

ACTUALITÉ DE LA PENSÉE CRITIQUE EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ SOMATIQUE ET MENTALE DANS LE MONDE ANGLO-SAXON

[Marie Santiago Delefosse](#)

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

2011/1 Numéro 511 | pages 5 à 13

ISSN 0007-4403

DOI 10.3917/bupsy.511.0005

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2011-1-page-5.htm>

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.

Actualité de la pensée critique en psychologie de la santé somatique et mentale dans le monde anglo-saxon

SANTIAGO-DELEFOSSE Marie*

J'étais déçu par la sécheresse et l'abstraction, et l'absence de réalité de tous ces arguments. Je souhaitais une psychologie qui puisse être appliquée à des vraies personnes dans leur vie quotidienne et non pas des abstractions intellectuelles de laboratoire. Je voulais une psychologie qui soit pertinente, qui donne quelque substance à nos discussions sur le fondement d'une nouvelle vie... (A. Luria, 1986)

Depuis ces vingt dernières années, la psychologie de la santé somatique et/ou mentale connaît un certain nombre de questionnements dans le monde anglo-saxon. Pour preuve, la montée en force des symposiums et communications « qualitatives » dans les congrès de l'*European health psychology society* (EHPS). Alors que ces communications étaient presque inexistantes jusqu'en 2007, on a vu paraître, en 2008, des symposiums spécifiques (à Gallway); cette expansion s'est poursuivie en 2009 (Bath) et confirmée en 2010 (à Cluj). Cette évolution souligne l'importance des confrontations actuelles au sein de la psychologie (Santiago-Delefosse, 2008).

Aujourd'hui, comme dans les années 1930 (Vygotski, 1927; Luria, 1979), les oppositions paradigmatiques sont loin d'être résolues (Santiago-Delefosse, 2007). Ces oppositions concernent des systèmes de croyances fondamentales, qui définissent l'objet de recherche d'une discipline, ses limites et ses méthodes. Ces systèmes constituent les soubassements implicites des théories du sujet, auxquelles on se réfère dans la recherche comme dans les interventions.

En psychologie, force est de constater que chercheurs et praticiens font appel à des théories du sujet contradictoires, voire antinomiques, selon qu'ils se situent dans une vision du monde positiviste (ou néo-positiviste) ou plus subjectiviste, voire constructiviste (Santiago-Delefosse, Rouan, 2001). Or, l'explicitation des théories du sujet, qui guident le chercheur, est rarement exposée. Celle-ci ne peut se faire sans solliciter sa réflexivité, contribuant à une élucidation des valeurs et des présupposés contenus dans les méthodes et théories, dont il fait usage.

Une telle démarche serait une réelle nouveauté, puisque, depuis plus de cinquante ans (Bruner, 1990; Varela, Thompson, Rosch, 1993), le balancier de la recherche en psychologie penche principalement vers une position objectiviste (Schneider, 1998), celle-ci affirmant que tous ses travaux sont indépendants de toute valeur, c'est-à-dire que les théories, les méthodes, les résultats sont indépendants de toute valeur et de toute subjectivité, qu'ils sont réalisés et obtenus dans un contexte épuré (neutre).

Dès les années 1990, de nombreux psychologues ont fait le constat des faiblesses de cette posture objectiviste de la psychologie (Danzinger 1990; Denzin, Lincoln, 1994; Smith, Harré, van Langenhove, 1995; Yardley 1997; Bayer, Shotter, 1998; Schneider, 1998). Ils ont mis en avant la nécessité de se tourner vers des méthodes prenant davantage en compte, tant la place du chercheur, son implication dans la recherche et les interférences qui en découlent, que la subjectivité des sujets, leur singularité et leur insertion dans un contexte historico-culturel (Bevan, Kessel, 1994; O'Hara, 1994; Taylor, 1992; Walsh, Vaughan, 1993; Santiago-Delefosse, 2000, 2001).

Par la suite, dans les années 2000, cette contestation devient plus radicale et gagne la psychologie de la santé *via* la *Critical health psychology*, et la psychopathologie de la santé *via* la *Critical psychiatry*. Elle interroge, non plus seulement, les méthodes, mais les objets de la psychologie, ainsi

* Université de Lausanne, Institut de psychologie, Centre de recherche en psychologie de la santé (CerPsa), Dorigny, 1015 Lausanne, Suisse.
<marie.santiago@unil.ch>

que les valeurs qui sous-tendent les recherches et les interventions.

Le présent article expose, dans un premier temps, les origines historiques, peu connues, de la psychologie critique ; il pose, ensuite, les repères essentiels de la posture critique en psychologie de la santé somatique et, enfin, celle de la santé mentale. La conclusion développe les intérêts et limites d'une telle position, elle propose une critique de la critique.

COURANTS À L'ORIGINE DE LA PERSPECTIVE CRITIQUE EN PSYCHOLOGIE

La psychologie critique et ses origines allemandes

Le terme de « Critical theory » s'attache à toutes les sciences humaines ; il est issu des travaux de l'école des Sciences sociales de Francfort, bien que développé, par la suite, par d'autres auteurs (Horkheimer, 1937 ; Adorno, 1969 ; Habermas, 1976). Dans les humanités (littérature, philosophie), ce terme rend compte du processus herméneutique, permettant l'explicitation du sens intime des textes. Dans les sciences sociales, le terme renvoie, d'ailleurs, au processus de « connaissance réflexive », permettant d'explicitier les liens socio-historiques entre compréhension et explication théorique. Dans ce cadre de référence, la pensée « critique » doit permettre la mise en évidence des systèmes de domination sociale et politiques, sous-jacents à toute recherche (Jacoby, 1975).

