

Interview avec Raphaël Minjard

Vous êtes psychologue à Genève, Maître de conférences à l'Université de Lyon, Vice-président de la Société Lyonnaise d'Étude de la Douleur – quel est le trait d'union de ces activités ?

C'est l'exploration du « processus de liaison » référé à la métapsychologie freudienne et son rapport à l'inconscient qui représente le trait d'union de mon parcours de psychologue enseignant chercheur. Mon expérience professionnelle vient nourrir mes travaux de recherche et d'enseignement dans divers domaines tels que la prise en charge des patients en service de médecine spécialisée, mais également dans ma pratique quotidienne de psychanalyste et psychologue à Genève, en Cabinet Médical et Psychiatrique privé de taille moyenne regroupant plusieurs psychologues en collaboration avec deux psychiatres et une spécialiste en médecine interne.

Comment vous êtes-vous orienté vers la pratique hospitalière ?

C'est au cours des stages que j'ai effectués durant mon cursus en psychopathologie clinique à l'Université de Lyon que j'ai découvert le travail de psychologue en institution hospitalière somatique. Mon intérêt s'est particulièrement porté sur ce que l'on nomme les « cliniques de l'extrême » ou les « dispositifs à géométrie variable ». Ces découvertes se sont portées sur des champs comme ceux de l'éveil de coma ou de la douleur chronique avec une préoccupation particulière pour le travail sur le délire, la mémoire, la douleur chronique ou la relation entre psychanalyse et sciences.

Votre travail de doctorat porte justement sur ces thématiques et a été publié récemment chez Dunod sous le titre *L'éveil du coma. Approche psychanalytique*. Cela peut paraître incongru d'appliquer la perspective psychanalytique à un malade qui est en train de récupérer son fonctionnement mental - comment applique-t-on cette approche au cours de l'éveil du coma ?

Ce qui serait incongru ce serait de penser que le travail psychanalytique se cantonne à l'expérience de la cure type et au setting divan/fauteuil. La psychanalyse nous enseigne à travailler et à prendre en compte le « processus transférentiel » ou « pré-transférentiel » en l'occurrence. Le moment de l'éveil du coma est un moment de réorganisation psychique sur fond de débâcle somatique. Cette réorganisation mobilise le sujet non seulement dans l'instant, mais également dans son histoire singulière et familiale. Mon travail s'inscrit là, au moment de la ré-émergence des processus de symbolisation. L'accompagnement des patients en état de précarité vitale demande au psychologue un travail d'accueil et d'écoute qui le fait endosser une « fonction de témoin » éprouvant et traduisant un cer-

tain nombre d'éprouvés que le patient va devoir petit à petit se réapproprier. C'est un travail minutieux qui demande de plonger avec le patient au cœur du service de réanimation pour œuvrer à la réanimation psychique. Le psychologue n'est pas là pour tout expliquer au patient et à la famille, il doit tenir une position intenable, sur le fil du champ opératoire, il doit accompagner le patient dans cet inexplicable de l'éveil, dans la traversée de l'inquiétante étrangeté.

Le psychologue travaille à la liaison, à la fois dans la singularité de la rencontre avec ces patients et dans une approche pluriprofessionnelle. Le travail de lien est pour moi l'élément fondamental de la relation thérapeutique dans ces services mais dans de nombreux autres également.

C'est effectivement très important d'offrir aux patients en éveil du coma cette chance de réorganisation-restauration psychique qui paraît extrêmement difficile à effectuer du côté du psychologue et qui, en même temps, n'est pas souvent offerte par les services médicaux. Comment un psychologue spécialisé dans l'éveil du coma fait-il sa place dans un service hospitalier ?

Être psychologue dans un service hospitalier demande, selon mon expérience, une connaissance suffisante du registre de représentation et du champ « opératoire » des autres professionnels. Bien sûr, ces connaissances se développent au fil de la pratique et des rencontres. Il est important de souligner combien il est nécessaire d'être attentif et de se préserver de notre propre fonctionnement qui tendrait à la prévalence de la toute-puissance de la pensée. Les services de réanimation nous donnent en ce sens une leçon d'humilité car, sans leur savoir-faire et leur haute qualité de pratique, bon nombre de patients ne seraient pas là pour nous parler. Pour autant, l'écoute du psychologue dans ce qu'elle a de transformationnel, par la mise en lien et en sens de l'affect au travers de la parole, offre également aux équipes et aux familles un soutien face aux situations extrêmes dans lesquelles elles sont plongées. Afin de développer cette approche, nous avons créé à Lyon l'association *Collectif PsyRéa*.

Pouvez-vous nous en dire plus sur ce Collectif ?

Le *Collectif PsyRéa* est un lieu d'échanges et de formation théorique-pratique sur différents thèmes qui touchent l'accompagnement des patients et de leurs proches, ainsi que les pratiques soignantes en réanimation. Il est constitué de psychologues cliniciens, de praticiens, de chercheurs et d'enseignants-chercheurs d'orientation psychanalytique, neuropsychologique et de psychologues en fin de formation universitaire. Il est ouvert à tout praticien de réanimation quelle que soit sa profession. J'ai créé ce collectif en collaboration



avec le Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique de Lyon.

