



Une autre manière de choisir son psy

Et comment s'assurer d'avoir bien choisi ?

Par Floriane Blanc-Gilbert, psychologue spécialiste du développement

Nota : Cet article est un exemple de ce qui peut être réalisé. Il n'a pas été publié dans une revue.

Consulter une « psy », oui, mais laquelle ? Et une fois la porte poussée, comment valider – ou invalider – le choix ? Plutôt qu'un tri par symptômes ou par spécialités, pourquoi ne pas tenter de s'orienter puis de vérifier en partant... de soi ?

À force, la question s'est imposée : est-ce que quelque chose « cloche » ? Les repères qui me tenaient – des rôles, des projets, l'image que je me faisais de moi – se sont défaits, à bas bruit. Voilà que je ne suis plus sûre de savoir qui je suis, ni ce que je veux. J'ai bien pensé à consulter, mais qui ? Un psychiatre ? Un psychologue ? Comment choisir entre toutes les méthodes et les pratiques ? Il faudrait déjà que j'arrive à savoir ce que je cherche. Alors j'ai fait comme tout le monde : j'ai lu des articles de magazines ou de sites web, j'ai rentré des mots-clefs dans Doctolib ou dans Google, j'ai consulté des pages de professionnels, et j'en suis sortie perdue et découragée.

De nombreuses personnes passent par ce questionnaire avant de consulter un professionnel du champ de la santé psychologique. Et même, souvent, lorsqu'elles cherchent un nouvel interlocuteur, faute d'avoir trouvé, auprès du premier, la réponse appropriée à leur(s) besoin(s). Choisir le « bon » est un thème récurrent dans les magazines ou sur les pages spécialisées. Récemment, dans l'excellent dossier sur les psychothérapies validées scientifiquement du magazine Cerveau & Psycho (juin 2026, numéro 188), il est proposé à tout aspirant·e à l'accompagnement une sorte de jeu de l'oie par symptôme, diagnostic, spécialité ou méthode. Même si ce dossier a des fondations solides – un auteur compétent dans le domaine et des sources fiables –, il n'est malheureusement pas certain qu'il atteigne l'objectif visé : aider au choix d'une approche ou d'une professionnelle du secteur de la santé psychologique. À l'instar de ce dossier, nombre de sites – souvent moins fiables et informés – proposent de choisir dans une offre en apparence pléthorique grâce à une méthode de tri : soit les professionnel·le·s sont différencié·e·s par titre/formation/droit de prescrire, soit les difficultés sont classées en termes de symptômes, diagnostics ou gravité, soit les approches sont réparties par pertinence d'adaptation à une difficulté catégorisée. Et, souvent, l'article se termine par le sempiternel « *l'important, c'est l'alliance* », ici utilisé comme manière de détourner pudiquement le regard de la difficulté, bien réelle pour chaque personne en souffrance, que pose la problématique du choix. Oui, l'alliance est un des facteurs les mieux établis empiriquement concernant l'efficacité d'un accompagnement en santé psychologique. Mais l'alliance ne se noue qu'une fois le professionnel choisi, elle ne répond donc en rien aux questions qui la précèdent : vers qui se tourner et *pour* quoi ? Nous y reviendrons.

Or la méthode du tri n'est pas suffisante, et ce pour deux raisons.

La première est qu'elle n'enseigne pas à la personne cherchant un accompagnement l'essentiel de ce qu'elle a besoin de savoir, c'est-à-dire que sa souffrance n'est pas le même « objet » pour tous les professionnels et toutes les approches. Il est plus facile de comprendre cet aspect avec une simple analogie : la formation du professionnel ou les principes de base de l'approche jouent en quelque sorte le rôle de lunettes de réalité virtuelle d'un genre particulier : elles ciblent spécifiquement certains aspects de la souffrance présentée. C'est un peu comme si ces lunettes faisaient clignoter en fluorescence *certain*s aspects de la souffrance. Elles ne masquent pas nécessairement les autres mais l'attention du professionnel va se porter sur ce que lui ciblent les lunettes qu'il a choisi de porter.

La seconde raison de l'insuffisance de la méthode du tri découle de la première et c'est sans aucun doute la plus importante. Ignorer ce qui va devenir fluorescent dans les lunettes du professionnel ne permet pas à la personne qui choisit de cibler les éléments qu'elle perçoit comme saillants. Reformulons : ne pas savoir prive la personne de la possibilité de choisir l'approche qui correspond à *son* expérience de la souffrance. Reprenons l'analogie des lunettes : si ce qui devient fluorescent sous les lunettes du professionnel n'est pas la même chose que ce qui clignote sous les lunettes de la personne en souffrance, alors deux personnes sont insatisfaites : celle qui souffre, réduite à l'errance vers d'autres professionnel·le·s, et le professionnel qui ne comprend pas pourquoi ce qu'il propose ne semble pas permettre à la personne d'alléger – encore moins résoudre – sa souffrance.

Essayons donc de trouver une autre méthode.

