



HAL
open science

Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins

D. Peyrat-Apicella, P. Molinier

► **To cite this version:**

D. Peyrat-Apicella, P. Molinier. Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins.
In Analysis, Elsevier Masson, 2020, 4 (2), pp.212-215. 10.1016/j.inan.2020.06.010 . hal-03435268

HAL Id: hal-03435268

<https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-03435268>

Submitted on 14 Sep 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial | 4.0 International License

Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins

Research in psychology on, for, and with doctors

Delphine Peyrat-Apicella¹, Pascale Molinier²

1. Psychologue clinicienne - Docteur en Psychologie ; A.T.E.R. Université Sorbonne Paris Nord, U.F.R. LLSH - laboratoire U.T.R.P.P., U.R. 4403, 93430 Villetaneuse, France
2. Professeure de Psychologie, Université Sorbonne Paris Nord U.F.R. LLSH - laboratoire U.T.R.P.P., U.R. 4403, 93430 Villetaneuse, France
pascalemolinier@gmail.com

Correspondance :
Delphine Peyrat-Apicella
delphine.peyrat@live.fr

Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins

Research in psychology on, for, and with doctors

Résumé

« Faire » de la recherche en psychologie en terre médicale représente un véritable défi pour les psychologues clinicien.nes qui évoluent dans les services de soins somatiques. Qu'il s'agisse de questionnements autour de la formation des médecins, des questions d'interdisciplinarité, de la pratique de la médecine légale ou du cheminement des malades dans les services de spécialités médicales, comment élaborer autour d'un sujet d'étude qui est le même, le soin aux malades, mais qui revêt des réalités bien différentes. Le corps objectivable du patient que traite, découpe, soigne le médecin n'a en effet pas grand-chose à voir avec la subjectivité du patient à laquelle s'intéresse le/la psychologue. Le médecin, et les soignants de manière plus générale, doivent impérativement, pour endurer ce que leur travail nécessite d'actes intrusifs et parfois agressifs, se défendre psychiquement via des stratégies parfois massives qui font obstacle au travail de démêlage et de compréhension des psychologues. Alors comment est-il possible de construire (déconstruire ?) une élaboration commune ? Comment envisager le travail pluridisciplinaire de sorte qu'il permette l'interdisciplinarité et un travail « avec » bien préférable à un travail « côte à côte » ?

Mots-clés

Recherche ; psychologie ; médecine ; soignants ; subjectivité.

Abstract

“Doing” research in psychology in the medical field represents a true challenge for the psychologists and clinicians who practice in somatic services. Whether it deals with issues about doctors' training, interdisciplinarity, forensic medicine, or about the progress of ill patients in specialty services, the object of study is fundamentally the same: care, even if it is composed of different realities. The body that the doctor treats, cuts, or heals has, indeed, barely anything in common with the patient subjectivity that interests the psychologist. The doctor and the nursing staff in general must, in order to bear the intrusive and sometimes aggressive acts that their work requires, defend themselves mentally, via sometimes massive strategies that stand in the way of psychologists' work of untangling and comprehending psychic and emotional phenomena.

How, then, is it possible to build (deconstruct?) a common elaboration? How can we consider multidisciplinary work so that it allows for interdisciplinarity and for a form of work “with” that is vastly preferable to a “side-by-side” work?

Key words

Research; psychology; medicine; caregivers; subjectivity.

