Plan

- Une psychologie clinique et qualitative de la santé dans le monde anglo-saxon
- Nouveau paradigme ou redécouverte de la clinique ?
- France : paradigme qualitatif et psychologie clinique de la santé
- Références

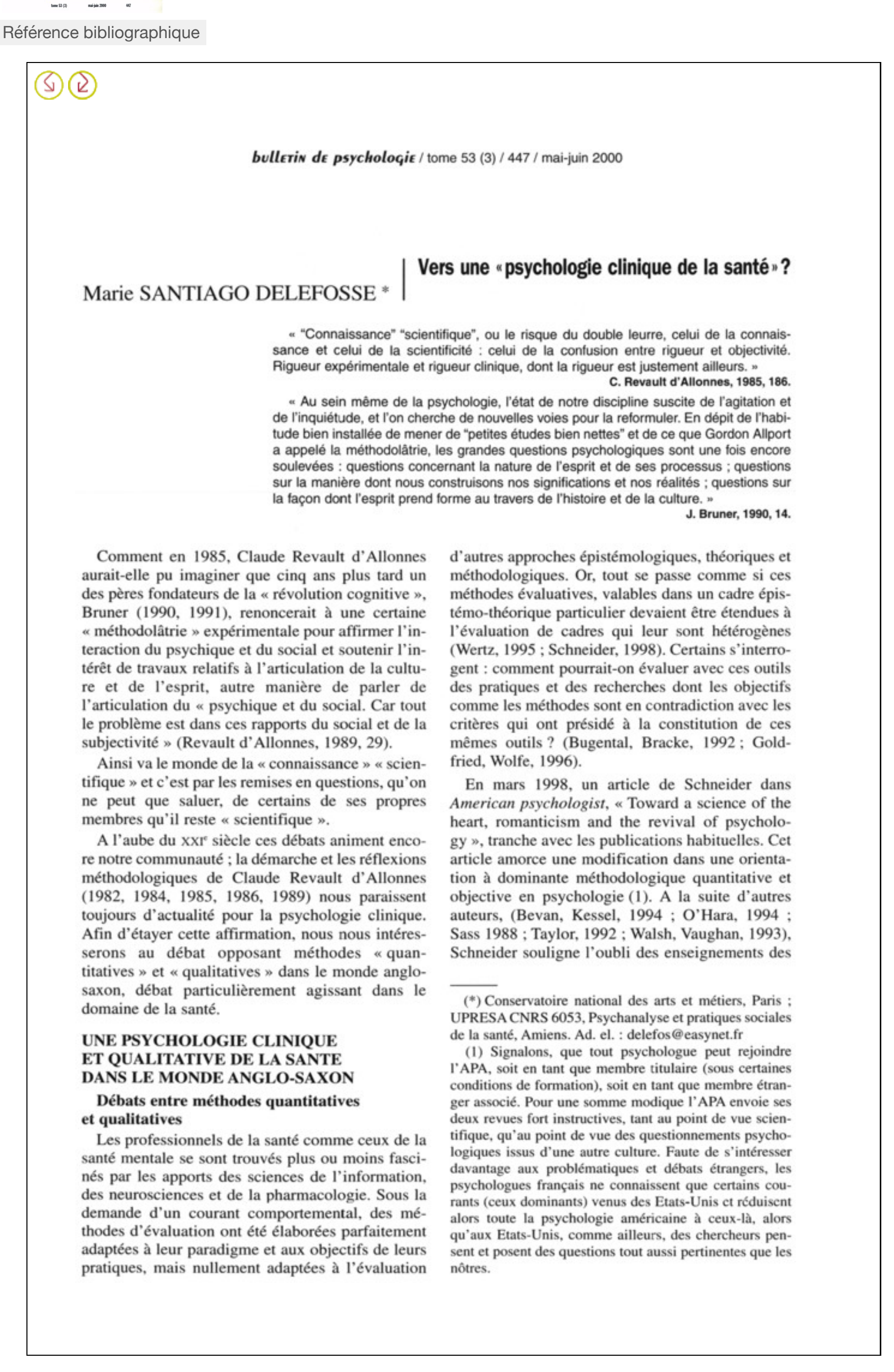
Vers une « psychologie clinique de la santé » ? [article]

Marie Santiago Delefosse

Bulletin de psychologie / Année 2000 / 53-447 / pp. 333-341

Fait partie d'un numéro thématique : Destins de la psychologie clinique. Hommage à Claude Revault d'Allonnes

Référence bibliographique



bulletin de psychologie / tome 53 (3) / 447 / mai-juin 2000

Vers une « psychologie clinique de la santé » ?