Son objectif est de mieux cerner les problématiques réanimatoires et de former les futurs psychologues amenés à travailler en service de médecine à une plus large compréhension des pratiques soignantes de ces services en croisant les regards et les modèles des praticiens et des théoriciens et en partageant sur les pratiques de différents services. Ce dispositif permet, en améliorant la compréhension des enjeux notamment psychiques de l'éveil de coma et leurs répercussions dans la vie du sujet, de créer de nouveaux dispositifs et de développer les pratiques de prise en charge et d'accompagnement des patients, des familles et des équipes en lien avec l'actualité des réanimations ou des lieux où la vie fait urgence.

Comment intervient-on en tant que psychologue auprès d'un patient en éveil de coma?

Les patients en éveil de coma doivent effectuer un travail de réappropriation non seulement somatique mais aussi psychique au fur et à mesure de la ré-émergence de la capacité à symboliser. Cette capacité fait retour au sein du service de réanimation donnant à vivre aux patients un sentiment d'inquiétante étrangeté et de surcharge traumatique. Le psychologue endosse alors une fonction de témoin. Il est celui qui ne «fait» pas, mais qui se fait mémoire pour le patient. Le psychologue intervient dans la continuité de la présence auprès du patient. Il travaille au lien dans l'histoire du patient suspendue par le coma. Le psychologue est porteur et transmetteur d'une partie de l'histoire du patient, de son histoire affectivée. Il effectue un travail de mémoire, de co-mémoration avec la famille, les soignants et le patient recouvrant ses capacités de symbolisation.

Vous êtes co-fondateur d'une revue transdisciplinaire de psychanalyse et sciences appelée *In Analysis* qui est en pleine construction; son premier numéro est attendu pour cet automne. Pourquoi une revue qui articule la psychanalyse et les sciences, deux champs de compréhension de l'esprit apparemment disjoints et en conflit?

Cette revue aborde, au travers de réflexions communes de cliniciens, enseignants et chercheurs de différentes disciplines, les articulations entre la psychanalyse et les sciences dans une perspective translationnelle. L'indissociabilité corps-esprit nous pousse à poser la question du sujet sous la double perspective psychanalytique et scientifique. La francophonie ne possède actuellement pas de tel support de réflexion. Notre objectif n'est pas de démontrer la prévalence d'une science sur une autre, mais d'ouvrir des espaces d'investigation et d'échange en proposant aux lecteurs un regard pluridisciplinaire autour de notions-clés de la vie du sujet humain. La psychanalyse est le lieu de la parole, d'une parole tant corporelle qu'émotionnelle.

Une parole affectée issue du vécu du sujet.

L'affect est à la fois une modification physiologique du corps et un éprouvé psychique. Tout événement qui affecte le corps, par maladie ou accident, implique un certain travail psychique. L'affect possède donc une racine corporelle, somatique, et une racine psychique, intersubjective, en lien avec l'environnement maternel primaire qui a contribué à la construction du sujet en proposant des expériences agréables ou désagréables, donc marquées à la fois émotionnellement et cognitivement.

Comment introduit-on, plus concrètement, une réflexion scientifique dans le cadre d'une cure d'orientation psychanalytique?

L'affect émerge à la crête entre les versants somatique et psychique. Dans la vie du sujet humain la question de l'éprouvé des affects, de leur destin, est cruciale. L'affect est une information à double sens. D'une part, il est un signal sur ce qui se passe en nous, l'état de notre corps, les quantités de tension que nous ressentons. D'autre part, il est un signal en direction de l'autre semblable, mère, partenaire, ami ou parent. L'écoute psychanalytique permet l'approche de l'inconscient du sujet à travers cette parole affectée. Cette parole émerge difficilement dans un cadre scientifique expérimental qui doit restreindre et contrôler le nombre de variables en jeu pour en saisir la portée. La démarche scientifique apporte ainsi des points de repères, des preuves tangibles sur le fonctionnement du sujet. Ces preuves ne peuvent être valables sans la prise en compte de la singularité de la subjectivité. Ainsi, savoir que la mémoire fonctionne par strates, couches et réinscriptions successive est une chose, savoir comment le sujet dans la singularité de son vécu se débrouille avec en est une autre. De même, pour le psychanalyste, il est tout à fait intéressant de savoir que la mémoire est une reconstruction permanente et que de ce fait il n'existe pas de vrais souvenirs. Pour autant celui que le patient évoque en séance est toujours vrai pour lui au moment où il l'évoque et l'affect mobilisé à ce moment précis ne lui procure sûrement pas les mêmes sensations corporelles qu'à un autre moment de sa vie. Ces quelques exemples montrent ainsi en quoi il apparaît important de connaître le champ des sciences pour penser de manière plus large la vie du sujet affecté.

Que pensez-vous des rapports qu'entretiennent psychologues et psychiatres en Suisse?

