éventail d'avatars de ce processus. Mais aussi chez l'adulte, il se trouve bien des cas d'« éjection hors de la psyché des tensions par l'acte » ou de « forteresses incapables d'investir autre chose qu'elles-mêmes » (Cahn, 2006). Ces troubles correspondent à une souffrance de la subjectivation. Par exemple, Rémy Canino (2008) auprès des prisonniers de Fresnes, Hélène Brocq (2009) dans le cadre hospitalier, témoignent de l'importance d'une clinique de l'écoute de cette souffrance.

Or sans rien diminuer de l'importance d'une telle clinique, je me permettrai d'ajouter que les traitements psychologiques et psychothérapies ne visent pas toujours que le développement de la subjectivité. Il existe aussi chez les patients un besoin de progresser dans leur adaptation sociale. Bien entendu, on pourrait espérer que celle-ci ne se fasse pas au détriment de la première. Winnicott a soutenu en 1960 qu'un certain développement du faux-self était nécessaire dans l'état de santé pour adopter une conduite sociale en fonction de l'environnement, à condition que le vrai self n'en soit pas complètement étouffé (Winnicott, 1960). Il n'est pas rare que le psychologue soit confronté à une demande d'aide concernant la capacité d'établir des contacts, d'aimer, de travailler, de réussir socialement. Ces demandes ne peuvent être tenues simplement pour des symptômes-écrans, bien que leurs solutions ne puissent résulter d'un simple apprentissage. Pour revenir à l'exemple de notre collègue Canino à Fresnes, nous voyons bien comment le prisonnier « Dubois » parvient peu à peu à découvrir le travail artisanal et à établir une relation sentimentale. Mais il lui a fallu en passer par un travail psychique et par le risque de ressentir le malheur en soi.

### ***Une digue devant la mer***

Dans le champ de la psychiatrie, beaucoup de patients lourdement handicapés par l'intensité de leurs troubles, ne peuvent progresser par le seul colloque singulier avec un psychologue. Il est évident que la chimiothérapie et surtout, la psychothérapie institutionnelle, tiennent une place importante dans leurs soins. Là aussi, les questions de la subjectivation et de reprise d'une position sociale, celles du vrai self et du faux self, se mêlent d'une façon complexe et singulière pour chaque cas. C'est là peut-être que la notion d'une clinique partagée apparaît le mieux, avec des risques de chevauchement de rôles et de compétences. La première difficulté pour chaque participant aux soins est d'admettre l'altérité des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui n'empêche pas de partager une idéologie soignante commune.

Ce qui fait la spécificité de la fonction du psychologue clinicien parmi tous ces partenaires de soins est encore parfois incertain et nous avons besoin de nous expliquer auprès d'eux. Sa fonction échappe, encore aujourd'hui, à une définition simple et claire du fait de la complexité de son objet. Un pionnier en la matière, Jean Birouste, écrivait en 1965 : « Notre domaine réside beaucoup plus dans le souci d'une formulation correcte de l'énoncé du problème posé par un individu ou par un groupe et dans la conduite des raisonnements y afférant, que dans la recherche des solutions à apporter. Le problème de la vérification ou de l'infirmité d'une hypothèse nous importent moins que le déchiffrement du sens d'un comportement ». C'était vanter les mérites de l'abstinence de la réponse à la question, ce à quoi, quelques générations de psychologues cliniciens ont tenté de se conformer, au risque de laisser croire que la psychologie clinique est une discipline sans contenu. Bien entendu, nous avons tous un jour ou l'autre cédé à la tentation de montrer notre science psychologique à un patient ou une famille avide de réassurance. Ceci d'autant plus, que d'autres moins abstinentes ne se sont pas privés de fournir leur réponse à eux. Aussi faut-il préciser cette austère définition de Birouste (qui avait une vocation militante dans le cadre de la Ligue d'Hygiène Mentale des Croix-Marines !) et ne pas laisser penser que la singularité du travail du psychologue clinicien a fini par se perdre au fur et à mesure que ses champs d'intervention se diversifiaient dans la cité.

On peut le faire, avec Philippe Héry (1990) qui définit la position du psychologue au sein d'une équipe pluridisciplinaire comme celle du « tiers inclus », garant d'interrogations intersubjectives et intrasubjectives dans cette équipe. Il concourt, de cette façon, à un soin global des personnes dont l'équipe a la charge, dans le cadre de ce qu'on appelle la thérapie institutionnelle.

La clinique proprement psychologique ne peut prendre sens que si elle trouve sa place dans l'ensemble des interventions soignantes. Cette place ne me semble jamais assurée, comme une digue devant la mer, elle est à reconstruire régulièrement, si l'on veut maintenir un équilibre entre les différents facteurs soignants. Il y a là un flottement inquiétant ou créatif, que chacun d'entre nous aménage à sa façon au sein de son institution. C'est peut-être, après tout, la chance des psychologues, celle de se laisser bousculer, là où la *chronicisation* est si envahissante.

