

Titre : LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE :
ATTENTES DISTINCTES ET PRÉOCCUPATIONS CONVERGENTES

Céline Brison

Docteur en psychologie

Psychologue

Emmanuelle Zech

Professeure

Vice-doyenne Psp, Université Catholique de Louvain

Jean-Marc Priels

Psychologue clinicien

Version post-print In: *Le Journal des psychologues*, Vol. 345, no.3, p. 21 (2017).
doi:10.3917/jdp.345.0021. <http://hdl.handle.net/2078.1/184473>

Chapeau introducteur

Dans un contexte de pression à l'évaluation de plus en plus fort pour les praticiens de terrain, nouer des liens avec le monde universitaire est une piste à envisager. La présentation de deux processus de collaboration établis dans le cadre de projets de recherche mêlant aspects théoriques et pratiques – réalisés en lien avec des soignants de la clinique psychiatrique Sans Souci de Bruxelles et une équipe universaire de la faculté de Louvain – témoigne qu'au-delà des difficultés rencontrées et des attentes divergentes des uns et des autres, les enjeux convergent vers la même volonté de développer une recherche clinique innovante au bénéfice des patients et celui du milieu académique.

Deux mondes qui s'entrechoquent

Le propre du métier de psychothérapeute est d'être capable de s'ouvrir à l'ensemble des questions – *a priori* à toutes les questions – que lui amène le patient, sans nécessairement aboutir à des réponses ni même à des explications définitives. C'est aussi accepter que la problématique exprimée par chaque personne vienne se présenter à lui comme une énigme ne pouvant être absolument résolue. L'expertise du thérapeute « tenant conseil » (Lhotellier, 2001) se trouve continuellement confrontée à la singularité de l'expérience du patient. Il n'est donc pas tant question de savoir, de connaissance ou de réponse à donner au patient, que d'entrer avec lui dans l'expérience d'un processus

relationnel d'accompagnement, de construction de sa demande d'aide et de réflexion thérapeutique. Il en est ainsi dans l'accompagnement individuel comme dans celui de processus de groupes. Plus avant, pour reprendre Carl R. Rogers (1986), c'est la personne écoutée / le patient qui sait, qui saura, au terme du processus de relation d'aide ou de psychothérapie, trouver la solution qui lui convient. La clinique Sans Souci, comme de nombreux hôpitaux psychiatriques belges, se conçoit comme un lieu de soin dans lequel chaque praticien au sein des équipes, selon la spécificité de son métier de base, tente d'adapter au mieux ses interventions à l'individualité des personnes rencontrées. Il est, cependant, aisé de constater que, si la réalité quotidienne de l'institution requiert un questionnement perpétuel au niveau des équipes soignantes, peu sont enclines à se tourner vers la recherche scientifique pour étayer ou mettre en question leur pratique. Pour celles qui s'y intéressent quelque peu, le chemin est bien ardu tant les *a priori* sont tenaces, tant les logiques existant entre pratique et recherche semblent s'entrechoquer. « *L'enjeu capital du conflit de valeurs de la psychothérapie contemporaine ne porte pas sur les orientations théoriques, mais sur l'expression de différentes visions du monde. Une des perspectives affirme que la thérapie est capable de mesurer, d'appréhender et de contrôler l'expérience humaine, tandis que l'autre reconnaît que la thérapie est incapable d'expliquer et qu'il est éthiquement dangereux de la contrôler.* » (Bazzano, 2016.) C'est donc un changement préalable de regard qu'il est nécessaire d'opérer pour que la pratique et la recherche ne soient plus entrevues comme inconciliables, pour ouvrir des possibilités de collaboration qui puissent déboucher sur des apports autant théoriques que cliniques. Un élargissement des perspectives de chacun est nécessaire. En effet, convenons-en, praticiens et chercheurs ne se côtoient que trop peu pour, de façon mutuelle et confiante, se préparer à construire ensemble des cadres de collaboration capables de faire en sorte que le mode singulier et processuel propre à la sphère clinique fasse place aux hypothèses scientifiques et à leurs vérifications selon des modalités statistiques avec ses méthodologies de recherche, ses échantillons et ses groupes contrôles. En réciprocité, il est également intéressant de constater que le vocabulaire de la recherche – *a fortiori* de la recherche fondamentale, dans lequel il est question de modélisation, de tentatives de validation d'hypothèses, de *design* et de protocoles, de généralisation des conclusions, de reproductibilité des résultats – nécessite, pour le praticien qui veut en saisir toute la logique, un effort particulier d'ouverture. L'accessibilité des conclusions et données issues de la recherche n'est pas aisée pour les équipes et les thérapeutes de terrain. Le praticien lambda, sorti de l'université depuis belle lurette, avouera bien volontiers que, la plupart du temps, ce qu'il peut lire ou comprendre de la recherche fondamentale lui est généralement devenu peu compréhensible. S'il en est qui, de nature curieuse, restent abonnés à l'une ou l'autre bonnes revues de psychologie scientifique, sont attentifs à ce qui se publie ici et là, ce n'est souvent que pour en retenir le titre des articles et la lecture des abstracts. La conclusion reste que l'objet de la grande majorité des