Cet article se propose d'introduire les travaux issus des communications présentées lors de la journée scientifique « *Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins* » du 6 juin 2019, organisée par Pascale Molinier, Paula Saules Ignacio¹ et Sophie Mercier-Millot², du laboratoire Unité Transversale de Recherche Psychogénèse et Psychopathologie (U.F.R. LLSH de l'université Sorbonne Paris Nord), à la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord (Ringanadépoullé, 2020 ; Patinet, 2020 ; Boursier, 2020 ; Gavard et Basier, 2020). Les réflexions menées lors de cette journée par cinq doctorantes en psychologie, sous différents points de vue et *via* des approches complémentaires, ont eu pour ambition d'interroger la pratique et les enjeux de la recherche en psychologie dans un cadre médical, sur, avec des médecins ou pour des médecins, voire « contre » des médecins, nous y reviendrons. Le titre de cette journée questionne à plusieurs égards. En effet, la (fausse) naïveté de la formulation « faire de la recherche en psychologie » interpelle : le monde médical, où l'agir est roi et où il faut être rapide et efficace, sollicite une hyperactivité qui laisse peu de temps et de place à la pensée et à l'élaboration. Or, nous étions loin d'imaginer l'an dernier que ces réflexions seraient justement publiées durant une période sans précédent pour le monde médical et paramédical, celle de la pandémie du ou de la Covid-19, une maladie virale si nouvelle que même son genre est encore incertain. Dans ce contexte, on peut craindre que l'agir comme palliatif à l'angoisse et la sidération des processus de pensée en réponse à une angoisse de mort latente occupent tout le champ. D'autant que l'activisme est rendu inévitable pour les soignant.es par l'accumulation des contraintes, l'impréparation et la nécessité de réinventer en permanence les façons de faire. Toute l'intelligence des soignant.es est provisoirement mobilisée par les bidouillages et les reconversions dans le registre pratique, beaucoup réalisant des tâches qui ne sont pas les leurs habituellement. Toute leur énergie est tendue vers un seul but : tenir.

Dans et au-delà des différents mondes du soin (hospitalier, extra-hospitalier, dans les E.H.P.A.D.³, les C.A.T.T.P.⁴...), la catastrophe sanitaire dans laquelle nous sommes actuellement plongés nourrit des défenses telles que le déni et le clivage, en réponse à ce qui fait effraction dans le psychisme et qui sidère les processus de pensée. Ces mécanismes, présents dans tous les domaines de la société, mettent en exergue la question du dedans (les

¹ Doctorante en Psychologie Clinique, Université Sorbonne Paris Nord, U.F.R. LLSH - laboratoire U.T.R.P.P.

² Doctorante en Clinique du Travail, Université Sorbonne Paris Nord, U.F.R. LLSH - laboratoire U.T.R.P.P.

³ Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

⁴ Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel

« héros » hospitaliers) et du dehors (ceux qui n'y sont pas, les « zéros »), comme l'exposent Peyrat-Apicella et Gautier (2020). Que peuvent faire les chercheurs et chercheuses en sciences humaines et sociales par temps de corona virus ? Et singulièrement les psychologues, qui sont à la fois dedans et dehors, occupant une position excentrée par rapport aux équipes qui se démènent. Ne pas se laisser sidérer, faire le métier de psychologues : chercher à comprendre ce qui se passe et comment les gens le vivent, l'éprouvent, le rêvent, le fantasment, le rationalisent ou s'en défendent. La pensée n'a jamais lieu hors du monde. Dans ce contexte historique où l'action s'impose à la pensée, trop anxiogène, au moment où le gouvernement nous demande de faire « bloc », manière aussi de chercher à écarter les périls de l'esprit critique, les psychologues doivent, pour ainsi dire, *se défendre de se défendre* et continuer de réfléchir au fonctionnement psychique en général, et pour ce qui nous concerne, à celui des soignant.es, et des médecins, ainsi qu'à leur façon de faire face à la menace de mort, là où elle devient réelle et omniprésente. Les psychologues peuvent se permettre d'être angoissés, l'angoisse ne nuit pas à leur tâche, au contraire elle lui est nécessaire en tant qu'elle signe le mouvement de la pensée. Pour les médecins dont le geste ne doit pas trembler, c'est une autre affaire. Quant aux infirmières, elles sont là pour rassurer, tâche ingrate quand tout va de travers.