### ***Du psychique sinon rien***

La fonction tierce du psychologue peut s'appliquer plus directement dans la relation avec un patient en souffrance psychique, dans des interventions distinctes des réponses purement soignantes. Donnons un exemple :

*Melle N. a 28 ans, elle consulte pour un malaise et un sentiment d'inutilité de sa vie, elle ne parvient pas à trouver des activités qui lui donnent satisfaction.. Ses relations sentimentales sont brèves et sans lendemain, son travail l'ennuie. Les relations avec sa famille sont souvent conflictuelles, bien qu'elle considère que c'est encore avec ses parents qu'elle parvient à trouver de l'apaisement. Elle traverse des périodes où elle ne veut plus voir personne, se complait dans la solitude mais elle admet que son isolement ne peut pas durer.*

*Elle est souvent absente aux rendez-vous que je lui donne ou arrive très en retard. A chaque fois, elle s'excuse et se sent honteuse, elle promet d'être au prochain rendez-vous. Quand elle est là, elle commence souvent la séance en disant : - je n'ai rien à dire, il n'y a pas d'évolution, il ne s'est rien passé de nouveau, etc. Elle commence donc en faisant comme si le changement aurait pu venir d'un comportement ou d'un événement nouveau de sa vie dont*

*elle aurait à me rendre compte. Je me contente alors de lui faire remarquer que ce serait un changement intéressant de venir régulièrement.*

Pour entrer dans un protocole clinique au sens où les psychologues l'entendent, il faut croire qu'une évolution est possible par le seul fait de s'intéresser à la réalité psychique que l'on porte en soi et non par des interventions extérieures. Un certain nombre de patients qui viennent nous voir cessent de le faire à partir du moment où ils ont l'impression qu'il ne se passe rien de nouveau dans leur vie et que nous n'avons rien à apporter d'autre que cette incitation à explorer les réalités psychiques qui sont en eux au moyen du langage. Cette exploration se fait dans le cadre d'une relation dont c'est le bénéfice principal. Freud disait que dans la psychanalyse, le patient renonçait à toute autre satisfaction que celle du transfert ; un renoncement semblable est vrai en psychologie clinique. Les autres cliniciens qui sont en mesure d'apporter des gains thérapeutiques divers (arrêts de travail, médicaments, soins physiques, avantages sociaux) ne s'abstiennent évidemment pas de toute relation psychologique, mais il est évident que les gratifications qu'ils apportent au patient font passer cet aspect au deuxième plan. La proposition d'un psychologue clinicien de considérer la centration sur le psychisme comme un soin à part entière et exclusif est un choix difficile auquel certains patients ne sont pas prêts : Melle N. va mettre plusieurs mois à l'accepter.

Du point de vue du psychologue, ceci implique une forme d'abstinence, celle d'être celui qui donne des réponses, des conseils, qui rassure ou qui protège. Bien entendu, cette affirmation est à nuancer en fonction du degré d'autonomie de personnes que nous avons en charge. Mais nous sommes bien conscients que plus nous nous croyons obligés d'intervenir pour soutenir ou rassurer le patient, plus nous risquons de cautionner les limites de son autonomie psychique et ainsi diminuer ses chances de l'étendre.

### ***Sauvons le soin psychique***

Un tel positionnement relationnel se fait dans un cadre strictement défini où l'intimité est préservée. Mais il n'interdit pas de s'interroger sur le rapport de ce cadre clinique au politique et notamment sur la façon dont est traitée la réalité psychique de nos concitoyens. On ne peut pas oublier que certaines méthodes inspirées de la psychologie sont utilisées par des tortionnaires qui justifient leurs pratiques par la raison d'Etat. Par exemple, le Président Obama vient de rendre public des rapports de la CIA attestant l'utilisation de la torture psychologique (privation de sommeil, introduction d'insectes dans la cellule de prisonniers souffrant de phobie, etc.) (Le Monde du 22 avril 2009, p.5). Ces pratiques ne sont pas nouvelles, la présence de psychologues et de médecins pour contrôler des méthodes de lavage de cerveau a été dénoncée depuis longtemps (Lambert, 1982). Il s'agit de situations extrêmes, dira-t-on. Le dévoiement des pratiques cliniques peut cependant être plus insidieux, comme l'ont montré en France les prises de position de certains responsables politiques prônant un dépistage précoce des délinquants. On voit à quel point ce genre de projet va dans le sens d'une politique sécuritaire au détriment des soins, ce que l'actualité confirme dans le domaine psychiatrique.