recherches est fort éloigné des préoccupations des praticiens et les conclusions de celles-ci ne semblent pas leur permettre d'avancer dans leur pratique professionnelle. La dichotomie est donc telle que bon nombre de psychologues, après une formation à la psychothérapie, ne se reconnaissent plus dans leur identité de *scientist-practitioner* (Huber, 1987) que la formation universitaire leur a proposée.

Deux mondes qui s'interpellent

Un pavé est donc lancé dans la mare. Il fait état d'une dichotomie et de cette impression de deux mondes qui évoluent en parallèle. Il est évident que, là où le chercheur élabore le commun, le généralisable, le praticien, lui, est à l'écoute de l'individualité. Évitions, cependant, de forcer le clivage. Il est raisonnable de ne pas s'arrêter à un diagnostic trop sévère de la situation. En effet, l'essentiel ne réside-t-il pas dans le fait que chercheurs ou praticiens partagent le même objet d'étude : le psychisme de la personne humaine ? Il est des cliniciens intéressés à la recherche comme il est de nombreux chercheurs qui sont également cliniciens. Ces derniers déploient souvent leurs efforts à combler ce qui apparaît de façon trop simpliste comme un fossé infranchissable. Il serait trop abrupt de s'attarder à la seule constatation que la différence que nous avons exposée jusqu'ici est irrémédiablement source d'incommunicabilité. Les uns et les autres, chacun de leur point de vue, s'intéressent à la même réalité et, pour peu que les questions prennent le temps de s'élaborer dans la rencontre, ces deux logiques, au lieu de s'opposer, peuvent en définitive être perçues comme complémentaires. L'une et l'autre ont de la valeur en soi. Elles sont les facettes d'une même pièce. La recherche, pensée et mise en lien avec la pratique, peut, en effet, s'atteler à mettre en lumière ce qui se repère dans l'expérience humaine. Elle peut venir confirmer – ou infirmer – un raisonnement clinique qui souligne l'unicité de chaque expérience pour l'individu lui-même. C'est bien l'emboîtement épistémologique de ces deux logiques qui conduit à une compréhension plus fine – autant que plus globale – du psychisme humain. La démarche processuelle du lien entre clinique et recherche est celle d'une construction heuristique, chaque expérience clinique pouvant amener le chercheur-clinicien à exposer de nouvelles hypothèses (du singulier vers le commun) qui, de nouveau confrontées à la réalité (du général au spécifique), sont susceptibles d'enclencher de nouvelles recherches. C'est ce type de mouvement qui permet de construire un savoir pratique en psychologie clinique.

