

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله-



كلية العلوم الاجتماعية

المرجع/المراسلات الوزارية:

01- رقم: /أ.خ.و/2020 بتاريخ 29 فيفري 2020

02- رقم: /أ.خ.و/416/2020 بتاريخ 17 مارس 2020

03- رقم: /أ.خ.و/440/2020 بتاريخ 2020/03/23

نموذج الوثيقة البيداغوجية لتدعيم

منصة التعليم عن بعد

fss@univ-alger2.dz

اسم ولقب الأستاذ:	بركوش فايزة.
المقياس:.....	لغة فرنسية. تطبيق
	X
	محاضرة

نوع الوثيقة – محاضرة/ أعمال موجهة/.....	أعمال موجهة
الفئة المستهدفة من الطلبة: ليسانس/ ماستر:.....	ليسانس.....
المستوى:.....	سنة ثانية.....
المجموعة:.....1.....	الأفواج: 13 ، 18 ، 22
التخصص:.....	علم النفس تاريخ تسليم الوثيقة: 2020/03 / 30

Module : Français

2 eme Année psychologie Licence

Groupes : 13, 18, 22

Plan de travail :

A- Compréhension du texte.

B- Définition des mots difficiles.

C- Extraire Les idées principales des textes (4 à 5).

D- Une fiche de lecture d'un livre (Le choix revient à l'étudiant) .

(En suivant les instructions données au cours)

Sommaire :

1- Les traumatismes collectifs.

2- Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins.

3- La psychologie de l'éducation.

4- La psychologie de la communication.

5- La psychologie légale.

1 /Les traumatismes collectifs

F. Ducrocq , I. Crocq , aforcump-sfp, 2007

1. Traumatisme individuel et traumatisme collectif

Le mot traumatisme vient du grec ancien *traumatismos* , où il signifiait blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie choc physique violent sur une partie du corps, avec ou sans effraction, provoquant (traumatisme ouvert ou traumatisme fermé) une blessure ou une contusion. Transposé à la pathologie mentale, il signifie choc psychique violent sur le psychisme, provoquant des perturbations au sein de ce psychisme. L'expérience a montré que, face à une

agression ou une menace soudaine et grave, 75 % des individus répondent par une simple réaction de stress adaptative, tandis que 25 % – de constitution plus fragile ou en situation de plus grande vulnérabilité – répondent par une réaction de stress dépassé, marquée par des perturbations psychiques importantes, inadaptée et laissant des séquelles psychiques durables. Les premiers n'ont pas vécu l'événement comme un trauma ; les seconds l'ont vécu comme un trauma .

En principe, le concept de traumatisme psychique ou trauma ne peut s'appliquer qu'à l'individu, et non à la collectivité. Ce qui fait trauma pour le psychisme, c'est – par l'irruption subite et brutale de l'imminence de la mort et du néant – l'effraction des défenses de ce psychisme. Quelles sont ces défenses ? Le fait de s'y attendre, d'avoir mobilisé son courage et son énergie pour faire face à l'agression et la repousser ; ou encore de mobiliser ses forces mentales pour assimiler l'agression, faire en sorte que son image brute ne subsiste pas au sein du psychisme comme un corps étranger. Parmi ces forces assimilatrices, il y a le fait de pouvoir attribuer du sens à ce qui arrive, et donc comprendre. Si l'événement ne trouve pas de sens, comme lorsqu'il s'agit de la proximité et de l'imminence de la mort, il demeure au sein du psychisme comme un corps étranger inassimilable, provoquant sans cesse de vains efforts d'expulsion ou d'assimilation. Et la thérapeutique va consister à faire en sorte que le sujet puisse, par association d'idées, attribuer du « signifiant » au non sens provisoire de l'expérience traumatique, afin que cette expérience puisse être intégrée dans la continuité des souvenirs, dans la continuité fluide de la vie.

Le trauma est donc par définition une affaire purement individuelle. Et, dans un accident collectif ou une catastrophe, on est fondé à penser de prime abord que l'on a affaire à une juxtaposition de traumatismes psychiques individuels, chacun ayant vécu l'événement selon un mode qui n'appartient qu'à lui.

Toutefois, dans de telles circonstances, on constate que toutes les victimes, et même tous les impliqués, sauveteurs compris, ont vécu et vivent quelque chose de commun à tous, : la vision horrifiante des cadavres, des blessés et des destructions, l'immersion dans un monde cauchemardesque opposé au monde paisible de l'existence habituelle, le contact avec sa propre souffrance psychique ou celle d'autrui, la prise de conscience de la gravité exceptionnelle de la situation, le décontenancement et le désarroi – même brefs – face à ce désordre qu'il faut résoudre. Chacun se sent atteint dans son appartenance communautaire, tant il est vrai que, pour nous qui vivons en société, notre moi est double : le moi égocentrique, relatif à notre projet individuel, nos intérêts, notre monde personnel ; et le moi communautaire, ou sentiment obscur d'appartenir au groupe, à la communauté ou à la masse. Et, dans un accident collectif et surtout dans une catastrophe, c'est le moi communautaire qui

atteint tout un chacun, quelle que soit la souffrance personnelle de telle ou telle victime.

Le dispositif des cellules d'urgence médico-psychologiques et ses missions

Face à ces traumatismes collectifs, la mise en tension de la chaîne de secours doit se donner les moyens d'établir des stratégies de repérage et de prodiguer des soins psychologiques adaptés. En France, la mission des secours et soins psychiques est dévolue aux cellules d'urgence médico-psychologiques rattachées aux SAMU et mises en place en 1995 dans les suites de l'attentat parisien du RER Saint-Michel. L'organisation des cellules d'urgence médico-psychologiques (ou CUMP) a été formalisée par la circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n° 97-383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe, d'attentat ou d'accident collectif, couvrant l'ensemble du territoire national et devant assurer les soins adéquats aux blessés psychiques

. En pratique, le déroulement chronologique des interventions des CUMP inscrit la continuité de ses soins tout au long des trois périodes successives qui caractérisent la pathologie du trauma psychique.

La première période, qui concerne l'intervention immédiate sur le terrain, est celle dite des soins immédiats de déchochage (ou *defusing*), et aussi de l'évaluation et du triage ; et elle ne dure que quelques heures, une journée tout au plus. La nosographie française la dénomme « réaction émotionnelle immédiate », dans ses manifestations de stress dépassé (sidération, agitation, fuite panique ou action automatique) et plus rarement dans ses manifestations franchement pathologiques (anxieuse aiguë, confusionnelle ou délirante)

. La CIM-10, classification internationale des maladies mentales, révision 1992, la dénomme « réaction aiguë à un facteur de stress », et la nosographie américaine du DSM a fait l'impasse dessus, encore que beaucoup de travaux nord-américains préconisent de rechercher dans la réaction initiale des victimes des indices de « dissociation péri-traumatique » ou de « détresse péri-traumatique » témoignant d'un vécu traumatique de l'événement : frayeur paralysante, suspension de la pensée, désorientation temporo-spatiale, symptômes neurovégétatifs très intenses.