Les phénomènes délétères qui atteignent les institutions, de l'intérieur ou de l'extérieur peuvent toucher aussi bien les psychologues cliniciens que les autres partenaires professionnels. Les attaques récentes contre le secteur sanitaire de la part des pouvoirs publics ont permis de dégager une solidarité résistante à laquelle les psychologues prennent heureusement leur part. Ce n'est pas seulement la psychologie clinique qui est mise en cause

(comme dans le rapport Jouvin) mais le « soin psychique » dans sa globalité, et tous les travailleurs de ce secteur sont concernés.

Lors de manifestations interprofessionnelles et intersyndicales récentes, on a crié dans la rue « sauvons le soin psychique ». Ce mot d'ordre large englobait aussi bien la menace de réduction des moyens pour le Planning familial, la remise en question des secteurs psychiatriques, les directives pour renforcer l'enfermement des malades mentaux, le projet de démantèlement de l'ordonnance de 1945 sur la Protection de la Jeunesse, la réduction des moyens en personnel et la renégociation des conventions collectives. C'est dire à quel point les Pouvoirs Publics paraissent aveugles et sourds à ce besoin de soin psychique.

Ces pouvoirs semblent tentés de vouloir le réduire à une « technicisation » des métiers du secteur médico-social, la personne souffrance n'existant plus qu'au travers de ses seuls troubles, de son handicap psychique ou de sa déviance sociale ; de vouloir mettre en avant sécurité, management et réadaptation sociale au détriment de la qualité de la relation avec cette personne. Reconnaître une technicité des métiers n'est pas forcément une mauvaise chose mais à condition que ce ne soit pas au détriment de la relation subjective et des exigences de soins centrés sur l'existence psychique. Ce sont les références à la rencontre clinique et la thérapie institutionnelle qui sont en jeu. Peut-être alors faut-il situer les psychologues dans cet ensemble plus vaste des acteurs du soin psychique dont ils seraient les intervenants les plus spécifiques et les plus constants. Mais il est nécessaire que des médecins, éducateurs, infirmiers, travailleurs médico-sociaux contribuent à leur façon au soin psychique et puisse ainsi, avec les psychologues cliniciens, établir une convergence de vue sur la manière dont peuvent être pris en charge les patients ou les résidents d'un établissement.

### ***Déontologie et pouvoir***

L'actualité nous rappelle ainsi que les fonctions des psychologues ne sauraient se concevoir sans une autre référence, sans doute la plus fondamentale, à la déontologie. Le code de déontologie est commun à tous les psychologues (n'en déplaisent aux sectateurs de la clinique), il est fondé sur le respect de la dignité de la personne. Il en découle un certain nombre de précautions à prendre dans la pratique ordinaire aussi bien sur le plan de l'identité collective que sur le plan épistémologique. Or ce qui caractérise la psychologie plus que n'importe quelle discipline, c'est l'étroite relation existant entre ces deux plans.

« Un des principes de base de toute épistémologie est de reconnaître et de maintenir la discontinuité des champs propres à chaque discipline... » note Kaes (2008). Il déclare l'urgence de réaliser une épistémologie historico-critique de la discipline. Il estime que les psychologues cliniciens ne sont pas suffisamment inscrits dans leur histoire professionnelle et ignorent trop souvent « la généalogie des idées et des découvertes qui constituent une part de leur identité ». A qui la faute ? Le ver est sans doute dans le fruit de la formation, mais se développe au cours de la carrière. On serait tenté de rapprocher ce défaut de réflexion épistémologique de la faible implication de beaucoup d'entre eux dans les instances associatives ou syndicales ; ce faible recours à une identité collective se retrouve dans une participation minoritaire au niveau des collègues, dans les établissements.

Serge Blondeau & al. (1982) ont théorisé la mise en place de centres de psychologie clinique comme étayage du « défaut d'être du clinicien », et finalement, retournement de ce défaut en fonction interprétante. Dans bien des cas aujourd'hui, les collègues de psychologues mis en place dans les hôpitaux tendent à remplir cette fonction. On aimerait que les psychologues se

saisissent davantage de ces dispositifs collectifs pour asseoir leur pratique au sein d'institutions qui ne sont pas toujours disposées à reconnaître leur fonction clinique. Les collègues permettent aussi d'assurer une meilleure visibilité de ces personnages souvent discrets au niveau sociopolitique. Selon Colette Duflot, c'est encore un des revers de leur métier : se refusant à exercer une emprise sur les sujets qui se confient à eux, ils se révèlent aussi peu capables de jouer un rôle influent sur le plan politique et leur capacité tribunitienne est faible. Tant pis pour eux. Le discours politique ne va généralement pas dans le sens de la complexité qu'exige la clinique. Il est à craindre que ce mal soit incurable, la clinique du pouvoir n'est pas pour demain.

