

<https://www.psychologuesenresistance.org/spip.php?article29>



**Exposé de G Fourcher au
colloque : La distinction
normal / pathologique est-elle
pertinente pour le
psychologue ?**

Date de mise en ligne : jeudi 5 février 2009

- Sélection d'archives -

Copyright © PSYCHOLOGUESENRESISTANCE - Tous droits réservés

Voilà un exposé de G Fourcher au colloque organisé le 4/5 avril 2005 à Besançon sur le thème de : La distinction normal / pathologique est-elle pertinente pour le psychologue ? Faut-il remettre en cause ce qui spécifie la nature de son intervention ? Organisé par le SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES (région Franche-Comté), et l'ASSOCIATION DU COLLECTIF DE PSYCHOLOGUES EN FRANCHE-COMTE. Cette réflexion est d'actualité, lisez le et faites le circuler car il constitue un point de repère de ce que nous pouvons dire et exiger des pouvoirs publics face à la future réforme qui s'annonce pour le devenir des psychologues. Plutôt que de nous laisser définir une place par la médecine, demandons la création d'un livre VI bis pour les psychologues dans le code de la santé.

Texte

Gérard FOURCHER :

Comment la profession est-elle décrite par une sociologue qui est psychologue (A GOLSE), qui a fait un travail, à la demande de la MIRE (organe de recherche du Ministère de la Santé) sur la place des psychologues dans la transformation de la psychiatrie ?

Je me demande, car c'est une sorte de cliché que l'on a toujours quand on entend parler et que l'on voit écrit, y compris par des psychologues , à savoir la question : Est-ce que le psychologue est complémentaire du médical ? J'ajouterais est-ce que c'est complémentaire du social ou n'est-ce pas plutôt en intersection avec le médical et le social ? Ce qui n'est pas la même chose. La nouvelle opposition fondatrice non pas entre le normal et le pathologique, mais entre le bien être et la souffrance et là on tombe sur la définition de l'OMS qui pose beaucoup de problèmes d'autant qu'il y en a deux : - il y a celle qui dit que la santé physique, mentale et sociale c'est le bien être. - la définition d'Ottawa qui est une définition que je qualifie de politique. Je vous la citerai et ferai un commentaire.

Quelle institutionnalisation de la profession ? Cela pose la question de la définition de l'exercice, parce que ça tourne autour de la définition légale de l'exercice. Il y a deux axes pour la définition d'une profession, axes qui ont été repris par la directive de Bruxelles de 1989 : - définition légale du titre, - définition légale de l'exercice. Nous avons, la définition légale du titre, mais nous n'avons pas encore la définition légale de l'exercice, même si nous avons, notamment pour les psychologues de la fonction publique hospitalière, territoriale et la PJJ, au niveau d'un décret, une réglementation de l'exercice, mais limitée à certains aspects de la fonction publique. Comment penser ensuite dialectiquement la norme politique ou sociale parce que la question se pose en ces termes là. Quels sont les risques d'implosion ? D'abord une simple constatation, maintenant on sait qu'il y a environ 40 000 psychologues et on continue de fonctionner comme si l'on était encore 5 000 ou 10 000, c'est pas du tout la même échelle.

Ensuite, je ne vous apprend pas que nous sommes dans une société de plus en plus consummatrice de psychologie (nouvelles revues, éditions...). La multiplication des domaines d'intervention, alors que pendant longtemps, on avait réussi à maintenir une certaine unité de la profession, notamment par le fait que 90% à 95% des psychologues étaient salariés d'établissements sur fond public, payés sur fond public et que 80% étaient dans la mouvance psychanalytique, c'est à peu près le paysage que l'on avait depuis près de 20 ans et ça va changer. Il faut noter le développement de l'exercice libéral qui n'a pas de cadre institutionnel comme tel.