Marie SANTIAGO DELEFOSSE *

> « "Connaissance" "scientifique", ou le risque du double leurre, celui de la connaissance scientifique et celui de la scientificité : celui de la confusion entre rigueur et objectivité. Rigueur expérimentale et rigueur clinique, dont la rigueur est justement ailleurs. »
>
> **C. Revault d'Allonnes, 1985, 186.**

> « Au sein même de la psychologie, l'état de notre discipline suscite de l'agitation et de l'inquiétude, et l'on cherche de nouvelles voies pour la reformuler. En dépit de l'habitude bien installée de mener de "petites études bien nettes" et de ce que Gordon Allport a appelé la méthodolâtrie, les grandes questions psychologiques sont une fois encore soulevées : questions concernant la nature de l'esprit et de ses processus ; questions sur la manière dont nous construisons nos significations et nos réalités ; questions sur la façon dont l'esprit prend forme au travers de l'histoire et de la culture. »
>
> **J. Bruner, 1990, 14.**

Comment en 1985, Claude Revault d'Allonnes aurait-elle pu imaginer que cinq ans plus tard un des pères fondateurs de la « révolution cognitive », Bruner (1990, 1991), renoncerait à une certaine « méthodolâtrie » expérimentale pour affirmer l'interaction du psychique et du social et soutenir l'intérêt de travaux relatifs à l'articulation de la culture et de l'esprit, autre manière de parler de l'articulation du « psychique et du social. Car tout le problème est dans ces rapports du social et de la subjectivité » (Revault d'Allonnes, 1989, 29).

Ainsi va le monde de la « connaissance » « scientifique » et par les remises en questions, qu'on ne peut que saluer, de certains de ses propres membres pour qu'il reste « scientifique ».

A l'aube du XXIe siècle ces débats animent encore notre communauté ; la démarche et les réflexions méthodologiques de Claude Revault d'Allonnes (1982, 1984, 1985, 1986, 1989) nous paraissent toujours d'actualité pour la psychologie clinique. Afin d'étayer cette affirmation, nous nous intéresserons au débat opposant méthodes « quantitatives » et « qualitatives » dans le monde anglo-saxon, débat particulièrement agissant dans le domaine de la santé.