Au sein de la psychologie, on voit apparaître, explicitement, le terme de « critical psychology », dans les années 1970, en suite des événements des années 1960, survenus à la Freie Universität de Berlin (Tolman, Maiers, 1991 ; Tolman, 1994). Ces événements sociaux ont donné lieu à une contestation dans l'ensemble de la psychologie, contestation sociale, mais aussi du rôle et de l'objet de la psychologie. Ils ont été initiés sous l'influence d'Irmingard Staeuble et de Klaus Holzkamp, professeur de psychologie et auteur de nombreux textes et manuels.

Leur critique de la psychologie dominante n'était pas très éloignée de la critique actuelle. Ils soulignaient l'insuffisance de prise en compte de la nature, essentiellement politique, de la science, qui a, entre autres, conduit les universités allemandes à une certaine compromission avec les idéaux de la période la plus noire de l'Allemagne. Ils remettaient en question la supposée « neutralité » de la science, qui renvoie l'engagement dans la Cité à la seule responsabilité des consciences individuelles, sans tenir compte des influences des contextes socio-économique, politique, groupal, etc. Cette

supposée « neutralité » masque le fait que la science n'existe que dans des intérêts multiples et contradictoires, si bien que les faits de conscience sont toujours médiatisés par des contextes complexes, sociaux et historiques.

Pour Holzkamp, les psychologues, qui refusent d'en tenir compte dans leurs travaux, se mettent, purement et simplement, au service des idéologies prévalentes (actuellement néo-libérale). Les principaux champs d'exercice de la psychologie – santé, travail, école, armée, études de marché, publicité, économie, etc. – sont historiquement et politiquement situés, aussi, la « neutralité » du chercheur reste un leurre et une erreur méthodologique. Toute psychologie, qui ne tient pas compte d'une telle insertion sociale et culturelle, ne peut que nier une partie des faits observés et, ce faisant, contribuer à la stabilisation des idéologies néolibérales, aux idéaux d'efficacité et/ou à la conformité sociale (Staeuble 1978 ; Holzkamp, 1991 ; Tolman, 1994).

La psychologie critique et ses reprises actuelles dans les courants anglo-saxons

À partir de ces prémisses, les courants actuels de la psychologie critique émergent dans les années 1990. Ils représentent un champ hétérogène, tant dans leurs objectifs que dans leurs perspectives théoriques (Santiago-Delefosse, Chamberlain, 2008). Ils sont issus, à la fois, d'une contestation méthodologique, d'une implication politique, d'un intérêt marqué pour le langage et de l'influence des *cultural studies* et des *feminist studies* (Parker, 2005). Ces influences diverses conduisent à une réévaluation de la subjectivité, de la singularité et de leur immersion historico-culturelle. On peut considérer que leurs travaux constituent plus une posture épistémologique qu'une discipline nouvelle, ce qui pose la question des objets de la psychologie, comme de la manière de « faire » la science psychologique (Henriques, Holloway, Urwin, Couze, Walkerdine, 1984 ; Crossley, 2000 ; Walkerdine, 2002 ; Brown, Stenner, 2009). Ils prennent leurs distances, également, à l'égard des méthodes dominantes et s'intéressent à la prise en compte de la singularité intersubjective dans son lien au social et à la culture.

Au-delà de leur diversité, les auteurs actuels partagent quelques points fondamentaux, qui recourent ceux de Holzkamp. Ils prennent acte des inégalités sociales actuelles et de la soumission de la psychologie dominante. De nombreux travaux de celle-ci, sous prétexte de « neutralité », se limitent à une analyse des marqueurs individuels pour expliquer des phénomènes complexes, culturels, économiques et sociaux. De ce fait, ces recherches s'opposent à une compréhension globale des déterminants du malaise actuel. Cette psychologie méconnaît, elle-même, sa place dans le système et

sa détermination historique, économique et politique. L'individualisme qu'elle promeut se trouve « naturalisé », et les facteurs psychologiques, qui contribuent au lien social et au souci de l'autre sont méconnus.

Face à ces limites, les psychologues critiques cherchent à promouvoir des théories et méthodes de rechange, pour contribuer à l'émancipation des personnes, à la prise en compte de leur subjectivité et de leur implication sociale et non à leur soumission à des normes uniques (Tolman, 1994 ; Fox, Prilleltensky, 1997 ; Murray, 2004 ; Fox, Sloan, Austin, 2008).

Pour ces auteurs, critiquer les buts de la psychologie n'est pas refuser la psychologie : bien au contraire, c'est contribuer à son progrès et à sa transformation. Ils souhaitent œuvrer pour une psychologie qui respecte les spécificités de chacun, qui prenne en compte l'être humain en tant qu'être social, et qui élabore des théories susceptibles de rendre compte de la complexité de la vie humaine dans la vie quotidienne. Une telle psychologie est impliquée dans la cité, dans ses pratiques et ses recherches, et re-considère le rôle de l'idéologie dans ses théories comme dans ses méthodes (Santiago-Delefosse, Chamberlain, 2008).

Une psychologie critique dans le champ de la santé somatique, *Critical Health Psychology*

De son côté, la psychologie de la santé a été fortement façonnée par le courant dominant, objectiviste, quantitatif, s'estimant indépendant de toute valeur, et cela depuis ses origines en 1975-1980.