Trois regards sur la souffrance

Pour servir cette tentative, une distinction existant dans le registre sémantique de nos cousins anglophones s'avère très utile. En effet, en anglais, les termes « souffrance » ou « maladie » bénéficient de nuances que, nous, francophones, n'avons pas. Dans leur dénomination, la souffrance peut se regarder sous trois angles différents : du côté du corps, et elle est alors nommée « *disease* », du côté de ce que j'en vis, et ils parlent alors de l'« *illness* », ou du côté de ma place parmi les autres, désignée par le terme « *sickness* ». Trois mots qui tous seraient probablement traduits, en français, par « souffrance » ou « maladie » mais que l'anthropologie et la sociologie médicales – d'abord sous les plumes d'Andrew Twaddle et Marshall Marinker, puis celles d'Arthur Kleinman et Allan Young – ont permis de définir plus subtilement.

Ces trois mots y sont utilisés pour désigner non trois dimensions distinctes de la souffrance, mais trois points de vue portés sur la souffrance, trois manières, pour qui souffre, d'interpréter sa souffrance. Le mot « *disease* » désigne la souffrance comprise comme un dérèglement du corps – c'est le regard de la médecine, qui l'objective et la traite comme une dysfonction. Je ne vis pas ma souffrance comme une dysfonction mais je peux considérer ce que je traverse comme tenant d'abord à mon corps et je peux donc vouloir cette lecture-là en priorité. Le terme « *illness* » est la souffrance telle que je l'éprouve, de l'intérieur. C'est l'expérience en première personne, ce que cela *me* fait à *moi* de souffrir, dans mon corps comme dans ma tête. Ce n'est donc pas « réduit » à ce que l'adjectif « psychologique » désigne dans les représentations courantes. C'est *ma* souffrance, telle que je la vis. Enfin, l'appellation « *sickness* » a reçu plusieurs lectures. Selon la tradition anthropologique, la souffrance est la conséquence de grandes forces sociales – comme le système économique, le fonctionnement des institutions, la place que la société réserve au malade. Une autre lecture, plus resserrée, la définit autour des notions de rôle social et de stigmatisation, autrement dit la façon dont le regard des autres m'assigne une place. La définition retenue ici est de cet ordre : la manière dont ma souffrance est perçue par les autres, telle qu'elle existe entre les autres et moi. À travers elle, le collectif m'assigne un rôle et une place, il pose un regard qui *me* stigmatise. Cette définition n'est pas meilleure, elle est seulement celle qui éclaire le mieux notre propos.

Aucune manière n'a de préséance ou de poids par principe ; chaque souffrance compose sa propre façon d'exister. Une réserve, cependant, et elle est d'importance. Certes, aucune de ces trois lectures n'a de préséance par principe, à l'exception des situations où la sécurité est en jeu. Quand le corps donne des signes d'alerte – amaigrissement rapide, fatigue qui s'aggrave sans raison apparente, douleurs inhabituelles – ou lorsque la souffrance devient dangereuse – idée de ne plus vouloir être là, pensées sombres, peurs incontrôlables – la lecture du corps et donc le recours médical doivent être prioritaires, quelle que soit la dimension qui m'importe le plus. Non parce que la lecture du corps serait plus vraie que celle m'important le plus, mais parce qu'il est indispensable d'écarter l'existence d'une cause physique grave à l'œuvre dans ce que je

vis. Une souffrance qui met en danger appelle une aide médicale sans attendre. La liberté de choisir sa lecture de la souffrance ne peut commencer qu'une fois la sécurité assurée.

Il pourra être objecté que la triade est elle-même un tri. Et ce n'est pas faux. Néanmoins la triade offre ce qu'aucune autre méthode de tri ne propose : elle rend à la personne qui souffre la capacité de tri.

À différencier du modèle bio psychosocial

Certains croiront peut-être reconnaître ici le modèle biopsychosocial, élaboré par le médecin psychiatre George Libman Engel à la fin de la décennie 1970. Engel y propose une décomposition de la souffrance en trois composantes – biologique, psychologique et sociale – et invite à repérer celle qui contribue le plus dans la situation présentée. La différence entre ce modèle et la formulation de l'anthropologie médicale peut paraître ténue mais elle est décisive, et elle ne tient pas à ce que l'une soit plus « vraie » que l'autre ; la distinction tient à la personne qui pose le regard. D'un côté, le modèle propose *au professionnel* de chercher quel facteur a le plus fort poids dans la situation, de l'autre, la triade propose à *la personne qui souffre* de désigner elle-même ce qui lui importe le plus, ici et maintenant.