Ensuite et c'est très important, il y a la pression sociale qui s'exerce sur les demandes et les commandes par rapport à la profession dans toutes les directions. La profession est tirée vers le social et vers le médical pour en faire une profession médicale comme certains le veulent. Il y a aussi cette question du cursus européen dont on va parler tout

à l'heure. Il y a des sources de dislocation et d'implosion de la profession. Je m'appuie sur plusieurs travaux : le groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale qui était au ministère, le rapport Piel-Roelandt, le rapport Golse et ensuite l'OMS. Est-ce que la fédération est un organisateur nécessaire et suffisant pour empêcher cette dislocation ? Je dis non, mais je vais tâcher de montrer pourquoi. Quels sont les projets supposés ? Vous savez qu'il y a tout un courant à partir du rapport Berlan (professeur d'Aix en Provence, doyen de médecine), où on veut déléguer de plus en plus à des sous traitants des professions de santé un certain nombre d'actes qui étaient jusqu'alors réservés aux médecins. Par exemple : l'ophtalmologie. Certains aspects seraient réglés par des orthoptistes ; pour les médecins, certains aspects seraient réglés par des infirmiers et donc les psychiatres tout naturellement par des psychologues. Et ce pour une foule de raisons : manque de spécialistes... Alors on tient compte de l'augmentation du niveau de qualification des paramédicaux, c'est vrai, la consultation de masse parce que maintenant on se retrouve devant des phénomènes de consultation de masse et puis la rentabilité économique, (comment faire pour que ça coûte moins cher). Donc ça sera des personnels qui seront moins payés que les médecins mais qui seront supposés faire le même travail. Sous quelles modalités ? Et là ça va être des choses qui vont être définies , je ne sais pas quand. C'est-à-dire qu'avec un système de délégation rénové, on peut par exemple, au lieu d'un décret à validité permanente comme c'est le cas actuellement pour les paramédicaux (puisque'ils ont un décret de compétences à validité permanente), avoir une sorte de cahier des charges qui serait d'une autre forme juridique. Que seraient ces fameuses délégations pour le psychologue ? Est-ce que ça sera simplement la reconnaissance de l'existant, par exemple que les psychologues feront les premières consultations, des psychothérapies, y aura-t-il des tâches de prévention ?...on ne sait pas encore, d'autant que les psychiatres sont divisés sur les tâches qu'ils veulent garder, déléguer. Certains veulent rester en première ligne, d'autres veulent aller en deuxième ligne ou l'inverse, il y a encore beaucoup de flou la dessus. Voilà, en gros, comment se présente le "bal" de la suppléance c'est-à-dire le "psychologue suppléant", même certains disent "supplétif" du psychiatre. Cela pose la question de la crise de la psychiatrie actuellement et les transformations de la psychiatrie et des pratiques des psychologues. C'est le thème du rapport de Mme Golse qui a fait un travail de deux ans sur cette question. Je vais tâcher de vous en parler un peu de ce rapport qui est très important et qui est un excellent travail et même si on n'est pas obligé d'être toujours d'accord avec ses conclusions, je vais tâcher d'en faire une critique rapide. Anne G. dit en gros qu'il y a une double fascination du psychologue. Le psychologue et le médecin se fascinent mutuellement (le médecin psychiatre plus précisément). Le psychologue est pris dans le travail social sous la forme de l'adaptation et elle considère que le psychologue est un adaptateur à la société (société changeante), c'est une fonction qui est une fonction d'adaptation et cette double emprise du côté médical et du côté social se fait sous forme d'adaptation. Elle a tenté de définir la psychologie par l'objet d'une part et par la place. C'est intéressant parce qu'elle fait un espèce de tableau de la profession (que je trouve exact).

– définition de la psychologie par l'objet : elle dit que la psychologie excède le champ de la santé, qu'elle excède la séparation du normal et du pathologique, qu'elle excède le symptôme et la maladie. La psychologie est étrangère au médical parce que le médical relève d'une logique classificatoire alors que la psychologie relève d'une logique dialectique, c'est-à-dire qui est immanente à elle-même. Elle cite ensuite, le nouvel axe fondateur de l'opposition fondatrice, celui de l'objectivité/subjectivité. Elle donne des exemples intéressants et fait une bonne analyse. Elle dit que le médecin, dans sa pratique, peut se passer de sa position personnelle (il n'est pas obligé de s'engager personnellement dans sa relation : un médicament agit indépendamment de savoir si le médecin est gentil ou s'engage personnellement avec son patient), alors que pour le psychologue, la relation est requise comme but et objet, donc il est condamné, ou il se condamne, à entrer dans cette relation pour que son travail ait un sens ce que n'est pas obligé de faire le médecin. Donc le psychologue est dans l'investissement du relationnel, de l'entretien et de sa propre subjectivité alors que le médecin peut rester dans une dimension purement objective de pratique médicale, médicamenteuse, d'investigation par des instruments etc... L'autre point qu'elle voit intéressant pour le psychologue c'est que le pouvoir du psychologue est de ne rien pouvoir. Le psychologue se met dans une position de ne rien pouvoir pour mettre en valeur la rencontre et la relation. Cette question du pouvoir et du non pouvoir est une question très intéressante, mais j'y reviendrai.

