

FONDEMENTS DE LA POSITION CLINIQUE FACE AU DISCOURS SOCIAL DOMINANT

Ciccione Albert

Groupe d'études de psychologie | « [Bulletin de psychologie](#) »

2015/4 Numéro 538 | pages 277 à 284

ISSN 0007-4403

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2015-4-page-277.htm>

!Pour citer cet article :

Ciccione Albert, « Fondements de la position clinique face au discours social dominant », *Bulletin de psychologie* 2015/4 (Numéro 538), p. 277-284.

DOI 10.3917/bupsy.538.0277

Distribution électronique Cairn.info pour Groupe d'études de psychologie.

© Groupe d'études de psychologie. Tous droits réservés pour tous pays.

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

Fondements de la position clinique face au discours social dominant

CICCONE Albert*

J'envisagerai quelques fondements de la position clinique, en soulignant chaque fois la manière dont ceux-ci sont de plus en plus antagonistes avec la teneur et les valeurs des discours que véhicule le social se rapportant au soin¹. Cela a toujours été vrai, mais l'est encore plus particulièrement en ce moment. Les principes que je vais énoncer correspondent à une certaine conception de la position clinique, qui n'est nullement exclusive d'autres conceptions ou théories de la pratique. Les réflexions qui suivent pourront probablement rejoindre des questions et des analyses issues d'autres conceptions ou concernant d'autres champs de pratique. Je vais tout d'abord donner une rapide définition de la clinique.

DÉFINITION DE LA CLINIQUE

Il est question ici de la clinique, et le titre de ces journées est « La clinique : quelles cliniques ? », au pluriel. Le terme « clinique » est, en effet, un terme vague. Tout le monde fait de la clinique, dès lors qu'il se penche sur la souffrance d'un sujet singulier, voire de sujets pluriels. La clinique n'appartient pas aux psychologues cliniciens, pas plus que la psychologie n'appartient aux psychologues ou que la sociologie n'appartient aux sociologues.

Le terme clinique fait, en général, référence à la maladie, à un sujet qui souffre, et à l'approche du sujet au chevet de son lit, car c'est un sujet « incliné », en position de fragilité (le verbe *klineo*, en grec, signifie « changer de position, incliner, coucher, appuyer une chose contre une autre... »).

La souffrance dont il est question, concernant l'approche clinique dont je rends compte, est la souffrance psychique, et notre position clinique visera à approcher la subjectivité, la réalité psychique du ou des sujets en situation éventuelle de souffrance.

Mais la position « inclinée » est aussi, et surtout, celle du clinicien lui-même. Le clinicien qui se penche sur le sujet en souffrance, s'approche de sa subjectivité, et qui se trouve de ce fait dans une position d'humilité, et aussi d'instabilité, d'inconfort.

Ce qui me conduit à dire que la position clinique est d'abord une position d'humilité.

Cela est vrai d'ailleurs pour tout savant, tout scientifique, tout chercheur, tout expert. Ce que connaît d'abord, et avant tout, un expert, un savant, un scientifique, quel qu'il soit, c'est l'étendue de son ignorance.

La position clinique est donc une position de doute, d'incertitude.

Un éminent professeur d'éthique, croisé dans un colloque, disait que la meilleure définition de l'éthique est celle qui consiste à dire que *l'éthique c'est la culture du doute*. Eh bien on peut dire que la position clinique est une position éthique. Bion (1974-1977) d'ailleurs définissait l'attitude psychanalytique comme une attitude de doute philosophique. On peut dire cela de toute position clinique.

QUELQUES PRINCIPES AU FONDEMENT DE LA POSITION CLINIQUE ET ANTAGONISTES AVEC LES VALEURS SOCIO-POLITIQUES ACTUELLES

La mise en suspens de tout savoir

Un premier principe au fondement de la position clinique se rapporte ainsi à la mise en suspens de tout savoir. Chaque fois qu'on a un savoir sur l'autre, on lui fait violence, on ne l'écoute pas. Bion (1983), encore, disait que lorsque nous formulons une idée ou que nous élaborons une théorie nous produisons simultanément de la matière calcaire, nous nous calcifions. On peut dire que lorsque les pensées sont systématisées, elles deviennent une

* Institut de psychologie, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique, Université Lyon 2, 5 avenue P. Mendès-France, CP 11, 69676 Bron Cedex.

albert.cicccone@univ-lyon2.fr

1. Certains éléments ici développés se retrouvent dans Ciccone, 2010, 2011, 2014a. Une version postérieure à cette communication mais qui la reprend, la modifie et la prolonge, a été publiée en 2014 dans les actes d'un colloque intitulé « Pratiques psychologiques, pratiques citoyennes ».

prison plus qu'une force libératrice. Les hypothèses, les théories sur les maladies mentales, sur les déficiences, sur les troubles, peuvent faire tellement de bruit qu'on ne peut plus entendre ce que disent le corps et le psychisme du patient.