UNE PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET QUALITATIVE DE LA SANTE DANS LE MONDE ANGLO-SAXON

Débats entre méthodes quantitatives et qualitatives

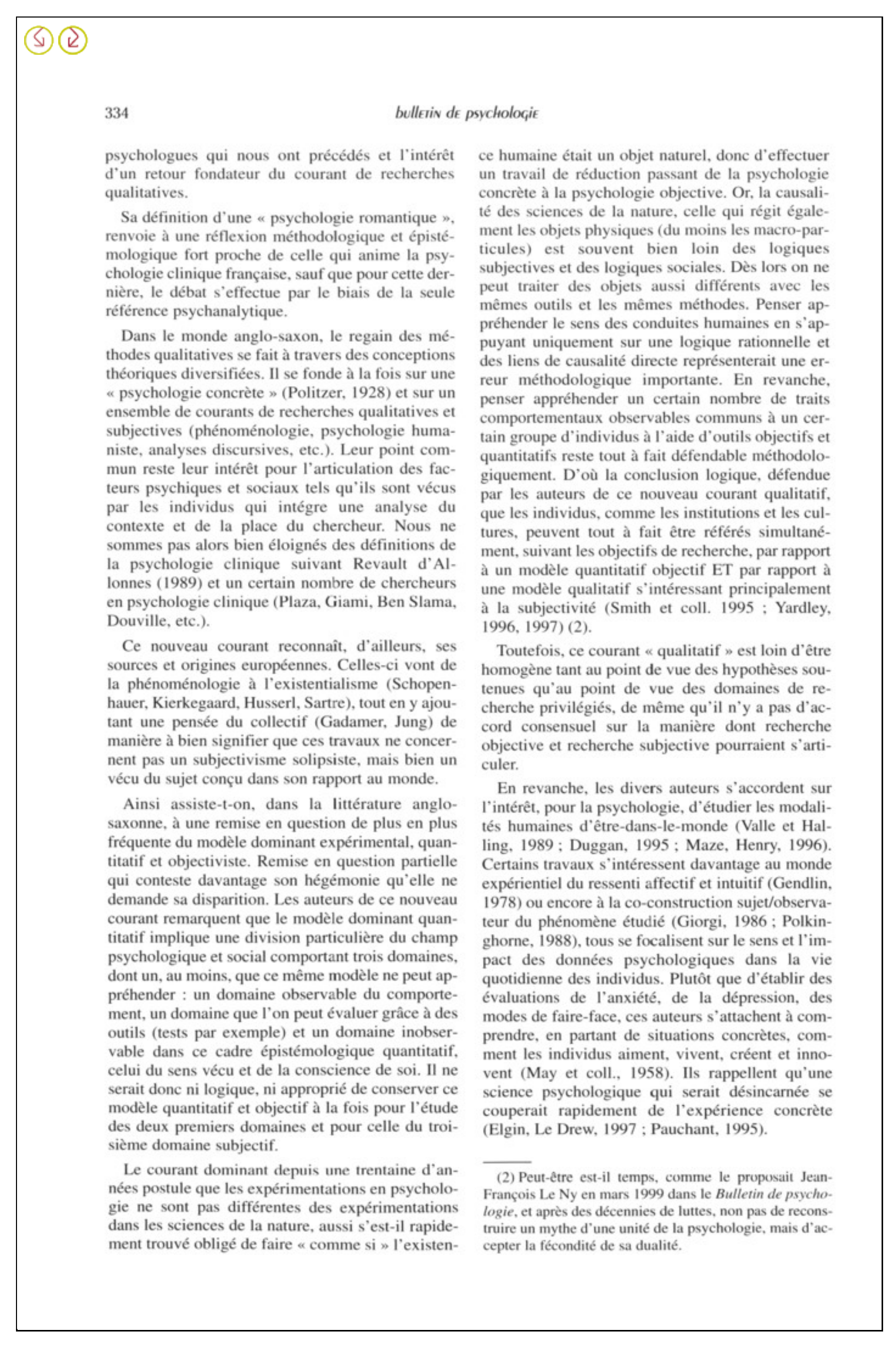
Les professionnels de la santé comme ceux de la santé mentale se sont trouvés plus ou moins fascinés par les apports des sciences de l'information, des neurosciences et de la pharmacologie. Sous la demande d'un contrôle comportemental, des méthodes d'évaluation ont été élaborées parfaitement adaptées à leur paradigme et aux objectifs de leurs pratiques, mais nullement adaptées à l'évaluation d'autres approches épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Or, tout se passe comme si ces méthodes évaluatives, valables dans un cadre épistémo-théorique particulier devaient être étendues à l'évaluation de celles qui leur sont hétérogènes (Wertz, 1995 ; Schneider, 1998). Certains s'interrogent : comment pourrait-on évaluer avec ces outils des pratiques et des recherches dont les objectifs comme les méthodes sont en contradiction avec les critères qui ont présidé à la constitution de ces mêmes outils ? (Bugental, Bracke, 1992 ; Goldfried, Wolfe, 1996).

En mars 1998, un article de Schneider dans *American psychologist*, « Toward a science of the heart, romanticism and the revival of psychology », tranche avec les publications habituelles. Cet article amorce une modification dans une orientation à dominante méthodologique quantitative et objective en psychologie (1). A la suite d'autres auteurs, (Bevan, Kessel, 1994 ; O'Hara, 1994 ; Sass 1988 ; Taylor, 1992 ; Walsh, Vaughan, 1993), Schneider souligne l'oubli des enseignements des psychologues qui nous ont précédés et l'intérêt d'un retour fondateur du courant de recherches qualitatives.

Sa définition d'une « psychologie romantique », renvoie à une réflexion méthodologique et épistémologique fort proche de celle qui anime la psychologie clinique française, sauf que pour cette dernière, le débat s'effectue par le biais de la seule référence psychanalytique.

(*) Conservatoire national des arts et métiers, Paris ; UPRESA CNRS 6053, Psychanalyse et pratiques sociales de la santé, Amiens. Ad. el. : delefos@easynet.fr

(1) Signalons, que tout psychologue peut rejoindre l'APA, soit en tant que membre (titulaire (sous certaines conditions de formation), soit en tant que membre étranger associé. Pour une somme modique l'APA envoie ses deux revues fort instructives, tant au point de vue scientifique, qu'au point de vue des questionnements psychologiques issus d'une autre culture. Faute de s'intéresser davantage aux problématiques et débats étrangers, les psychologues français ne connaissent que certains courants (ceux dominants) venus des Etats-Unis et réduisent alors toute la psychologie américaine à ceux-là, alors qu'aux Etats-Unis, comme ailleurs, des chercheurs pensent et posent des questions tout aussi pertinentes que les nôtres.