La seconde période, dite post-immédiate, est celle de la surveillance psychologique des victimes et des rescapés choqués identifiés lors de la première période ; c'est la période de l'intervention psychothérapique post-immédiate (ou IPPI) qui a pour but à la fois de réduire la symptomatologie psychotraumatique persistante ou émergente (chez des rescapés qui se sont crus d'abord « quittes pour la peur » mais se décompensent ensuite) et de prévenir les évolutions pathologiques. Elle s'étend du 2^e au 30^e jour, variable en durée selon les individus et leur capacité à mobiliser leurs défenses. Lorsqu'elle s'applique à leur demande à des sauveteurs qui ont été éprouvés (mais non traumatisés) par une mission particulièrement pénible et émotionnante, l'intervention psychologique en post-immédiate à visée surtout préventive et réductrice d'émotion, se limite à la simple opération de debriefing psychologique, sans activité thérapeutique à proprement parler. La CIM-10 n'a pas identifié cette période post-immédiate ; mais le DSM américain l'a reconnue sous le nom d'« état de stress aigu », avec le critère de durée de persister plus de deux jours et moins d'un mois.

Quant à la troisième période, dite différée-chronique, elle concerne les sujets – victimes ou impliqués, et exceptionnellement des sauveteurs – qui développent un état psychotraumatique durable, au-delà du délai d'un mois après l'événement, malgré les soins prodigués pendant les deux premières périodes ou parce que, justement, le sujet aura échappé à ces soins. L'expérience a montré que beaucoup de sujets qui déclinent l'offre de soins psychiques en immédiat et en postimmédiate, se croyant, répétons-le, « quittes pour la peur », ou pensant se

débarrasser tout seuls de leurs malaises (« cela passera avec le temps »), présentent ensuite des décompensations tardives inaugurant une névrose traumatique.

La thérapeutique de ces névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles doit être assurée par des psychiatres et des psychologues cliniciens connaissant bien la psychiatrie de catastrophe et la psycho-traumatologie ; il s'agit d'une thérapeutique différente de la psychiatrie habituelle. Et les victimes en sont conscientes, car elles ne veulent pas être considérées comme des malades mentaux relevant du médecin des fous, mais comme des sujets traumatisés, aspirant à se dégager de leur trauma. Aussi a-t-il été préconisé aux médecins des CUMP de constituer des consultations spécialisées de psycho-traumatologie, en dehors de l'atmosphère asilaire. La durée de la période différée-chronique peut varier, selon la gravité des cas et le succès de la thérapie, de quelques mois à plusieurs années et même, le plus souvent avec des séquelles atténuées, des dizaines d'années.

Soins immédiats et intervention en post-immédiat, et plus tard thérapie spécialisée appliquée à ces victimes définissent les contours de la psychiatrie de catastrophe, dont les deux premières phases s'inscrivent clairement dans les soins d'urgence.

2/ Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins

Burnout syndrome among physicians

C. Veyssier-Belot

Service de médecine interne, centre hospitalier intercommunal de Poissy-St-Germain-en-Laye, 20, rue Armagis, 78100 St-Germain-en-Laye, France

La Revue de médecine interne 36 (2015) 233–236

Le concept d'épuisement professionnel ou « burnout » (BO) est récent et connu du grand public comme pouvant parfois, associé ou non au harcèlement professionnel, conduire à des « solutions » extrêmes (suicide). Des publications récentes soulignent sa fréquence chez les médecins qui choisissent souvent de ne pas en parler. Le BO se différencie de la dépression par sa manifestation exclusive au cours de l'exercice professionnel, la vie personnelle se déroulant de manière plus harmonieuse. Cet éditorial se focalisera sur l'épuisement professionnel chez les médecins.

1. Un concept qui date des années 1970 :

Le concept de « burnout » est né en 1975 dans le milieu soignant après des enquêtes de terrain auprès de médecins et infirmières, permettant d'aboutir à sa définition : « un état de fatigue chronique, de dépression ou de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'accomplissement au travail ». Un questionnaire et outil de mesure du BO, le Maslach Burnout Inventory (MBI), est devenu la référence pour la mesure du BO et est utilisé dans la plupart des études sur le sujet [1]. Il comporte 3 dimensions, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel professionnel, regroupant 22 items notés entre 0 (jamais) et 6 (tous les jours) (Tableau 1). L'épuisement émotionnel (EE) est le composant clé du BO et consiste en un sentiment d'anéantissement des ressources émotionnelles et une démotivation. La dépersonnalisation comporte le développement d'attitudes impersonnelles et négatives envers les patients ou les collègues avec perte d'empathie et cynisme. L'accomplissement personnel professionnel comporte une perte de la confiance en ses compétences et en l'idée de pouvoir s'accomplir au travers de son métier. La plupart des études sur le BO sont transversales, rarement randomisées [2,3] ou longitudinales [4], le plus souvent basées sur le MBI. Le MBI est un outil de perception des conditions de travail, non de leur mesure objective. Ainsi, un médecin en BO répondant au questionnaire donnera une description négative de son environnement professionnel, les études transversales étant particulièrement sujettes à ce biais. S'il faut connaître ces limites, le BO reste un processus réel, précédé par une phase d'adaptation (augmentation des efforts), puis une phase de démotivation [4]. Les

articles reflètent que le stress, objectif ou subjectif, finit par être préjudiciable à la santé morale et par conduire au BO.

2. Une prévalence élevée, une courbe en U inversé

Le BO partage l'actualité avec le harcèlement professionnel encas de suicides. Les médecins ne font pas partie de ces catégories médiatiques. Pourtant, le risque de suicide est le plus important

Maslach Burnout Inventory.

Pour chacun des 22 items ci-dessous, précisez la fréquence

Jamais

Quelques fois par an

Une fois par mois

Une fois par semaine

Quelques fois par semaine

Tous les jours

(1) Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.

(2) Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.

(3) Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.

(4) Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent.

(5) Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de fac, on

impersonnelle comme s'ils étaient des objets.

(6) Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.

(7) Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves.

(8) Je sens que je craque à cause de mon travail.

(9) J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens

. (10) Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.

(11) Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.

(12) Je me sens plein(e) d'énergie.

(13) Je me sens frustré(e) par mon travail.

(14) Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.

(15) Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves.

(16) Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.

