

À corps perdu : réflexion sur les enjeux de la psychothérapie à distance

Alexandre L'Archevêque

Volume 31, numéro 2, 2023

Polyphonie 1

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1111198ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1111198ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (imprimé)

1911-4656 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

L'Archevêque, A. (2023). À corps perdu : réflexion sur les enjeux de la psychothérapie à distance. *Filigrane*, 31(2), 25–38.
<https://doi.org/10.7202/1111198ar>

Résumé de l'article

La pandémie de COVID-19 a forcé la migration rapide des cliniciens et des patients du bureau de consultation physique vers le bureau virtuel. Si la télépratique existait bien avant la pandémie, son utilisation demeurait marginale et ses implications cliniques n'étaient que très peu discutées. Bien qu'un grand nombre de cliniciens offrent désormais de la psychothérapie à distance de manière courante, et ce, sans même que la situation ne l'exige, de nombreuses questions d'ordres pratique et théorique subsistent. Cet article propose donc une réflexion tirée d'observations issues de la pratique de la psychothérapie à distance et en personne. Nous discuterons plus particulièrement des caractéristiques du cadre thérapeutique et de différents dispositifs qui en découlent. Il sera également question du rôle structurant de la spatialité et de la temporalité, comprises comme conditions *a priori* de l'élaboration du discours en thérapie. La réflexion portera ensuite sur le rôle du corps dans la clinique, puis sur la nature de la représentation psychique de soi, de l'autre et du discours. Nous terminerons en présentant divers éléments de discussion en lien avec les modèles corps-esprit et l'état actuel du champ socioculturel.



À corps perdu : réflexion sur les enjeux de la psychothérapie à distance

Alexandre L'Archevêque

Résumé : La pandémie de COVID-19 a forcé la migration rapide des cliniciens et des patients du bureau de consultation physique vers le bureau virtuel. Si la télépratique existait bien avant la pandémie, son utilisation demeurait marginale et ses implications cliniques n'étaient que très peu discutées. Bien qu'un grand nombre de cliniciens offrent désormais de la psychothérapie à distance de manière courante, et ce, sans même que la situation ne l'exige, de nombreuses questions d'ordres pratique et théorique subsistent. Cet article propose donc une réflexion tirée d'observations issues de la pratique de la psychothérapie à distance et en personne. Nous discuterons plus particulièrement des caractéristiques du cadre thérapeutique et de différents dispositifs qui en découlent. Il sera également question du rôle structurant de la spatialité et de la temporalité, comprises comme conditions *a priori* de l'élaboration du discours en thérapie. La réflexion portera ensuite sur le rôle du corps dans la clinique, puis sur la nature de la représentation psychique de soi, de l'autre et du discours. Nous terminerons en présentant divers éléments de discussion en lien avec les modèles corps-esprit et l'état actuel du champ socioculturel.

Mots clés : psychothérapie à distance; télépratique; téléthérapie; visioconférence; cadre psychanalytique

Abstract: The COVID-19 pandemic has forced the rapid migration of clinicians and patients from the physical to the virtual clinic. Although telepractice existed long before the pandemic, its use remained marginal and its clinical implications were rarely discussed. Although a large number of clinicians now routinely offer distance psychotherapy, even if the situation does not require it, many practical and theoretical questions remain. This article therefore proposes a reflection drawn from observations derived from distance psychotherapy and in-person psychotherapy. We will discuss more specifically the characteristics of the therapeutic framework and the different clinical settings that result from it. We will also examine the structuring role of spatiality and temporality, understood as *a priori* conditions for the development of discourse in therapy. Our exploration will then turn to the role of the body in clinical work, on the nature of the psychic representation of self, of the other and of discourse. We will conclude by presenting various elements of discussion related to body-mind models and the current state of the socio-cultural field.

Keywords: distance psychotherapy; telepractice; teletherapy; videoconferencing; psychoanalytic setting

Avant que ne s'abatte la pandémie de COVID-19, la psychothérapie à distance n'était qu'une pratique marginale, relativement peu discutée de surcroît, et ce, bien que nous disposions des moyens techniques pour y avoir recours. Par nécessité et non par choix, elle est devenue du jour au lendemain, et pendant plusieurs mois, la manière normale et unique d'intervenir : cliniciens et patients ont été contraints de quitter le bureau de consultation physique et de migrer vers l'espace virtuel pour y fonder un bureau d'un autre type. Sans trop d'assises théoriques ni d'études pour se repérer, il a fallu improviser l'aménagement de nouveaux dispositifs, apprendre à tâtons, dans l'urgence qu'imposaient les circonstances. Alors qu'un grand nombre de cliniciens offrent désormais la télépratique¹ de manière courante sans même que la situation ne l'exige, des interrogations subsistent.