ENSEIGNEMENT D'UN PROCESSUS DE RECHERCHE EN UNITÉ DE RÉHABILITATION PSYCHIATRIQUE

Le point de vue du chercheur

Si nous constatons que les praticiens de terrain doutent parfois de l'importance ou de l'utilité de tisser des liens avec le monde de la recherche, il est néanmoins notable que les chercheurs cliniciens sont certains d'avoir besoin de liens avec les praticiens. Une recherche qui se veut justement clinique ne peut faire l'économie du contact avec les praticiens de terrain et avec les collègues ou patients qu'ils rencontrent dans leur travail quotidien. C'est à travers une démarche éthiquement proposée à des patients et une expérience menée sur le terrain clinique qu'une hypothèse pourra ou non être validée, qu'un savoir pourra s'ébaucher et être construit. Or, si la collaboration entre praticiens et chercheurs est souhaitable, sa concrétisation est souvent complexe à mettre en place. Pour le chercheur, l'accès aux populations cliniques reste compliqué à obtenir. Plusieurs éléments sont à l'origine de cette difficulté, certains appartiennent aux chercheurs, d'autres aux règles institutionnelles ou au cadre de pensée subjectiviste des praticiens. Pour ce qui concerne le chercheur, les exigences actuelles de publication scientifique poussent vers une ultra spécification des hypothèses. Il est d'autant plus important qu'ils gardent les pieds sur terre, c'est-à-dire le lien avec la pratique et le sens de l'intérêt clinique de leurs recherches. Le chercheur clinicien se doit d'être précis dans sa discipline, mais doit aussi veiller à rendre son questionnement et ses conclusions accessibles aux praticiens, à rester à l'écoute de leurs préoccupations, à se mettre en phase avec leur pratique qui est en perpétuelle évolution. Le travers ultime serait, en effet, que le chercheur fasse l'impasse d'un dialogue construit avec le praticien et son contexte et qu'il ait tendance à réduire l'institution de soin à être pourvoyeuse d'un échantillonnage ou distributrice d'un « stock » de patients. Par ailleurs, s'il arrive de façon trop insistante avec une hypothèse prédéfinie, à l'intérêt clinique variable, qu'il cherche à valider coûte que coûte, son travail risque de ne pas se déployer dans l'esprit d'une coconstruction d'hypothèses et d'une écoute du questionnement réel des milieux de terrain. Dans ces conditions, la recherche, si elle est acceptée par l'institution de soins, risque d'être subie par des équipes peu motivées à y collaborer et par des patients peu disposés à y répondre. Les informations nécessaires à partager seront alors d'autant plus pénibles à faire circuler que la collaboration dans la récolte des données deviendra compliquée (mauvaises sélections des patients, questionnaires perdus ou mal complétés, refus nombreux...). Tout cela rend la collaboration laborieuse et renforce un sentiment d'incompréhension de part et d'autre. En définitive, dans ces conditions, le chercheur se sentira peu soutenu, et l'équipe, quant à elle, envahie.

Une autre logique est toutefois possible. Sans rentrer dans une recherche-action typique, le chercheur peut prendre, en amont, le temps de rencontrer les praticiens, d'écouter leur équipe, de prendre connaissance de ce qui est vécu et d'appréhender le type de travail élaboré, de faire écho à ce qui est ressenti par rapport aux hypothèses proposées. Cette démarche peut être intégrée dans la méthodologie même de la recherche et peut même, pourquoi pas, aboutir à une nouvelle formulation d'hypothèses. C'est ce type de démarche dont nous pouvons modestement nous faire le

témoin et qui a été récemment conduite avec l'une des unités de soins de la clinique Sans Souci². De nombreuses réunions ont été nécessaires avant la mise en place effective de l'étude. Pour des raisons pratiques d'un hôpital non universitaire n'ayant pas vocation de produire des études scientifiques, aucune recherche en sciences psychologiques n'avait auparavant été menée dans cette institution. Il a donc été utile de prendre le temps d'expliquer la logique d'une démarche scientifique, d'être attentif aux remarques de chacun, de tenter d'intégrer les différents questionnements. Les appréhensions légitimes de départ ont ainsi été préalablement rencontrées. La crainte des équipes d'être évaluées dans leurs actes a laissé place au besoin de légitimation de leur pratique. La crainte du non-respect des patients a laissé place au besoin de reconnaissance de la loyauté des soignants au lien clinique. Le coût en temps que représente pour l'équipe la participation à une recherche s'est greffé sur une prise en compte de la charge de travail déjà réelle. Enfin, dans le cas de figure qui nous retient ici, notons qu'un avantage non négligeable provenait du fait que l'équipe était déjà sensibilisée aux fondements théoriques de la question de recherche posée. L'étude proposée s'intéressait à l'apport d'une relation thérapeutique de qualité sur le développement de la personne schizophrène. Les soignants étaient d'autant plus intéressés par l'étude proposée que leur institution se questionnait sur la perception de la relation thérapeutique que pouvaient avoir les patients dont ils étaient en charge. Ils étaient curieux d'une évaluation plus objective de cette perception. Chaque membre de l'équipe a accepté de répondre aux questionnaires relevant sa propre perception de la relation thérapeutique et du fonctionnement global du patient. De ces discussions, un projet d'étude ambitieux est né, récoltant le point de vue de l'équipe médicale, de l'assistante sociale, de la psychologue, ainsi que du patient lui-même. Pour la mise en œuvre de la recherche, il a donc fallu tenir compte du coût temporel que demande une telle élaboration tant pour le chercheur, que pour l'institution. Il a été, par exemple, très compliqué de réunir tous les membres de l'équipe en même temps. De plus, il a été essentiel d'espacer les réunions de façon à permettre à chacun de s'approprier l'étude et d'avoir le recul nécessaire pour se positionner. Plusieurs réunions ont ainsi été programmées et, malgré une année de préparation, l'adhésion de l'ensemble de l'équipe a dû être soutenue tout au long de l'étude. Dans ce cas concret, par exemple, une assistante sociale motivée pour participer au projet a provisoirement suspendu son travail avec l'équipe et, quelques jours avant le début de la récolte de données, a été remplacée par une collègue qui, nouvellement arrivée, se trouvait dans un tout autre état d'esprit face à la recherche.