La question du « faire » se pose avec acuité pour les chercheur.es en psychologie car leur activité relève d'un travail d'invisibilité, dont la valeur est discutable et sans cesse discutée, puisqu'en marge de la suractivité médicale synonyme d'utilité et aujourd'hui d'héroïsme. De nombreux médecins interrogés par les médias ont dit « c'est dur, sur le plan personnel et professionnel, mais on y pensera après... ». C'est vrai, le temps de l'action n'est pas le plus propice à l'élaboration. Il faut bien que les défenses tiennent, pour pouvoir y retourner le lendemain. Mais qu'en sera-t-il après ? Les travaux présentés dans les quatre articles ci-après peuvent-ils modestement contribuer à une meilleure connaissance des processus psychiques mobilisés par l'exercice de la médecine ? Ou encore par la recherche en psychologie dans un milieu médical ?

Une nouvelle alliance

Faire notre métier, ne pas se laisser sidérer, implique en l'occurrence de ne pas se laisser distraire par l'actualité et revenir à ce qui était à l'origine de ce travail de recherche collectif. La psychologie et la médecine méritent, pour le dire dans les termes de Prigogine et Stengers (1979), une « nouvelle alliance ». En effet, si le couple médecins-infirmières est fondateur de

l'hôpital moderne, on sait aussi que la subordination des unes – des femmes qui devaient être « dociles et malléables » – a été longtemps imposée sur un mode inconditionnel. L'attente des médecins vis-à-vis des psychologues (à nouveau des femmes en majorité, comme en témoigne d'ailleurs les articles suivants) n'est pas forcément différente, même s'ils saisissent sans doute moins directement leur utilité. Infirmières et psychologues n'ont cessé d'améliorer leur niveau de formation et d'augmenter leur autonomie. C'est un long dégagement pour les premières, les sciences infirmières peinant à exister en France. Pour les psychologues, la controverse autour de la psychothérapie qui, pour être remboursée, devrait être prescrite par des médecins, n'est pas éteinte, ce qui placerait de facto les pratiques des psychologues sous l'autorité médicale. On peut dire que dans le domaine de la recherche, de la même façon, les médecins attendent avant tout que les psychologues traitent les questions qu'ils ont eux-mêmes préalablement identifiées. On constate une hiérarchie des savoirs et des méthodologies, les méthodologies quantitatives étant jugées plus scientifiques que les méthodologies qualitatives et d'une manière générale une préférence est accordée à tout ce qui se mesure, s'objective et peut s'énoncer toute chose égale par ailleurs. La psychologie de la santé s'est d'ailleurs calquée sur ce type de modèle acceptable pour les médecins et sur les objets qu'ils ont découpé : l'observance, par exemple. Mais la recherche en psychanalyse, psychodynamique ou psychologie clinique répond à une autre épistémologie, clinico-théorique. Les problèmes à traiter naissent d'une certaine façon d'écouter ce qui effleure des processus psychiques à travers une parole individuelle ou collective qui nous est adressée, et que nous interprétons avec les gens, dans des allers et retours qui impliquent un maniement du transfert. La question de la montée en généralités est délicate, l'incertitude n'est pas déniée, le sens n'est jamais tout à fait assuré. Là où les infirmières rassurent, les psychologues inquiètent.

Une « nouvelle alliance » entre psychologie et médecine impliquerait de rompre la hiérarchie des savoirs et des méthodes et de s'éduquer mutuellement à un dialogue interdisciplinaire. Ce type de dialogue existe parfois. Comme dans le champ santé-travail, où les épidémiologistes savent que seul le travail de qualitatifs permet de mettre en évidence de nouvelles formes de souffrances ou de pathologies en lien avec des transformations des organisations du travail. C'est ainsi qu'on a pu commencer ensuite à mesurer quantitativement l'impact du travail émotionnel dans les activités de services sur la santé somato-psychique, ou encore celui de la souffrance éthique par exemple.

La recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins doit assumer aussi d'aller *contre* les médecins, contre leur volonté de contrôle et de résultats, contre leur pouvoir de dicter les agendas de la recherche dans le domaine de la santé, pouvoir largement accentué par les directives des A.R.S.⁵, et aussi contre leur volonté de ne pas devenir objet de la recherche en psychologie, ce qu'ils sont pour partie ici. Œuvrer à cette nouvelle alliance implique donc d'oser s'aventurer sur de nouveaux terrains, transgressifs des tabous médicaux, qui sont des terrains proprement psychologiques, et c'est ce que proposent de mettre au travail les quatre articles à suivre, portant sur les enjeux de la formation des médecins (Ringanadépoullé, 2020), de l'interdisciplinarité de la recherche en contexte hospitalier (Patinet, 2020), de la pratique de la médecine légale (Boursier, 2020) et du cheminement des malades dans des services de soins de suite cancérologiques et d'urologie (Gavard et Basier, 2020).

Recherches en terre médicale

Le premier point commun de ces quatre articles est assurément la tendance des médecins à désobjectiver le malade pour pouvoir l'appréhender en tant que corps à soigner. Là où résonne la distinction de Canguilhem (1966) entre la maladie du médecin et celle du malade, nous pouvons en effet nous questionner sur l'articulation – plutôt la conflictualité ? – entre vie psychique du sujet et réalité scientifique et médicale du corps. Comment faire co-exister ces deux réalités parfois si éloignées ? Van Meerbeeck et Jacques (2009) écrivent : « Entre la maladie qu'on nous apprend à soigner en Faculté et les malades concrets que nous rencontrons, l'écart est exaspérant et donne le sentiment d'une mise à l'épreuve quotidienne, d'un déchirement qui se répercute dans la vie des médecins eux-mêmes ». Si un espace de rencontre peut exister entre ces deux réalités à travers une co-construction des équipes soignantes et du patient (Peyrat-Apicella, 2020), l'objectivation du patient par le médecin – afin de pouvoir le traiter – ne doit pas être oublié. En effet, « la technicité de chacun (son art de faire), alors qu'elle se veut finalement bienveillante, demeure toujours au minimum intrusive, voire agressive, pour le malade. Depuis l'impudeur de l'examen du corps et de la nudité, en passant par le récit de la vie intime et des angoisses, jusqu'à l'ouverture du corps (simple injection ou incision chirurgicale), aucun soin n'est agréable au premier degré pour aucun patient. (...) il ne reste au soignant qu'à décider transitoirement d'objectiver son patient » (Caillol, 2019). L'art de ce processus réside dans le « transitoirement ». Réifier le patient afin de le soigner – de le

⁵ Agences Régionales de Santé

« technique » disent parfois les infirmières – annihile de fait toute perception d’une vie psychique, dont il vaut mieux ne rien savoir. En d’autres termes, « plus l’activité implique de transgresser les frontières du corps et de jouer avec la vie d’autrui, moins le professionnel est apte à se soucier de la personne malade » (Molinier, 2012). Les personnes malades cependant insistent à exister comme sujets auprès des psychologues.

En terre médicale, il n’y a pas (ou peu) de place pour l’appareil psychique : il mettrait en jeu trop d’angoisse et de fantasmes risquant de nuire à l’efficacité du geste. Mais cette désobjectivation n’est pas sans risque : la perte d’identité, tant du soignant que du patient, qui en découle peut s’avérer délétère. Ainsi Margaret Cohen, psychanalyste anglaise dans un service de néonatalogie, montrait comment, tandis que l’interne prenait en charge le geste technique sur le corps du prématuré, elle-même parlait à celui-ci pour ne pas l’abandonner à l’intensité dévastatrice de la douleur (Cohen, 1993).