Ainsi, là où le modèle biopsychosocial demande au professionnel d'évaluer « *Quel est le facteur le plus contributif ici ?* », l'anthropologie médicale propose à la personne de s'interroger « *Dans ce que je traverse, est-ce que je cherche d'abord à agir sur un dérèglement de mon corps, quelque chose que je ressens comme physiologique ? Ou ai-je d'abord besoin de comprendre et de mettre en mots l'expérience que j'en fais ? Ou peut-être que mon besoin premier est de retrouver une place, d'apprendre à vivre autrement parmi les autres ?* »

***La triade n'est pas un outil pour les professionnelles.
C'est une boussole pour trouver la bonne interlocutrice.***

La triade ne propose pas de remplacer un tri par un autre ; elle n'invite pas à assigner une dimension à un professionnel – la plupart des professionnels prennent en compte les différentes manières de vivre la souffrance dans leur pratique. Mais leur formation les a entraînés à faire clignoter d'abord l'une d'elles. La triade n'est donc pas un outil de tri, c'est une boussole : elle indique à la personne quelle dimension est saillante pour elle, et lui permet de déterminer vers quelle lecture se tourner en premier. Évidemment, elle ne remplace pas la vérification élémentaire : vérifier que le professionnel choisi est dûment diplômé et qu'il utilise une approche/méthode/pratique validée scientifiquement. Elle intervient en amont – déterminer ce qui m'importe le plus et comment le prendre en charge.

Chaussons à présent les lunettes de différent·e·s praticien·ne·s pour mieux comprendre. Si je souffre et que, ce que je cherche d'abord, c'est agir sur mon corps, alors je consulte un·e médecin-psychiatre d'orientation biologique. Celle-ci chaussera ses lunettes et me prescrira les molécules qui correspondent à ce qui y clignote en fluorescence. Et lorsque, à travers les échanges que j'aurai avec elle, ses lunettes feront

clignoter autre chose qui ne relève pas du « *disease* », alors selon sa pratique, elle me proposera d'autres méthodes/outils/techniques.

Trois regards sur la souffrance : *disease*, *illness*, *sickness*

Là où le français n'a que « souffrance » ou « maladie », l'anthropologie et la sociologie médicales distinguent trois mots. Non pas trois dimensions séparées, mais trois points de vue sur une même souffrance — trois manières, pour qui souffre, de l'interpréter.

Disease — la souffrance comprise comme un dérèglement du corps : le regard de la médecine, qui l'objective et la traite comme une dysfonction.

Illness — la souffrance telle que je l'éprouve de l'intérieur : l'expérience en première personne, ce que cela me fait, à moi, de souffrir — dans mon corps comme dans ma tête.

Sickness — la souffrance telle qu'elle existe entre les autres et moi : la façon dont le collectif la perçoit, m'assigne un rôle et une place, et pose sur moi un regard qui peut me stigmatiser.

Sources — la distinction est due à Andrew Twaddle et Marshall Marinker, puis affinée par Arthur Kleinman et Allan Young ; en francophonie, on la doit notamment à András Zempléni. Faute d'équivalent consacré, le français conserve les trois mots anglais.

Et, si je considère que mon besoin premier est de comprendre l'expérience que j'en fais, de mettre des mots sur ce que je vis, dans mon corps et dans ma tête, alors je vais plutôt me tourner vers une psychologue. Et c'est là qu'il faut ajouter une distinction importante : tou·te·s les professionnel·le·s ayant des lunettes paramétrées pour faire clignoter les éléments qui composent l'« *illness* » n'ont pas les mêmes *réglages*. Que ce soit par formation ou au fil de leur pratique, les professionnel·le·s ont programmé leurs lunettes pour que certains aspects clignent, ou non.

Prenons un premier exemple : si, depuis que j'ai déménagé pour un nouveau poste, six mois auparavant, je suis en permanence sur le qui-vive, je décline les invitations, je n'arrive plus à sortir de chez moi le week-end, je me sens bloqué·e, une psychologue spécialiste des TCC – Thérapies Cognitives et Comportementales – ne verra pas clignoter la même chose qu'une développementaliste.

La psychologue spécialiste des TCC verra dans ma situation deux ressorts enchâssés. Un ressort comportemental : lorsque je suis invité·e, je ressens une forte angoisse. Décliner l'invitation me procure un soulagement immédiat. Ce soulagement renforce l'évitement, qui se répète et s'étend. Et un ressort cognitif : des pensées et des croyances qui nourrissent l'angoisse – par exemple des pensées anticipatoires du type « *Cela va mal se passer* » ou « *Je vais faire des gaffes et personne ne m'appréciera* ». Ce type de psychologues cible ces deux aspects. Côté comportemental, elle accompagne dans la réintroduction progressive des situations évitées, c'est l'exposition graduée. Côté cognitif, elle aide à repérer, questionner, assouplir les pensées et croyances, c'est la restructuration cognitive. En résumé, la praticienne spécialiste des TCC va cibler les comportements appris et les pensées qui les soutiennent, dans le présent.

Chaque spécialité est comme une paire de lunettes de réalité virtuelle : elle fait clignoter quelque chose en particulier. Chaque professionnelle choisit ses lunettes et en adapte les paramètres.