Dès les années 1990, afin de dépasser les limites de ces travaux, un certain nombre d'auteurs se sont tournés vers des méthodes davantage qualitatives, prenant en compte la parole en tant qu'indicateur d'une subjectivité singulière. Cependant, dès les années 2000, on assiste à une certaine désillusion face aux attentes de modification des conceptions méthodologiques. Ainsi, s'aperçoit-on que les méthodes, en l'absence de modèles théoriques, ne modifient pas les paradigmes et comportent un certain nombre de limites. En effet, on peut se référer aux méthodes qualitatives, tout en restant dans un paradigme néo-positiviste. Les études qualitatives constituent, alors, un simple prétexte aux analyses statistiques dominantes, les propos recueillis venant étayer les résultats quantitatifs. L'être humain, sous-tendu par de telles recherches, reste objectivé et guère contextualisé ; l'explicitation de la place du chercheur et des valeurs en jeu reste un point aveugle constant. À l'opposé, on peut se réfugier dans les seules données empiriques qualitatives. De tels travaux présentent des résultats sous forme de reformulations des dires des sujets, sans aucune analyse théorique, réduisant l'analyse

psychologique à une description ethnométhodologique, qui n'apporte aucune connaissance nouvelle.

Force a été de constater que le débat sur les méthodes, en l'absence de pensée et de théorie de l'objet de la psychologie, ne sont que d'un intérêt restreint (Vygotski, 1927 ; Chamberlain, 2000 ; Stam, 2000 ; Santiago-Delefosse, 2000 ; Meyrick, 2006 ; Crossley, 2007).

La position de la psychologie critique de la santé

Dans ce contexte, un certain nombre d'auteurs, issus de la psychologie qualitative de la santé, se sont accordés sur la nécessité d'une conceptualisation plus forte et d'un retour aux théories à mettre en accord avec les méthodes. Ces courants, réunis sous le nom de « Critical Health Psychology », ne sont pas homogènes. Leurs critiques sont, à la fois, théoriques, méthodologiques, et épistémologiques (Stam, 1998, 2002 ; Nicholson, 2001 ; Pilgrim, 2002, Kincheloe, McLaren, 2005)

Sur le plan de la théorie, ces auteurs soulignent la fonction rhétorique floue du « modèle bio-psycho-social » (Stam, 2000 ; Crossley, 2007), le fait qu'il ne présente aucune différenciation par rapport au modèle bio-médical, et qu'il ne comporte jamais une définition de la santé. Cet appareillage étant constitué par une somme de variables, dont certaines entraînent une extension du domaine médical, plus qu'elles n'ajoutent une valeur aux modèles psychologiques, qui restent absents. Les recherches, axées sur ce modèle, reposent principalement sur une collusion entre les valeurs de la bio-médecine et ses priorités institutionnelles sanitaires. Elles ne prennent aucune distance par rapport à la médicalisation de la vie quotidienne, qui n'est jamais remise en question.

De ce contexte théorique peu conceptualisé découle une position « méthodolâtrique » quantitativiste (Bruner, 1990), qui entre au service d'une construction discursive de la santé et de la maladie, conçues comme ensemble hétérogène de variables comportementales. D'un autre côté, la référence aux statistiques inférentielles autorise à émettre des jugements simples et polarisés sur les différentes variables (Stam, 2000).

Enfin, l'absence de réflexivité de ces travaux conduit à une attitude épistémologique, qui méconnaît les conséquences des valeurs en jeu. En effet, les résultats, conçus comme indépendants de toute valeur et comme inhérents à des problèmes individuels (ajustement, faire face, personnalité, etc.), se présentent comme des explications psychologiques individuelles. Ils ignorent le poids des pressions économiques et politiques qui peuvent influencer sur ces résultats. Ils se mettent, ainsi, au service des normes sociales, sans aucune interrogation du sens,

pour les individus et/ou du coût psychique de cet individualisme, tant pour les individus, que pour les groupes et/ou communautés. Guidée par une vision solipsiste de l'homme, cette psychologie convient parfaitement aux idéaux néo-libéraux (et à leur toute puissance dans les processus de mondialisation ambiante).

Ces auteurs s'interrogent, ainsi, sur la/les théories du sujet, qui guident la psychologie de la santé, ainsi que sur la position du psychologue dans la Cité, sur ses responsabilités éthiques, comme sur la formation qu'il dispense. Le psychologue, dans ses interventions, ses recherches et ses formations, ne peut ni ignorer les conséquences de ses pratiques (individuelles, sociales, politiques, etc.), ni faire l'économie d'une analyse réflexive sur les valeurs qu'il promeut à travers ses dires et ses actes. En l'absence de cette interrogation éthique et épistémologique, le psychologue risque de devenir, purement et simplement, un outil au service des pouvoirs en place et de l'idéologie dominante.

Une pensée critique en psychologie conduit à développer des théories du sujet. Elle exige une conceptualisation des mécanismes subjectifs et intersubjectifs en œuvre dans la santé et dans la maladie et, cela, d'un point de vue psychologique. Une telle analyse n'ignore pas les enseignements de l'anthropologie et des autres sciences sociales, ainsi que la complexité des formations subjectives (conscientes et non conscientes) (Murray, 2004 ; Santiago-Delefosse, 2002).

UNE CRITIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE, LA CRITICAL PSYCHIATRY

Le statut de la folie a toujours fait débat, tant sur les conceptions étiologiques de celle-ci, entre psychogénèse, sociogénèse et organogénèse, que sur le rôle du psychiatre. Au XX^e siècle, ces débats se sont poursuivis, plus particulièrement dans les années 1980, avec l'avènement du DSM. Le (re) nouveau d'une critique en psychopathologie et en psychiatrie trouve ses racines, comme pour la psychologie, dans les confrontations des années 1960¹.

Les années 1960-1980, un terreau pour la critique actuelle

Entre les années 1960 et 1980, les confrontations au sein de la psychiatrie, vont être ravivées. D'une part, le contexte socio-politique des années 1960

va permettre le développement d'un courant critique, le courant anti-psychiatrie. D'autre part, cette contestation, alliée aux questions économiques, va conduire à la révision du DSM dans les années 1970/1980.