Il est compliqué de traiter des rapports entre psychologues et psychiatres en Suisse sans prendre en compte un modèle de la santé basé sur la prise en charge de la thérapie par un tiers assureur et payeur. Cette triangulation doit être pensée car elle pousse nécessairement à des enjeux de pouvoir qui se répercutent sur la prise en charge des patients et les dispositifs inhérents à ces prises en charge. Les rapports entretenus par ces deux

spécialistes de la compréhension du psychisme humain sont bien souvent trop envahis par une question financière, qui reflète selon moi principalement une question de reconnaissance.

Comment une profession peut-elle reconnaître l'autre dans ses différences et dans leur complémentarité? Qu'en serait-il de ces enjeux si la thérapie n'était pas remboursée ou si le patient pouvait choisir son thérapeute sans avoir à passer par un médecin délégué? Il me semble que nous avons à penser notre positionnement au regard des autres professions et à considérer nos formations comme suffisantes de façon à créer de nouveaux dispositifs d'accueil tournés vers les patients et non vers une quête interminable de reconnaissance.

A Genève il arrive souvent que des psychiatres exerçant en cabinet privé ne souhaitent pas déléguer la psychothérapie à des psychothérapeutes ASP en privilégiant des membres de la FSP. Comment interprétez-vous ce malentendu et surtout le monopole que crée la FSP?

Cette question touche à mon sens directement à la formation des psychologues en Suisse et aux attentes concernant les droits de pratique. Qu'est-ce qu'être psychologue? Que cherche-t-on dans une candidature de psychologue? Pourquoi s'affilier à une association plutôt qu'à une autre? On ne peut devenir psychologue que par une démarche d'appropriation clinico-théorique. Cette démarche ne peut exister hors d'une prise en compte d'un parcours subjectif. Toute la question revient encore à la notion de reconnaissance.

De qui et par qui doit-on se reconnaître psychologue? Bien sûr il faut un cadre général commun pour différencier un psychologue et un fleuriste. Pour autant tous les psychologues doivent-ils avoir le même parcours? Doivent-ils avoir les mêmes références, être analysés par les mêmes analystes ou supervisés par des superviseurs de la même société, association ou fédération? Ces questions sont fondamentales si l'on considère encore une fois la singularité de l'être humain. Comment accompagner les patients dans un travail de différenciation si le thérapeute n'effectue pas lui-même un travail de déprise de sa propre formation, de ses propres maîtres?

Je crois que la difficulté actuelle est de penser la co-existence de plusieurs associations délivrant le même titre et supposant des parcours de formation différents. A ce titre il semble urgent de se déprendre d'un modèle de formation et de reconnaissance trop médical.

Le point important est de pouvoir défendre et discuter différents aspects portant sur la spécialisation. La richesse de notre profession est la diversité des pratiques et la spécialité que chaque pratique développe. Le risque est de verser du côté d'une vision

trop monolithique portée par une seule association. Il semble également qu'un titre fédéral de spécialiste en psychothérapie doit être reconnu et suffisant pour exercer dans n'importe quel canton. Au final, chaque psychologue à l'issue de sa formation universitaire devrait avoir le choix de son parcours vers le titre de spécialiste en psychothérapie.

Pourquoi avoir choisi l'ASP?

Ce qui m'a attiré dans l'ASP, c'est sa dimension humaine et humaniste. Il me semble que cette association sait conjuguer la rigueur demandée pour la reconnaissance des droits de pratique sans imposer un cursus qui ne se reconnaîtrait que de l'ASP. L'association offre ainsi la possibilité de son propre cheminement, ce qui me semble être le plus proche de ma pratique.

Concernant le fonctionnement actuel de l'ASP, dont l'objectif est de vous représenter, quelles sont vos remarques ou vos propositions?

Un point fort de cette association est l'accueil réservé aux nouveaux arrivants et la prise en compte des singularités. Au titre de cet accueil et puisqu'il en est de circonstance, je remercie tout particulièrement Mme Patricia Fourati pour sa qualité d'accueil, d'écoute et d'accompagnement dont elle a su faire preuve depuis mon arrivée à l'ASP en 2012. L'ASP montre une tentative de ne pas trop protocoliser la formation en favorisant l'échange et permettant un cursus sur mesure et non de formation prêt-à-porter.

Pour autant il apparaît important que l'association conserve et développe son dynamisme ainsi qu'une meilleure lisibilité. En effet bien souvent l'ASP n'est pas connue des psychologues sortant de formation universitaire. Elle est également peu connue des praticiens, ce qui peut tout à fait expliquer les réticences de certains médecins préférant par exemple la FSP beaucoup mieux identifiée. Il est tout à fait important de conserver notre spécificité de l'approche de la vie du sujet et de ses émotions comme différente et complémentaire d'une approche médicale. Ainsi il est important de nous déprendre d'une identification à celui-ci.

Sans doute serait-il intéressant de développer dans le journal un espace proposant la publication de travaux de psychothérapeutes pour développer un magazine actuellement très centré sur les avancées en terme de reconnaissance et de Lpsy. Ce sujet est évidemment très actuel et important mais il ne nous propose pas de supports de pensée pour dynamiser notre pratique de psychothérapeute qui reste l'élément principal de notre profession.

Dr. Liviu Poenaru