– définition du psychologue par la place : elle cite comme exemple la transversalité c'est à dire que le psychologue a une place transversale école, travail, soin. On envoie le psychologue dans différents champs où il a, au fond,

toujours une pratique clinique. On peut dire que cette transversalité s'est encore alourdie car maintenant on traite de la souffrance dans le monde du travail, (pathologie de la souffrance au travail, stress, angoisse...). A l'école, les troubles de l'apprentissage peuvent être considérés comme relevant de la pathologie, de la psychopathologie, encore faut-il s'entendre sur la définition de la psychopathologie. Pour Anne G., cette place a une valeur d'élément de structure, hors médical et hors pouvoir. Le psychologue a une place où il n'est ni dans le médical, ni dans le pouvoir. Elle considère que cette place fonde un modèle de travail auprès des infirmiers (la place institutionnelle), c'est-à-dire qu'avec les notions de pluridisciplinarité et interdisciplinarité (là c'est un peu de moi car je fais une distinction entre les deux). La pluridisciplinarité c'est la cohésion d'une équipe entre ses membres, le relationnel en quelque sorte. L'interdisciplinarité porte sur les concepts et le débat sur ces derniers. Ce sont deux choses à distinguer. Pour Anne G., cette place de non pouvoir, de non médical, commande la place du psychologue dans l'institution. Elle fait une comparaison entre le psychiatre et le psychologue, elle dit que le psychiatre est soumis à une contrainte administrative forte parce qu'il a une fonction d'autorité donc il relève d'une contrainte administrative, il est obligé de rentrer dans un système hospitalier mais qu'il est libre ou non de s'engager dans la relation. Le psychologue n'est pas pris dans des contraintes administratives fortes au sens où il n'a pas à faire respecter des règles institutionnelles comme chef de service ou autre. Il a la contrainte d'un travail sur lui-même, d'un travail sur soi, c'est-à-dire que si un psychologue veut vraiment faire un travail avec autrui, il est obligé de faire un travail sur soi. Donc il y a un espèce de parallélisme inversé entre les deux places (psychiatre et psychologue).

Quelles sont les conclusions d'AnneG. ? Elle dit que cette faiblesse institutionnelle du psychologue lui donne la capacité d'adaptation de lui-même et d'autrui, une perpétuelle construction de soi et du monde qui est ouvert. Au fond, cette faiblesse institutionnelle oblige le psychologue à s'adapter, mais en même temps, lui donne une grande capacité d'adaptation à divers fonctionnements. Le psychologue est chargé de produire l'individu nouveau dans un monde incertain c'est-à-dire que le psychologue, pour Anne G. est cette nouvelle profession appelée à un grand avenir car elle est absolument congruante avec les exigences du monde contemporain qui est un monde changeant. Le psychologue est dans la pratique de cette adaptation continue qui est l'essence même du monde contemporain qui doit constamment se réadapter lui-même, ce que n'est plus, d'après Anne G, le psychiatre. Le psychologue est une profession délivrée des contraintes pour elle-même qui pour ces raisons, s'adapte à tous les genres de situations. Cette plasticité de la profession a pour effet de fabriquer de l'adaptation sociale : le psychologue est un adaptateur, il adapte et s'adapte. Dans une société anémique, qui n'a plus de règles, le psychologue serait un représentant éminent de cette adaptation permanente. Remarques :