La psychologue spécialiste du développement, elle, verra clignoter dans ses lunettes l'interaction entre la personne et son environnement, dans un moment considéré comme une transition. Le déménagement, le nouveau poste, ne sont pas considérés seulement comme les déclencheurs d'un comportement observable, ils sont compris comme un passage qui nécessite une adaptation. L'angoisse n'y est pas un aspect indiquant une boucle comportementale mais le signal d'un « désajustement » temporaire entre les ressources actuelles de la personne – ses repères, ses appuis, son réseau – et les demandes du nouveau milieu – un rôle différent à concevoir et à incarner, des liens nouveaux à construire, une relative absence de soutien. Pour la développementaliste, il s'agit d'accompagner la personne dans l'acquisition et la mise en place de nouvelles ressources pour faciliter son adaptation, ce qui inclut de l'aider à concevoir son rôle dans la structure, à construire son nouveau tissu de soutien, à initier de nouvelles routines et des repères sécurisants. La développementaliste resitue la difficulté rencontrée dans la trajectoire de vie de la personne et propose de percevoir cette étape comme un remaniement dans cette trajectoire.

Ainsi, les deux spécialistes « voient » le déménagement, mais les lunettes de la psychologue spécialiste des TCC font clignoter un comportement à réapprendre, celles de la développementaliste font clignoter une relation personne-milieu à rééquilibrer.

Prenons un second exemple pour illustrer la dynamique dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant. Si mon enfant refuse d'aller à l'école, la psychologue spécialiste des TCC voit la boucle : l'évitement a permis le soulagement, ce qui a renforcé le comportement « *je veux rester à la maison* ». La spécialiste des TCC pourra donc proposer une exposition graduée et un réaménagement des comportements renforçateurs. Elle s'attachera également à comprendre quelles sont les représentations de l'enfant vis-à-vis de l'école et à les travailler avec lui. La développementaliste y verra plutôt une interaction entre l'enfant et le « système » dans lequel il vit, c'est-à-dire l'environnement qui inclut la famille et l'école dans ce moment de transition. Pour la développementaliste, ce moment de transition requiert d'accompagner l'enfant dans un meilleur développement de sa flexibilité, capacité indispensable à l'adaptation à l'alternance entre l'école et la maison. La développementaliste va alors aider l'enfant à développer ses ressources – pensées, personnes, pratiques – pour lui permettre de s'adapter dans cette période de transition.

Enfin, si je considère que j'ai avant tout besoin de retrouver une place parmi les autres, si ce qui me pèse le plus me semble la conséquence du fonctionnement du contexte dans lequel j'évolue, alors la dimension de ma souffrance que je souhaite prendre en charge est désignée sous le terme « *sickness* ». Ce qui m'intéresse alors, c'est par exemple de comprendre le rôle, dans le groupe, auquel ma souffrance m'assigne, de réfléchir aux normes de ce groupe – ce qu'il conçoit comme acceptable ou déviant –, de nommer la stigmatisation dont je fais l'objet, etc. Et l'accompagnement relève alors en première intention de la psychologue sociale. L'exemple le plus simple ici est celui de la perte

d'emploi. Si, depuis que j'ai perdu mon emploi, je rase les murs, j'évite les personnes de ma connaissance qui travaillent, je ressens de la honte en entendant la question « *Et toi, tu fais quoi dans la vie ?* », j'ai l'impression de ne plus compter, la dimension saillante est la perte de la place dans le monde social. Dans les sociétés occidentales, le chômage, avant d'être une perception intérieure, est un statut dévalué, une identité sociale endommagée, une reconnaissance que le collectif me refuse, une stigmatisation que j'intériorise. Sous les lunettes de la psychologue sociale, ce qui clignote, c'est le lien social, la question du statut, celle de la reconnaissance.

Cela ne signifie pas que d'autres professionnels ne puissent pas accompagner cette dimension, mais ils ne le feront pas nécessairement directement. Prenons l'exemple de la développementaliste : dans ses lunettes, elle verra clignoter là aussi la question de la transition, du type de celles qui appellent une recomposition. Elle accompagnera alors la personne, là aussi, pour lui permettre de s'adapter. Elle aidera par exemple la personne à assimiler qu'elle ne se résume pas socialement au poste qu'elle occupait, au métier qu'elle exerçait, ou à développer de nouvelles ressources pour traverser cette période, à se construire des repères et des routines indépendantes de son ancien rythme.

Les deux professionnelles voient donc bien la perte de l'emploi, mais les lunettes de la psychologue sociale font clignoter la place sociale à restaurer alors que la développementaliste voit la transition, le point de passage à traverser.

Oser poser la question de la spécialité

Problème : les spécialités des psychologues ne sont pas nécessairement indiquées sur les plaques ou les sites des professionnel·le·s. « Psychologue social » ou « spécialiste du développement » sont des orientations, pas des étiquettes officiellement distinctes. Comment connaître, alors, le réglage des lunettes du psychologue ? En lui posant la question. Tout professionnel sérieux et compétent y répondra volontiers. Deux couples d'interrogations suffisent. Demandez d'abord « *Quelle est votre formation initiale ? Avez-vous ajouté d'autres dimensions à votre pratique depuis le début de votre exercice ?* » Puis, très concrètement, « *Lorsqu'une personne vous consulte avec une problématique similaire à la mienne, quelle est votre lecture de la situation ? Par quoi commencez-vous l'accompagnement ?* » Les réponses données vous permettront de savoir ce que les lunettes de ce·tte praticien·ne font clignoter en premier – et donc si elles cibleront ce qui, pour vous, est saillant.