(17) J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves

- (18) Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves.
- (19) J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.
- (20) Je me sens au bout du rouleau.
- (21) Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.
- (22) J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes.

chez les agriculteurs, suivis par les médecins (avec un risque accru chez les femmes médecins), jusqu'à 6 fois plus élevé que dans la population générale [5,6]. Quant au BO, sa prévalence chez les médecins est estimée entre 25 % et 65 %, soit deux fois plus élevée que dans les autres professions [7,8]. Toutes les spécialités, pays et âges sont représentés dans le BO qui ne touche pas « seulement » les réanimateurs, les médecins des urgences ou des unités de soins palliatifs, spécialités intuitivement perçues comme les plus à risque et ayant fait l'objet des plus nombreuses publications [9,10]. La fréquence du BO est une courbe en U inversé [11]. Cette enquête a été menée par mail auprès de 89 800 médecins américains dont 7288 ont répondu aux informations familiales, professionnelles et au MBI. Les médecins étaient classés en 3 groupes selon la durée de leur carrière (0 à 10 ans : début ; 11 à 20 ans : milieu ; > 20 ans : fin). Chez les médecins en milieu de carrière, quels que soient le sexe, la spécialité et le type d'exercice, le niveau de BO et d'EE était le plus élevé (environ 60 %), avec le plus de frustration concernant le choix de leur spécialité et le rapport entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Ainsi, 12,5 % d'entre eux envisageaient de quitter leur métier dans les 2 ans. Les jeunes médecins rapportaient plus souvent une insatisfaction du choix de leur spécialité, des conflits entre leur métier et leur famille et avaient le niveau le plus élevé de dépersonnalisation. Parmi eux, 22 % ne poursuivraient pas leur métier si l'occasion s'en présentait [6]. Une autre étude a comparé deux groupes d'internes en pédiatrie : groupe d'intervention avec horaires de travail réduits à 12 heures maximum d'affilée en application des directives de réduction du temps de travail, groupe témoin avec horaires inchangés, pouvant atteindre avec les gardes jusqu'à 30 heures consécutives. Un questionnaire recueillait des items sur l'éducation, le professionnalisme, la fatigue et l'impression générale de bien-être. Les réponses des internes du groupe intervention vs témoin montraient une perception dégradée de tous ces items, sauf la fatigue. Parmi les explications, les auteurs avançaient l'hypothèse que la compression nécessaire des tâches augmentait l'intensité du travail lors des heures travaillées réduites, diminuant le temps de réflexion et les interactions entre médecins juniors et seniors [2,12].

3. Des symptômes à connaître et à reconnaître :

Les symptômes les plus logiques sont ceux repris dans le MBI : démotivation, cynisme, perte d'empathie et perte de confiance en soi. D'autres symptômes, somatiques, existent : lombalgies et fatigue chronique. Ces symptômes sont mal connus des médecins ce qui a pu motiver certaines études de sensibilisation [10]. Parfois aussi, les signes sont ignorés, soit par le médecin qui se plierait ainsi à un modèle général d'infailibilité dû à sa formation, soit par ses collègues qui entourent le

problème d'un secret ou d'une sorte d'aveuglement qui peut persister même lorsque le suicide ou la qualité des soins sont en jeu [6]. L'aboutissement le plus aigu et le plus grave est le suicide, dont le risque est 40 % (1,4 fois) plus élevé chez les hommes médecins et 130 % (2,3 fois) plus élevé chez les femmes médecins que dans la population générale [10]. Les médecins peuvent ne pas aller consulter, invoquant le certificat médical nécessaire dans certains pays à la poursuite de leur exercice professionnel, ou par amalgame entre leur santé et leurs compétences [6].

4. Les causes :

Les causes classiques de BO sont le temps de travail hebdomadaire (au-delà de 60 heures) [4,13], le rythme élevé des gardes, le déséquilibre du temps consacré au travail par rapport au temps consacré à sa famille, les conflits entre les choix professionnels et les choix personnels (et leur résolution en faveur du travail). Certaines causes sont moins évidentes : fragilisation due à une situation familiale transitoire (divorce, endettement), à une situation personnelle complexe (médecins venus de l'étranger et isolés) [6], à un projet personnel exigeant (pression de publication chez les agrégés) [14] ou à des actes techniques mal maîtrisés [15]. Certaines émotions fragilisent : la perte de contrôle, en particulier sur son emploi du temps, l'impression de ne pas être reconnu pour son travail et les conflits sur le lieu du travail. Il y a aussi « les émotions cachées, les mensonges nécessaires », ces questions d'éthique qu'on ne discute pas, la proximité avec la maladie, la souffrance et la mort, non partagées ou partageables [16]. Certains traits de caractère participent au paradoxe du BO : les personnes qui y sont le plus exposées sont aussi très investies. Un haut degré d'intérêt au travail, de perfectionnisme, de sens de la responsabilité, de l'intégrité, de la compassion, allié parfois à un certain idéalisme, permettent une efficacité et une réussite professionnelles mais peuvent aussi contribuer au BO [13,16], en particulier quand les conditions de travail ne donnent plus accès ou crédit à ces caractères.

Certaines causes de BO sont ainsi liées au système de soins. Quand il est inéquitable, technocentrique, déshumanisé ou en lecture financière exclusive [16], ou au contraire pas assez développé pour répondre à la demande, les conditions de travail des médecins ne leur permettent plus d'être en accord avec leurs idéaux. Plus prosaïquement, la modification vers la baisse des coûts et l'augmentation de la productivité laisse de côté les médecins, tout en élevant le niveau d'exigence à leur égard [7]. Ce modèle d'organisation de production avec chiffre d'affaires et contrats est discordant avec ce que chaque médecin observe au quotidien en termes de charge émotionnelle et pourrait expliquer la prévalence du BO chez eux en comparaison de toute autre catégorie professionnelle [17].

5. Les conséquences : pour les médecins, leurs patients, et l'institution où ils travaillent

Pour le médecin, il existe une souffrance au travail et un risque de suicide déjà évoqué, ainsi qu'un risque de dépression, un risque cardiovasculaire accru et une addiction qui toucherait environ 10 % des médecins en exercice [6]. Les patients sont pris en charge par ces médecins qui travaillent de manière modifiée : procédures écourtées, raisonnements médicaux simplifiés, discussions thérapeutiques moins approfondies, prescriptions moins prudentes. L'empathie, l'écoute sont réduites, les réponses aux questions écourtées, conduisant à une moins bonne observance

thérapeutique, à une moins bonne prise en charge des maladies, aiguës ou chroniques. L'item du bien-être au travail des médecins comme indice de la qualité des soins commence à apparaître avec le NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) [6,7].

Les institutions sont concernées sur 2 points : la réduction de la qualité des soins et les coûts, parfois conjugués en cas de plainte pour soins jugés insuffisants, ou pour erreur médicale [18], induisant procédures et dédommagements. Parmi les coûts figurent ceux qui concernent la santé des médecins (risque d'accidents de travail ou de transport, d'arrêts de travail) ainsi que les coûts inhérents aux changements d'orientation : demande de travail à temps partiel, retraite prématurée, démission [6,7,11]. Aux États-Unis, le coût du départ d'un médecin, en termes de perte d'activité, frais de recherche et d'embauche d'un remplaçant, est estimé entre 150 000 et 300 000 dollars [6].