– ce non pouvoir des psychologues, dénoncé par certains psychiatres qui disent que ce pouvoir est, un pouvoir masqué qui ne s'énonce pas qui ne se nomme pas alors que les psychiatres ont un pouvoir qui est énoncé, nommé publiquement. En fait, tout est retourné dialectiquement. - autre réserve que je ferais par rapport à la position d'Anne G. c'est que la relation médecin/malade, même si elle n'est pas fondée sur une subjectivité personnelle du médecin, n'empêche pas une éthique générale de la relation fondée sur la confiance. Cette confiance, les médecins se plaignent qu'elle n'existe plus, les malades n'ont plus confiance en eux, ils profitent de la moindre occasion pour le traîner en justice. La judiciarisation est considérée comme une conséquence de cette perte de la relation de confiance au médecin, de la désacralisation du rapport au médecin. C'est important pour nous car certains professeurs comme Gori considèrent que la place du psychologue dans le monde actuel (notamment de la santé) serait de suppléer la défaillance du lien médecin/patient actuel par la création d'un nouvel humanisme dont le psychologue serait le centre afin de reconstruire cette relation entre le patient et le soignant. C'est ce que j'appelle une éthique de la relation. Cette éthique disparaîtrait dans le lien médecin/malade sous les coups de la technicisation de la médecine, du discrédit de la science, de la désacralisation du lien médecin/malade. Pour Gori, le psychologue reprendrait le flambeau de cette éthique de la relation pour le redonner au médecin, alors c'est là que vient cette idée de complémentarité médecin/psychologue ou du psychologue comme profession médicale. Gori, entre autre, mais c'est une tendance qui court aussi ailleurs, verrait très bien le psychologue classé dans le code de la santé, dans le livre IV qui s'appelle "professions médicales et auxiliaires de santé". Vous avez le titre premier qui concerne les dentistes, sages-femmes et médecins donc il nous verrait très bien à côté des sages-femmes et des médecins, comme profession médicales. Je fais donc une contre proposition car je pense qu'il y a une menace. On peut se demander si cette histoire d'éthique de la relation, de vouloir faire renaître une relation médecin/malade, ne relève

pas d'une certaine nostalgie d'un âge d'or de la médecine. Le psychologue est pris dans une double fascination : - d'une part réciprocité mimétique psychologue/médecin c'est-à-dire que cela va autant du psychologue vers le médecin que du médecin vers le psychologue. Je ne vous apprend pas que les médecins jalouent les psychologues et - d'autre part la réciprocité mimétique psychologue/socialité (ou sociabilité) de l'adaptation. Est-ce qu'il est possible d'échapper à ces deux écueils ? Je crois que la question d'une définition d'un exercice de la profession doit partir de ces choses là.