On comprend facilement que cette exigence est contradictoire avec la culture de l'expertise, avec la demande sociale de réponse immédiate qui empêche de penser.

Je reprendrai cette expression de Christophe Dejours (2001) qui dit qu'une telle demande sociale n'interdit pas de penser mais empêche de penser, et qu'entre interdire et empêcher, il y a la même différence que celle qui sépare la dictature du néolibéralisme. Roland Gori (2010) parle de « démocratie totalitaire », terme paradoxal pour désigner l'environnement social et politique actuel. Le penseur y est convoqué pour donner des réponses et non pas pour poser des questions. Donner des réponses, c'est-à-dire empêcher de penser. On n'interdit pas de penser, on empêche de penser.

La position clinique dont je rends compte ici favorise donc – ou est censée favoriser – la pensée, non pas la pensée comme mécanisme neuronal, mais le travail de pensée qui résulte d'une approche subjectivante, et non pas objectivante, de la subjectivité.

Le cadre interne

Deuxième principe : on peut dire que la position clinique s'appuie avant tout sur un cadre interne et non pas un cadre externe. Ce n'est pas la praxis, ce ne sont pas les actes qui déterminent la position clinique, c'est le point de vue et c'est l'activité de penser dont je viens de parler.

Là encore, comment faire comprendre cette exigence dans un environnement où tout est protocolarisé, standardisé, où on doit rendre compte des actes de soin, de l'activité, où chaque pôle d'activité, dans une institution par exemple, doit rassembler des professionnels remplaçables, substituables, pour des raisons économiques ? Comment cote-t-on une activité de penser sur une grille ?

L'élaboration du contre-transfert

Cette activité de penser contient et suppose – c'est là un troisième principe que je soulignerai au fondement de la position clinique – un travail continu d'élaboration du contre-transfert, afin que le soin soit adapté aux besoins des patients et non pas aux besoins du clinicien.

Et on peut dire d'une telle posture qu'elle est étrangère au traitement social habituel de toute déviance, de toute pathologie, de toute folie. En effet, on peut régulièrement observer la manière dont à un acte violent, par exemple d'un adolescent, d'un schizophrène, d'un psychopathe,

massivement médiatisé, le social, le politique répond par un acte : un projet de loi. Il n'y a aucune élaboration de ce qu'on pourrait appeler le « contre-transfert collectif » (avec beaucoup de guillemets). Et l'acte, le projet de loi est, dans les temps actuels, toujours plus répressif. Il n'y a aucune prise en compte de la culpabilité collective, par exemple. Aucune réflexion sur ce qui fait qu'un groupe social produise de telles situations, de tels sujets agissant de tels comportements. Le « mal » est désigné chez l'autre, localisé, circonscrit, et pour l'éradiquer il suffit de publier un projet de loi qui immobilise, neutralise cet autre et tous ceux qui pourraient lui ressembler.

La position clinique est ainsi, et aussi, une position d'implication. J'oppose souvent l'implication et l'explication. S'impliquer c'est être dans le pli, dans la rencontre ; ex-pliciter c'est être hors du pli. Seule l'implication permet de construire une compréhension et peut avoir des effets d'aide. On ne peut rien apprendre de quelqu'un qui ne nous comprend pas, même s'il sait très bien tout nous expliquer.

Là encore, comment faire entendre cette exigence devant les attentes impérieuses d'explication, d'expertise, de solutions immédiates ? Par ailleurs, les attaques récurrentes, dont font l'objet les psychologues cliniciens de la part des pouvoirs publics, des administrations, ont des effets de désimplication – je peux donner l'exemple récent d'une jeune psychologue en supervision m'expliquant que, devant les difficultés que lui oppose l'administration de l'hôpital dans lequel elle travaille, ainsi que le responsable de son service, et vu le salaire misérable dont elle est gratifiée, elle vient d'accepter un travail de comptable, pour faire autre chose que de la psychologie !