6. Les mesures à prendre :

La limitation du temps de travail des médecins a été instaurée. Mais de manière paradoxale, si les patients sont moins souvent en contact avec un médecin en manque de sommeil, ils sont peut-être plus souvent en contact avec un médecin moins satisfait de l'exercice de son métier [2,11]. La réduction du temps de travail n'est donc pas le seul point d'amélioration à proposer. Ce d'autant que le temps passé sur son lieu de travail est aussi parfois un ajustement pour certains dont les traits de caractère ne leur font pas placer l'intimité familiale comme prioritaire [17].

Parmi les autres possibilités, restaurer la possibilité d'un travail en groupe semble important : discussions autour de cas complexes, de décisions difficiles, partie prenante de l'exercice médical dont on sait que la responsabilité exercée isolément peut participer au BO. L'efficacité d'une intervention institutionnelle a été étudiée [3]. Il s'agissait de sanctuariser une heure toutes les deux semaines pour deux groupes de médecins. Cette heure était soit libre (groupe témoin) soit consacrée à des échanges d'expériences et à des moments de réflexion (groupe intervention). Cette étude randomisée proposée aux 565 médecins du département de médecine de la Mayo Clinic a recueilli 74 volontaires (effectif visé de 90). À la fin des 9 mois d'intervention, puis à 12 mois, la comparaison des deux groupes montrait une amélioration significative de l'investissement au travail et une réduction significative de la dépersonnalisation du MBI dans le groupe intervention. Les autres items n'étaient pas significativement différents. L'institution peut donc jouer un rôle : synthétisé en 3 axes

- mettre le bien-être des médecins (et des autres membres du personnel soignant) au même niveau que la satisfaction des patients, la qualité des soins et les objectifs financiers ;

- inclure cet item dans les processus de modifications de l'organisation des soins ;
- développer des stratégies pour prévenir et prendre en charge les médecins en BO [7].

Il faut noter cependant que si l'on sait que le BO dégrade la qualité des soins, il n'est pas établi que lutter contre va améliorer la qualité des soins [6]. Mais comment modifier le fait connu que les médecins peuvent être leur pire ennemi en ne voulant pas admettre leur vulnérabilité ou en se rendant trop occupés pour participer à des

programmes de lutte contre le BO [17] ? Au-delà du trait de personnalité, l'éducation du médecin le pousse aussi à ce type de comportement, en prônant plutôt un modèle de médecin sans faille, avec peu de besoins et de grandes capacités. Le rôle du médecin dans la gestion du risque du BO est abordé dans un article au titre éloquent [15].

L'auteur décrit en 3 points une stratégie de lutte contre le BO et donne aussi quelques idées très pratiques et quotidiennes inspirées de sa pratique (gastro-entérologue femme) et de celle d'un cancérologue masculin [19]. Elle rappelle que les 3 points principaux liés au BO sont le nombre d'heures travaillées, les conflits entre la vie professionnelle et la vie personnelle, et le fait que les arbitrages de ces conflits se soient faits au profit du travail. Ces points génèrent un stress auquel le défaut d'adaptation crée le BO. Comme il est impossible d'éliminer totalement ces situations à risque de stress, l'auteur propose 3 objectifs :

- identifier les priorités de notre exercice professionnel ;
- mettre en lumière les zones de stress majoré, évaluer s'il existe des solutions professionnelles pour les circonscrire, adopter ces solutions si possible et en accord avec le premier point ;
- développer ou sanctuariser les solutions personnelles qui sont nécessaires à notre bien-être : famille, amis, sport, vie culturelle, ou techniques de « mind fullness », sorte de méditation dite de « pleine conscience » (conseillant de porter une attention déliée à ses propres expériences, pensées, sentiments, sans porter de jugement [20]).

Conclusion :

L'épuisement professionnel est un sujet qui intéresse et dérange à la fois. Les médecins y sont particulièrement exposés : ils ont un métier exigeant à tous points de vue (responsabilités, horaires, proximité avec la maladie et la mort), ils ont choisi ce métier et ont été formés à l'exercer de manière efficace, responsable et sans compter leur effort. Ces raisons, qui font le succès et l'intérêt de la profession, sont aussi celles qui contribuent au risque de BO, en particulier face aux modifications des systèmes de soins et de leurs exigences. Des réponses institutionnelles pourraient émerger compte tenu du risque de dégradation de la qualité des soins et d'augmentation des coûts attendus en cas d'exercice de la profession par des médecins démotivés voire cyniques. Mais les médecins eux-mêmes ont à gérer ce talon d'Achille de leur métier qu'ils connaissent de l'intérieur : travailler le plus harmonieusement possible, et pour cela savoir revoir leurs priorités, mettre de l'ordre dans la gestion de leur emploi du temps, prendre du temps pour eux, entre mes de famille, loisirs et centres d'intérêt et même de gestion de leurs problèmes de santé, trouver ou retrouver la juste mesure. Il importe enfin de savoir évoquer le BO chez ses collègues, tous âges et spécialités confondus. Ne pas manquer ce diagnostic, malgré le secret ou la gêne qui l'entoure, peut être très important.

3 / La psychologie de l'éducation

Enseigner renvoie nécessairement à une certaine vision de l'être humain. C'est la raison pour laquelle les diverses approches théoriques en psychologie de l'éducation s'appuient généralement sur des théories psychologiques plus générales. C'est ainsi que les théories de l'apprentissage et de l'éducation peuvent être réparties en trois grandes catégories, selon que l'on considère que les éléments déterminants résident plutôt :

- dans l'individu lui-même (capacités intellectuelles, motivation, etc.) ;
- dans l'environnement (enseignant, milieu familial, méthode pédagogique, etc.) ;
- dans l'interaction entre ces deux types de facteurs.

Le lecteur trouvera dans la première partie et la troisième partie de cet ouvrage les connaissances théoriques et empiriques servant de fondement aux deux premières approches. Je présenterai ci-dessous des travaux menés dans une perspective interactionniste, dans lequel l'environnement social facilite une transformation des modes de pensée de l'élève. Des travaux ont ainsi été menés sur l'influence de :

- la famille ;
- l'enseignant ;
- les autres élèves.

1. LE RÔLE DE L'ÉDUCATION FAMILIALE

Les parents qui facilitent au mieux un développement harmonieux de leur enfant sont ceux qui parviennent à associer une relation affectueuse et la présence de règles de conduite, en d'autres termes le Lien et la Loi symbolique¹.

Dès la fin des années soixante, Diana Baumrind établissait une typologie des styles d'éducation, essentiellement à partir de deux attitudes : la chaleur et le contrôle, ce qui l'a conduite à distinguer trois styles d'éducation :

- éducation autoritaire : peu de chaleur et fort contrôle ;
- éducation permissive : beaucoup de chaleur et peu de contrôle ;

éducation autoritative : beaucoup de chaleur et fort contrôle¹.

Les enfants de ces trois catégories de parents ont tendance à percevoir le monde différemment les uns des autres.