Rares ont été les textes à ce point ardu à écrire pour moi. Non seulement parce qu'il s'agit d'une réflexion en cours, mais aussi – et surtout – parce qu'elle met en jeu ma compréhension du rapport qui relie le sujet au monde. À cela s'ajoute la difficulté à trouver les termes justes afin de décrire des phénomènes d'une telle complexité. Car au-delà des questions d'ordre pratique, qui en elles-mêmes n'ont rien de trivial, je souhaite discuter dans cet article de la nature de la représentation de l'autre et du discours – bref, de la réalité comme elle apparaît dans l'espace psychique conscient, assise de l'exploration des profondeurs inconscientes : quels matériaux constituent *normalement* cette représentation et quels sont, dans le cadre du travail clinique, ceux nécessaires et suffisants ? Qu'est-ce qui est superflu, voire nuisible ? Où commence le bruit ?

La présente réflexion puise en bonne partie dans mon travail de clinicien et de superviseur. Je m'inspirerai également d'éléments tirés de mes échanges avec Élyse Michon dans le cadre du webinaire organisé par la revue *Filigrane* en décembre 2020, intitulé « Du corps à l'écran : ce que la télépratique nous apprend de la présence et de l'écoute », et des rencontres préparatoires à celui-ci. Même si pratique et théorie sont les deux versants indissociables d'une même réalité, je chercherai néanmoins à les distinguer d'abord avant d'explorer leur intrication. Cette mise en ordre particulière de mon propos n'est pas fortuite et trahit, comme vous le verrez, mon positionnement par rapport à diverses questions déjà soulevées plus haut.

Ainsi, après un exposé des considérations pratiques de la psychothérapie à distance, je partagerai ma réflexion à propos du processus par lequel le clinicien construit une représentation du patient et de son discours. Viendront ensuite divers éléments de discussion en lien avec le modèle corps-esprit ainsi que l'état actuel du champ socioculturel.

Considérations pratiques

Il arrive encore trop souvent que le cadre thérapeutique soit réduit à ses caractéristiques manifestes, telles que la durée de la séance et du suivi, la fréquence des séances, le montant des honoraires et les modalités de paiement, la politique d'annulation et l'aménagement physique des lieux, parmi d'autres. Or, la forme que prend le cadre n'a de sens que si elle est l'expression cohérente des principes au fondement même de la clinique. Pour le dire en d'autres mots, le cadre thérapeutique ne se limite pas à un outil de travail : il est une condition *sine qua non* à la pratique de la psychothérapie, puisqu'il offre les repères spatiaux, temporels, relationnels et techniques requis pour qu'existent les postures de clinicien et de patient et que s'instaurent le transfert et le contre-transfert. De manière imagée, le cadre (ainsi que son dispositif physique et temporel) est au clinicien ce que le laboratoire est au chercheur, dans la mesure où il permet le contrôle des variables confondantes et, par conséquent, l'observation de l'objet d'étude et l'application d'un traitement dont il sera possible d'isoler (relativement !) les effets. Ce faisant, il est pertinent de se questionner sur ce qu'il advient de ces repères lorsque la psychothérapie a lieu à distance, que ce soit par visioconférence ou par téléphone.

Une différence notable réside dans l'abolition des déplacements physiques – donc de la distance – et l'enchevêtrement des espaces : dès lors, le patient pénètre dans le « bureau de consultation » tout en demeurant chez lui. De plus, l'apparition et la disparition en séance est instantanée² : avec la télépratique, puisqu'il n'y a plus de trajet à parcourir, ni de salle d'attente où se déposer, l'entre-deux susceptible de servir d'espace de médiation psychique entre la sphère privée et le bureau n'est plus. En fait, le « lieu où la rencontre survient » concerne davantage la *res cogitans* (chose pensante ; l'esprit) que la *res extensa* (chose étendue ; la matière, le corps), pour reprendre la distinction cartésienne (Descartes, 1647), en ce sens qu'il n'est plus possible d'en mesurer la taille, le volume ou de fournir une localisation dans l'espace physique. Certes, il serait exagéré de parler d'extinction de la spatialité, mais le déploiement de cette dimension – à défaut de trouver un

meilleur terme – n’est plus le même. Conséquemment, ce n’est pas que la localisation du bureau, du clinicien et du patient qui est brouillée : il en va de même pour celle du discours en séance.