Dans le monde anglo-saxon, le regain des méthodes qualitatives se fait à travers des conceptions théoriques diversifiées. Il se fonde à la fois sur une « psychologie concrète » (Politzer, 1928) et sur un ensemble de courants de recherches qualitatives et subjectives (phénoménologie, psychologie humaniste, analyses discursives, etc.). Leur point commun reste leur intérêt pour l'articulation des facteurs psychiques et sociaux tels qu'ils sont vécus par les individus qui intègre une analyse du contexte et de la place du chercheur. Nous ne sommes pas alors bien éloignés des définitions de la psychologie clinique suivant Revault d'Allonnes (1989) et un certain nombre de chercheurs en psychologie clinique (Plaza, Giami, Ben Slama, Douville, etc.).

Ce nouveau courant reconnaît, d'ailleurs, ses sources et origines européennes. Celles-ci vont de la phénoménologie à l'existentialisme (Schopenhauer, Kierkegaard, Husserl, Sartre), tout en y ajoutant une pensée du collectif (Gadamer, Jung) de manière à bien signifier que ces travaux ne concernent pas un subjectivisme solipsiste, mais bien un vécu du sujet conçu dans son rapport au monde.

Ainsi assiste-t-on, dans la littérature anglo-saxonne, à une remise en question de plus en plus fréquente du modèle dominant expérimental, quantitatif et objectiviste. Remise en question partielle qui conteste davantage son hégémonie qu'elle ne demande sa disparition. Les auteurs de ce nouveau courant remarquent que le modèle dominant quantitatif implique une division particulière du champ psychologique et social comportant trois domaines, dont un, au moins, que ce même modèle ne peut appréhender : un domaine observable du comportement, un domaine que l'on peut évaluer grâce à des outils (tests par exemple) et un domaine inobservable dans ce cadre épistémologique quantitatif, celui du sens vécu et de la conscience de soi. Il ne serait donc ni logique, ni approprié de conserver ce modèle quantitatif et objectif à la fois pour l'étude des deux premiers domaines et pour celle du troisième domaine subjectif.

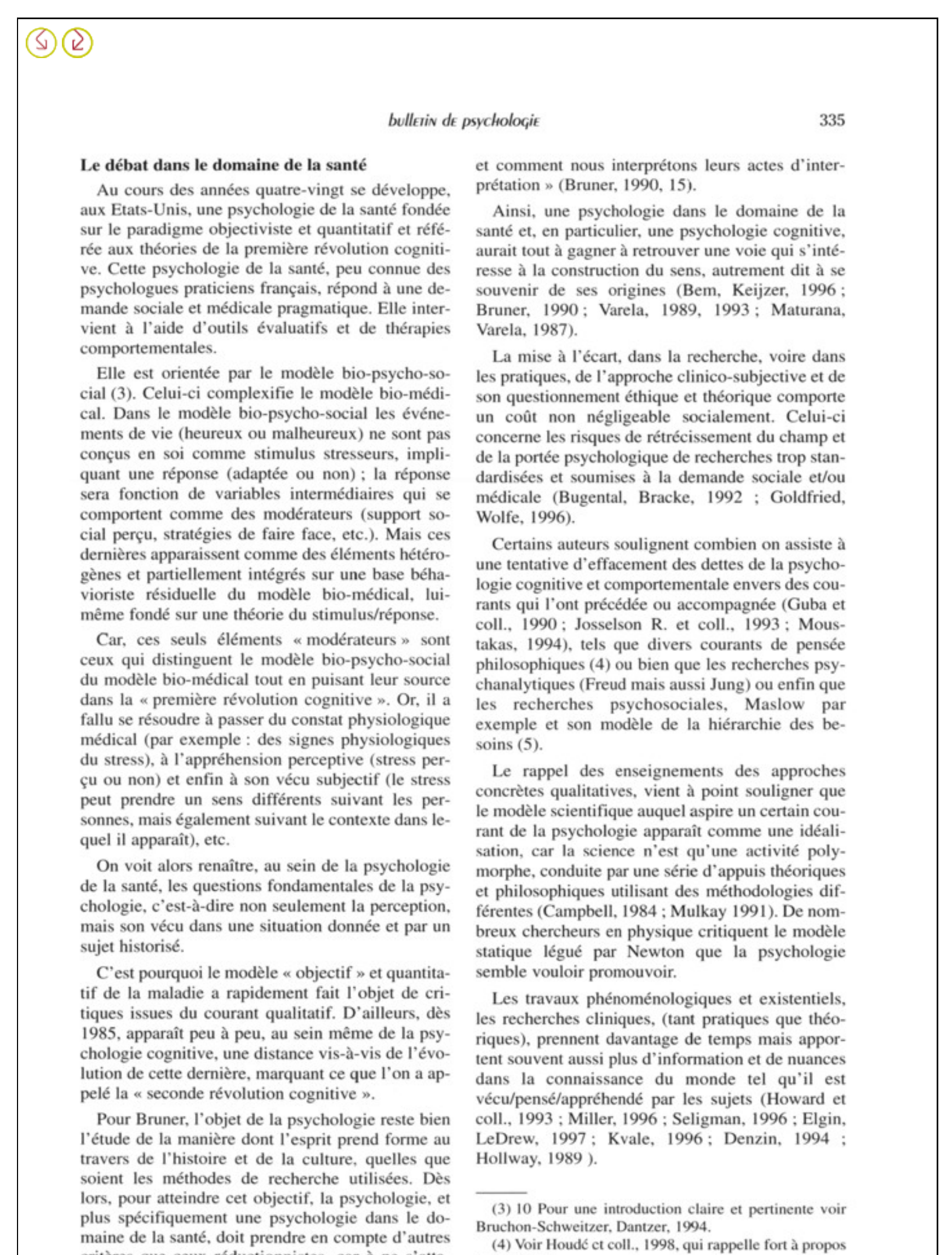
Le courant dominant depuis une trentaine d'années postule que les expérimentations en psychologie ne sont pas différentes des expérimentations dans les sciences de la nature, aussi s'est-il rapidement trouvé obligé de faire « comme si » l'existence humaine était un objet naturel, donc d'effectuer un travail de réduction passant de la psychologie concrète à la psychologie objective. Or, la causalité des sciences de la nature, celle qui régit également les objets physiques (du moins les macro-particules) est souvent bien loin des logiques subjectives et des logiques sociales. Dès lors on ne peut traiter des objets aussi différents avec les mêmes outils et les mêmes méthodes. Penser appréhender le sens des conduites humaines en s'appuyant uniquement sur une logique rationnelle et des liens de causalité directe représenterait une erreur méthodologique importante. En revanche, penser appréhender un certain nombre de traits comportementaux observables communs à un certain groupe d'individus à l'aide d'outils objectifs et quantitatifs reste tout à fait défendable méthodologiquement. D'où la conclusion logique, défendue par les auteurs de ce nouveau courant qualitatif, que les individus, comme les institutions et les cultures, peuvent tout à fait être référés simultanément, suivant les objectifs de recherche, par rapport à un modèle quantitatif objectif ET par rapport à une modèle qualitatif s'intéressant principalement à la subjectivité (Smith et coll. 1995 ; Yardley, 1996, 1997) (2).