L'enfant de parents autoritaires est anxieux et en retrait. Il réussit bien à l'école et devient rarement délinquant ou consommateur de drogues ou d'alcool. Cependant, il apprend très jeune qu'il peut être puni quoi qu'il fasse, commence à penser que le monde est un lieu hostile et injuste sur lequel il n'a aucun contrôle et a donc du mal à s'adapter au monde adulte.

L'enfant de parents permissifs apprend très tôt qu'il sera récompensé, quoi qu'il fasse, et estime donc ne pas avoir véritablement de contrôle sur son environnement et intègre difficilement les concepts de bien et de mal. Il se rebelle lorsque ses désirs sont contestés et manifeste peu de persévérance dans les tâches difficiles.

L'enfant de parents autoritatifs fait généralement preuve d'une humeur heureuse et vivante. Il a confiance en son aptitude à réaliser les tâches qu'il entreprend, est sociable et régule bien ses émotions. Ayant constaté que le comportement de l'adulte à son égard dépend partiellement de son propre comportement, il en arrive à considérer ses actions comme la cause des bonnes et des mauvaises choses qui lui arrivent.

En France, Jacques Lautrey a étudié l'impact du comportemental parental sur le développement cognitif des enfants, indépendamment du niveau socio-économique des parents². Les enfants élevés dans un environnement familial souplesment structuré (dans lequel existent des règles modulées par les circonstances) parviennent à un meilleur développement cognitif que ceux grandissant dans un milieu rigidelement structuré ou faiblement structuré. Plus récemment, Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet ont mis en relief que l'enfant, pour développer son autonomie, a non seulement besoin de communication et de considération, mais aussi de structures. Ils ont eux aussi constaté qu'une attitude faite d'acceptation et d'estime d'une part,

d'une certaine directivité (sans excès) d'autre part, est propice à une trajectoire scolaire de qualité³.

2. LA RELATION ENSEIGNANT-ÉLÈVE

L'effet Pygmalion

Divers processus d'interaction entre le maître et ses élèves ont été mis en évidence, dont le plus impressionnant est l'effet Pygmalion⁴. Au cours d'une expérience, un psychologue signale à des instituteurs que certains élèves sont à la veille de

progrès rapides, pronostic établi sur la base d'un nouveau test psychologique. De fait, on constate huit mois plus tard une réelle amélioration scolaire et une nette augmentation du QI de ces enfants, comparativement à leurs camarades. Or le test en question était inexistant et la liste des élèves présentée avait été réalisée par tirage au sort ! Selon Robert Rosenthal, l'auteur de l'étude, les maîtres ont traité leurs élèves de manière plus agréable, plus amicale et plus enthousiaste lorsqu'ils s'attendaient à un résultat meilleur. On peut facilement imaginer que ces derniers, encouragés par l'attention dont ils ont fait l'objet, ont alors plus cru en eux et travaillé.

Cette étude, qui a mis en évidence l'influence du préjugé de l'enseignant sur ses élèves, a été reproduite à diverses reprises pour confirmer ou infirmer ses résultats. La conclusion générale est que les effets positifs ont lieu surtout sur les élèves initialement faibles (ce qui est logique puisque ce sont eux qui ont la marge de progression la plus importante). Par ailleurs, l'effet est moins important lorsque l'enseignant connaît déjà bien ses élèves.

L'importance de l'empathie

Carl Rogers, l'un des grands noms de la psychologie humaniste (**fiche 3**), a beaucoup insisté sur la nécessité que l'enseignant établisse une relation de personne à personne avec l'élève¹. Selon lui, si l'enseignement se résume à transmettre des connaissances ou une technique, il est plus efficace d'utiliser un livre ou un enseignement programmé. Aussi, affirme-t-il, le rôle de l'enseignant est surtout de faciliter le développement des capacités d'apprentissage autodéterminé du sujet, et pour cela trois principales qualités d'attitude sont nécessaires : l'authenticité ; la considération pour l'élève, pour ses sentiments et ses opinions ; l'empathie, en essayant de comprendre de l'intérieur les réactions de l'élève.

Deux chercheurs ont constaté que les enseignants qui manifestent le plus ces trois qualités humaines (l'authenticité, la considération et l'empathie) permettent à l'ensemble de leurs élèves de progresser sensiblement au cours d'une année scolaire². Mais ils sont allés plus loin, en mettant au point un programme destiné à améliorer le niveau des enseignants sur ces trois qualités. Ceci a notamment abouti aux résultats suivants au sein d'une école située dans un environnement socio-économique très faible. Après la formation, il n'y avait pratiquement pas de changement de comportement chez les enseignants n'ayant pas suivi le programme, tandis que ceux ayant suivi le programme présentaient une sensible augmentation du nombre et de la qualité des relations, avec les effets suivants :

- en moyenne, les élèves de 7 à 10 ans de cette école ont fait plus de progrès en mathématiques que tous les élèves de la zone scolaire ; les résultats en lecture ont également été sensiblement améliorés, comparativement aux autres écoles ;

l'école a eu le taux d'absentéisme le plus bas de son histoire (8,8 %) en quarante-cinq ans d'existence ;

- le nombre de bagarres entre élèves et le vandalisme ont diminué de façon significative ;
- le pourcentage de démission chez les enseignants est passé de 80 % à 0 % ; des enseignants d'autres écoles ont commencé à demander à être mutés dans cette école.

Les auteurs en concluent que le meilleur moyen pour les enseignants d'aider vraiment leurs élèves à apprendre et à mieux respecter la discipline consiste à suivre un programme de formation qui leur enseigne systématiquement à employer des modes d'interaction et de communication efficaces.

3. COOPÉRER AVEC LES AUTRES ÉLÈVES

L'apprentissage coopératif est une stratégie d'enseignement qui consiste à faire

travailler des élèves ensemble au sein de groupes¹.

Dans un groupe d'apprentissage coopératif, les efforts de chacun étant nécessaires pour le succès du groupe, chaque élève doit être bien conscient de son rôle au sein du groupe et personne ne peut faire « cavalier seul » ; inversement, le groupe doit savoir qui a besoin de plus d'aide, de soutien et d'encouragement pour réaliser la tâche attendue ; les membres s'encouragent et s'aident réciproquement à apprendre, louent les efforts et les succès des uns et des autres ; les élèves doivent apprendre à bien se connaître et à se faire confiance, à résoudre les conflits de manière constructive, à prendre des décisions ensemble ; ils doivent régulièrement réfléchir ensemble sur leur façon de fonctionner et sur les manières d'améliorer ce fonctionnement.

Le rôle de l'enseignant(e) s'en trouve nécessairement modifié. Une part de son travail consiste toujours à fournir un enseignement magistral (les élèves écoutent et prennent des notes), mais il fait également travailler les élèves ensemble. Son rôle consiste alors à observer et à faciliter les interactions et non plus à être le spécialiste omniscient.