Concernant ce dernier point, quel clinicien n’a pas déjà entendu un patient dire qu’il « laissait quelque chose » dans le bureau ou, encore, que celui-ci lui servait de refuge ? Nombre de remarques sont faites sur le décor, le mobilier, et il est commun que des éléments concrets servent d’appui psychique. Pour le dire en termes simples, il y a une interdépendance entre le discours et le lieu qui sert à son élaboration et à son énonciation : le discours ne jaillit pas du néant, mais bien d’un vide pourvu de contours « psychophysiques », donc à la fois d’esprit et de matière ou, encore, d’esprit étayé par la matière³. Toutefois, il apparaît difficile, lorsqu’on se penche sur le cas spécifique de la visioconférence, d’apprécier avec suffisamment de nuances et de justesse la forme que prend cette interdépendance, la béance n’ayant pas de bordure aussi claire et tangible que dans un dispositif « classique » : les murs du bureau sont disjoints, pour employer un euphémisme ; les corps sont davantage éloignés, mais chaque protagoniste se trouve à une plus faible distance de son vis-à-vis étant donné la proximité des stimuli visuels et/ou auditifs⁴. Bref, s’il faut reconnaître les avantages évidents de la psychothérapie par visioconférence, entre autres au niveau de la simplification de la logistique, il serait regrettable de négliger pour autant l’impact que ce bouleversement de la spatialité pourrait avoir, dans certains cas, sur la production du discours en thérapie.

Étant en bonne partie corrélative à la spatialité, la temporalité n’est plus tout à fait la même dans la télépratique. Or, à l’instar du rêve, qui est généralement précédé de stades de sommeil allant de léger à profond (et, avant cela, d’une période plus ou moins longue d’endormissement), la régression en séance nécessite souvent, elle aussi, une latence quelconque. Précisons que celle-ci ne débute pas forcément au moment où le patient s’installe dans le fauteuil, de là l’utilité d’une distance physique entre le domicile et le bureau puisqu’un trajet à parcourir entraîne *de facto* un délai. J’ajouterai que cette période peut, chez certains, se traduire en une séquence de paliers régressifs, allant d’une plus grande à une moins grande contraction des défenses. Une telle phase préliminaire pourrait remplir diverses fonctions, par exemple prémunir le Moi d’une montée trop brutale d’affects ou, encore, faire office de période d’échauffement des capacités associatives⁵. Pour emprunter une autre image relative au sommeil, c’est comme si la visioconférence et le téléphone, avec leur mode d’apparition soudaine, s’adressaient plus

particulièrement à des patients narcoleptiques. Il va de soi que l'« éveil » est également brusque : sans décompression ni période dédiée à la consolidation, le patient émerge de la transe thérapeutique pour retourner aussitôt, par « téléportation », à son quotidien. S'il n'a pas aménagé lui-même de dispositif transitoire, il devra, sans délai, refermer ce qui a été ouvert, et « se recomposer une façade » avant de vaquer à ses autres occupations.

Je tiens à insister sur la formulation au conditionnel employée plus haut : l'abolition de la distance – donc la perturbation des dimensions spatiale et temporelle – *pourrait avoir* un impact sur la production du discours, mais tout le monde n'est sans doute pas affecté de la même façon par cette modification du cadre, aussi significative soit-elle. En effet, il existe certainement divers modes préparatoires à la séance qui varient d'un individu à l'autre, de même qu'entre les « différents temps » d'un même suivi. Néanmoins, bien que l'appauvrissement du discours ne soit pas systématique, il y a lieu de se questionner sur le besoin relatif à chacun de bénéficier de zones/moments tampons aux extrémités de la séance, ne serait-ce que pour servir de contenants.

Ce que le patient montre de sa vie privée est une autre caractéristique de la visioconférence qui pourrait influencer l'élaboration en séance. Dans la psychothérapie conventionnelle, le récit est « amené » dans le bureau de consultation ; le plus souvent, les artéfacts sont mis de côté ou, à tout le moins, peu utilisés. Or, dans l'espace virtuel, le patient traîne avec lui une partie de son décor, expose peut-être davantage qu'il ne raconte en livrant divers éléments bruts, non symbolisés, de sa réalité. En fait, dans un tel dispositif, qu'il le veuille ou non, le patient exhibe quelque chose qui, dans un bureau physique, ne pourrait pas être présent autrement que s'il était mis en récit. Mais encore, cette description n'est pas tout à fait juste et complète, car il serait également possible d'inverser les perspectives et de dire que, en allant rejoindre son patient dans l'espace virtuel, le clinicien lui rend visite à domicile, voire qu'il fait intrusion et accède à ce qui ne devait pas être vu. Quoi qu'il en soit, il y a fort à parier que cette présence d'éléments de réalité interfère avec le processus de représentation de chacun. J'y reviendrai.

Pour demeurer du côté de la matérialité, une autre question de prime importance doit absolument être posée : dans quelle mesure les corps – tant celui du thérapeute que celui du patient – sont-ils nécessaires à la pratique de la psychothérapie, qu'elle soit ou non à distance ? Certes, nous en convenons, au moins deux corps sont requis, d'une manière ou d'une autre, mais il ne semble pas y avoir de limite, lorsque la technologie est impliquée, quant

à la distance maximale qui peut les séparer. Ce qui apparaît plus évident, c'est l'effet d'une trop grande proximité et du sentiment d'envahissement qui peut s'ensuivre pour l'un et/ou l'autre des protagonistes. Mais au-delà de cette considération, qu'est-ce qui peut être statué en ce qui concerne le rôle du corps pour dire et entendre ?