Le courant anti-psychiatrie, faisait une critique violente de la psychiatrie, qu'il considérait comme un outil de répression sociale et de coercition. Il remettait en question le rôle du psychiatre et sa fonction sociale. De même qu'il refusait le modèle des sciences naturelles pour rendre compte des conduites complexes : la psychiatrie devrait s'efforcer de les comprendre et d'en interpréter le sens (Laing, 1970 ; Cooper, 1970). Ce courant remettait, donc, en cause les explications étiologiques purement organiques de la folie. Il est à l'origine de la mise en place de communautés thérapeutiques spécifiques, qui souhaitaient changer les représentations de la maladie mentale, proposer de nouveaux modèles, dans lesquels la maladie est comprise comme l'expression d'un contexte social global, et qui faisaient appel à des thérapeutiques de rechange aux psychotropes.

Ce courant s'est développé dans tous les pays occidentaux. En France, il prolongeait les questionnements de la psychiatrie institutionnelle des années 1950. Cependant, dès les années 1980, il est tombé dans l'oubli sous la pression de différents facteurs, dont la montée du DSM, soutenu par une biologisation croissante de la psychiatrie (Ingleby, 2005).

Dès la fin des années 1970, la révision du DSMIII est devenue urgente pour la psychiatrie des États-Unis, car elle se trouve remise en question de toute part, parfois par des groupes antagonistes, comme la psychiatrie biologique et les groupes de patients (APA, 1983 ; Kirk, Kutchins, 1998). Aussi, un petit groupe de statisticiens se concentrait-il sur la mise en place d'un outil, qui pourrait, enfin, affranchir la psychiatrie de ses nombreux différends. Pour ce faire, celui-ci devait répondre à deux postulats fondamentaux. A-théorique, il devait se fonder sur les seuls comportements observables, tout en renonçant aux référents étiologiques des troubles. Fiable, il devait être fondé sur des statistiques, permettant un consensus de diagnostic (APA, 1996). Le DSM IV et ses nombreuses révisions va naître de ces postulats « pragmatiques », dont la validité théorique et épistémologique n'ont jamais été démontrées (Double, 2002 ; Thomas, Bracken, 2004 ; Kiefer, 2010). Sa diffusion dans le monde va être rapide, d'autant plus qu'elle est en partie soutenue par une pharmacologisation croissante de la maladie mentale et du « mal de vivre ». Pourtant, très rapidement, de nombreuses critiques théoriques, méthodologiques, épistémologiques, politiques et économiques vont voir le jour, tant de l'intérieur de la psychiatrie, que de l'ensemble de

1. Mes remerciements à Anne Gonin-Nicole et Chiara Sautter, assistantes en psychologie à l'université de Lausanne, pour leurs apports à cette partie du travail. Pour approfondissements, voir Santiago-Delefosse, Gonin-Nicole, Sautter, 2011.

la psychopathologie. Ces remarques ne seront jamais prises en compte par le courant dominant. La (re)naissance d'une psychiatrie critique, dans le monde anglo-saxon, tient certainement beaucoup à ce déni des enseignements cliniques, liée à une baisse de l'influence psychanalytique².

La position de la Psychiatrie critique

La Psychiatrie critique actuelle va fructifier, à la fois, sur le terreau des critiques des années 1960-1980 et sur l'intransigeance, voire le mépris, du courant dominant. Ses différents courants se réfèrent, tous, aux enseignements de l'anti-psychiatrie, tout en souhaitant s'en distinguer (États-Unis, Royaume-Uni, Allemagne, etc.). Cependant, les positions actuelles sont ancrées dans un contexte totalement nouveau et issu de la mondialisation de tous les secteurs de la vie (Thomas, Romme, Hamelijnk, 1996 ; Double, 2002 ; Bracken, Thomas, 2005).

Leur critique majeure porte sur les usages du modèle bio-médical et biologique en psychiatrie et sur ses conséquences. Les différents auteurs constatent que ce modèle ne constitue qu'une ré-actualisation de l'idéologie biologique du XIX^e siècle. D'un autre côté, ils soulignent qu'afin de fonder sa scientificité, qui lui fait toujours défaut, la discipline se focalise sur les substrats biologiques de la pathologie mentale, alors que toute souffrance mentale s'exprime, en premier, dans des contextes pluriels, historiques, économiques et politiques, qui font sens pour le sujet. En coupant les sujets du sens de leur symptôme, on les sépare de leur histoire de vie, sans leur laisser une possibilité de reconstruction ; ce faisant, il est, alors, facile de promouvoir les traitements pharmacologiques, comme suppléance à cette reconstruction absente (McLaren, 1998 ; Pilgrim, 2002, 2007).

Pour la psychiatrie critique, la promotion d'une normalisation bio-médicale œuvre à une mise hors champ des questionnements fondamentales, qui restent, dès lors, en suspens. Ces questions portent, tant sur les effets du remplacement du cadre de référence psychiatrique par le cadre bio-technologique des neurosciences, que sur le partage du

savoir scientifique entre experts psychiatres et patients, qui, pourtant, acquièrent aussi leur propre expertise (Campbell, 2001 ; Crossley, 2007). Ces auteurs s'interrogent sur l'aptitude des techniques thérapeutiques solipsistes et/ou biologisantes à traiter la complexité du psychisme humain, incarné et inscrit dans un contexte social et culturel, qui lui donne sens (Double, 2001 ; Leo, Lacasse, 2008).