De nombreuses études ont constaté les meilleurs résultats obtenus par l'apprentissage coopératif que par l'apprentissage traditionnel sur différents aspects de la vie en classe² :

- sur le plan personnel : augmentation de l'estime de soi. Les interactions conduisent les élèves à se considérer compétents ;
- sur les plans cognitif et scolaire : amélioration de la motivation à apprendre, de la complexité du raisonnement et des résultats scolaires, émergence plus fréquente de nouvelles idées et solutions, meilleur transfert de ce qui est appris depuis une situation vers une autre, que ne le fait l'apprentissage compétitif ou individualiste, Les élèves apprécient également plus l'enseignant et le perçoivent comme plus compréhensif et aidant ;
- sur le plan relationnel et social : baisse du racisme et du sexisme, des incivilités et de la délinquance, du harcèlement et de la violence, ainsi que de la toxicomanie, meilleure intégration des élèves handicapés, augmentation des comportements altruistes

4. BIBLIOGRAPHIE

CARRÉ P. (2005). *L'Apprenance, vers un nouveau rapport au savoir*, Paris, Dunod.

CHAMBERS B. (2000). *L'Apprentissage coopératif ; théories, méthodes, activités*, Montréal, Chenelière.

COLLECTIF (2008). *Éduquer et former*, Auxerre, Sciences humaines.

CRAHAY M. (2005). *Psychologie de l'éducation*, Paris, PUF.

LAUTREY J. (dir.) (2007). *Psychologie du développement et de l'éducation*, Paris, PUF.

LIEURY A. et DE LA HAYE F. (2004). *Psychologie cognitive de l'éducation*, Paris, Dunod.

PLÉTY R. (1998). *L'Apprentissage coopératif*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.

TARPINIAN A., BARANSKI L., HERVÉ G. et MATTÉI B. (dir.) (2007). *École : changer de cap, contributions à une éducation humanisante*, Lyon, Chronique sociale.

4 / La psychologie de la communication

La communication est au coeur de l'existence humaine. Nos plus grandes satisfactions —mais aussi nos plus grosses difficultés —sont généralement liées à nos relations avec les autres. Selon Edmond-Marc Lipiansky, il y a quatre enjeux majeurs dans la communication¹ :

- les enjeux identitaires (désir de produire une certaine image de soi et de la faire confirmer par autrui) ;
- les enjeux territoriaux (désir que son « territoire personnel » soit respecté par autrui) ;
- les enjeux relationnels (liés aux risques psychosociaux générés par le contact avec autrui) ;
- les enjeux conatifs (désir d'influencer autrui, essentiellement par le biais du pouvoir ou de la séduction).

Cette fiche présente trois grandes approches de la communication :

- l'approche systémique ;
- l'analyse transactionnelle ;
- la communication non verbale.

1. L'APPROCHE SYSTÉMIQUE

L'approche systémique en psychologie postule que les groupes humains (familles, relations professionnelles, etc.) fonctionnent comme des systèmes. Elle se démarque donc très clairement des diverses approches psychologiques individuelles.

Quelques grands principes

Après la Seconde Guerre mondiale, des psychologues, inspirés par les recherches en cybernétique effectuées par le mathématicien Norbert Wiener et par la théorie générale des systèmes², créent la psychologie systémique. Paul Watzlawick (1921-2007), l'un des représentants les plus connus de ce que l'on appelle « l'école de Palo Alto », groupe de chercheurs à l'origine de la psychologie systémique, a systématisé les principes de la « logique de la communication³ » :

l'interaction entre les divers éléments du système : toute modification d'un des éléments entraîne nécessairement une modification des autres ;

- les causalités circulaires ; A peut entraîner B, qui peut entraîner C, qui peut entraîner A ;
- l'impossibilité de ne pas communiquer : même l'acte explicite de ne pas communiquer est une communication ;
- la ponctuation de la séquence des faits : beaucoup de conflits entre êtres humains proviennent du fait que chacun raisonne en termes de causalité linéaire. Par exemple, les deux partenaires d'un couple peuvent se livrer à ce monologue : « Je me replie parce que tu te montres hargneuse » « Non, je suis hargneuse parce que tu te replies » ;
- la distinction entre communications analogique et digitale : la première est explicite et formelle, la seconde est non verbale et s'exprime sous forme de gestes, d'inflexions de la voix, etc. Chacune possède sa richesse et ses limites ;
- la distinction entre interactions symétrique et complémentaire : la première est fondée sur l'égalité, les partenaires adoptant un comportement en miroir l'un de l'autre, la seconde est fondée sur la différence de statut (ce qui ne signifie pas nécessairement domination, par exemple dans la relation médecin-malade) ;
- l'importance de la métacommunication (communication sur la communication) qui est une condition indispensable d'une bonne communication,

La psychopathologie et la thérapie selon l'approche systémique

Cette approche psychologique a bouleversé les conceptions traditionnelles sur la psychopathologie. Pour les psychologues systémiciens, ce n'est pas tel individu qui est malade, c'est le système ; l'individu n'est que le symptôme d'un système caractérisé par des communications dysfonctionnelles. Plus encore, les troubles du patient ont souvent un rôle protecteur pour les autres membres du système. Les

faire disparaître sans modifier le système ne ferait que déplacer le problème sur une autre personne. Watzlawick cite divers cas pour illustrer son propos, dont celui de Dave, 21 ans, diagnostiqué schizophrène depuis un an, qui déclare : « Oh, ça veut dire seulement que je suis le malade de la famille, et ça donne à tout le monde la... l'occasion de faire sa B.A. en remontant le moral de Dave, que le moral de Dave soit bas ou non¹. »

De multiples écoles de thérapie familiale ont vu le jour au cours des trois dernières décennies. Une synthèse de recherches évaluatives a conclu à l'efficacité thérapeutique de cette approche².

L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE

Éric Berne (1910-1970) s'est surtout intéressé aux relations entre deux personnes. Influencé initialement par la psychanalyse, il s'en est progressivement éloigné, mettant au point sa propre conception qui est à la fois une théorie de la personnalité, une théorie de la communication et une psychothérapie¹.

Les trois facettes de notre personnalité

Selon Berne, la personnalité humaine comprend trois facettes, qu'il qualifie d'états du moi :

- *l'état du moi Parent* se manifeste, soit en consolant autrui, en le rassurant, en lui prodiguant de la tendresse (Parent nourricier), soit en faisant la morale et en réprimandant (Parent critique) ;

l'état du moi Adulte est caractérisé par le raisonnement logique et s'efforce de traiter efficacement avec le monde extérieur. Par ailleurs, il assure un rôle de médiateur entre le Parent et l'Enfant ;

- *l'état du moi Enfant* se manifeste sous trois formes (figure 15.1) :
 - l'Enfant naturel (ou libre) représente l'expression spontanée de la personnalité. Il exprime ses émotions et désirs tels qu'il les ressent. C'est de lui qu'émergent la créativité, l'humour et la sexualité ;
 - l'Enfant adapté modifie son comportement sous l'influence parentale. C'est la facette de la personnalité qui se plie aux règles sociales ;
 - L'Enfant rebelle résiste à l'autorité.