L'écoute et l'observation sur un temps long de tout ce que dit ou montre un patient

Quatrième principe (ou ensemble de principes) : on peut dire que tout ce que dit ou montre un patient parle de lui. Ou plutôt, le travail clinique consiste à toujours écouter et observer ce qui, dans le discours verbal et non verbal du patient, parle de lui et est adressé au clinicien. En ce sens tout est toujours du matériel. On n'a pas à orienter le matériel, à l'organiser, à prescrire le type de contenu qu'un patient doit livrer, explorer. On a, en revanche, à essayer d'entendre et d'observer ce qui, dans le contenu qu'il exprime, parle métaphoriquement de lui et de la rencontre avec le clinicien.

Cela suppose évidemment une certaine temporalité. Cette exigence demande du temps, un temps long d'écoute, d'observation clinique.

Une telle exigence est en contradiction avec, par exemple, l'utilisation des grilles de plus en plus

nombreuses imposées aux praticiens. Grilles qui sont quasiment toujours des traductions ou des adaptations de grilles américaines. Grilles qui s'inscrivent dans la folie actuelle de l'évaluation, évaluation qui tue la créativité, et qui est essentiellement au service du contrôle social.

Ces grilles, ces évaluations que les praticiens sont parfois sommés de faire en permanence, concernent la psychiatrie comme la médecine somatique. L'objectif explicite affiché est évidemment un affinement du diagnostic et des modalités de traitement, ce qui est louable. Mais l'objectif réel est en fait de mesurer le risque statistique pour éviter les hospitalisations, ou pour renvoyer plus vite les patients chez eux, pour des raisons avant tout économiques.

Certains de nos collègues – praticiens et universitaires – soutiennent qu'il faut évaluer, mais avec nos critères. Si nous ne le faisons pas, d'autres le feront et avec leurs critères à eux, qui sont bien souvent inadéquats pour donner une quelconque idée de l'utilité et de l'efficacité de nos interventions et de nos dispositifs. Je ne sais pas trop quoi penser de cela. Je suis pessimiste quant à la capacité des technocrates à comprendre nos critères. Si on ne parle pas comme eux, ils ne comprennent pas de quoi on parle. Et dès qu'on se met à parler comme eux, on s'éloigne de ce qui fait l'essentiel et les fondements de nos pratiques.

Par ailleurs, la consultation de quelques travaux d'évaluations des pratiques de soin psychique fondées sur des épistémologies cliniques psychodynamiques ne peut que laisser perplexe (voir, par exemple, Fishman, 2006). Les méthodologies utilisées sont biaisées, discutables, critiquables. Elles se veulent scientifiques mais ne font souvent que singer la science. On aboutit à tout et son contraire : on peut prouver, par exemple, que les thérapies psychanalytiques sont plus efficaces pour traiter tels troubles que les thérapies cognitivo-comportementales, et on peut prouver exactement le contraire.

Je peux donner à titre anecdotique, mais pour souligner le côté étonnant de certaines évaluations, l'exemple d'une recherche évaluative, avec une méthodologie quantitative, « scientifique », qui a mis en évidence que les traitements psychanalytiques ou d'inspiration psychanalytique de certains types de patients *borderline*, sans interprétation de transfert, étaient plus efficaces que les traitements psychanalytiques avec interprétation de transfert... (voir Høglend et coll., 2008). Il a déjà fallu trouver des cohortes appareillées de patients *borderline*. Il a fallu trouver des soignants qui acceptent non seulement d'imaginer mais de faire, vraiment, des cures de certains patients, dans lesquelles ils s'interdisent toute interprétation de transfert, et

d'autres pour lesquelles ils s'autorisent de telles interprétations. Il a fallu trouver des patients au consentement éclairé, qui, alors qu'ils viennent demander de l'aide sans probablement n'avoir aucune idée de ce que peuvent vouloir dire les termes « transfert » ou « interprétation », acceptent que leur thérapeute fera ou ne fera jamais des interprétations de transfert... On voit le niveau d'absurdité dans lequel on peut se retrouver, sans parler des questions éthiques évidentes que pose l'idée d'une telle recherche.

Tout cela, évidemment, ne signifie pas qu'il ne faille pas développer une réflexion sérieuse sur l'évaluation et ses modalités, sur les questions de savoir comment, quand et pourquoi on évalue.

La prise en compte des théories des patients

Un cinquième principe au travail clinique, tel que je le conçois ici, concerne la nécessité de toujours prendre en compte la théorie du patient : sa théorie de sa pathologie, ainsi que sa théorie du soin. Ces théories seront éventuellement concurrentielles avec celle des soignants, mais leur prise en compte est essentielle pour le travail d'accordage, de tissage du lien thérapeutique.

Là encore, un tel principe est contradictoire avec la position attendue d'expertise, qui nuit au travail de pensée.