Au regard de ces différents travaux, il est frappant de constater à quel point le clivage est la défense qui se retrouve partout : en-dedans ou en-dehors du milieu médical, en-dedans ou en-dehors du corps-objet de la science, en-dedans ou en-dehors d’un appareil psychique qu’on tient à distance, qu’il s’agisse du sien ou de celui qu’on soigne. Le clivage semble paradigmatique de l’ethos médical : la violence de ce qui se joue en termes de vie ou de mort, les traumatismes multiples renvoient certes à une réalité trop anxiogène pour ne pas générer de solides défenses. Il demeure que celles des médecins sont très différentes de celles des infirmières qui s’accommodent autrement de réalités au fond assez peu différentes, à ceci près qu’elles n’entament pas autant les corps, ni n’endurent le même poids de la décision à prendre. Les médecins peuvent douter, mais ils et elles ne doivent pas le montrer, sous peine d’inquiéter leurs équipes, leurs patients et leurs familles⁶. Le clivage est ainsi au service d’une omnipotence, une de ces illusions leurrantes mais qui rassurent tout le monde. On notera que durant la période que nous traversons, cette omnipotence est mise à mal par l’imprévisibilité d’une nouvelle maladie. Qu’en est-il du clivage ? Résiste-t-il aux identifications ? Neufs médecins morts contaminés dans l’exercice de leur travail, à l’heure où nous écrivons.

⁶ Sur le poids de la décision, voir le remarquable ouvrage d’Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort* (2007) fondé sur l’ethnographie d’un service de réanimation néonatale où elle montre comment les décisions d’arrêter les réanimations sont prises par les médecins sans les infirmières pour protéger celles-ci qui doivent mener le délicat travail d’aider les familles à investir un enfant dont on ne sait pas s’il vivra et qui pour se faire doivent s’attacher à l’enfant et à ses parents.

Pour infiltrer cet univers (et donc être dedans), il faut comprendre, voir, parler le même langage : l'immersion, le compagnonnage, l'accompagnement, la présence au fil des jours et des mois, sont des moyens nécessaires pour les chercheur.es en psychologie afin de travailler sur, pour et avec les médecins. Mais à condition de ne pas devenir médecin ! De ne pas partager le clivage. Aussi ce travail conduit-il à une confrontation : en reconflitualisant ce qui est mis à distance pour se défendre, les psychologues confrontent les médecins à leurs angoisses, déplacent le clivage, mettent en exergue ce face à quoi ils sont rentrés en résistance lorsqu'ils ont endossé leur blouse. Daune (2019) écrit : « Une interaction somaticien-psychothérapeute est une mise en commun de l'objectivité de l'un et de la subjectivité de l'autre montrant ainsi la complexité du sujet. » Sauf que cette mise en commun ne peut aboutir à quelque chose de nouveau qu'à la condition d'une demande de la part des médecins de penser autrement, c'est-à-dire de baisser leur garde, sans perdre de leur efficacité. Mais est-il possible de réaliser certains actes, chirurgicaux notamment, sans cliver ? Comment peut-on « couper » le corps au scalpel s'il devient « vivant » aux yeux du chirurgien ? Ce clivage peut cependant être aménagé dans un dispositif où il sera possible de modifier la division du travail (hospitalo-universitaire) en conséquence. Si la consolidation du clivage, en effet, dépend pour une large partie d'une délégation du travail relationnel aux infirmières et aux psychologues, ce clivage peut être maintenu, dans la mesure où il est utile à la réussite du geste ou de la décision médicale, mais à la condition qu'il ne soit pas opaque au point de dénier/déprécier complètement le travail relationnel et psychologique. À la condition que le rôle de chaque métier soit reconnu à sa juste valeur et non jugé à la seule échelle de la médecine. L'une d'entre nous se souvient qu'un médecin proche lui avait dit à l'annonce de la soutenance de sa thèse : « Neuf ans d'études : mais pourquoi n'avoir pas fait médecine ? ». Il était sincèrement navré de ce mauvais choix (et pas seulement économiquement, bien sûr).