Revenons à celle par qui nous avons commencé – cette femme qui ne se reconnaît plus, dont les repères se sont délités. Sa souffrance se laisse lire de trois manières différentes et c'est à elle de décider laquelle lui importe le plus, laquelle elle aspire à prendre en premier. Peut-être, dans ce qu'elle traverse, parce que tout lui est coûteux, se demande-t-elle s'il n'y aurait pas une dépression à traiter chimiquement – elle cherchera alors la lecture du *disease*. Mais peut-être que le plus important pour elle est de comprendre et de mettre des mots sur cette étape de sa vie – et ce sera donc la lecture de l'*illness*. Ou peut-être encore est-ce la question de sa place qui lui paraît plus impérieuse – les rôles qui la définissaient ne semblent plus les mêmes, et avec eux, le regard sur elle s'est déplacé, y compris celui qu'elle porte sur elle-même. Elle cherchera d'abord à être accompagnée du côté de la *sickness*. Aucune de ces lectures n'est plus vraie que les autres.

Rien, d'ailleurs, n'interdit de consulter différent-e-s professionnel-le-s, ni même de changer d'avis au cours de son cheminement. La question qui oriente son choix est « *Quelle lecture de ma souffrance ai-je besoin de prendre en compte ici et maintenant ?* ». Et c'est là le déplacement décisif : « *Je n'ai pas besoin de savoir qui je suis, ni ce que je veux dans la vie – deux questions vertigineuses puisque mes repères sont défaits. J'ai seulement besoin de repérer laquelle des trois lectures me « parle » le plus, ici et maintenant. Parce que cette question-là, je peux y répondre et ainsi faire mon choix.* »

Il lui restera alors, une fois la porte poussée et l'accompagnement entamé, une seconde question tout aussi décisive : « *Ai-je bien choisi ?* »

La délicate question du choix ne s'arrête pas une fois assis·e face à votre interlocutrice.

Finally, j'ai fait un choix. Puis j'ai poussé une porte. Et depuis quelques semaines, je m'assois face à quelqu'un. Il a les diplômes requis et ce qu'il propose est scientifiquement validé. Pourtant je ne peux pas m'en empêcher, je m'interroge : est-ce que c'est bien ce que je cherchais ? Est-ce que j'ai bien choisi ?

Ai-je bien choisi

Combien la laissent en suspens pendant des semaines, voire des mois ? C'est que voilà le second obstacle à la consultation : comment répondre à cette question ?

Un petit tour sur les réseaux sociaux et quelques sites spécialisés et me voici munie d'une liste de « red flags » : il regarde sa montre, elle se cite en exemple, il bâille, elle est en retard, elle ne m'a pas prévenue qu'elle avait un chat, il pleure avec moi, etc. J'ai bien compris que les auteures de ces listes pointent la question du respect, et c'est évidemment crucial. Mais, concrètement, comment savoir que j'ai choisi le professionnel adapté à ma demande ?

Il est temps de revenir ici sur la question de l'alliance. Oui, la qualité du lien entre la professionnelle et la personne accompagnée est un des facteurs d'efficacité les mieux établis. Et l'alliance a bien pour fondation de départ la politesse élémentaire et le respect mutuel : la professionnelle comme la personne accompagnée se doivent mutuellement d'être ponctuelles, de présenter des excuses en cas de bâillement, ou encore expliquer une réaction émotionnelle si elle est manifestement inappropriée, etc. Mais au-delà de ces fondations essentielles, il est important de comprendre ce qu'est l'alliance, et elle n'est pas une affaire de confort. Ce qui va faire la qualité de l'alliance est le fait de se sentir entendu·e.

Suis-je entendue ?

Ainsi, après quelques séances – entre trois et cinq, en fonction de la professionnelle choisie – la première question à se poser est « *Est-ce que je me sens entendue ?* » Clarifions cette question, parce qu'elle pourrait donner lieu à des confusions. Elle ne signifie pas « *Est-ce que je me sens à l'aise ?* » Une personne entamant un accompagnement pourra se

sentir intimidée par la professionnelle qui l'écoute sans que cette dernière ne soit à l'origine de ce ressenti. « *Être entendue* » signifie : je suis créditée comme sujet de ma propre expérience et je peux poser des questions sur l'accompagnement – théorie, méthodes, pratiques, exercices, etc.