L'impression que j'ai conservée, à la suite du webinaire de décembre 2020 et des échanges survenus dans la foulée, c'est que plusieurs cliniciens considèrent le corps comme un ancrage dans l'espace qui, au bout du compte, n'a que très peu d'importance dans la rencontre des deux mondes psychiques, sortes de substances immatérielles et distinctes de leur point d'origine de chair et d'os. Les avis sont, ici encore, sans doute fort variés : peut-être que, pour certains cliniciens, la télépratique (surtout celle par téléphone) permet de faire l'économie de la gangue que constitue la corporalité et d'accéder à l'essentiel, c'est-à-dire au fond et à la forme du discours, tandis que, pour d'autres, elle élague trop, ne laisse qu'un mince filet insuffisant pour travailler adéquatement.

Je traiterai plus loin de cette opposition de perspectives entre cliniciens. Pour l'instant, ne perdons pas le fil de la réflexion menée plus haut concernant l'impact que peut avoir la perturbation des dimensions spatiale et temporelle sur l'élaboration en séance. Un sujet en particulier ne doit surtout pas être escamoté : le point de vue des patients. Dit autrement, comment vivent-ils leur processus thérapeutique lorsque celui-ci se déroule à distance ? Si les thérapeutes disposent du nécessaire pour faire leur travail, en est-il de même pour leurs vis-à-vis ? Nous pouvons réfléchir longtemps aux conditions essentielles selon l'angle des cliniciens, mais il est crucial, ultimement, que les dispositifs que l'on propose profitent à celles et ceux que nous recevons.

Afin de clore cette section et d'entamer la prochaine – et sans promettre de trancher le débat dans les lignes qui vont suivre –, je me permets de reprendre deux questions énoncées dans l'introduction : de quoi procède plus exactement la rencontre en séance ? À partir de quoi sont constituées nos représentations de l'autre et du discours ?

Considérations théoriques

D'emblée, je dois admettre que la distinction entre considérations pratiques et théoriques, telle que figurant dans ce texte, est peut-être illusoire ou, du moins, qu'elle n'a d'utilité que dans l'organisation de mon propos. Et encore, même à ce chapitre, la division n'apparaît pas si clairement. À

vrai dire, je vois mal comment il aurait été possible de discuter moindrement en profondeur du lieu et du temps de la séance, deux composantes manifestes du cadre, sans s'intéresser de manière un peu plus théorique aux dimensions qui les soutiennent, c'est-à-dire à la spatialité et la temporalité en tant que conditions *a priori* de l'élaboration du discours. Il en est de même concernant le sujet qui va suivre, celui de la nature de la représentation : des éléments d'ordre pratique seront nécessaires afin de bien articuler la réflexion théorique. La division annoncée constitue donc davantage une « tentative de dissection de l'insécable » pour mieux voir les composantes tout en sachant que, dans les faits, elles appartiennent à un même tout.

Toujours du côté des construits utiles, afin de décrire deux postures opposées par rapport à l'écoute qui, chacune, mène à un type différent de représentations, j'utiliserai de façon métaphorique, et avec une certaine licence, les termes « platonicien » et « aristotélicien ». Car évidemment ni Platon ni Aristote n'étaient cliniciens ; les deux philosophes poursuivaient une quête de la connaissance universelle, chacun avec sa méthode spécifique. Ainsi, malgré le fait que les profils cliniques que je décrirai puissent être reliés, en partie, à la conception des deux penseurs, il ne faut surtout pas prendre « platonicien » et « aristotélicien » au sens strict. L'ensemble des précisions requises étant faites, passons maintenant à l'analyse de la nature des représentations qui se trouvent au cœur du travail en thérapie.

En ce qui concerne la première posture, celle du platonicien, elle consiste à demeurer fixe, immobile, et à axer son attention entièrement sur l'écoute de la parole du patient, c'est-à-dire la voix dans sa forme (l'intonation, les hésitations, les silences, etc.) et son contenu (les mots prononcés ou non). Comme le philosophe qui, à travers son modèle dualiste du corps et de l'esprit – ou, pour être plus juste, de la matière et des idées (Platon, *circa* 385 av. J.-C.) – avait dédain du monde tangible au point de considérer vaine l'étude empirique de la nature, un tel clinicien cherche à se défaire du bruit que constituent l'ensemble des stimuli environnants. En effet, que ceux-ci viennent ou non du patient, seule la parole compte, étant ce qui s'approche le plus de l'idée, donc de ce qui est à la fois intangible, intelligible et, par conséquent, vrai (Platon, *circa* 377 av. J.-C.). Tout laisse croire que la télépratique ne fasse pas souffrir outre mesure le platonicien, car la visioconférence et, surtout, le téléphone lui permettent d'accéder sans heurts à ce dont il a besoin pour se représenter le patient et son discours.