La conviction que tout le monde a droit à un soin psychique

Dernier principe ou ensemble de principes que j'évoquerai, sans que cette liste soit exhaustive : il n'y a jamais de contre-indication au soin psychique. Tout le monde est une indication, car tout le monde mérite que quelqu'un se penche sur sa souffrance psychique, s'approche de sa subjectivité. Il n'y a, en outre, jamais d'indication *en soi* de tel ou tel type de soin, mais toujours indication *pour untel* qui est particulièrement à l'aise, efficace dans tel dispositif et pas dans tel autre.

Par exemple, on assiste actuellement à un mouvement d'assimilation de la psychopathologie au handicap : la psychose est maintenant un « handicap psychique », les dys (-lexie, -graphie, -calculie, -praxie...) qui, auparavant, étaient des variantes de la normale sont maintenant des handicaps et relèvent de la loi de 2005, avec ses aides, ses obligations (ce qui est une bonne chose), mais aussi avec ses stigmatisations, ses condamnations. Ce mouvement assimilant toute difficulté à un handicap obéit aux représentations sociales actuelles dominantes. Mais ce mouvement n'empêche toutefois pas d'avoir une approche clinique, dès lors qu'on s'intéresse aux formes de souffrance psychique, quels que soient les contextes somatiques, corporels, sociaux, quelles

que soient les limitations « objectives » (entre guillemets, parce que ces limitations ne sont en fait pas toujours objectives) qui s'imposent au sujet. Encore faut-il que cette approche de la psychopathologie s'intéresse à la souffrance psychique, à la subjectivité. Lorsque le sujet est délogé, lorsque l'approche de la psychopathologie comme du handicap méconnaît la vie subjective, avec son lot de douleurs, de souffrances psychiques, le soin est alors potentiellement porteur de violence.

Et, quelles que soient les recommandations de n'importe quelle Autorité de santé, les sujets autistes, tout comme leurs familles, auront toujours une vie mentale, une vie psychique, et seront toujours confrontés à des souffrances psychiques qui méritent qu'un regard clinique se pose avec attention sur leur sort.

Non seulement tout le monde a droit, tout le monde mérite que quelqu'un se penche sur sa vie mentale, subjective – quel que soit son contexte social, corporel, somatique –, mais on peut dire aussi que personne d'autre que le soignant, censé dispenser un soin, ne peut prescrire ce soin, indiquer ce soin, car personne d'autre que lui ne peut savoir s'il est prêt ou pas à s'engager, à s'impliquer avec ce ou ces patients.

Là encore, une telle conception est contraire au modèle hiérarchique général dans les institutions et dans le social. Il est rare qu'on fonctionne avec un tel principe, et pourtant c'est possible, cela existe, cela dépend évidemment des personnes et de leur représentation du soin, de ce qui soigne dans le soin, dans la clinique.

LA POSITION CLINIQUE ET LA LANGUE MARCHANDE

Bref, s'il fallait résumer en une phrase ce qui est au fondement de la position clinique telle que j'en rends compte ici, et ce qui est particulièrement attaqué, mettant à mal cette position clinique, je dirais que c'est le travail de pensée. Si le temps est à l'indignation – voir le livre de Stéphane Hessel, *Indignez-vous !* (2010) –, pourquoi faut-il s'indigner ? Parce que, comme le démontre très bien aussi Roland Gori dans son excellent essai *La dignité de penser* (2011), la dignité de l'homme, du sujet, provient de sa capacité de penser, et c'est cette capacité de penser qui est menacée par le discours social dominant et les attentes dont il est porteur.

Et les conditions de la pensée sont malmenées en partie par la prolifération dans tous les secteurs du modèle positiviste et productiviste de l'économie de marché, par la colonisation de tout le champ social par la langue marchande, ce qui a des effets de dérive sur les pratiques. Les

institutions sont maintenant des « entreprises » ; on y parle « contrat d'objectifs et de moyens », « démarche qualité », etc.

Je donne souvent l'exemple, pour illustrer cette prolifération de la langue marchande, d'un document que j'ai reçu, il y a quelques temps, de l'administration d'un hôpital dans lequel j'intervenais comme superviseur d'une équipe. Ce document est tout à fait illustratif – même s'il est anecdotique.