Le point de vue du praticien

L'unité de soins qui a accepté de prendre part à cette recherche travaille de façon interdisciplinaire et éclectique. Ces dernières années, elle a formulé son projet (Priels *et al.*, 2006) en tenant compte des apports de la préthérapie (Prouty, 1994 ; Prouty, Van Werde, Pörtner, 1998), du travail de

contact (Van Werde, 2006) et de la démarche « écouter-comprendre-encourager » (Pörtner, 2010). Une référence de travail en lien avec la réhabilitation psychiatrique y est appliquée, de même que l'on rencontre un discours systémique. La préthérapie peut sembler simple à exposer (Priels, 2015) mais sa transposition dans les soins quotidiens nécessite une approche qualitative subtile et complexe (Pörtner, 2016). L'équipe a donc bénéficié d'une base de formation continuée et de supervision inspirée par l'approche centrée sur la personne.

Certes les travaux de Carl R. Rogers ont pris la peine d'être scientifiquement validés, et la recherche reste aujourd'hui active en ce domaine (Cooper, Watson, Hölldamf, 2010). Il est, cependant, facile d'imaginer que, outre cet aspect de validation scientifique, la théorie et la pratique rogorienne peuvent se réfléchir en termes philosophiques ou anthropologiques. Nombre de psychothérapeutes éloignés de la recherche travaillent essentiellement selon la vision de l'homme en tant qu'être singulier. Dans le cas qui nous occupe, le paradigme de base est celui de la philosophie personnaliste. Comment concilier sciences et philosophie, dès lors que l'on entrevoit la personne comme pouvoir d'approfondissement infini, mouvement d'intériorisation, comme non objectivable, non inventorable, comme une entité qui se réduit dès qu'on la définit (Priels, 2005) ? Comment rester en phase avec la recherche scientifique si l'on considère que la personne seule est mystère, qu'on ne peut l'inventorier ni la définir, que « *la rencontre d'un être humain signifie être tenu en éveil par une énigme* » (Levinas cité in Schmid, 1998).

Dans les métiers de l'humain, il est certes nécessaire de ne jamais perdre de vue que la personne n'est pas un objet, qu'on ne définit que des objets externes à l'homme et que l'on peut placer sous le regard. La personne n'est, en effet, pas mesurable une fois pour toutes. Que l'on ne s'y trompe cependant pas : cela ne vient en rien poser le fait que la personne n'a pas à retenir l'attention du scientifique ! Chaque vision anthropologique, aussi subtile soit-elle, vient simplement rappeler au psychothérapeute, comme au chercheur, que nulle personne ne peut donner par elle-même une explication exhaustive de qui elle est. Le constat existentiel est valable pour le praticien comme pour le scientifique et est simple à entrevoir si l'on s'en réfère à Gabriel Marcel (1935) qui affirme qu'il y a une part d'inexplicable en toute personne. Autrement dit, l'humain est « infini-discible » (Triest, 2007). L'approche anthropologique personnaliste est porteuse d'une ouverture heuristique valable pour le thérapeute. Dans la psychothérapie, c'est la rencontre des personnes qui va leur permettre de construire mutuellement leur propre savoir quant à ce qu'elles sont. Pour reprendre Antoine de Saint-Exupéry (1939) et rester en phase avec une autre citation philosophique personnaliste, nous dirons que l'énigme du seul luxe véritable est celle de la relation humaine. Cette approche anthropologique est également porteuse d'ouverture heuristique pour la collaboration entre le praticien et le scientifique dans leur recherche de modèles explicatifs communs. Pour les uns, comme pour les autres, elle signifie en effet – et nous nous inspirerons ici d'Edgard Morin (2005) – que l'idée