Pour approfondir l'exemple de la psychothérapie à distance au moyen du téléphone, c'est à partir de la parole du patient – sorte d'« ADN du

psychisme» – que le platonicien reconstitue l'ensemble de l'être ou, du moins, la part essentielle pour la thérapie. Plus précisément, en se basant sur la forme et le contenu de la voix – donc la parole –, il associe au sein de son monde interne en employant des matériaux qui lui appartiennent⁶ et forge peu à peu, au fil de l'écoute, des représentations du patient et de son univers. Le clinicien construit ainsi un monde imaginaire dont il explorera le soubassement, le vrai ne se situant pas du côté de la matière physique – ce que le patient pourrait montrer par son corps ou autre –, mais bien de celui du monde phénoménal qui est le sien – ce qui est figuré dans son esprit, à partir du discours entendu. Pour le dire autrement, le corps et le décor montrés sont inutiles, seuls ceux imaginés à partir de la voix peuvent mener à ce qui est indicible pour le patient. Il va de soi qu'à travers ce processus de représentation le platonicien cherche à éviter la contamination venant du « dehors ». Si son attention porte, à un moment ou un autre, sur sa propre sensorialité, ce n'est pas dans le but de relier celle-ci à ce qui se passe dans le monde extérieur, mais bien pour voir en quoi lesdites sensations correspondent à ce qui se passe à l'intérieur de lui, au niveau du processus de représentation.

Après avoir lu ces lignes, il pourrait être tentant d'assimiler la posture du platonicien au dispositif psychanalytique classique divan-fauteuil, puisque ce dernier vise à maximiser les effets du processus analytique notamment par la raréfaction des stimulations visuelles, comprise comme étant profitable aux deux protagonistes. Un tel dispositif aurait ainsi l'avantage « de favoriser la concentration de l'attention de l'analysant sur sa propre activité psychique » (Brunet, 2001, p. 23). Malgré cette correspondance avec la posture du platonicien, il ne faut pas oublier que l'aménagement spatial de la cure type implique également que l'analyste soit localisé derrière l'analysant, ce qui permet à celui-ci de déléguer « à l'analyste les fonctions secondaires du moi, particulièrement certaines fonctions perceptives, des fonctions de "jugement", ainsi qu'une fonction de contenance » (Brunet, 2001, p. 23). Il importe alors de se demander si la non-localisation – ou, du moins, l'absence de localisation claire et concrète – dans le dispositif de télépratique par téléphone affecte, d'un côté ou de l'autre de la dyade, ce processus de relais des fonctions et, si tel est le cas, de quelle façon. Une autre interrogation réside dans la possibilité de créer ou non une « chimère psychologique » (de M'Uzan, 2015) lorsque les repères spatiaux non seulement instables (pensons aux patients qui se déplacent en pleine séance pour s'installer à un « meilleur » endroit), mais aussi moins palpables.

Quant à la posture de l'aristotélicien, elle procède tout autrement que celle du platonicien, puisque la dimension sensorielle – donc ce qui dérive du monde empirique – est essentielle au processus ; l'information en provenance des sens est indissociable de la connaissance et fait office de point de départ d'une compréhension en profondeur (Denat, 2010). Par ailleurs, et contrairement à ce qui a été présenté concernant le point de vue du platonicien, le psychisme constitue, dans cette posture, une réalité immanente (et non transcendante) ; il fait partie du corps, son principe est contenu dans la physiologie (Aristote, 350 av. J.-C.). En conséquence, afin de se représenter la réalité de son patient, le clinicien a recours aux diverses modalités de son contact avec lui, principalement la vision et l'audition et, dans une moindre mesure, le toucher et l'olfaction. Les signes colligés forment la base de l'imaginaire utile au travail, puisque c'est à partir de cette représentation ancrée dans la sensorialité que le travail d'analyse et les associations suivront. Des correspondances peuvent être tracées entre la posture de l'aristotélicien et la psychothérapie psychodynamique, celle-ci se pratiquant surtout en face-à-face.

La télépratique pose d'importants problèmes pour un tel clinicien, et ce, quel que soit le dispositif choisi. Effectivement, en comparaison avec le contact direct en séance, le téléphone représente une perte considérable d'informations : même s'il permet de se concentrer davantage sur la parole et de percevoir ainsi des subtilités qui, sinon, échapperaient à l'attention, tout ce qui vient des autres modalités sensorielles demeure hors champ. De son côté, la visioconférence donne certes accès à de précieuses informations visuelles, mais il ne faudrait cependant pas négliger quelques distinctions fondamentales entre ce qui est montré à l'écran et le contact *in vivo* : à distance, le champ visuel, en plus d'être restreint – une partie significative du corps de l'interlocuteur demeurant invisible –, est fixe et se limite à deux dimensions. Aussi, le visage à l'écran ne doit pas être confondu avec le visage du patient *per se*, étant une production secondaire, un substitut. Il en résulte que les regards n'entrent pas *directement* en contact et ne peuvent se joindre que par le biais du dispositif caméra/écran, sorte de filtre ou de tampon entre les deux. Des études cliniques sont nécessaires (et souhaitables) afin d'explorer les effets éventuels de l'intermédiaire technologique sur les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels à l'œuvre dans la relation thérapeutique.