Une analyse des communications interpersonnelles

Toute communication entre l'état du moi d'une personne et l'état du moi d'une autre est appelée transaction, d'où l'appellation « analyse transactionnelle ». Il existe deux types de transactions :

- les transactions parallèles (ou complémentaires) permettent la poursuite de la communication. Il s'agit généralement de transactions « Parent-Enfant » (par exemple les relations hiérarchiques), Enfant-Enfant (jeu, plaisanteries, etc.), Adulte-Adulte (résolution d'un problème à deux, etc.), Parent-Parent (critique d'autrui, etc.) ;
- les transactions croisées ont lieu lorsque les trajectoires des flèches se coupent. Elles entraînent généralement une coupure de la communication.

Il existe également des « transactions cachées » qui, sous l'apparence de transactions Adulte-Adulte, ont une structure bien différente. Elles sont à l'origine de « jeux », terme utilisé comme dans la remarque : « À quoi tu joues, là ? » Par exemple dans le jeu « Pourquoi est-ce que vous ne... ?—Oui, mais... », une personne se plaint de ses difficultés à une autre. Celle-ci lui fournit divers conseils sur le mode : « Pourquoi ne ferais-tu pas cela ? » La première répond systématiquement : « Oui, mais... » Il y a « jeu » en ce sens que derrière la transaction apparente Adulte-Adulte s'en cache une autre de type Enfant-Parent.

L'analyse transactionnelle est utilisée en psychothérapie, le rôle du thérapeute étant d'aider le patient à repérer son mode de fonctionnement et celui de ses proches (particulièrement au sein du couple), afin de déconstruire les jeux et d'entretenir des relations plus satisfaisantes de part et d'autre. Elle est également utilisée comme outil d'analyse des relations au sein des organisations.

3. LA COMMUNICATION NON VERBALE

La communication ne passe pas seulement par la parole. Gestes, sourires, regards et intonations de voix jouent également un rôle essentiel. Ils ont de multiples fonctions : maintien du contact, expression de son statut propre et reconnaissance

du statut d'autrui, invitation au jeu, au travail, menace, soumission, apaisement, etc. Ces manières d'être peuvent confirmer la parole, mais il arrive aussi qu'ils la

contredisent. C'est le cas par exemple, lorsqu'un homme répond à son épouse, sur un ton las et désabusé : « Mais oui, bien sûr, tu sais bien que je t'aime ! »

De multiples travaux ont été effectués dans ce domaine. Parmi eux, citons les recherches d'Hubert Montagner sur les comportements des jeunes enfants et ceux d'Edward T. Hall sur l'usage de l'espace.

Le langage des gestes chez les tout-petits

La communication non verbale est particulièrement importante chez les tout jeunes enfants, car ils maîtrisent peu le langage. Hubert Montagner et son équipe ont mis en évidence une véritable grammaire des comportements dans les crèches¹. Ainsi, les comportements d'offrande constituent un moyen fréquemment utilisé, et particulièrement efficace, pour établir ou rétablir le contact avec les autres. Les enfants qui manifestent le plus souvent ce type de comportement sont généralement considérés comme les plus agréables. Si un enfant répond à un acte d'agression par une offrande, cela stoppe l'agression dans les deux tiers des cas ; par ailleurs, l'enfant qui pleure et qui reçoit une offrande s'apaise souvent immédiatement. Les comportements d'offrande débouchent généralement sur des imitations réciproques ou sur des activités de coopération.

Parallèlement, un enfant qui pose sa tête sur l'épaule d'un autre reçoit systématiquement, en réponse immédiate, un sourire, une offrande ou des paroles. Un enfant qui penche la tête et le buste sur le côté entraîne chez le partenaire, non seulement une réaction d'apaisement, mais également une offrande de sa part dans plus de la moitié des cas. Inversement, lorsqu'un enfant avance brusquement la main pour saisir un objet, il essuie un refus, voire une menace, dans 85 % des cas.

Le « territoire personnel » chez les adultes

Les adultes disposent également d'une grammaire non verbale, notamment dans leur manière de « gérer » l'espace. Edward T. Hall qualifie de proxémie « l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique² ». De fait, nous obéissons sans trop nous en rendre compte à un ensemble de règles implicites relatives à la distance interpersonnelle, qui varient selon les cultures. Un habitant du pourtour méditerranéen accepte des relations nettement plus proches qu'une personne des pays nordiques. Hall divise la distance relationnelle en quatre catégories, elles-mêmes subdivisées en deux modes, proche et lointain. Les données qui suivent concernent les Américains (assez proches en cela des Français) :

- *distance intime (0-40 cm)* : la pratique de la distance intime en public n'est pas admise, sauf circonstances spécifiques (affluence dans les transports en commun). Si un « étranger » se trouve dans cette sphère intime, cela entraîne habituellement une gêne physique. Sous sa forme proche (entre 15 et 40 cm), c'est la distance de l'acte sexuel ou inversement de la lutte ;

distance personnelle (45 cm – 1,25 m) : cette distance permet d'établir une sorte de bulle protectrice destinée à nous isoler des autres. Elle constitue la limite de l'emprise physique sur autrui ;

- *distance sociale (1,20 – 3,60 m)* : sous sa forme proche (entre 1,20 m et 2,10 m), c'est la distance des négociations interpersonnelles et du travail en commun. Sous sa forme éloignée, elle permet de travailler sans impolitesse en présence d'autrui, et sans ressentir l'obligation d'engager la conversation ;

- *distance publique (à partir de 3,6 m)* : plus l'on s'éloigne, plus les détails des expressions du visage s'estompent aux yeux d'autrui, et l'essentiel de la communication non verbale est alors assurée par les gestes et postures.

Il ne s'agit là que de quelques aperçus des connaissances produites par la psychologie de la communication. Cette discipline est en permanente évolution et de nouvelles théories et découvertes empiriques continuent à voir le jour.

4. BIBLIOGRAPHIE

ABRIC J.-C. (2008). *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*, Paris, Armand Colin.

BERNE E. (1984). *Des jeux et des hommes*,

Paris, Stock.

CABIN P. et DORTIER J.-F. (dir.) (2008).

La Communication, état des savoirs, Auxerre,
Éditions Sciences Humaines.

HALL E. T. (1971). *La Dimension cachée*,
Paris, Le Seuil.

MARC E. et PICARD D. (2006). *L'École de
Palo Alto, un nouveau regard sur les relations*

MONTAGNER H. (1978). *L'Enfant et la communication*,
Paris, Stock.

MOSCOVICI S. (dir.) (2005). *Psychologie
sociale des relations à autrui*, Paris, Armand
Colin.

TROGNON A. et BROMBERG M. (2004).
Psychologie sociale et communication, Paris,
Dunod.