de vérité, de totalité du savoir, pour triomphale qu'elle soit, n'a pas de validité, puisque l'homme et la relation humaine participent de la complexité : « *La raison correspond à une volonté d'avoir une vision cohérente des phénomènes, des choses et de l'univers. La raison a un aspect incontestablement logique.* » « *La conscience de la multidimensionnalité nous conduit à l'idée que toute vision unidimensionnelle, toute vision spécialisée, parcellaire est pauvre... Nous sommes condamnés à la pensée incertaine, à une pensée criblée de trous, à une pensée qui n'a aucun fondement absolu de certitude.* » (Morin, 2005.) Nul modèle ne peut donc prétendre maîtriser ou posséder le savoir quant à telle ou telle personne ou tel phénomène. L'invitation du postulat personnaliste est donc celui de l'invitation au dialogue et à une ouverture épistémologique maximale. Le modèle de la complexité invite à puiser les intuitions de la connaissance en soi (Rogers, 1961). Ce modèle invite à la rencontre et à l'enrichissement mutuel de la pratique et de la recherche. Et si, pour reprendre des termes gestionnaires, la personne est le *core-business* des institutions psychiatriques, alors elle exige à tout le moins une approche de qualité qui repose sur plusieurs dimensions : *evidence-based – practice based – value based* (scientifique, pratique, anthropologique). Lorsque la rencontre est possible, c'est par le partage de leur réflexion commune que chercheurs et praticiens parcourent un chemin ensemble. Cette rencontre impose toutefois à l'équipe accueillante certaines conditions :

- une adaptation de l'équipe de terrain au monde de la recherche : il est clair qu'on ne peut communiquer les découvertes scientifiques qu'à ceux qui ont accepté les règles de la recherche. Le préalable à la mise en route du projet est la confiance du praticien envers la méthodologie, les outils spécifiques, les questionnaires, le protocole de recherche ;

- une acceptation de l'équipe, sur la base du partage d'une hypothèse de départ, d'exprimer ses limites et ses doutes avant de s'engager plus pleinement dans un accord de collaboration.

Ce n'est qu'une fois que ces balises ont été posées que le travail d'élaboration d'hypothèses, nécessaire à toute démarche scientifique, a pu commencer. Dans le cas concret de cette collaboration, l'hypothèse de départ était évidente : qu'en est-il de la qualité relationnelle à l'œuvre dans le processus de changement des patients ? Cette hypothèse a, cependant, dû être formulée en termes compréhensibles tant pour l'équipe de recherche que pour les praticiens de terrain.

Pour le praticien, il est compliqué d'explicitier ses intuitions cliniques en termes de variables dépendantes et indépendantes, en concepts opérationnalisables et, plus encore, d'oser les mettre à l'épreuve des faits. Le chercheur clinicien peut, bien évidemment, accompagner cette démarche, jouer ce rôle de « traducteur ». Pour lui, comme pour le praticien, il s'agit, dès lors, d'entrer dans un dialogue où chacun a une part active à jouer pour inventer un langage théorico-clinique compris de chacun. Dans cette démarche, il est utile que chercheur et praticien reconnaissent leurs limites

propres et potentialisent les compétences de l'autre. C'est à ce prix que leurs efforts combinés peuvent construire de réels projets de recherche en phase avec les questions de terrain.

L'ENSEIGNEMENT D'UNE COLLABORATION POUR UNE RECHERCHE ³

L'intuition clinique, source de créativité scientifique

Derrière toute collaboration, il y a d'abord une rencontre entre des personnes singulières qui vont tenter de construire du commun ensemble. Les échanges, d'apparence anodine entre chercheurs cliniciens et praticiens, ne s'attardent souvent pas sur la simple mise en place d'un *design* expérimental. Entre psychologues, des réflexions simplement partagées sur les cadres et les situations cliniques, sur la philosophie de travail et les valeurs humaines surgissent fréquemment au détour de conversations professionnelles. Ces réflexions peuvent devenir une source de collaborations mutuelles pour qui sait les entendre. C'est ce phénomène qui fut à l'origine d'un projet de recherche qui va être ici brièvement exposé.