Toutefois, ce courant « qualitatif » est loin d'être homogène tant au point de vue des hypothèses soutenues qu'au point de vue des domaines de recherche privilégiés, de même qu'il n'y a pas d'accord consensuel sur la manière dont recherche objective et recherche subjective pourraient s'articuler.

En revanche, les divers auteurs s'accordent sur l'intérêt, pour la psychologie, d'étudier les modalités humaines d'être-dans-le-monde (Valle et Halling, 1989 ; Duggan, 1995 ; Maze, Henry, 1996). Certains travaux s'intéressent davantage au monde expérientiel du ressenti affectif et intuitif (Gendlin, 1978) ou encore à la co-construction sujet/observateur du phénomène étudié (Giorgi, 1986 ; Polkinghorne, 1988), tous se focalisent sur le sens et l'impact des données psychologiques dans la vie quotidienne des individus. Plutôt que d'établir des évaluations de l'anxiété, de la dépression, des modes de faire-face, ces auteurs s'attachent à comprendre, en partant de situations concrètes, comment les individus aiment, vivent, créent et innovent (May et coll., 1958). Ils rappellent qu'une science psychologique qui serait désincarnée se couperait rapidement de l'expérience concrète (Elgin, Le Drew, 1997 ; Pauchant, 1995).

---

(2) Peut-être est-il temps, comme le proposait Jean-François Le Ny en mars 1999 dans le *Bulletin de psychologie*, et après des décennies de luttes, non pas de reconstruire un mythe d'une unité de la psychologie, mais d'accepter la fécondité de sa dualité.



Le débat dans le domaine de la santé

Au cours des années quatre-vingt se développe, aux Etats-Unis, une psychologie de la santé fondée sur le paradigme objectiviste et quantitatif et référée aux théories de la première révolution cognitive. Cette psychologie de la santé, peu connue des psychologues praticiens français, répond à une demande sociale et médicale pragmatique. Elle intervient à l'aide d'outils évaluatifs et de thérapies comportementales.

Elle est orientée par le modèle bio-psycho-social (3). Celui-ci complexifie le modèle bio-médical. Dans le modèle bio-psycho-social les événements de vie (heureux ou malheureux) ne sont pas conçus en soi comme stimulus stresseurs, impliquant une réponse (adaptée ou non) ; la réponse sera fonction de variables intermédiaires qui se comportent comme des modérateurs (support social perçu, stratégies de faire face, etc.). Mais ces dernières apparaissent comme des éléments hétérogènes et partiellement intégrés sur une base béhavioriste résiduelle du modèle bio-médical, lui-même fondé sur une théorie du stimulus/réponse.