Il s'agit d'un « bon de commande ». Sont indiqués le numéro de la commande, le numéro du fournisseur (c'est moi, le fournisseur), le numéro du marché, la date de livraison, l'adresse de livraison. Il y a ensuite trois colonnes. La première a pour titre « Désignation » : « Analyse de la pratique ». La seconde, « Quantité commandée » : « Deux unités ». La troisième, « Conditions générales » : « Les marchandises doivent être obligatoirement livrées à l'adresse indiquée... » ; « Les factures doivent être établies en trois exemplaires... » ; « Les fournisseurs ne devront honorer que les bons signés par le directeur des services économiques ou le pharmacien chef de service » (être commandé par le directeur des services économiques est déjà douteux, mais le pharmacien chef ?). Le document est évidemment signé par le directeur des services économiques. Et, en bas, un gros tampon rouge indique : « Attention, accès au magasin interdit aux camions de plus de 20 tonnes »... Cela laisse méditatif quant au poids du savoir psychologique.

Un autre exemple, encore pour l'anecdote : dans les débats qui se sont déroulés au sujet du titre de psychothérapeute, on pouvait entendre des termes tout à fait étonnants de la part de personnes parfaitement bien intentionnés – ce ne sont pas les personnes qui sont en cause mais le système, la culture dans laquelle elles baignent et qui les reforme. On pouvait donc entendre désignés les psychothérapeutes qui exercent depuis plus de cinq ans (et échappent aux contraintes du décret) sous le terme : « le stock », et ceux qui exercent ou se forment depuis moins de cinq ans et se formeront dans l'avenir : « le flux ». Il s'agit donc pour nos responsables politiques ou ministériels de gérer « le stock » et « le flux », et de trouver les meilleures « stratégies », lesquelles peuvent être distinctes pour être optimales, afin de gérer au mieux les stocks et les flux. S'ils parlent ainsi des soignants, comment parlent-ils des patients ? On sait que les patients ne sont plus des patients, mais des « clients », ou, ce qui est déjà nettement mieux, des « utilisateurs de service de soin ».

On peut donc dire que ces forces, ces pressions que l'on subit font violence à la pensée, à l'activité de pensée. La promotion de la scientificité, tout comme l'alibi économique, favorisent une

production industrielle du savoir. Cela est bien différent du travail de pensée qui ne peut se faire que dans le bricolage, l'artisanat.

Par ailleurs, ces logiques, qui se déroulent tel un rouleau compresseur, nous imposent, à l'hôpital comme à l'Université ou ailleurs, le modèle de l'entreprise, avec non seulement son vocabulaire, sa langue marchande, mais aussi la promotion des valeurs de compétition, de concurrence, de rivalité.

Un célèbre journaliste qui commentait, objectivement bien sûr, le mouvement de grève des universitaires il y a trois ans, expliquait que ce que l'on refusait c'est « une université dirigée par un chef d'entreprise qui développe des stratégies ». Et c'est, bien sûr, inadmissible de refuser cela. « Enfin quelqu'un qui met du dynamisme à l'Université ! », expliquait ce même journaliste – l'Université qui, c'est bien connu, est molle et a besoin de dynamisme. Et c'est quoi le dynamisme ? C'est l'effet d'un « système de compétition, de récompenses et de sanctions », expliquait sans aucune vergogne ce même journaliste, qui s'indignait qu'on puisse refuser cela.

Je voudrais insister sur la nécessité de résister à ces pressions, dans la formation comme dans la recherche, et souligner quelques points concernant la formation des psychologues.

RECHERCHE ET FORMATION : RÉSISTER À CES PRESSIONS

Il est toujours difficile de résister, devant de tels discours, à une telle pression sociale. Il est beaucoup plus facile d'être dans la servitude, d'obéir. Ces discours fabriquent de la servitude. Et pourtant, la résistance est plus que jamais nécessaire.

On voit, à l'Université, combien il est difficile de résister. Par exemple, lorsqu'on observe la nature des recherches cliniques qui se déroulent, on s'aperçoit que de plus en plus de recherches et de chercheurs ont incorporé cette normativité, qui impose des critères positivistes, quantitatifs, statistiques, une dimension évaluative qui éloigne de la clinique, celle en tout cas à laquelle je me réfère ici et dont je viens de rappeler quelques principes.

Les dispositifs de censure, comme le dit Roland Gori, ont pour objet moins d'interdire des recherches, qui pourraient être gênantes, que de les contraindre à ne s'exprimer que dans le langage de l'idéologie dominante. Dans ces recherches, la technique, qui convertit les données cliniques en informations numériques, et l'idéologie marchande s'associent pour promouvoir comme « seul critère de vérité l'efficacité opératoire et procédurale » : « Le vrai n'est rien d'autre que ce qui marche et se vend » (Gori, 2011, p. 47).