En effet, lors d'un dîner professionnel, la discussion s'est rapidement attardée sur la question de la formation actuelle des psychologues à l'université. Parmi ceux qui se trouvent autour de la table, un praticien de terrain expose une expérience marquante faite alors qu'il était, bien des années auparavant, encore en études en faculté de psychologie. Il relate, en effet, que sa participation à un groupe de parole résidentiel proposé par un professeur à côté du cadre universitaire fut pour lui l'expérience la plus marquante de ses années d'études. Ce groupe expérientiel fut une telle révélation pour lui qu'il a ensuite orienté une grande partie de sa pratique professionnelle sur la facilitation de groupes de parole dans des cadres didactiques ou thérapeutiques. Pour ce qui est de la formation universitaire des psychologues cliniciens, nous ne pouvons que faire le constat que plus rien de ce genre n'existe dans le cursus actuel en francophonie. Nous pouvons également reconnaître que ce type d'expérience groupale ne pourrait être qu'un plus dans la formation des futurs psychologues. Vivre pleinement l'authenticité de la parole dans un groupe est une expérience formative unique qu'aucun cours théorique ne pourra jamais égaler. Mais comment mettre en lumière cette intuition de la dimension transformatrice et formative du groupe de parole mené dans un cadre de formation universitaire ? Cette question étant posée, l'intuition clinique énoncée par un praticien de terrain rencontre l'intuition d'un chercheur clinicien sans que, jusque-là, ne soit imaginé un protocole expérimental possible à mettre en place. Le repas professionnel se termine simplement de manière unanime : il serait essentiel de pouvoir démontrer l'intérêt spécifique de ces groupes expérientiels dans la formation de futurs psychologues. En parallèle, au sein de la faculté, une thèse de doctorat en cours, celle de Marine Jaeken, a pour objectif de développer et de valider tout un programme de formation aux compétences d'aide pour de jeunes psychologues en formation (e.g.,

Jaeken, Zech, Van Broeck, Verhofstadt, & Mikolajczak, 2014). Dans le modèle construit, chaque compétence y est travaillée de manière similaire : de la théorie, un bon et un mauvais exemple vidéo d'utilisation de la compétence et, enfin, la mise en pratique de la compétence dans des jeux de rôles. Cette recherche doctorale intègre une étude mesurant l'impact de sa formation sur différentes variables : compétences d'aide, qualités relationnelles, empathie, personnalité, etc. C'est de la sorte que l'occasion unique s'est présentée d'intégrer des groupes expérimentiels à la démarche doctorale et de comparer ces deux méthodes formatives. Un protocole est créé et plusieurs mémorantes intègrent ensuite le projet ⁴. Sans entrer dans les détails de la méthodologie et des résultats (voir Brison, Zech, Jaeken, Priels, Van Broeck, Verhofstadt, & Mikolajczak, 2015, Jaeken, Zech, Brison, Verhofstadt, Van Broeck, & Mikolajczak, 2017), plusieurs éléments intéressants ressortent de l'étude. La comparaison des deux méthodes de formation a révélé leur intérêt à chacune, bien que leurs effets soient différents. En effet, seul le groupe expérimentiel a permis aux étudiants d'évoluer au niveau de la conscience de soi et de l'ouverture à l'autre (changement significatif sur la variable flexibilité psychique uniquement pour le groupe expérimentiel, $t(33) = -3.00$, $p = .005$). À l'opposé, la formation dirigée (théorie, vidéos, jeux de rôles) va vraiment aider l'étudiant à se sentir plus compétent et à s'évaluer plus positivement dans une relation d'aide (changement significatif de la variable autoévaluée « compétence d'action » pour le groupe dirigé, $t(35) = 2.85$, $p < .01$), que le module de formation plus expérimentielle (pas de changements significatifs sur la variable autoévaluée « compétence d'action »). Les étudiants des groupes expérimentiels n'ont pas l'impression qu'ils améliorent leurs compétences d'aide. Toutefois, du point de vue des patients, tous les étudiants, quel que soit le module de formation, sont perçus comme offrant une relation de meilleure qualité après formation (effet principal du temps sur la variable qualité de l'entretien évaluée par le patient, $F(1, 67) = 45.31$, $p < .001$).

Ces éléments mettent clairement en avant le fait que les groupes expérimentiels favorisent le développement personnel des futurs psychologues. En effet, ils semblent augmenter l'ouverture des étudiants à leur propre expérience, à leur ressenti. Ils permettent aussi une amélioration des compétences relationnelles en situation concrète, face à un patient joué. Toutefois, ce progrès ne semble pas être conscientisé par les étudiants (subjectivement, ils ne se sentent pas plus compétents). La formation, plus dirigée et explicite (c'est-à-dire où l'étudiant sait précisément ce qu'on attend de lui), permet, quant à elle, une augmentation du sentiment de compétence. Ces résultats mettent bien en avant l'intérêt spécifique de chaque méthode et la richesse de leur intégration dans le cursus universitaire.