Anne G. pour son travail de recherche s'inspire de la pensée de R CASTEL et de M FOUCAULT que vous connaissez peut-être, il développe l'idée de l'émergence d'un lien savoir/pouvoir. Et pour Anne G, le psychologue est la nouvelle figure historique d'un nouveau rapport entre le savoir et le pouvoir dans la société contemporaine. Je pense que les critiques que l'on pourrait faire à l'approche d'Anne G sont celles que l'on pourrait faire à M FOUCAULT. Le psychologue est-il complémentaire ? C'est une chose que l'on voit traîner sous la plume des psychologues partout, le psychologue est complémentaire du médecin ce qui veut dire que le psychologue plus le médecin ça fait un tout. Je crois qu'il ne faut pas développer cette idée de totalité. Moi je vois deux séries de différences : - les remarques historiques depuis 50 ans : la création de la licence de psychologie, par LAGACHE en 1947, médecin et philosophe, en marge de la médecine. A l'époque la médecine était totalement imperméable à toute dimension "psy" (notamment les psychanalyses mais pas seulement) donc il avait fait cela pour faire un espèce de cheval de TROIE de la psychanalyse et de la psychologie clinique dans la médecine. Et la psychanalyse elle-même où s'est-elle installée depuis 50 ans ? Partout sauf dans les Universités de médecine. Et la psychiatrie elle-même, elle n'a pas été considérée comme une vraie médecine jusque dans les années 50 quand elle s'est organicisée, elle est apparue un peu plus médicale et puis ensuite on a dit : " on va l'intégrer dans les hôpitaux généraux puisque ça devient de la médecine". Oui, mais le problème c'est qu'intégrée dans les hôpitaux généraux, les psychiatres se plaignent en disant qu'elle est complètement laminée, qu'elle n'existe plus. Est-ce que la psychologie est vivable dans l'organisation médicale ? Je dis que non. Je dis que la psychologie, même sous sa forme de psychopathologie n'a pas d'avenir en terme d'organisation, je parle pour la profession, dans l'organisation médicale et dans une médecine technicienne. Et actuellement, on voit la psychologie se rapprocher de la médecine. Maintenant, on revient à des pratiques qui avaient lieues il y a plus de 30, 40 ans, (les tests, la neuro-psychologie...). Ces gens là, nos chers collègues, ils sont cuits. Les neuro-psychologues n'ont pas d'autonomie par rapport à un neurologue, c'est pas possible. Donc la question se pose de cette manière : Comment garder une spécificité de la psychologie dans la fréquentation du médical ? C'est pour cela que je préconise une psychologie d'intersection et non de complément. Autrement dit, nous rencontrons la médecine à certains moments, nous rencontrons le social à certains moments, mais nous ne sommes pas un complément ni du social, ni du médical. Et avec cette idée que la médecine serait promue comme un modèle d'excellence indépassable et pour être un bon psychologue, il faudrait appartenir à la profession médicale à côté des dentistes... non je crois que ça serait mortel pour l'organisation de notre profession. - une deuxième série de différences : pourquoi nous mettre, comme certains le veulent, parmi les professions de santé et notamment dans les professions médicales. Il y a des oppositions et des différences fondamentales d'abord historiques. Dentistes et sages-femmes sont des professions médicales aussi anciennes que celle des médecins, donc elles ont une espèce de privilège d'ancienneté qui fait qu'elles voisinent avec celle de médecin. Mais pour le psychologue, c'est tout nouveau, on a une profession qui date de 1947, on a rien à faire, en termes historiques, avec les dentistes et les médecins, au demeurant profession tout à fait estimable. Les autres professions paramédicales, auxiliaires médicaux, infirmiers..., on n'a rien à faire là dedans non plus. Ensuite la deuxième opposition que je vois c'est l'unité épistémologique c'est-à-dire que toutes les professions de santé du livre IV du code de la santé (médecins, dentistes...) aussi diverses soient-elles, se fondent sur les mêmes bases épistémologiques, physiologiques et biologiques. Il y a une science commune. Alors que pour les psychologues, l'unité épistémologique de la profession pose question car on a des références plurielles. La troisième différence, elle est éthique. Autrement dit, les buts et les moyens ne sont pas les mêmes, pour revenir à tout à l'heure, à ce que disait Anne G., le psychologue est obligé d'être dans une éthique de la relation et j'entends par éthique "la manière d'être, la manière de vivre", la relation comme manière d'être. Le psychologue est là dedans alors que le médecin y est de moins en moins puisque l'on est dans une médecine technicienne qui veut se passer de plus en plus de cette dimension relationnelle. Ensuite, l'autonomie de la personnalité qui est décrite dans le décret de 1991, n'a pas un but médical. Ecouter une parole de souffrance est-ce que c'est médical ? Ce n'est pas sûr. Quel est le travail du psychologue dans le domaine de la santé ? C'est séparer la personne de sa souffrance et faire en sorte qu'elle ne