Bien sûr, ces difficultés rencontrées par l'aristotélicien qui pratique à distance ne concernent nullement le platonicien, car, selon ce dernier,

l'image à l'écran n'est que le simulacre d'un visage qui, même s'il pouvait être observé directement, ne serait qu'apparence – donc source de tromperie. Pour reprendre ce qui a été dit plus haut, la vraie connaissance est, selon lui, située dans la parole, de là l'accent sur la représentation du discours à partir de ce que lui communique verbalement le patient. Les stimuli que cherche à recueillir l'aristotélicien ne l'intéressent donc pas et, à ce titre, la télépratique est avantageuse puisqu'elle limite les sources de distraction.

En somme, une bonne part du débat consiste à statuer sur ce qui est nécessaire et utile en clinique. Si, à ce chapitre, les besoins varient d'un clinicien et d'un patient à l'autre, il apparaît néanmoins pertinent de poursuivre la réflexion sur les substrats d'une telle représentation.

Éléments de discussion

De l'importance du modèle corps-esprit

Il a été question de modèles corps-esprit à trois reprises dans ce texte, d'abord en évoquant la conception dualiste de Descartes, puis celle de Platon avant de faire allusion à l'hylémorphisme⁷ aristotélicien lorsque j'ai fait mention de l'immanence. Que l'on prenne appui sur le modèle cartésien ou platonicien, les implications cliniques sont, dans les grandes lignes, somme toute les mêmes. En effet, postuler que l'être humain est constitué de deux substances de nature différente favorise le recours à une méthode spécifique pour accéder à chacune, et ce, que l'on reconnaisse ou non l'influence réciproque de l'une sur l'autre. Plus précisément, si le corps est une « chose étendue », mesurable et localisable, les relations entretenues avec l'environnement physique ont nécessairement de l'importance tant qu'un quelconque problème concerne, par exemple, la physiologie. Et si l'esprit est une « chose pensante », intangible et non localisable, il n'apparaît pas justifié, dans le cadre d'une psychothérapie, de s'attarder aux caractéristiques du corps ou de l'environnement physique ; ce qui compte alors est d'employer une méthode permettant d'écouter et d'agir le plus directement que possible sur cette substance particulière.

En revanche, lorsque le modèle au fondement de l'intervention loge du côté du matérialisme – c'est-à-dire de la croyance au caractère immanent du psychisme par rapport au corps –, la méthode varie, dans la mesure où elle peut viser tant la neurochimie (par exemple, avec la psychopharmacologie) que la parole (par exemple, avec la psychothérapie), ces deux voies étant comprises comme reliées à la même « chose ». Il va sans dire que le choix

de la méthode repose sur un ensemble de présupposés idéologiques et/ou épistémologiques : selon un tenant de l'approche biomédicale, la médication sera à privilégier tandis que, pour un psychanalyste, la parole aura pré-séance (L'Archevêque et Bourgeois-Guérin, 2016a, 2016b). Toutefois, dans le cas de cette seconde option, l'écoute risque d'être différente de ce qui a été décrit plus haut concernant l'intervention à partir d'un modèle dualiste : d'après le matérialisme, le corps et l'esprit sont « consubstantiels », il est logiquement impossible d'intervenir sur l'un sans affecter l'autre ; au lieu de chercher à isoler la *res cogitans* pour mieux la rejoindre, il s'agit au contraire d'optimiser l'observation du corps pour lire l'esprit.

Donc, le modèle corps-esprit a un impact significatif sur la manière d'appréhender la clinique en ce sens qu'il contribue à définir un rapport particulier à l'« objet d'intervention ». Or, j'avance l'hypothèse que l'adoption du dualisme, par exemple, se fait souvent de manière implicite et sans réflexion préalable. Aussi, bien que Freud conçût la psyché comme *res extensa* (Freud, 1940 ; Scarfone, 1999), le dispositif de la cure type – en séparant le discours du corps –, semble découler d'un modèle dualiste. S'il n'est pas forcément contradictoire de fonctionner de la sorte (le discours étant « du corps », voire son aspérité la plus saillante), il y a tout de même lieu de se questionner sur l'intrication du langage verbal, du paralangage et de la physionomie, puis sur la lecture de ces trois versants, pour mieux entrer en contact avec la réalité du patient. En somme, que la psychothérapie ait lieu en personne ou à distance, il apparaît important de s'assurer d'une articulation cohérente entre le modèle corps-esprit défendu et les autres dimensions du travail analytique : le cadre, le dispositif, la technique et, bien évidemment, la compréhension clinique.