Pour vérifier si je suis entendue, je peux commencer par évaluer si ma parole est prise au sérieux. La professionnelle qui m'écoute tient-elle ma parole comme un savoir sur moi-même ? La discrédite-t-elle ? La qualifie-t-elle de « résistance » ? En fait-elle un « symptôme » ? Ou, à l'inverse, écoute-t-elle attentivement ? Lui arrive-t-il de reformuler pour être certaine d'avoir bien compris ce que j'essaie de dire ? La qualifie-t-elle de « représentation » ? A-t-elle à cœur de comprendre le rôle de mes représentations dans ce que je vis ? Traiter ma parole comme une « *représentation* », c'est considérer que j'ai construit ma propre définition, qu'elle mérite d'être comprise et discutée pour pouvoir la faire évoluer. Traiter ma parole comme un « *symptôme* » ou une « *résistance* », c'est l'écarter sans y accorder d'attention, sans chercher à la comprendre. Après avoir vérifié que ma parole est prise au sérieux, je dois pouvoir également m'assurer que mes questions seront suivies de réponses explicitant les méthodes ou exercices proposés.

Un court exemple suffira à illustrer cette dynamique. Si je dis à la praticienne que l'exercice proposé ne m'a pas convenu, qu'il m'a fait ressentir un mal-être important, et qu'elle entend, qu'elle explique et ajuste sa proposition, alors ma parole est créditée. Si elle élude, argumente que ce mal-être est normal, qu'il faut faire confiance au processus et que c'est même le signe que « *cela travaille* », alors ma parole a été disqualifiée.

Il y a ici une réserve évidente et elle est de grande importance. Être crédité·e comme sujet de mon expérience ne signifie pas que la professionnelle doit tenir pour « vraie » chacune de mes croyances, chacune de mes convictions, chacune de mes représentations. Je reste toujours l'autorité sur ce que je ressens et perçois – ma peur, ma tristesse, ma douleur (etc.) sont bien réelles et doivent être entendues, prises au sérieux. Mais ce que je crois du monde extérieur, l'interprétation que j'en fais et que j'en donne, doit pouvoir être mis en discussion et cela est différent de le disqualifier.

Au cours d'un épisode de décompensation psychotique, une personne peut, par exemple, être convaincue qu'elle est sur le point d'être kidnappée ou empoisonnée. Ici, la maltraitance serait de valider cette conviction dangereuse. Le soignant doit valider l'expérience de souffrance – l'angoisse, la terreur sont là, et elles ne sont pas discutables – sans valider les croyances qui mettent en danger. Un autre exemple est celui de l'anosognosie ; une personne présentant ce trouble neuropsychologique est incapable, en partie ou totalement, de prendre conscience de sa propre maladie, de sa paralysie ou de ses déficits cognitifs. Là encore, le seuil de sécurité – d'abord prendre en charge le disease – est indispensable. Ici aussi, la ligne reste claire : toujours créditer la personne et son expérience ; ne jamais valider les croyances et convictions qui la mettent en péril. Maltraiter ce n'est pas refuser une conviction dangereuse, maltraiter c'est refuser ou cesser d'écouter la personne comme un sujet, un individu à part entière.

Le bon objet et le bon mouvement ?

Une fois que je me suis assurée que je suis entendue, pour être certaine d'avoir poussé la bonne porte, il est important que je m'interroge en deux temps : « *Est-ce que mon*

interlocutrice et moi travaillons bien sur ce que, moi, je vis ? » et « Est-ce que nous allons dans le sens que je cherchais ? » Ces deux questions permettent de s'assurer que la professionnelle et moi avons bien à l'esprit le même « objet » et le même mouvement – c'est-à-dire résoudre ou traverser.

Revenons à nos trois lectures de la souffrance. Si je suis venue parce que mon dernier enfant a quitté le foyer familial et que je ressens un grand désarroi face à cette nouvelle organisation ; si j'ai poussé la porte d'un psychologue parce que je ressens cette période comme un passage à traverser, et que j'ai besoin de le comprendre – c'est-à-dire que l'important pour moi est la lecture de l'*illness* – alors, la question que j'ai besoin de me poser après quelques séances est : est-ce bien cet « objet-là » que nous travaillons ? Ou, sans que je n'y prenne garde, a-t-il été converti en « autre chose » ? Une « crise » qu'il faudrait régler ? Un trouble qu'il faudrait corriger ? Un « symptôme » qu'il faudrait faire disparaître ? Si, ce sur quoi mon interlocutrice et moi centrons notre attention n'est pas ce que je vis, il y a mésappariement : les lunettes de la professionnelle font clignoter quelque chose, mais ce n'est pas la lecture que j'ai de ma souffrance.

Vous l'aurez certainement deviné, il y a une nuance capitale sur cette question. Que l'accompagnement transforme ma façon de voir ma souffrance n'est pas une erreur ou un mésappariement : oui, nécessairement, la professionnelle va m'aider à voir autrement, elle va me permettre de recadrer voire de déplacer les représentations que je peux avoir, c'est l'essence même de l'accompagnement. Il ne s'agit donc pas de dire : « *Pas touche à mon objet* ». La question à se poser est dans la transformation : « *Est-ce que je reconnais la lecture que je fais de ma souffrance dans cette transformation ? Est-ce que j'ai consenti à sa reformulation ?* » Si l'objet reconstruit l'est *avec* moi et pas à *propos* de moi, que je peux me dire « *c'est bien de ma souffrance dont il s'agit, mais sous un autre angle, sous un angle neuf* » alors mon interlocutrice m'accompagne bien dans le cheminement sur *ma* souffrance.