À cette critique majeure de la pertinence d'une référence au modèle « biomédical et biologique », s'ajoutent une série de critiques sur l'usage du DSM et les liens qu'il favorise, tant avec la pharmacologisation de la vie quotidienne, qu'avec l'industrie pharmaceutique. Cette « pharmacologisation » croissante de la vie quotidienne conduit à une orientation guidée des diagnostics, en influant sur les recherches privilégiées avec des conséquences économiques quant à la santé publique. Elle entraîne, par ailleurs, des conflits d'intérêt, qui influent sur la recherche universitaire, directement ou indirectement. Influences directes, grâce à la promotion auprès des prescripteurs (cadeaux publicitaires, financement de congrès, offres de formation continue, etc.). Orientations indirectes, par la répartition des financements des recherches universitaires et/ou la rémunération directe de professeurs reconnus dans leur domaine ou bien encore par les biais de publication. Si bien que l'industrie pharmaceutique en arrive à un contrôle de toutes les étapes de la recherche, de la conception aux analyses et aux publications des résultats (Payer, 1992 ; Breggin, 2001, 2003 ; Angell, 2005 ; Lane, 2009 ; Kassirer, 2007 ; Timimi, Jureidini, Leo, 2008).

Face à ces limites, les propositions de la psychiatrie critique sont, à la fois, éthiques, théoriques et citoyennes. Elles soulignent la nécessité d'une explicitation des conflits d'intérêt dans la recherche, elles proposent un changement de paradigme en psychiatrie et, enfin, donnent un poids majeur à la parole des patients. Pour ces auteurs, le psychiatre se doit d'abandonner le modèle biomédical comme référence pertinente pour la discipline. Ils font appel aux associations d'usagers, afin de collaborer, avec elles, pour refonder la place du psychiatre dans la cité et, ainsi, refuser la position coercitive dans laquelle veulent les insérer les pouvoirs politiques. Enfin, ils proposent de veiller à l'application d'une éthique dans les usages des médicaments et de conduire des recherches indépendantes, afin de vérifier les effets réels d'un certain nombre d'entre eux (Moncrieff, Cohen, 2006 ; Moncrieff, 2006).

EN CONCLUSION... VERS UNE CRITIQUE DE LA CRITIQUE

« Néanmoins, toute évaluation de la psychologie ou de la sociologie – ou de quelque discipline que

2. Il est intéressant de noter, ici, que, dès la fin des années 1970, un psychiatre, Engel, s'inquiète beaucoup des avancées des courants biologiques. Ce dernier va proposer un « modèle », qui aurait dû réconcilier la psychiatrie biologique et la psychiatrie humaniste. Ce modèle « bio-psycho-social » (Engel, 1977) est explicitement présenté comme « une » solution pour éviter une scission au sein de la psychiatrie. C'est à ce même « modèle » que se réfèrera l'ensemble de la psychologie de la santé dominante, qu'elle soit tournée vers les aspects somatiques ou vers les aspects mentaux ! Cependant, dès la fin des années 1990, on verra, également, paraître de nombreuses critiques de ce « modèle », en particulier en psychiatrie.

ce soit – doit chercher à distinguer l'ensemble des éléments d'ordre politique et les fondements théoriques. Ils ne sont pas de même nature et peuvent être totalement opposés » (R. Jacoby, 1975).

Une remise en cause des fondements des courants dominants de la psychologie de la santé somatique ou mentale (psychopathologie et psychiatrie) émerge dans l'ensemble du monde occidental. Celle-ci incite à une révision des valeurs et des épistémologies qui sous-tendent les recherches et les pratiques.

Ce retour vers une pensée critique, c'est-à-dire une pensée qui prend ses distances avec un pragmatisme de bon aloi, par un recul réflexif sur les implications de ses actes, porte, en elle, à la fois, des enseignements non négligeables, mais aussi un certain nombre de limites.

À son actif, on peut retenir l'intérêt, pour les auteurs francophones, de mieux connaître ces mouvements (Zarifian, 1996 ; Gori, Del Volgo, 2008 ; Pignarre, 2001 ; Maleval, 2003). En effet, on constate une proximité des « critiques » de la psychopathologie de langue française et de la psychiatrie critique anglo-saxonne, alors que les référents théoriques restent très différents. La (re)naissance d'une psychiatrie critique ne peut qu'intéresser les psychopathologues et psychiatres français, dont une partie s'est toujours montrée, pour le moins, réservée à l'encontre du DSM³. Le rapprochement des deux axes de réflexion ne pourrait qu'y gagner en pertinence et en profondeur.

D'autre part, la réflexion sur la question de la subjectivité, dans ses liens avec l'intersubjectivité, située dans ses contextes, appelle la psychologie, dans son ensemble, à un retour sur son objet, « le sujet », dans sa complexité. En ce sens, on ne peut que saluer la place accordée à une parole des patients considérée, à la fois, comme singulière et comme source de connaissance et, non plus comme artefact ou comme « bruit » perturbant la pureté de l'expérimentation.

Enfin, les questions d'histoire des sciences à propos de la « fabrique » de la recherche en psychologie, ont le mérite de rappeler que la psychologie est immergée dans des luttes d'influence et que, seule, une attitude réflexive, interrogeant ses valeurs et leur poids sur la recherche peut arriver, non pas à les annuler, mais à pondérer leur influence et leur impact. En effet – et les auteurs anglo-saxons le mettent fort bien en évidence – le balancier est allé trop loin dans une affirmation, quasi incantatoire, d'une neutralité des sciences psychologiques. Comment une

position scientifique, qui prend en compte les faits, pourrait-elle ignorer que les sciences humaines et sociales (dont la psychologie) n'existent que parce qu'elles font partie des contextes historiques, sociaux, politiques et culturels ? Les considérer comme des scories, qui empêchent la science neutre d'exister, c'est faire comme si nos prédécesseurs avaient trouvé trop complexe d'étudier une terre ronde et préféré la « purifier » en la gardant plate, comme au Moyen-âge.