Du champ socioculturel au champ psychothérapique

Le champ socioculturel, tel que défini par Gilliéron (2004), c'est-à-dire l'environnement social et public de la vie quotidienne, change continuellement dans ses codes et tabous, et il y a sans doute lieu de faire état, à notre époque, d'une révolution en profondeur, attribuable entre autres à l'utilisation massive des outils technologiques et des médias sociaux : les distances s'amenuisent et la transmission des messages est pour ainsi dire instantanée. Quant au champ psychothérapique, celui dans lequel nous effectuons notre travail et qui englobe un autre champ – le dispositif thérapeute-patient –, il constitua longtemps un système distinct, un espace à part entière. Toutefois, même avant la pandémie, la contraction de l'espace et du temps, constatée

à plus large échelle dans la société, semblait infiltrer de plus en plus la clinique; des innovations relativement récentes, dont le téléphone intelligent, favorisaient déjà la présence du «réel» dans le bureau de consultation, et ce, au détriment de l'imaginaire (L'Archevêque et Bourgeois-Guérin, 2016a).

Comme discuté dans ce texte, la télépratique ne se limite pas à un simple ajustement du dispositif conventionnel; elle s'inscrit dans cette mouvance et bouscule encore davantage le rapport à la spatialité et la temporalité, dimensions fondamentales du cadre, mais aussi du contact de chacun avec la réalité. Bref, en plus de comporter des particularités techniques et pratiques, la psychothérapie à distance suscite des questionnements d'ordre ontologique (donc reliés à la nature de l'être) qui dépassent la clinique et font écho aux transformations du champ socioculturel dans son ensemble. En effet, il n'est pas exagéré d'affirmer que le monde dans lequel nous vivons aujourd'hui n'est plus le même que celui qui servit de berceau à la psychanalyse. Malgré l'ampleur des changements qui ont marqué la société, notamment en ce qui concerne les technologies, de nombreux cliniciens donnent l'impression de pratiquer de manière anachronique, dans un monde immobile. D'ailleurs, combien de fois avons-nous entendu des collègues affirmer que la psychothérapie pouvait se déplacer sans heurts du bureau à l'espace virtuel, que la différence était surtout d'ordre technique, que tout pouvait être «pareil»? Que l'on ait ou non l'impression de faire un aussi bon travail à distance qu'en personne, il serait hasardeux de formuler une quelconque conclusion à ce sujet. En fait, il s'avère essentiel de pousser l'exercice de réflexion afin de resituer la clinique psychanalytique au sein de l'espace-temps socioculturel contemporain: comment la première est-elle affectée par les chambardements du second? Si la psychanalyse, en tant que conception de l'être humain, demeure pertinente à travers les époques, peut-on dire la même chose de ce qu'elle propose sur les plans des dispositifs et des méthodes d'intervention?

Conclusion

J'ai énoncé dès l'introduction que ce texte avait été ardu à écrire, mais ce n'est qu'au terme de l'exercice que je saisis l'ampleur des enjeux auxquels nous sommes confrontés: nos repères intersubjectifs dans le social sont brouillés par l'omniprésence des outils technologiques et des médias sociaux, et la clinique s'en ressent, quoique l'impact soit parfois discret et dur à mesurer. En fait, la télépratique n'est pas qu'un simple dispositif impliquant une modification de l'enveloppe; elle s'immisce dans l'entre-deux à titre de médiateur et agit sur chacun des protagonistes en le transformant.

Cela étant, les tenants et les aboutissants de cette transformation ne sont pas clairs. À ce stade-ci, les questions sont plus nombreuses que les réponses.

D'ailleurs, bien que j'aie décrit en quoi la spatialité pouvait être affectée par la télépratique, certaines situations n'ont pas été explorées dans cet article, dont les cas d'ouverture apparemment favorisée par la distance physique. En effet, des patients semblent se confier davantage lorsqu'ils sont loin de leur thérapeute (l'intimité grâce à la distance). Dans de tels cas, qu'en est-il de la portée de la parole? Est-elle comparable à celle que l'on retrouve dans un contexte de présence corporelle des protagonistes? Réciproquement, qu'advient-il de l'amplitude de l'écoute? De telles questions viennent alimenter et complexifier la discussion par rapport au déploiement de la spatialité dans la psychothérapie à distance.