C'est ici qu'intervient une distinction très utile : demander à la professionnelle de réajuster parce que l'accompagnement traite un objet que je ne reconnais pas comme ma souffrance, c'est légitime ; supposer que l'accompagnement est inefficace parce que je ressens régulièrement de l'inconfort au cours des séances ou après celles-ci, en est une autre. Il y a une différence majeure entre « *Je ne me reconnais pas/plus dans ce dont il est question* » et « *Je me reconnais mais cela me coûte* ».

Ensuite il est nécessaire de s'attacher au mouvement : une même souffrance peut appeler à être résolue – c'est-à-dire que l'accompagnement propose de se fixer comme objectif de la faire cesser – ou appeler à être traversée – c'est-à-dire que l'accompagnement propose d'apprendre à vivre avec elle, jusqu'à l'apaisement ou l'assimilation. Là encore, l'important est l'ajustement de la professionnelle. Si je suis venue pour traverser un passage – par exemple, assimiler la disparition de mon compagnon de vie – et que mon interlocutrice s'acharne à supprimer mon abattement comme un symptôme – par exemple en me conseillant de demander des antidépresseurs à mon médecin traitant – alors nous n'avons pas le même objet et nous n'allons pas dans la même direction. Évidemment, le soutien chimique n'est pas le problème – il a toute sa place et s'avère précieux lorsque nécessaire ; ce qui est très ennuyeux, c'est de chercher à faire disparaître ce que, *moi*, je venais traverser. Autre exemple : si ce que je veux, c'est agir sur ici et maintenant, mais que mon interlocutrice ne porte son intérêt que sur mon passé, alors, là non plus, nous n'avons pas le même objet et nous n'allons pas dans la même direction. Ainsi, si mon interlocutrice

s'attache à quelque chose que je ne reconnais pas comme ma souffrance, si elle persiste à vouloir m'emmener dans une direction que je n'ai pas choisie, et quand je l'exprime clairement, mon interlocutrice ne s'ajuste pas, alors je n'ai pas trouvé la bonne personne pour m'accompagner.

À l'inverse, si je reconnais ma souffrance dans ce que je co-construis avec mon interlocutrice et que la direction prise ensemble est congruente avec ce que je cherchais, même si parfois cela me coûte, alors je suis au bon endroit.

~~Est-ce que je me sens mieux ?~~

Est-ce que je me sens davantage capable ?

Encore une courte étape à franchir et ce sera la dernière ligne droite : la vérification sera faite. *Je suis entendue, mon interlocutrice et moi travaillons bien sur ma souffrance telle que je la lisais, et nous co-cheminons dans la même direction, c'est bien. Mais une question me trotte dans la tête : « Est-ce que je me sens mieux ? »*

Aussi étonnant que cela puisse paraître, *se sentir mieux* après une séance n'est pas nécessairement le signe que l'accompagnement est pertinent : il arrive qu'une personne se sente rassuré·e parce que son interlocutrice l'a validée dans une croyance pourtant nuisible à son épanouissement ; tout comme il n'est pas rare que la personne accompagnée ressorte après avoir éprouvé un inconfort important parce que la séance a permis de soulever un point douloureux – qui devait l'être. Alors comment différencier les inconforts ressentis en séance ou pendant un exercice ? Comment savoir si ce que je ressens est « bénéfique » ou délétère ? Grâce à la réaction de mon interlocutrice : a-t-elle accueilli ce que je disais ? Me l'a-t-elle expliqué ? Essaie-t-elle de comprendre si elle peut réajuster ? Ce n'est donc pas l'inconfort qui est signe du – bon ou mauvais – choix, c'est la place que mon interlocutrice donne à ma parole.

Ainsi, la question correcte est-elle plutôt : « *Est-ce qu'au fil des semaines, je deviens plus « capable », plus « autonome » ?* » Capable de comprendre ce que je traverse, plus autonome dans la régulation de mes émotions, plus en mesure de décider, plus solide pour agir par moi-même ? Ou est-ce qu'à l'inverse, je deviens de plus en plus dépendante de l'avis de mon interlocutrice ? Est-ce que je la consulte chaque semaine et j'attends de l'avoir vue, d'avoir parlé avec elle pour prendre la moindre décision ?

Un accompagnement réussi ne me rend pas dépendante : il me donne ou me rend le pouvoir d'agir ; il me permet de développer les ressources dont j'ai besoin pour, progressivement, être en mesure de cheminer en autonomie. Si, au fil des séances, je sens que je (re)prends du pouvoir sur ma vie, que je suis plus solide et que je suis de plus en plus capable d'agir, alors l'accompagnement est satisfaisant. Si, à l'inverse, des mois après le début de l'accompagnement, je ne tiens toujours que grâce à la perspective de voir mon interlocutrice une fois par semaine, alors quelque chose ne fonctionne pas.