WATZLAWICK P., BEAVIN J.H. et JACKSON
D.D. (1972). *Une logique de la communication*,
Paris, Le Seuil.

5 / La psychologie légale

Les psychologues ont fortement investi l'univers judiciaire, que ce soit en tant que chercheurs (démontrant notamment les limites de crédibilité que l'on peut accorder aux aveux ou aux témoignages visuels) ou en tant qu'experts chargés de fournir des éléments de connaissance et de compréhension pour que les juges puissent prendre la décision la plus pertinente possible.

1. QUAND DES INNOCENTS AVOUENT UN CRIME

L'aveu d'un crime constitue un élément à charge particulièrement lourd et convaincant, mais est parfois exprimé par un individu innocent. Il existe aujourd'hui de nombreux cas de personnes condamnées en grande partie sur la base de leurs aveux, et dont l'innocence a ensuite été démontrée (ADN différent, vrai coupable découvert, impossibilité matérielle d'être coupable, etc.). En France, l'un des cas les plus connus est celui de Patrick Dils qui a passé quinze ans en prison (entre 16 et 31 ans) pour avoir avoué le meurtre de deux enfants, sous pression de la police et sans preuve matérielle de sa culpabilité. Condamné à perpétuité, il a enfin été reconnu innocent lors d'un troisième procès¹.

Selon Saul Kassin et Gisli Gudjonsson, on peut répartir les causes de faux aveux en trois grandes catégories, selon le processus psychologique en jeu² :

- faux aveux volontaires : certains innocents avouent sans pression de la police, pour diverses raisons : un désir pathologique de notoriété (surtout à l'occasion de crimes fortement médiatisés), un besoin conscient ou inconscient de se punir soi-même pour expier des sentiments de culpabilité relatifs à d'autres transgressions, la maladie mentale, la volonté de protéger le véritable criminel ;
- faux aveux par obéissance suite à contrainte : suite à un interrogatoire policier, la personne avoue afin d'éviter une menace explicite ou implicite ou pour obtenir une récompense promise ou implicite ;
- faux aveux par internalisation suite à contrainte : des personnes vulnérables finissent par croire qu'elles ont commis un crime, à la suite d'un interrogatoire particulièrement suggestif.

UNE JUSTICE EN « TROMPE-L'OEIL »

De très nombreuses recherches de psychologie portent sur le niveau de fiabilité des témoignages visuels. Dans certaines de ces études, un comédien simule une agression dans un espace public, puis on interroge les témoins ; dans d'autres, des individus se rendent dans un laboratoire de psychologie où ils voient un film ou des photographies d'un délit. Ces personnes sont ensuite placées devant une série de photos ou une rangée de personnes parmi lesquelles est censé se trouver le suspect. Résultat : les fausses identifications s'échelonnent entre 12 % et 93 % ! Dans l'étude qui a réuni 93 % de fausses identifications, les chercheurs avaient présenté aux témoins les deux complices d'un vol simulé. Parmi les cinq photos soumises ensuite aux témoins, une seule contenait l'un des deux coupables. Les sujets le reconnurent dans 97 % des cas, mais identifièrent un innocent comme deuxième agresseur dans 93 % des cas¹.

Une des affaires qui a plus défrayé la chronique en France concerne Christian Ranucci, guillotiné après avoir été condamné à mort pour le meurtre d'une fillette. L'accusation a reposé en grande partie sur la conviction d'un couple de témoins. Gilles Perrault, dans son ouvrage *Le Pull-over rouge*², consacré à cette affaire, souligne qu'au cours d'une séance d'identification, ceux-ci n'avaient pas reconnu Ranucci parmi les cinq hommes présents. C'est dans le bureau du commissaire, lorsqu'il leur fut amené seul, une situation particulièrement propice à l'erreur, qu'ils l'identifièrent.

Un aspect particulièrement remarquable de ces recherches est que des témoins peuvent être très convaincus de l'exactitude de leur témoignage, fournir beaucoup de détails sur ce qu'ils ont vu, alors même qu'ils se trompent. Or d'autres études ont montré que plus un témoin est sûr de lui, plus il est convaincant auprès des jurés, même si son témoignage est peu cohérent. Diverses méthodes ont été proposées par les chercheurs pour réduire le risque de fausses identifications. L'une d'elles est la « présentation séquentielle » : les photographies sont soumises au témoin, non pas simultanément, comme c'est la coutume, mais successivement, sans que celui-ci

connaisse le nombre total de photos.

3. DES PSYS AU TRIBUNAL

Deux types de missions peuvent être confiés à des experts « psys »³ :

- *les expertises psychiatriques* : elles concernent l'état mental du prévenu et visent en particulier à déterminer si, au moment de l'acte commis, cette personne disposait de facultés mentales suffisantes pour pouvoir en être déclarée responsable. En effet, l'article 122-1 du Nouveau Code pénal (1999) affirme que

« n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » ;

- *les expertises psychologiques* : elles peuvent venir en complément des analyses psychiatriques (voir ci-dessus), mais visent plus souvent à fournir une analyse de l'état mental d'une victime, d'un agresseur ou de toute autre personne ayant affaire à la justice, dans le cadre de l'article 81 du code de procédure pénale. Le psychologue expert est alors appelé à éclairer les juges sur toutes sortes de thèmes : la personnalité du suspect, l'impact de l'agression sur la victime, les compétences parentales (en cas de séparation conflictuelle), la crédibilité d'un témoignage, le mobile du crime, l'aptitude de l'agresseur à la réadaptation et les moyens à utiliser pour cela, etc.

À la suite de l'affaire d'Outreau, au cours de laquelle les avis de psychologues experts avaient conduit à l'emprisonnement, pour actes de pédophilie, de personnes innocentes, la Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP) a tenu à rappeler les limites du rôle du psychologue expert :

« Ce n'est pas au psychologue à établir la preuve, il n'en a pas la compétence, elle revient au magistrat qui a pour compétence de décider si les faits sont établis ou non.

[...] L'expertise psychologique doit consister à fournir une observation objective et rigoureuse du comportement en livrer des hypothèses contextuelles explicatives, afin de livrer à l'autorité judiciaire, les arguments constitutifs de sa prise de décision. [...]

Le psychologue livre des hypothèses qui n'ont pas été traitées ou entendues comme des vérités absolues¹. »

4. BIBLIOGRAPHIE

BERTONE A., MÉLEN M., PY J. et SOMAT

A. (1995). *Témoins sous influence, recherches de psychologie sociale et cognitive*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

BOURCIER D. et DE BONIS M. (1999). *Les Paradoxes de l'expertise, Savoir ou juger ?* Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

BRUNET L. (dir.) (2005). *L'Expertise psycholégale, balises méthodologiques et déontologiques*, Montréal, Presses de l'université du Québec.

Bulletin de psychologie (2007). 60 (5). N° sur « Justice et psychologie ».

Connexions (2000). 74 (2). N° sur « Les expertises et leur problématiques ».