Cependant, les réponses apportées jusqu'ici par les différents courants critiques ne semblent pas toujours à la hauteur. Si l'affirmation de neutralité constitue bien un point aveugle, tant des recherches que des interventions, il n'en reste pas moins qu'une réponse, qui se situerait uniquement en miroir, dans la seule proclamation des valeurs qui la guident, manquerait une occasion cruciale de repenser la psychologie. Rappelons les propos d'Adorno, de l'École de Francfort, à qui cette problématique n'avait pas échappé, « les analyses orientées subjectivement n'ont de valeur que dans la théorie objective » (Adorno, 1969). Faute de pensée conceptuelle et de théories appropriées, l'intérêt renouvelé pour des questions de valeurs, bien que témoignant d'une conscience éthique grandissante face aux analyses objectivistes, révèle, en même temps, le triomphe de celles-ci dans un contexte de mondialisation, en détournant, à la fois, critique politique et psychologique, vers des questions plus anecdotiques et, parfois, démagogiques.

Ainsi, les réponses « critiques » actuelles comportent un certain nombre d'impasses. Elles ne résolvent en rien l'absence de théories articulées, rendant compte des liens entre subjectivité et intersubjectivité, situées tant dans la santé que dans la maladie. Elles conduisent à mettre tous les types de connaissances sur le même pied d'égalité épistémologique (soignants, patients). Enfin, par leur absence de noyau conceptuel fort, elles favorisent certaines dérives syncrétiques.

Si bien que ces courants, pour intéressants qu'ils soient, doivent être sériés et qu'il semble nécessaire de revoir ce qui est fondamental, comme certains auteurs nous y invitent, récents ou plus anciens, tant en psychologie qu'en psychopathologie et psychiatrie. Parmi ces auteurs, certains sont connus dans les pays anglo-saxons, d'autres jamais cités. On pense, ici, aux travaux de la psychiatrie sociale française des années 1950-1960, mais aussi à d'autres, comme ceux de Vygotski, 1927 ; Wallon, 1952 ; Merleau-Ponty, 1945 ; Ey, 1963 ; Schutz, Luckman, 1973 ; Žižek, 1990 ; Zarifian, 1996 ; Lantéri-Laura, 2004 ; Gori, del Volgo, 2008, etc.

Dans tous les cas, il nous semble nécessaire de différencier « activisme » politique et cohérence interne des théories, qui exige une articulation entre

3. Pour approfondissements, voir Santiago-Delefosse, Gonin-Nicole, Sautter, 2011.

les concepts et un modèle du sujet, ancrés dans un contexte historico-culturel dynamique et quotidien, où le poids des conditions de vie fait partie du sujet. Cette cohérence exige d'avoir une définition ambitieuse de la psychologie. La psychologie, dans le domaine de la santé, somatique ou mentale, se doit de rendre compte de la pluralité des aspects humains, en renonçant aux illusions d'uniformité universelle, en prenant en compte la variabilité des conditions d'existence, la continuité et la discontinuité du développement (Wallon, 1952).

Dans ce champ de recherche et d'application qu'est la santé humaine, il est, plus que jamais, indispensable de penser des modèles complexes qui rendent compte de la réalité vécue sur le terrain, et d'exercer une pensée critique sur les recherches et les valeurs qu'elles véhiculent. Il s'agit, donc, d'ouvrir d'autres perspectives théoriques et

méthodologiques en psychologie et psychopathologie. Il convient d'interroger la formation et la place du psychologue et du psychopathe dans la Cité, ses valeurs et les conséquences de ses actes. Mais il convient, aussi, de mettre en œuvre des concepts et des méthodes pour une étude du sujet dans son contexte concret. Ce renouvellement engage la responsabilité éthique et scientifique des universitaires actuels. C'est à eux de donner, aux futurs psychologues, psychopathologues, psychiatres, les outils qui leur permettent de reconnaître le degré, dans lequel leurs propres valeurs, morales, socio-économiques, politiques, affectent les choix de paradigme, de méthodes et de théories ; c'est également à eux de soutenir un enseignement théorique actualisé et cohérent, qui permette de penser et conceptualiser la critique au sein de leur champ disciplinaire.

RÉFÉRENCES

- ADORNO (Theodor W.).— Scientific experiences of a European scholar in America, dans Fleming (D.), Bailyn (B.), *The intellectual migration*, Cambridge, Belknap press of Harvard university press, 1969, p. 220-237.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.— *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3^e ed., Washington DC, APA, 1980, trad. fr. *DSM-III : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1983.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.— *DSM IV : Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington DC, APA, 1994, trad. fr. *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996.
- ANGELL (Marcia).— *La vérité sur les compagnies pharmaceutiques : comment elles nous trompent et comment les contrecarrer*, Montebello, Éditions le mieux-être, 2005.
- BAYER (Betty M.), SHOTTER (John).— *Reconstructing the psychological subject*, Londres, Sage, 1998.
- BEVAN (William), KESSEL (Franck).— Plain truths and home cooking : thoughts on the making and remaking of psychology, *American psychologist*, 49, 1994, p. 505-509.
- BRACKEN (Philip), THOMAS (Patrick).— *Postpsychiatry. Mental health in a postmodern world*, Oxford, Oxford university press, 2005.
- BREGGIN (Peter R.).— What people need to know about the drug treatment of children, dans Newnes (C.), Holmes (G.), Dunn (C.), *This is madness too : a critical perspective on mental health*, Ross-on-Wye, PCCS books, 2001 p. 47-59.
- BREGGIN (Peter).— Psychopharmacology and human values, *Journal of humanistic psychology*, 43, 2, 2003, p. 34-49.
- BROWN (Steve D.), STENNER (Paul).— *Psychology without foundations. History, philosophy and psychosocial theory*, Londres, Sage, 2009.
- BRUNER (Jerome).— *Car la culture donne forme à l'esprit, de la révolution cognitive à la psychologie culturelle*, Paris, Éditions ESHEL, 1990.
- CAMPBELL (Peter).— The role of users of psychiatric services in service development— influence not power, *Psychiatric bulletin*, 25, 2001, p. 87-88.
- CHAMBERLAIN (Kerry).— Methodolatry and Qualitative health Research, *Journal of health psychology*, 5, 2000, p. 285-296.
- COOPER (David).— *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Paris, Seuil, 1970.
- CROSSLEY (Nick).— Changement culturel et mobilisation des patients. Le champ de la contestation psychiatrique au Royaume-Uni, 1970-2000, *Politix*, 19, n° 73, 2007, p. 23-55.
- CROSSLEY (Michelle L.).— *Rethinking health psychology*, Buckingham, Open university press, 2000.
- CROSSLEY (Michelle L.).— Critical health psychology : developing and refining the approach, *Social and personality psychology compass*, 10.1111/j.1751-9004.2007.00041.x, 2007.
- DANZINGER (Kurt).— *Constructing the subject. Historical origins of psychological research*, Cambridge, Cambridge university press, 1990.
- DENZIN (Norman K.), LINCOLN (Yonna S.).— *Handbook of qualitative research*, Londres, Sage, 1994.