Il en est de même pour la formation. Garantir des dispositifs de formation qui reposent sur un véritable engagement, une implication des étudiants dans une pratique est très difficile, et de plus en plus difficile avec les exigences qui nous sont imposées (et on pourrait évoquer le problème que pose l'absence de moyens pour la gratification des stages). On a, par exemple, à Lyon un dispositif de formation unique en France, la FPP (Formation à partir de la pratique) (Mercader, Henri et coll., 2004 ; Henri, 2009). Ce dispositif existe (depuis plus de trente ans maintenant) et est reconnu, et c'est déjà une très bonne chose. Dans ce dispositif, par exemple, il n'y a pas de notes. Et cela complique tout le système informatique, pour lequel il n'y a pas de case pour les étudiants qui n'ont pas de notes. Cela est incompatible avec une logique comptable, une culture du chiffre, une culture où ce sont les chiffres qui parlent, les informations numériques.

Une psychologue et conseillère d'orientation m'expliquait, par exemple, récemment, que les orientations ou les propositions d'orientation seraient dorénavant faites par un logiciel informatique : on entrerait les caractéristiques du parcours de l'élève ou du sujet, ses résultats scolaires et ses notes bien entendu, et l'ordinateur sélectionnerait l'orientation ou la formation la plus pertinente pour l'enfant. Quand cette psychologue a demandé à son chef, qui se réjouissait de cette avancée technologique et pragmatique, comment cela était possible, et comment on allait tenir compte du désir de l'élève lui-même, celui-ci a rétorqué : « Ah ! Si vous commencez à demander leur avis aux enfants ! »

Un dernier exemple qui montre comment on est facilement gagné par la logique du discours comptable, marchand (et je repense à la psychologue dont je parlais qui a pris un poste de comptable...). Il s'agit à nouveau du combat contre l'annexe au décret sur le titre de psychothérapeute. On s'est battu pour faire reconnaître que les psychologues des filières psychopathologie et psychologie clinique, mais aussi de certaines autres filières, ont le nombre d'heures de formation exigé par le décret, et même bien plus. On a évidemment eu raison de le faire. Mais le problème est que, sans nous en rendre compte, on s'est mis à croire à ce qu'on disait, on s'est mis à croire que la formation à la psychopathologie se résumait à une quantité d'heures, qu'il suffisait d'avoir 400 heures d'apport théorique et quelques mois de stage pour être formé. Et je ne parle évidemment pas de formation à la « psychothérapie » puisque le décret n'y fait paradoxalement jamais allusion.

Il est évident que la formation ne se résume pas à une logique comptable, et ne se réduit pas à quelques heures d'enseignement. Mais là, dans la

négociation avec les pouvoirs publics, on s'est mis à parler comme eux. Bien sûr c'est le seul langage qu'ils comprennent. Bien sûr on a besoin de système de traduction pour se faire comprendre... mais à utiliser cette langue, on risque de finir par l'intérioriser, et par croire à ce qu'on dit. Et on risque, comme je disais précédemment, de s'éloigner des logiques de la position clinique.

J'en profite pour souligner que je milite fortement, avec d'autres et comme d'autres, pour un « doctorat professionnel », pour que le titre de psychologue soit porté à un niveau doctorat et qu'on ait plus de temps (au moins trois ans) pour laisser se déployer une véritable expérience et une véritable formation professionnelle – ce qui, par ailleurs, revalorisera la profession.

POUR UN DOCTORAT PROFESSIONNEL

Une des manières de résister, en effet, est d'œuvrer pour une revalorisation de la profession de psychologue, ce qui est bien l'un des objets de ces journées.

La revalorisation du statut et du titre de psychologue, la revalorisation de la profession, qui en a grandement et urgemment besoin, suppose, je crois, un titre correspondant à un niveau doctorat, à un doctorat professionnel, à une formation de niveau bac + 8, et non plus à un niveau master. Les masters sont dévalués (de très nombreuses professions dans le secteur médico-social comme dans l'éducation vont relever ou relèvent déjà d'un master) ; les masters correspondent par ailleurs à un deuxième cycle et non plus à un troisième cycle universitaire comme les anciens DESS. Et je milite pour un doctorat professionnel pour tous, pour tous les psychologues, pas seulement pour une élite. Et si une telle mutation venait à voir le jour pour les générations à venir, tous les psychologues actuels devraient bénéficier d'une équivalence de leur statut, les anciens DESS et masters 2 professionnel donnant l'équivalence d'un doctorat professionnel.