Je suis entendue, mon interlocutrice et moi travaillons bien sur ma souffrance telle que je la lisais, nous co-cheminons dans la même direction, et je suis de plus en plus autonome, voilà qui est rassurant, je sens que je suis en train de me construire une vie différente. Mais cette vie que je me construis, est-ce qu'elle me correspond ? Est-ce bien « la mienne » ?

À retenir — quatre questions à se poser après quelques séances

À vérifier après quelques séances :

1. **Suis-je entendue ?** Ma parole est-elle prise au sérieux, tenue pour un savoir sur moi — plutôt qu'écartée comme une « résistance » ou un « symptôme » ?
2. **Travaillons-nous sur ce que, moi, je vis — et dans le sens que je cherchais** (résoudre, ou traverser) ?
3. **Est-ce que je deviens plus capable d'agir par moi-même** — ou de plus en plus dépendante ?
4. **La vie qui se dessine est-elle la mienne** — ou une norme qu'on m'impose ?

Si la réponse à l'une d'elles est « non », et que rien ne s'ajuste quand je le dis : changer de professionnel·le n'est pas un échec, c'est une information.

Dernière ligne droite de vérification : mon interlocutrice m'aide-t-elle à construire une vie « *bien à moi* » ? Toute pratique d'accompagnement porte, implicitement, une idée du « résultat » à atteindre. Est-ce être apaisé·e ? Adapté·e ? Performant·e ? Conforme ? Il est important de comprendre que, tant par sa spécialité que par sa propre expérience, la professionnelle de santé qui m'accompagne a probablement son échelle de valeurs et qu'il est sain de me demander si elle me correspond, si elle me conduit à la vie qui me convient. Si j'ai sollicité un accompagnement parce que je m'interroge sur mon orientation sexuelle et que la professionnelle qui m'accompagne insiste pour que je reste dans l'hétéronormativité, ce n'est pas bon pour moi. Si je consulte parce que j'envisage de rompre les liens avec un parent dont les comportements inadaptés m'ont profondément blessé·e au cours de notre histoire commune et que mon interlocutrice argumente « *que les liens du sang sont sacrés* » alors, je n'ai pas poussé la bonne porte.

***Changer de professionnelle n'est pas un échec :
c'est prendre acte d'une information.***

Revenons à celle par qui tout a commencé. Comme elle n'était pas en danger, elle a pu privilégier de commencer par la lecture de sa souffrance qui lui importait le plus. Elle a choisi une professionnelle et a poussé sa porte. Après quelques séances, elle a vérifié qu'elle avait bien choisi : oui, elle est entendue ; oui, la direction prise lui convient ; oui, au fil de l'accompagnement, elle est plus solide et autonome dans ses décisions ; oui, la vie qu'elle se construit lui correspond. Mais imaginons que cela n'ait pas été le cas. Si la vérification avait conduit à « *Décidément, non* », faudrait-il partir ou rester ? Si elle avait décidé de partir, serait-ce le signe qu'elle ou son interlocutrice ont échoué ? Non, rester le serait bien plus. Changer de professionnelle n'est pas un échec : c'est prendre acte d'une information. C'est assumer que, dans ce chemin qui mène à soi, il faut accepter de reconnaître : « *Ceci n'est pas fait pour moi.* » Parce que choisir son psy, c'est comme dans la vie : il ne s'agit pas de trouver « la meilleure » mais celle qui *vous* est adaptée.

Besoin d'en parler ?

Si ce que vous traversez vous dépasse, vous n'êtes pas seul-e : des professionnels et des écoutants sont joignables à tout moment, gratuitement et en toute confidentialité.

- **Urgence vitale** (danger immédiat) : 15 (Samu) ou 112 ; par SMS pour les personnes sourdes ou malentendantes : 114.
- **Pensées suicidaires, détresse** : 3114, numéro national de prévention du suicide — 24 h/24, 7 j/7, gratuit, aussi pour les proches.
- **Besoin d'être écouté-e** : SOS Amitié, 09 72 39 40 50 ; Suicide Écoute, 01 45 39 40 00 — anonymes et gratuits.
- **Pour les 12-25 ans** : Fil Santé Jeunes, 0800 235 236 (tous les jours, 9 h-23 h).

Références

- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France.
- Crichton, P., Carel, H., & Kidd, I. J. (2017). Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych Bulletin*, 41(2), 65–70. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Hofmann, B. (2002). On the triad disease, illness and sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(6), 651–673. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.137939>
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258.
- Marinker, M. (1975). Why make people patients? *Journal of Medical Ethics*, 1(2), 81–84.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- Twaddle, A. C., & Nordenfelt, L. (1994). *Disease, illness and sickness: Three central concepts in the theory of health*. Linköping University.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2^e éd.). Routledge.
- Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257–285.
- Zempléni, A. (1988). Entre « sickness » et « illness » : De la socialisation à l'individualisation de la « maladie ». *Social Science & Medicine*, 27(11), 1171–1182.