Aussi, je dois préciser que, en voulant partager ma réflexion, des raccourcis ont été empruntés, notamment dans la description des postures de platonicien et d'aristotélicien. Ma présentation pourrait laisser entendre qu'on appartient forcément à l'une ou l'autre et que les deux sont inconciliables dans la pratique. Évidemment, il n'en est rien. D'ailleurs, si je me considère surtout du type aristotélicien, je connais de temps à autre des moments platoniciens lors de séances au téléphone. J'ajouterai que ces moments sont particulièrement lumineux, et que j'ai alors l'impression d'explorer une autre fréquence de l'écoute, un lieu d'une grande clarté caractérisé par des associations surprenantes.

En terminant, je souhaite partager une constatation à propos de ma méthode d'observation en séance – ma posture d'aristotélicien – et qui influence la représentation du patient: l'environnement semble souvent dicter ce qui est au centre de mon attention; celle-ci porte sur ce qui est le plus prégnant, je ne préétablis pas le focus de mon écoute en donnant priorité à une source de stimuli plutôt qu'une autre. Ainsi, le discours verbal est parfois à l'avant-plan, mais il se peut également que ce soit le paralangage qui m'accapare. Bien qu'il faille se laisser surprendre par les données aberrantes, les anomalies, quitter momentanément le script pour mieux improviser, je crois en la pertinence d'une « méthode de collecte des données primaires » qui aide à la mise en ordre des signes colligés. Mais une telle méthode implique de se positionner par rapport aux matériaux utiles, autre sujet discuté dans cet article et qui mériterait un examen plus approfondi.

Alexandre L'Archevêque
larcheveque.alexandre@uqam.ca

Notes

1. La télépratique (compris comme un synonyme de « téléthérapie » et de « psychothérapie à distance ») englobe la thérapie par visioconférence et par téléphone.
2. Je reviendrai sur la dimension temporelle plus loin.
3. Il ne s'agit pas ici de postuler l'existence de deux substances distinctes, mais plutôt de rendre compte de l'expérience phénoménologique du sujet, lequel s'éprouve comme étant distinct du monde physique et en relation avec celui-ci.
4. Sans vouloir complexifier le sujet outre mesure, il apparaît pertinent de se questionner sur l'impact de l'intensité des stimuli, qu'il s'agisse du volume sonore ou de la taille de l'image. Par exemple, cette dernière peut très bien être minuscule, tel que c'est le cas lorsqu'elle est affichée sur l'écran d'un téléphone intelligent, mais peut aussi être immense, puisqu'il est tout à fait faisable de la projeter sur un écran géant.
5. J'en conviens, cette description constitue une généralisation à la fois abusive et idéalisée de ce qui est susceptible de survenir au cours du trajet vers le bureau de consultation. Aussi, il importe de mentionner que le phénomène inverse est également possible : la période de déplacement pourrait très bien mener à un resserrement des défenses, voire à un évitement de la séance.
6. Par « matériaux », je fais référence à des pensées de toutes sortes : souvenirs des mémoires épisodique et sémantique, fantaisies, abstractions, etc.
7. Interdépendance de la matière et de la forme ; selon Aristote (350 av. J.-C.), l'âme est la forme du corps.

Références

- Aristote. (350 av. J.-C.). *De l'âme*. Gallimard, 1989.
- Brunet, L. (2001). D'or et de processus. Réflexion sur les rapports psychanalyse/psychothérapie psychanalytique. *Bulletin de la Société psychanalytique de Montréal*, 13 (3), 22-25.
- De M'Uzan, M. (2015). *L'inquiétude permanente*. Gallimard.
- Denat, C. (2010). *Aristote pas à pas*. Ellipses.
- Descartes, R. (1647). *Méditations métaphysiques*. Flammarion, 2011.
- Freud, S. (1940). *Résultats, idées, problèmes. Tome II : 1921-1938*. Presses universitaires de France, 1985.
- Gillieron, E. (2004). *Manuel de psychothérapies brèves*. Dunod.
- L'Archevêque, A. et Bourgeois-Guérin, É. (2016a). Une clinique sans sujet ? Chirurgie psychique à l'époque de l'esprit-matière. *Filigrane. Écoutes psychanalytiques*, 25 (1), 75-91.
- L'Archevêque, A. et Bourgeois-Guérin, É. (2016b). Du confinement à l'« ici et maintenant » ou quand l'espoir devient chair et désespoir. *Filigrane. Écoutes psychanalytiques*, 25 (2), 25-40.
- L'Archevêque, A. et Michon, É. (2020, 5 décembre). *Du corps à l'écran : ce que la télé-pratique nous apprend de la présence et de l'écoute* [webinaire]. Filigrane. Écoutes psychanalytiques. <https://www.youtube.com/watch?v=PLSIsYilgi4&t=1s>
- Platon (circa 377 av. J.-C.). *La république*. Flammarion, 2002.
- Platon (circa 385 av. J.-C.). *Phédon*. Flammarion, 1991.
- Scarfone, D. (1999). *Oublier Freud ?* Boréal.