Dans tous les cas, elles illustrent que, loin de s'opposer, la recherche peut soutenir des intuitions cliniques et, inversement, la clinique peut enrichir le travail de recherche.

BILAN DE CETTE COLLABORATION

Que reste-t-il de cette collaboration cinq ans après ? Le bilan est plutôt nuancé. Au niveau de la première recherche, malgré l'énergie importante déployée, la « récolte » fut assez pauvre. Seuls dix patients ont été jusqu'au bout du processus de recherche (vingt et un patients répondaient aux critères, six ont refusé de participer et cinq n'étaient plus dans le centre à la fin de l'étude). Un mémoire est sorti. Des évolutions ont été mises en avant, mais la « taille de l'échantillon » était bien insuffisante pour en tirer des conclusions généralisables et viser une publication scientifique. La seconde étude sur les groupes expérientiels, avec un format de recherche plus classique en « laboratoire », a conduit, quant à elle, à une publication scientifique (Brison *et al.*, 2015), mais elle a surtout été à la base d'une mini révolution au sein de notre faculté. En effet, cette méthode d'apprentissage par l'expérience en groupe des attitudes thérapeutiques a été intégrée à la formation des étudiants de master en psychologie avec un succès dès la première année.

CONCLUSION

Si les obstacles sont multiples, les deux collaborations qui ont illustré notre propos démontrent la possibilité d'une ouverture heuristique, ainsi que la richesse du dialogue entre praticiens et chercheurs, à la condition ultime de donner du temps et de la valeur à ce temps de partage. « *Le désir est simplement de continuer et de renouveler l'expérience.* » (May, 1972).

De ces échanges, il est possible que le praticien devienne un peu plus chercheur, comme il est possible que le chercheur devienne un peu plus clinicien. De notre collaboration, nous retenons la nécessité de formulation d'hypothèses dans un langage commun à construire ensemble par des échanges. Au carrefour du dialogue de la science fondamentale et de la clinique du terrain, des intuitions mutuelles sont à décélérer. L'avenir de telles collaborations est rempli de promesses. Il y va de l'acceptation par les uns de prêter un peu de leur pratique à la science et de l'engagement des chercheurs à répondre aux questions concrètes du terrain. Des recherches nouvelles pourront ainsi être publiées, lues et appréciées tant par des chercheurs que par des cliniciens. Multiplier les occasions, comme ce numéro spécial, de réunir toutes les personnes soucieuses de développer de la recherche clinique valide, fiable et pertinente, est une bonne manière, nous semble-t-il, de construire une recherche innovante. Chacun peut se reconnaître dans la sagesse des Anciens : « *On se lasse de tout... excepté d'apprendre.* » (Virgile.)

Notes

1. Ce texte est une actualisation d'une réflexion commune entamée en 2012 lors d'un colloque au titre explicite « Articulations clinique-recherche : Autour de la psychopathologie et de la psychiatrie » et publié par Zech, E., de Timary, Ph., Billieux, J., & Jacques, H. (Eds.) aux Presses Universitaires de Louvain. Peu de modifications ont été apportées à cette allocution, relevant une certaine intemporalité des propos.
2. Naivin V., Weck M., 2012, « Impact de la perception de la qualité du contact et des attitudes thérapeutiques fondamentales sur le processus de changement de patients atteints de troubles psychotiques sévères », Mémoire de master en sciences psychologiques et de l'éducation non publié, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
3. La suite de cet article fera référence à un second projet de recherche et illustrera la manière surprenante dont il a vu le jour. Cette recherche a été menée au sein du CSDP dans l'équipe d'Emmanuelle Zech à la faculté de psychologie et de sciences de l'éducation de Louvain-la-Neuve.
4. Devaux A., 2012, « Impact du groupe de rencontre non directif comparé à une formation aux compétences d'aide directive au niveau des traits de personnalité et de la flexibilité psychique » ; Moeyaert A., Schul E., 2012, « Formation aux compétences d'aide de base : effets sur les compétences d'aide et sur la personnalité » ; Sélifet V., 2012, « Évaluation d'une formation aux compétences d'aide : quels sont les effets sur les compétences d'aide et les compétences émotionnelles d'étudiants en psychologie ? » ; Van Nieuwenborgh C., 2012, « Compétences d'aide et empathie : les effets d'une formation ». Tous les quatre étant des mémoires de master en sciences psychologiques et de l'éducation non publiés, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