Un tel niveau d'études donnera un confort aux psychologues devant toutes les formes de hiérarchie institutionnelle, organisationnelle, administrative, médicale auxquelles ils doivent souvent douloureusement faire face, et devant les attaques répétitives que subit cette profession.

Ce doctorat devrait être du même niveau que le doctorat de recherche, mais différencié du doctorat de recherche et sans hiérarchie entre les deux. Devant la survalorisation actuelle de la recherche scientifique, positiviste, nous devons veiller à ce que la formation des psychologues reste une formation praticienne. La pratique de chercheur n'est pas la même que celle de clinicien, même s'il y a des zones communes, et ce ne sont pas les mêmes

qualités qui sont exigées pour l'une et pour l'autre. Il pourra donc y avoir des ponts, des passerelles, des enseignements communs, comme actuellement pour les masters 2 recherche et les masters 2 professionnel, mais les deux me semblent devoir rester différenciés, et sans rapport de hiérarchie entre eux.

Un doctorat professionnel permettra une formation professionnalisante sur trois ans (elle est actuellement d'un an), organisée autour de stages (comme la plupart des masters professionnels actuels), avec une implication et des responsabilités praticiennes – rémunérées, et pas seulement gratifiées – et avec un vrai travail d'élaboration par l'écriture.

Un tel dispositif est une réponse au besoin d'allongement des études, qui doivent être prolongées en aval, en augmentant le nombre d'années de formation, et non pas en amont en sélectionnant plus tôt et en fermant les portes de l'Université au plus grand nombre, ce qui ne correspond pas à la mission de l'Université. Le master resterait une formation à la psychologie, pour tous, et seul le doctorat serait une formation professionnelle de psychologie, avec la sélection qui s'impose.

La formation en trois années de doctorat resterait généraliste, à l'intérieur de chaque sous-discipline de la psychologie. Même si en trois ans la qualification des étudiants sera améliorée, la principale formation aura toujours lieu à partir de la pratique, à partir de l'expérience, qui seule donne une expertise.

Un tel doctorat devrait rester sous-disciplinaire, me semble-t-il. Je ne crois pas qu'on puisse former des psychologues experts dans toutes les dimensions de la psychologie. Les sous-disciplines auront toujours leur pertinence, leur logique propre, leurs exigences propres, même si elles doivent discuter, s'articuler, s'entendre. La psychologie est plurielle, elle contient des variétés qui sont toutes respectables et qui doivent cohabiter.

Je milite aussi pour la participation massive des praticiens à la formation, ce qui se produit sans doute déjà dans de nombreuses universités, c'est en tout cas le cas à Lyon où les praticiens sont plus nombreux que les universitaires à intervenir dans la formation (ils interviennent dans tous les cours magistraux, les séminaires, le tutorat des étudiants, les groupes d'élaboration de la pratique, la sélection, l'évaluation). J'en profite pour dire que si nous étions obligés de sélectionner plus tôt, et donc de réduire massivement le nombre d'étudiants qui se forment à la psychologie, sans forcément devenir psychologues ni en avoir le projet, nous ne pourrions quasiment plus faire appel aux chargés de cours praticiens, car il n'y aurait plus assez d'heures d'enseignement pour occuper tous les

titulaires, et une telle conjoncture serait évidemment extrêmement dommageable pour la formation professionnelle.

COMMENT DIALOGUER AVEC LES ÉPISTÉMOLOGIES SOUTENUES PAR LE DISCOURS SOCIAL ET POLITIQUE ACTUEL ?

Je disais qu'il est difficile de résister devant les pressions et les logiques du discours dominant. Il est évident que les modèles les plus compatibles avec les valeurs portées par le discours social et politique ambiant, les plus intégrables dans ses normes, bénéficient grandement des faveurs du politique, comme le souligne aussi Roland Gori (2011). Ces bénéfices se manifestent au moment du choix des experts, que fait le politique, du choix de leurs modèles et de leurs techniques.

Et je pose une question. Comment faire avec ces épistémologies-là ? Je la pose à tous, et je la pose à nous, universitaires, chercheurs, qui sommes supposés fabriquer du savoir et le distribuer. Notre position éthique, d'humilité, consiste, à juste titre, à être ouverts, à être hostiles à toute forme de sectarisme. Mais comment faire avec ces épistémologies qui fabriquent des discours qui servent de caution savante, d'appui doctrinal à ceux qui attaquent la clinique (la psychologie clinique, la psychanalyse). Prenons le documentaire *Le mur...*, par exemple. C'est un documentaire très bien fait, et c'est une somme de missiles envoyés avec précision sur la psychanalyse. Et là comme ailleurs, ce sont toujours les mêmes références scientifiques qui sont utilisées, qui servent de caution pour ces discours antipsychanalytiques. Ce ne sont pas les chercheurs, les scientifiques qui sont en cause. Ils sont bien souvent beaucoup plus humbles quant à la portée de leurs découvertes ou de leurs propositions que ne le sont ceux qui utilisent leurs recherches et leur font dire beaucoup plus que ce qu'elles

disent. Ce ne sont pas les scientifiques qui sont en cause, mais ce que le discours social fait de leur science, au service de l'idéologie dominante.