Car, ces seuls éléments « modérateurs » sont ceux qui distinguent le modèle bio-psycho-social du modèle bio-médical tout en puisant leur source dans la « première révolution cognitive ». Or, il a fallu se résoudre à passer du constat physiologique médical (par exemple : des signes physiologiques du stress), à l'appréhension perceptive (stress perçu ou non) et enfin à son vécu subjectif (le stress peut prendre un sens différents suivant les personnes, mais également suivant le contexte dans lequel il apparaît), etc.

On voit alors renaître, au sein de la psychologie de la santé, les questions fondamentales de la psychologie, c'est-à-dire non seulement la perception, mais son vécu dans une situation donnée et par un sujet historisé.

C'est pourquoi le modèle « objectif » et quantitatif de la maladie a rapidement fait l'objet de critiques issues du courant qualitatif. D'ailleurs, dès 1985, apparaît peu à peu, au sein même de la psychologie cognitive, une distance vis-à-vis de l'évolution de cette dernière, marquant ce que l'on a appelé la « seconde révolution cognitive ».

Pour Bruner, l'objet de la psychologie reste bien l'étude de la manière dont l'esprit prend forme au travers de l'histoire et de la culture, quelles que soient les méthodes de recherche utilisées. Dès lors, pour atteindre cet objectif, la psychologie, et plus spécifiquement une psychologie dans le domaine de la santé, doit prendre en compte d'autres critères que ceux réductionnistes, car à ne s'attacher qu'aux prédictions causales (modèle bio-médical), la psychologie s'interdit de « comprendre comment les êtres humains interprètent leur monde et comment nous interprétons leurs actes d'interprétation » (Bruner, 1990, 15).

Ainsi, une psychologie dans le domaine de la santé et, en particulier, une psychologie cognitive, aurait tout à gagner à retrouver une voie qui s'intéresse à la construction du sens, autrement dit à se souvenir de ses origines (Bem, Keijzer, 1996 ; Bruner, 1990 ; Varela, 1989, 1993 ; Maturana, Varela, 1987).

La mise à l'écart, dans la recherche, voire dans les pratiques, de l'approche clinico-subjective et de son questionnement éthique et théorique comporte un coût non négligeable socialement. Celui-ci concerne les risques de rétrécissement du champ et de la portée psychologique de recherches trop standardisées et soumises à la demande sociale et/ou médicale (Bugental, Bracke, 1992 ; Goldfried, Wolfe, 1996).

Certains auteurs soulignent combien on assiste à une tentative d'effacement des dettes de la psychologie cognitive et comportementale envers des courants qui l'ont précédée ou accompagnée (Guba et coll., 1990 ; Josselson R. et coll., 1993 ; Moustakas, 1994), tels que divers courants de pensée philosophiques (4) ou bien que les recherches psychanalytiques (Freud mais aussi Jung) ou enfin que les recherches psychosociales, Maslow par exemple et son modèle de la hiérarchie des besoins (5).

Le rappel des enseignements des approches concrètes qualitatives, vient à point souligner que le modèle scientifique auquel aspire un certain courant de la psychologie apparaît comme une idéalisation, car la science n'est qu'une activité polymorphe, conduite par une série d'appuis théoriques et philosophiques utilisant des méthodologies différentes (Campbell, 1984 ; Mulkay 1991). De nombreux chercheurs en physique critiquent le modèle statique légué par Newton que la psychologie semble vouloir promouvoir.