Bibliographie

- Bazzano M.**, 2016, « The Conservative Turn in Person-Centered Therapy », *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 15 (4) : 339-355.
- Brison C. et al.**, 2015, « Encounter Groups : Do they Foster Psychology Students' Psychological Development and Therapeutic Attitudes ? », *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 14 (1) : 83-99.
- Cooper M., Watson J., Hölldamf D.**, 2010, *Person-Centered and Experiential Therapies – Work. A Review of the Research on Counseling, Psychotherapy and Related Practices*, Roos-on-Wye, PCCS Books.
- Huber W.**, 1987, *La Psychologie clinique aujourd'hui*, Liège, Mardaga.
- Jaeken, M., Zech, E., Brison, C., Verhofstadt, L., Van Broeck, N., & Mikolajczak, M.**, 2017, *Helpers' self-assessment biases before and after helping skills training*. Manuscript submitted for publication.

- Jaeken, M.**, Zech, E., Van Broeck, N., Verhofstadt, L., & Mikolajczak, M., 2014, Se former à la communication en contexte d'entretien. In N. Nader-Grosbois, O. Luminet, & S. Vanden Broucke (Eds.). avec la collaboration de Devos, G., Houssa, M., Mazzone, S. *Articulations clinique-recherche : Des outils nouveaux à la disposition du clinicien* (pp. 33-44). Louvain-la-Neuve : Presses Universitaires de Louvain.
- Lhotellier A.**, 2001, *Tenir conseil. Délibérer pour agir*, Paris, Seli Arslan.
- Marcel G.**, 1935, *Être et avoir*, Paris, Aubier Montaigne.
- May R.**, 1972, *Le Désir d'être. Psychothérapie existentielle*, Paris, Epi.
- Morin E.**, 2005, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Le Seuil.
- Pörtner M.**, 2010, *Écouter, comprendre, encourager*, Lyon, Chronique Sociale.
- Pörtner M.**, 2016, « L'Approche centrée sur la personne dans les soins quotidiens », *ACP Pratique et recherche*, 1 (22) : 30-37.
- Priels J. M.**, 2005, « Carl Rogers et Emmanuel Mounier. Perspectives personnalistes et communautaires pour l'avènement de la personne nouvelle », in *Actas Congresso International de Personalismo Comunitario*, 2 : 97-104, Democratia, Persona y Participación Social, Madrid, Fundación Emmanuel Mounier.
- Priels J.-M. et al.**, 2006, « La préthérapie et le travail du contact », *ACP Pratique et recherche*, 2 (4) : 46-61.
- Priels J.-M.**, 2015, « La préthérapie », *Santé mentale*, 195 : 33.
- Prouty G.**, 1994, *Theoretical Evolutions in Person-Centered / Experiential Therapy : Applications to Schizophrenics and Retarded Psychosis*, New York, Praeger.
- Prouty G., Van Verde D., Pörtner M.**, 1998, *La Pré-thérapie et le travail de contact dans l'approche centrée sur la personne*, Lyon, Chronique sociale, sous presse.
- Rogers C. R.**, 1961, *Le Développement de la personne*, Paris, Dunod, 1998.
- Rogers C. R.**, 1968, « Personne ou science ? Une question de Philosophie », in Rogers R.C. (sous la direction de), *Le Développement de la personne*, Paris, Dunod.
- Rogers C. R.**, 1986, « Carl Rogers et le développement de l'approche centrée sur la personne », *ACP Pratique et Recherche*, 2008, 8 : 50-52.
- Saint-Exupéry (de) A.**, 1939, *Terre des hommes*, Paris, Gallimard.
- Schmid P. F.**, 1998, « Nouvelles Perspectives pour l'évolution de l'approche centrée sur la personne », in *Mouvance Rogérienne*, 14 : 3-22.
- Triest V.**, 2007, « L'humain "infini-dicible" », *ACP Pratique et recherche*, 2 (6) : 73-81.
- Van Werde D.**, 2006, « L'ancrage : un concept au cœur du travail avec les psychotiques », *ACP Pratique et recherche*, 2(4) : 62-76.