## **Références**

- BERUBE A. Quelques questions autour de la naissance de la licence de psychologie... *Psychologues et Psychologies*, 1988, , 82, 3-7
- BIROUSTE J. Rôle du psychologue ou de l'assistant de psychologie dans l'équipe soignante. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1965, 3, 109-115
- BLONDEAU S., MACHAVOINE V., MAILLARD J. Les centres de psychologie clinique, une utopie réalisable. *Connexions*, 1983, 40, 93-110
- BONNARDEL R. Regards sur la psychologie appliquée. *Le travail humain*, 15, 1-17
- BROCQ H. Le psychologue clinicien, un acteur incontournable du développement d'une culture éthique de l'écoute à l'hôpital. *Le Journal des Psychologues*, 2009, 266, 27-31
- CAHN R. Du sujet. *Revue française de psychanalyse*, 1991, 55(6), 1354-1490
- CAHN R. Origines et destins de la subjectivation. Dans : Richard F. & al. La subjectivation. Paris : Dunod, 2006
- CANINO R. La relation clinique face au processus de déni chez les sujets criminels. *Bulletin de psychologie*, 2008, 61(1), 17-29
- CLEMENT R. Les enjeux cliniques de la pratique institutionnelle. *Cahiers de l'ANREP « Penser avec l'institution »*, 1990, 6, 181-192
- DUFLOT C. Le psychologue clinicien. Paris : Economica, Anthropos, 2008
- FALISSARD B. Mesurer la subjectivité en santé. Paris, Masson, 2001
- FOUCAULT M. Naissance de la clinique. Paris : Puf, 1963
- FUA D. Le métier de psychologue clinicien. Paris : Nathan université, 1997
- GARCIN E., HACQUARD N., SIDOT S. La santé : de la psychologie clinique à la psychologie. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* ; 1994, 44(3), 205-211
- GAUDRIault P., SCHOPP G. Entretien avec Juliette Favez-Boutonnier. *Psychologues et Psychologies*, 1988, 82, 10-15
- GORI R., MIOLAN C. Psychologie clinique et psychanalyse d'une inquiétante familiarité. *Connexions*, 1983, 40, 7-29
- GUILLAUMIN J. L'avenir d'une désillusion. *Connexions*, 1983, 40, 57-64
- HERY P. Entre exclusion et inclusion : le psychologue clinicien. *Bulletin de Psychologie*, 1990, 43, 204-211
- JOUIN B. Psychanalyse, psychologie et exercice illégal de la médecine. *Bulletin de Psychologie*, 1958, 11(141-142), 204-211
- JOUVIN M-L. Notes et propositions portant contribution aux travaux de la Commission Couty. Novembre 2008
- KAES R. Quelques réflexions sur la crise de la psychologie clinique et la formation des psychologues cliniciens. *Filigrane*, 2008, 17, 6-14
- LAGACHE D. L'unité de la psychologie. Paris : PUF, 1949
- LAMBERT J-F. Psychologie et tortures. Dans : Psychologie et libertés, VIIème congrès de S.N.P., 1981. Le Paradou : Actes Sud, 1982
- MATISSON M-D. Images des psychologues cliniciens. Paris : Editions universitaires, 1971
- PREVOST C.M. La psychologie clinique. Paris : PUF, Que sais-je ?, 1988
- REUHLIN M. Histoire de la psychologie. Paris : PUF Que sais-je ?, 1957

ROMAN P. Les épreuves projectives en psychopathologie de l'enfant et l'adolescent. Dans : ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT A., GEORGIEFF N., ROMAN P. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Paris : Masson, 2007

SAMACHER R. L'enseignement de la psychologie clinique dans les universités françaises. *Bulletin de psychologie*, 1990, 43(394), 71-72

SAMUEL-LAJEUNESSE B & AL. Manuel de thérapie comportementale et cognitive. Paris : Dunod, 1998

SANTIAGO DELEFOSSE M. Vers une pensée critique dans les sciences de la santé ? *Psychologues et Psychologies*, 2009, 204(1), 28-31

THURIN J-M. L'évaluation des changements en psychothérapie. *Pour la recherche*, 2000, 25, 22-27

VOLKMAR C. Les praticiens de la recherche en psychologie clinique. *Bulletin de Psychologie*, 1990, 43(3-6), 121-131

WINNICOTT D. Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self », 1960. Dans : Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement. Paris : Payot, 1970.

ZAZZO R. Les ambiguïtés de la notion de psychologie clinique. *Bulletin de Psychologie*, 1954, 7(5), 314-319