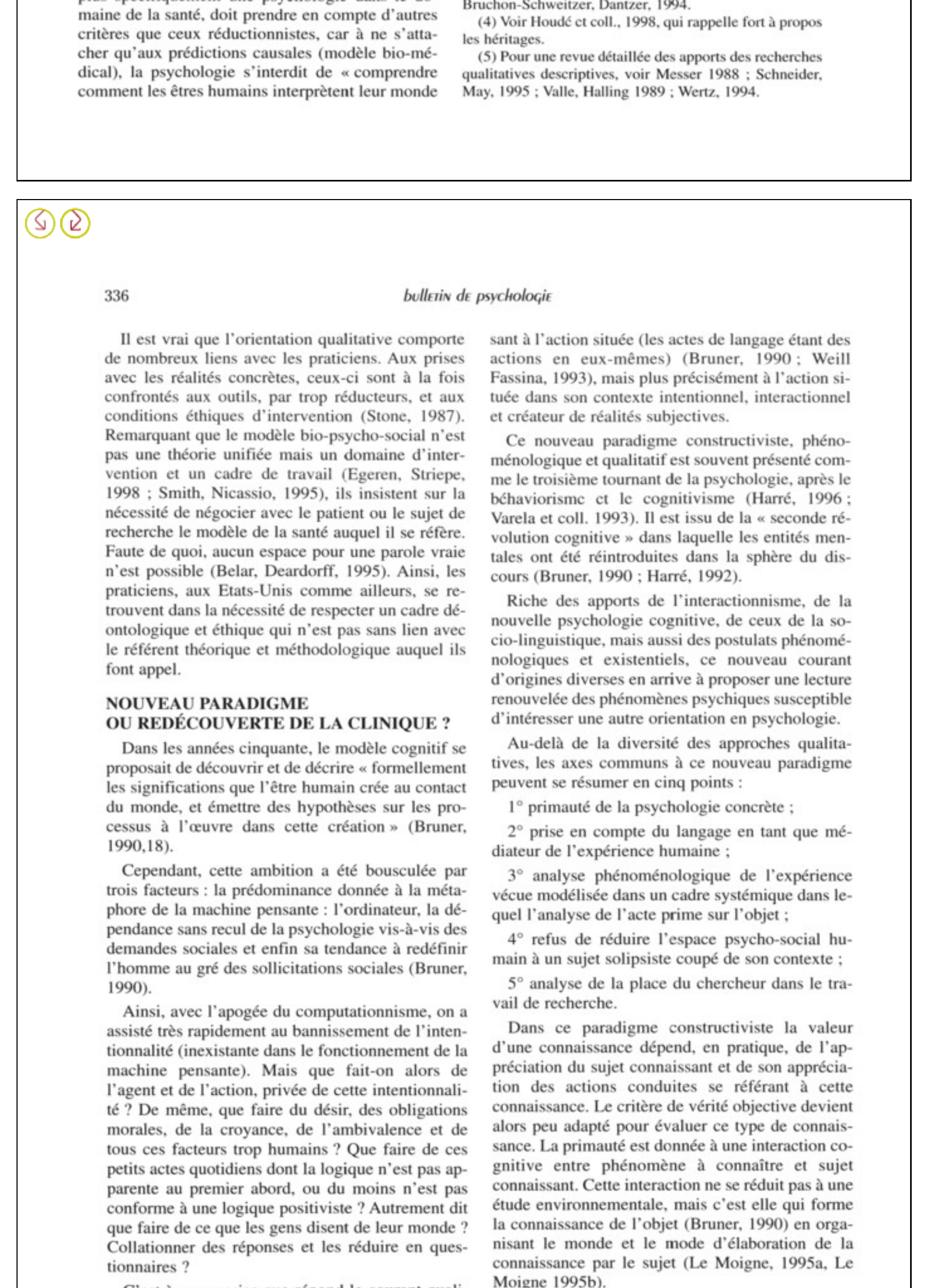
Les travaux phénoménologiques et existentiels, les recherches cliniques, (tant pratiques que théoriques), prennent davantage de temps mais apportent souvent aussi plus d'information et de nuances dans la connaissance du monde tel qu'il est vécu/pensé/appréhendé par les sujets (Howard et coll., 1993 ; Miller, 1996 ; Seligman, 1996 ; Elgin, LeDrew, 1997 ; Kvale, 1996 ; Denzin, 1994 ; Hollway, 1989).

---

(3) 10 Pour une introduction claire et pertinente voir Bruchon-Schweitzer, Dantzer, 1994.

(4) Voir Houdé et coll., 1998, qui rappelle fort à propos les héritages.

(5) Pour une revue détaillée des apports des recherches qualitatives descriptives, voir Messer 1988 ; Schneider, May, 1995 ; Valle, Halling 1989 ; Wertz, 1994.



Il est vrai que l'orientation qualitative comporte de nombreux liens avec les praticiens. Aux prises avec les réalités concrètes, ceux-ci sont à la fois confrontés aux outils, par trop réducteurs, et aux conditions éthiques d'intervention (Stone, 1987). Remarquant que le modèle bio-psycho-social n'est pas une théorie unifiée mais un domaine d'intervention et un cadre de travail (Egeren, Striepe, 1998 ; Smith, Nicassio, 1995), ils insistent sur la nécessité de négocier avec le patient ou le sujet de recherche le modèle de la santé auquel il se réfère. Faute de quoi, aucun espace pour une parole vraie n'est possible (Belar, Deardorff, 1995). Ainsi, les praticiens, aux Etats-Unis comme ailleurs, se retrouvent dans la nécessité de respecter un cadre déontologique et éthique qui n'est pas sans lien avec le référent théorique et méthodologique auquel ils font appel.