On assiste par exemple à un retour de la « neuropsychiatrie », terme qui était tombé en désuétude. Le signifiant revient dans les rapports ministériels, dans différents textes. « Neuropsychiatrie », « neuropsychologie », « neuropsychanalyse »... sont des signifiants qui conviennent au modèle dominant actuel et à son entreprise de soumission, et qui se vendent – ce qui n'empêche pas les tenants de ces « disciplines » de dire des choses tout à fait intéressantes, là n'est pas la question. Mais combien de psychologues cliniciens sont remplacés par des neuropsychologues, combien de médecins pédopsychiatres sont remplacés par des neuropédiatres ? Là est le problème.

Aussi, s'il est évidemment essentiel d'être ouvert avec humilité sur ces disciplines, de maintenir le débat, je crois qu'il est aussi essentiel de faire preuve de prudence et de discernement dans le débat. Car je crois que chaque fois qu'on distribue du savoir, qu'on « publie », qu'on débat sur une scène publique, on pose un acte politique, on envoie un message politique, on participe à une action politique.

CONCLUSION

En conclusion, je dirai que, pour l'avenir de la clinique et de la psychologie clinique, nous devons faire attention de toujours maintenir une activité de pensée, et de toujours veiller à ce que les conditions pour que la pensée émerge et se déploie soient garanties. « Penser, c'est transgresser les barrières de l'évidence et ne pas s'attarder à l'ornière des résultats », comme l'écrit Roland Gori (2011, p. 14), en se référant à René Char, je crois. J'espère que nous pourrions continuer à ne pas nous attarder plus qu'il ne faut à l'ornière des résultats, et à transgresser toujours les barrières de l'évidence.

RÉFÉRENCES

BION (Wilfred Ruprecht).– *Entretiens psychanalytiques* [1974-1977], trad. fr., Paris, Gallimard, 1980.

BION (Wilfred Ruprecht).– *Séminaires italiens. Bion à Rome* [1983], trad. fr., Paris, In Press, 2005.

CICCONE (Albert).– Violence du soin psychique, dans Sassolas (M.), *Conflits et conflictualité dans le soin psychique*, Toulouse, Érès, 2008, p. 125-139.

CICCONE (Albert).– *La psychanalyse à l'épreuve du bébé. Fondements de la position clinique*, Paris, Dunod, 2011.

CICCONE (Albert).– *La violence dans le soin*, Paris, Dunod, 2014a.

CICCONE (Albert).– Fondements de la position clinique et pressions sociales, dans Gaillard (G.), Talpin (J.-M.), Cuvillier (B.), Mercader (P.), *Pratiques psychologiques, pratiques citoyennes*, Paris, In Press, 2014b, p. 91-108.

DEJOURS (Christophe).– Le travail entre banalisation du mal et émancipation, dans Bass (H.-P.), Dimon (M.-L.), Ferrières-Pestureau (S.), Nordmann (P.), Vidit

(J.-P.), *D'un siècle à l'autre, la violence en héritage*, Paris, In Press, 2001, p. 19-34.

FISHMAN (Daniel B.).— *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 2006, <http://pcsp.librairies.rutgers.edu>.

GORI (Roland).— *De quoi la psychanalyse est-elle le nom ? Démocratie et subjectivité*, Paris, Denoël, 2010.

GORI (Roland).— *La dignité de penser*, Paris, Les liens qui libèrent, 2011.

HENRI (Alain-Noël).— *Penser à partir de la pratique*, Toulouse, Érès, 2009.

HESSEL (Stéphane).— *Indignez-vous !*, Montpellier, Indigène éditions, 2010.

HØGLEN (Per). et coll.— *Transference Interpretations in Dynamic Psychotherapy : Do They Really Yield Sustained Effects ?*, *The American Journal of Psychiatry*, vol. 165, n° 6, 2008, p. 763-771.

MERCADER (Patricia), HENRI (Alain-Noël).— *La formation en psychologie : filiation bâtarde, transmission troublée*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 2004.