- DOUBLE (Duncan).– The limits of psychiatry, *British medical journal*, 324, 2002, p. 900-904.
- DOUBLE (Duncan).– Integrating critical psychiatry into psychiatric training, dans Holmes (G.), Newnes (C.), Dunn (C.), *This is madness too*, Ross-on-Wye, PCCS Books, 2001, p. 23-34.
- ENGEL (George L.).– The need for a new medical model : a challenge for biomedicine, *Science*, 196, 1977, p. 129-136.
- EY (Henri).– *La conscience*, Paris, Presses universitaires de France, 1963.
- FOX (Dennis), SLOAN (T.), AUSTIN (Stephanie).– Histoire et tendances de la psychologie critique en Amérique du Nord, *Psychologie française*, 53, 2, 2008, p. 157-171.
- FOX (Dennis), PRILLELTENSKY (Isaac).– *Critical psychology : an introduction*, Londres, Sage, 1997.
- GORI (Roland), DEL VOLGO (Marie-José).– *Exilés de l'intime*, Paris, Denoël, 2008.
- HABERMAS (Jürgen).– *Connaissance et intérêt*, Paris, Gallimard, 1976.
- HENRIQUES (Julian), HOLLOWAY (Wendy), URWIN (Cathy), COUZE (Venne), WALKERDINE (Valérie).– *Changing the subject : psychology, social regulation and subjectivity*, Londres, Methuen & Co., 1984.
- HOLZKAMP (Klaus).– Experience of self and scientific objectivity, dans Tolman (C. W.), Maiers (W.), *Critical psychology : contributions to an historical science of the subject*, Cambridge, Cambridge university press, 1991, p. 65-80.
- HORKHEIMER (Max).– *Théorie traditionnelle et théorie critique*, Paris, Gallimard, 1937.
- INGLEBY (David).– The origins of critical psychiatry, *Journal of the Cambridge society for psychotherapy*, 8, 2005, p. 18-23.
- JACOBY (Russell).– *Social Amnesia. A critique of contemporary psychology*, Londres, Transaction publishers, 1975.
- KASSIRER (Jerome P.).– *La main dans le sac : médecine + affaires = danger pour la santé !*, Montbello, Le mieux-être, 2007.
- KIEFER (Bertrand).– Le DSM-V, à la gloire d'une époque qui craint la déviance, *Revue médicale suisse*, 236, 2010, p. 368.
- KINCHELOE (Joe L.), MCLAREN (Peter).– Rethinking critical theory and qualitative research, dans Enrique (Y. Z.), Trueba (R.), *Ethnography and schools*, Maryland, Littlefield, 2005, p. 75-92.
- KIRK (Stuart), KUTCHINS (Herb).– *Aimez vous le DSM ?* Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1998.
- LAING (Ronald D.).– *Le moi divisé : de la santé mentale à la folie*, Paris, Stock, 1970.
- LANE (Christopher).– *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris, Flammarion, 2009.
- LANTÉRI-LAURA (Georges).– Principales théories dans la psychiatrie contemporaine, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Psychiatrie, 37-006-A-10, 2004.
- LEO (J.), LACASSE (Jeffrey).– The media and the chemical imbalance theory of depression, *Society*, 45, 1, 2008, p. 35-45.
- LURIA (Alexander).– *The Making of Mind. A personal Account of Soviet Psychology* [1979], Harvard, Harvard university press, 1986.
- MALEVAL (Jean-Claude).– Limites et dangers des DSM, *L'évolution psychiatrique*, 68, 1, 2003, p. 39-61.
- MCLAREN (Niall).– A critical review of the biopsychosocial model, *Australian New Zeland Journal of Psychiatry*, 32, 1998, p. 86-92.
- MERLEAU-PONTY (Maurice).– *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945.
- MEYRICK (Jane).– What is Good Qualitative Research ? A first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality, *Journal of health psychology*, 11, 2006, p. 799-808.
- MONCRIEFF (Joanna).– Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism, *British journal of psychiatry*, 188, 4, 2006, p. 301-302.
- MONCRIEFF (Joanna), COHEN (D.).– Do antidepressants cure or create abnormal brain states ? *PLoS medicine*, 3, 7, 2006, e240.
- MURRAY (Michael).– *Critical health psychology*, New York, Palgrave Macmillan, 2004.
- NICHOLSON (P.).– Critical health psychology : a radical alternative to the mainstream ?, *Psychology, health and medicine*, 6, p. 256-265, 2001.
- O'HARA (Maureen).– Relationnal humanism, psychology for a pluralistic world, dans Wertz (F. J.), *The humanistic movement : Recovering the person in psychology*, Lake Worth, Gardner, 1994, p. 322-329.
- PARKER (Ian).– *Qualitative psychology. Introducing radical research*, Londres, Open university press, 2005.
- PAYER (Lynn).– *Disease-mongers : how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*, New York, Wiley & Sons, 1992.
- PIGNARRE (Philippe).– *Comment la dépression est devenue une épidémie*, Paris, La découverte, 2001.
- PILGRIM (David).– The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry : past, present and future ?, *Journal of mental health*, 11, 6, 2002, p. 585-594.
- PILGRIM (David).– The survival of psychiatric diagnosis, *Social science & medicine*, 65, 3, 2007, p. 536-547.
- SANTIAGO-DELEFOSSE (Marie).– Vers une psychologie clinique de la santé ? *Bulletin de psychologie*, 53, 3, 2000, p. 333-342.
- SANTIAGO-DELEFOSSE (Marie).– Renouveau des méthodologies qualitatives dans les pays anglo-saxons, *Psychologie clinique*, 11, 2001, p. 47-58.