Le dégagement de la subordination est le pendant de la reconnaissance de l'importance de chacun.e, que chaque métier compte. Il s'agit d'un préalable pour envisager une posture qui correspondrait davantage à celle d'un « côte à côte » plutôt que d'un « avec » : ne partageant ni le même langage, ni le même objet d'étude, ce « côte à côte » apparaît plus pertinent et moins dangereux. La pluridisciplinarité, au sens des échanges et du partage, est fondamentale, mais d'un point de vue épistémologique, il est important de garder à l'esprit que certaines lignes de pensées ne peuvent se rejoindre et qu'il peut même être délétère de les y pousser.

Un clivage salvateur ?

De toutes façons, peu de chances d'arriver à déplacer le clivage, les médecins sont bien protégés des psychologues. Toutefois, le clivage comporte aussi un risque d'assèchement et de dévitalisation de la vie psychique. Comment se régule-t-il dans les différents systèmes d'activité (entre la vie personnelle et professionnelle, les loisirs - pratique d'un art ou d'un sport - ou certaines formes de bénévolat) ? Comment se module-t-il aussi dans le temps, sur le long terme d'une carrière ? Quelles seront les incidences de la crise actuelle sur les formes de subjectivations médicales ? Sur les manières de pratiquer la médecine ? De considérer la place des autres soignants et leur utilité ? De s'identifier aux patients ? Les réflexions issues de cette journée d'étude suggèrent que ce champ d'investigation est neuf, passionnant et destiné à se développer.

Les auteures déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Bibliographie

- Boursier, L. *Des médecins qui ne guérissent pas : Enjeux du travail en médecine légale*. In Analysis 2020. In Press.
- Caillol, M. (2019). L'objectivation nécessaire dans la pratique soignante. *Cancer(s) et psy(s)*, 1(4) : 133-142.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF Quadrige, 2003.
- Chocard, A.-S. & al. (2003). Le suicide des médecins : Revue de littérature. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 65 : 23-29.
- Cohen, M. (1993). Histoires de naissances et de mort. *Autrement*, Série Morales, « Le Respect », 10 : 67-87.
- Daune, F. (2019). Le psychothérapeute au pays médicalisé des patients et des soignants. *Cancer(s) et psy(s)*, 1(4) : 100-114.
- Foucault, M. (2011). *Le beau danger. Un entretien de Michel Foucault avec Claude Bonnefoy*. Paris : E.H.E.S.S.
- Gavard, A., Basier, S. & Pheulpin, MC. *Écouter la vie psychique après une annonce de maladie grave ou d'aggravation : immersion en services de soins de suite et d'urologie*. In Analysis 2020. In Press.
- Leopold, Y. (2008). *Suicide des médecins : un risque deux fois plus élevé. Le concours médical*, 8 : 398-399.
- Molinier, P. (2012). Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions - Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 30(4) : 99-104.
- Paillet, A. (2007). *Sauver la vie, donner la mort : Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris : La Dispute.
- Patinet, T., Schwering, KL. & Ricadat E. *Interdisciplinarité de la recherche : subjectivité du chercheur et confusion des langues*. ». In Analysis 2020. In Press.
- Peyrat-Apicella, D. (2020). *Donner du sens à la maladie grave : représentations et théories explicatives en cancérologie*. Lyon : Chroniques Sociales.
- Peyrat-Apicella, D. & Gautier, S. (2020). Covid-19 : Aux frontières de la folie. *Éthique & Santé*, 17(3), à paraître.
- Prigogine, I. & Stengers, I. (1979). *La nouvelle alliance - Métamorphose de la science*. Paris : Folio Essais.
- Ringanadépoullé, S. (2020). « On apprend la médecine dans la douleur ». In Analysis 2020. In Press.

Van Meerbeeck, P. & Jacques, J.-P. (2009). *L'inintendu*. Bruxelles : De Boeck.