NOUVEAU PARADIGME OU REDÉCOUVERTE DE LA CLINIQUE ?

Dans les années cinquante, le modèle cognitif se proposait de découvrir et de décrire « formellement les significations que l'être humain crée au contact du monde, et émettre des hypothèses sur les processus à l'œuvre dans cette création » (Bruner, 1990,18).

Cependant, cette ambition a été bousculée par trois facteurs : la prédominance donnée à la métaphore de la machine pensante : l'ordinateur, la dépendance sans recul de la psychologie vis-à-vis des demandes sociales et enfin sa tendance à redéfinir l'homme au gré des sollicitations sociales (Bruner, 1990).

Ainsi, avec l'apogée du computationnisme, on a assisté très rapidement au bannissement de l'intentionnalité (inexistante dans le fonctionnement de la machine pensante). Mais que fait-on alors de l'agent et de l'action, privée de cette intentionnalité ? De même, que faire du désir, des obligations morales, de la croyance, de l'ambivalence et de tous ces facteurs trop humains ? Que faire de ces petits actes quotidiens dont la logique n'est pas apparente au premier abord, ou du moins n'est pas conforme à une logique positiviste ? Autrement dit que faire de ce que les gens disent de leur monde ? Collationner des réponses et les réduire en questionnaires ?

C'est à ces apories que répond le courant qualitatif. Une autre voie est possible, et semble maintenant commencer à se faire entendre (voir le débat dans le *British medical journal* depuis 1995, Mays, Pope, 1995 ; Giami, 1997), celle dans laquelle la psychologie se déleste d'une part des idéaux du modèle bio-médical pour retrouver ses propres questionnements. Celle dans laquelle les enseignements de ses recherches quantitatives s'articulent avec ceux davantage qualitatifs (6). Celle s'intéressant à l'action située (les actes de langage étant des actions en eux-mêmes) (Bruner, 1990 ; Weill Fassina, 1993), mais plus précisément à l'action située dans son contexte intentionnel, interactionnel et créateur de réalités subjectives.

Ce nouveau paradigme constructiviste, phénoménologique et qualitatif est souvent présenté comme le troisième tournant de la psychologie, après le béhaviorisme et le cognitivisme (Harré, 1996 ; Varela et coll. 1993). Il est issu de la « seconde révolution cognitive » dans laquelle les entités mentales ont été réintroduites dans la sphère du discours (Bruner, 1990 ; Harré, 1992).

Riche des apports de l'interactionnisme, de la nouvelle psychologie cognitive, de ceux de la socio-linguistique, mais aussi des postulats phénoménologiques et existentiels, ce nouveau courant d'origines diverses en arrive à proposer une lecture renouvelée des phénomènes psychiques susceptible d'intéresser une autre orientation en psychologie.

Au-delà de la diversité des approches qualitatives, les axes communs à ce nouveau paradigme peuvent se résumer en cinq points :

1° primauté de la psychologie concrète ;

2° prise en compte du langage en tant que médiateur de l'expérience humaine ;

3° analyse phénoménologique de l'expérience vécue modélisée dans un cadre systémique dans lequel l'analyse de l'acte prime sur l'objet ;

4° refus de réduire l'espace psycho-social humain à un sujet solipsiste coupé de son contexte ;

5° analyse de la place du chercheur dans le travail de recherche.

Dans ce paradigme constructiviste la valeur d'une connaissance dépend, en pratique, de l'appréciation du sujet connaissant et de son appréciation des actions conduites se référant à cette connaissance. Le critère de vérité objective devient alors peu adapté pour évaluer ce type de connaissance. La primauté est donnée à une interaction cognitive entre phénomène à connaître et sujet connaissant. Cette interaction ne se réduit pas à une étude environnementale, mais c'est elle qui forme la connaissance de l'objet (Bruner, 1990) en organisant le monde et le mode d'élaboration de la connaissance par le sujet (Le Moigne, 1995a, Le Moigne 1995b).

---

(6) Toutefois ne nous leurrons pas, la coopération est loin d'être aisée. Pour qu'elle puisse prendre réellement effet, et qu'elle ne se réduise pas simplement et purement à une juxtaposition de méthodes et de résultats, il reste encore à analyser et à élaborer les conséquences d'un certain nombre d'impensés au sein du modèle bio-psycho-social et à formaliser les nombreux travaux cliniques effectués dans le champ de la santé ne se réduisant pas à la seule psychanalyse.

Persée © 2005-2023