SANTIAGO-DELEFOSSE (Marie).– *Psychologie de la santé : perspectives qualitatives et cliniques*, Liège, Mardaga 2002.

SANTIAGO-DELEFOSSE (Marie).– Recherche en psychologie et turbulences paradigmatiques, *Bulletin de psychologie*, 60, hors-série, 2007, p. 97-102.

SANTIAGO-DELEFOSSE (Marie).– La psychologie peut-elle être a-politique, *Psychologie française*, 53, 2, 2008, p. 131-134.

SANTIAGO-DELEFOSSE (Marie), ROUAN (Georges).– *Méthodes qualitatives en psychologie*, Paris, Dunod, 2001.

SANTIAGO-DELEFOSSE (Marie), CHAMBERLAIN (Kerry).– Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de la santé à la psychologie critique de la santé, *Psychologie française*, 53, 2, 2008, p. 195-210.

SANTIAGO-DELEFOSSE (Marie), GONIN Nicole (Anne), SAUTTER (Chiara-Sajjidha).– Psychiatrie critique, historique, état de la question et perspectives, *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37-957-A-70, 2011.

SCHNEIDER (Kirk J.).– Toward a Science of the heart. Romanticism and the revival of psychology, *American psychologist*, 53, 3, 1998, p. 277-289.

SCHUTZ (Alfred), LUCKMAN (Thomas).– *The structures of the life-world. Vol. 1 et 2*, Evanston, Northwestern university Press, 1973.

SMITH (Jonathan A.), HARRÉ (Rom), VAN LANGENHOVE (Luk).– *Rethinking methods in psychology*, Londres, Sage, 1995.

STAEUBLE (Irmingard).– *Die gesellschaftliche Genese der Psychologie*, Berlin, Campus-Verlag, 1978.

STAM (Henderikus J.).– The body's psychology and psychology's body : disciplinary and extra-disciplinary examinations, dans Stam (H. J.), *The body and psychology*, Londres, Sage, 1998, p. 1-12.

STAM (Henderikus J.).– Theorizing health and illness : functionalism, subjectivity and reflexivity, *Journal of health psychology*, 5, 2000, p. 273-284.

STAM (Henderikus J.).– Making the subject matter, *Forum for antropologisk Psykologi*, 11, 2002, p. 104-111.

TAYLOR (Eugene).– William James and the humanistic tradition, *Journal of humanistic psychology*, 31, 1, 1992, p. 56-74.

THOMAS (Philip), BRACKEN (Patrick).– Critical psychiatry in practice, *Advances in Psychiatric treatment*, 10, 2004, p. 361-370.

THOMAS (Philip), ROMME (Marius), HAMELIJNK (Jacobus).– Psychiatry and the politics of underclass, *British journal of psychiatry*, 169, 1996, p. 401-404.

TIMIMI (Sami), JUREIDINI (Jon), LEO (J.).– NICE guidance on ADHD. NICE recommendations are not evidence based and could expose many to unnecessary harm, *British medical journal*, 337, 2008, a2284.

TOLMAN (Charles W.).– *Psychology, society, and subjectivity : an introduction to German critical psychology*, Florence, KY, Routledge, 1994.

TOLMAN (Charles W.), MAIERS (W.).– *Critical psychology, contributions to an historical science of subject*, Cambridge, Cambridge university Press, 1991.

VARELA (Francisco), THOMPSON (Evan), ROSCH (Eleanor).– *L'inscription corporelle de l'esprit. Sciences cognitives et expérience humaine*, Paris, Seuil, 1993.

VYGOTSKI (Lev V.).– *La signification historique de la crise en psychologie [1927]*, Lausanne, Delachaux & Niestlé, 1999.

WALKERDINE (Valerie).– *Challenging Subjects : Critical psychology for a new millennium*, Londres, Palgrave, 2002.

WALLON (Henri).– L'organique et le social chez l'homme, *Scientia*, 88, 1952, p. 108-114.

WALSH (Roger), VAUGHAN (Frances).– *Paths beyond ego : the transpersonal vision*, Los Angeles, Tarcher, 1993.

YARDLEY (Lucy).– *Material discourses of health and illness*, Londres, Routledge, 1997.

ZARIFIAN (Édouard).– *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*, Paris, Odile Jacob, 1996.

ŽIŽEK (Slavoj).– *Ils ne savent pas ce qu'ils font. Le sinthome idéologique*, Paris, Point hors ligne, 1990.