soit plus dévorée par sa souffrance. Je ne vais pas entrer dans le détail sur la question de savoir, comme veut le faire le Ministère, s'il faut faire une distinction entre souffrance invalidante et souffrance existentielle. Cette limite me paraît difficile à établir mais il faut savoir que c'est un langage qui existe. Le Ministère parle de souffrance invalidante ce qui veut dire qu'il y aurait une souffrance qui ne serait pas invalidante. Il faut savoir aussi quand même que pour le psychologue, le sens doit primer sur la mesure, c'est ce que les neurologues ont parfois un petit peu de peine à comprendre. Autrement dit, c'est bien beau de mesurer la mémoire restante d'un vieillard, mais la question qui compte pour le psychologue c'est comment le vieillard vit-il cette perte (s'il y en a une), c'est ça cette dimension de subjectivité qui doit quand même toujours exister pour le psychologue. Il faut aussi distinguer l'apprentissage de l'analyse. Est-ce qu'être psychologue c'est faire apprendre aux gens ? Non. Apprendre et analyser sont deux choses différentes, ainsi que le ressenti, l'expérimenté du vrai. Il y aurait un certain nombre d'éléments que l'on peut qualifier d'éthiques qui peuvent servir à différencier le travail du psychologue du travail médical. Ca ne veut pas dire que le médecin ne fasse pas ça, mais ce n'est pas forcément au centre, ni essentiel au travail du médecin alors que ça l'est pour le psychologue. Alors sur la nouvelle opposition fondatrice, distinctive, bien-être/souffrance, puisque j'ai parlé de la souffrance et que l'OMS elle, parle du bien-être, on voit bien que cette nouvelle distinction est prégnante. Alors imaginez que quand on définit la santé comme étant un bien-être physique, mental et social, c'est très simple, il n'y a pas un aspect de la vie humaine qui n'entre pas là dedans, ça couvre tout le champ de la vie humaine. Alors quand on complète ça avec la définition de l'OMS d'Ottawa de 1986, qui est une définition de la promotion de la santé, "c'est le processus qui conserve aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci". Ca n'a plus grand chose à voir avec le médical ! Là on est dans une définition politique et moi je fais dans mon commentaire "Y a-t-il meilleure définition du libéralisme démocratique ?" L'harmonie entre l'individu actif et la société est la résultante de la somme des ambitions individuelles. C'est pour cela que je dis que la santé, vue par l'OMS, n'existe pas, c'est une fiction dont le statut, la construction conceptuelle fait question. Mais bon, c'est comme ça, c'est ça qui existe. C'est comme l'europe, il y a des choses qui ne nous plaisent pas et on est obligé de prendre les choses comme elles sont. Le pendant du bien-être c'est la souffrance, donc la non souffrance c'est pas la maladie, la maladie c'est trop, c'est encore le versant négatif. Non le bien-être c'est du positif c'est-à-dire la quasi absence de souffrance, ce qui pose une foule de questions. Mais ça peut aussi nous servir. Pourquoi ? Parce que si on raisonne en ces termes là, bien-être et souffrance, ce ne sont pas des objets médicaux en soi, ni même sociaux, on peut traiter ces objets là comme des objets religieux, comme des objets philosophiques et comme des objets psychologiques, mais pas particulièrement médicaux. Quelles sont les dérives possibles autour du travail du psychologue qui est pris dans la souffrance ? On parle du psychologue dans le champ de la santé (définition de l'OMS) : - du psychologue au passionnel, la consolation de la plainte. La psychologie esthétique et ça on la voit beaucoup se développer, le perfectionnement du Moi, l'entraînement psychologique, le coaching, c'est tout à fait ça, c'est-à-dire que l'on muscle la "psy". - la psychologie anesthésique : on supprime l'éprouvé, afin qu'il n'y ait pas de sentiment d'insécurité. A l'inverse, il y a la psychologie émotionnelle, c'est-à-dire la culture de l'émotion, de la catharsis avec des notions comme compétences émotionnelles, cautions émotionnelles qu'on voit maintenant fleurir.

J'approche de ma conclusion : vers quoi nous mène tout ça ? Cela pose la question d'une institutionnalisation Est-ce qu'il faut renforcer l'institutionnalisation ? Moi je crois que le maintien en l'état de la profession me paraît très difficile maintenant. Je vois trois dérives institutionnelles possibles : - devenir une profession sociale éducative, comme au Québec, orientée sur l'adaptation et ses multiples variantes et en riposte ou parallèlement, je ne sais pas, faire du psychologue une profession médicale, la spécialiser sur le médical et ses variantes là aussi. Quelles solutions ? Oh le Moi est prétentieux. Mais au centre de tout ça, il y a cette question de la détermination de l'exercice du psychologue. Qu'est-ce que c'est que d'être psychologue dans cette diversité foisonnante ? Et puis la question très difficile : si on délimite l'exercice du psychologue est-ce que cela entraîne ipso facto l'idée d'un monopole ? Moi je ne crois pas qu'un monopole soit possible pour notre profession. Mais cela mériterait réflexion. Alors je crois que l'on peut réfléchir mais ce n'est que de la réflexion, pour le moment, sur une meilleure définition de l'exercice professionnel, je viens d'en parler, puisqu'on a l'axe du titre mais il y a l'axe de l'exercice, c'est le dénominateur commun entre tout ce qui constitue les formes de pratique à partir des moyens ou des buts ou bien des deux. Comment s'entendre sur des buts de la psychologie dans toutes ses dimensions ? Est-ce que ça serait ce qui fait obstacle à la capacité d'une personne à décider pour elle-même ? Parce que la prise en compte de la dimension

psychique telle qu'elle apparaît dans le code de déontologie est tout de même insuffisante.

Maintenant la question d'une instance disciplinaire donc d'un ordre. Il faut bien distinguer un ordre d'une instance. L'ordre est plus large que l'instance. Un ordre professionnel a aussi pour fonction de conseiller le gouvernement et les pouvoirs publics. L'instance disciplinaire, sa seule mission c'est d'appliquer des sanctions en cas de défaillance et d'appliquer très précisément un code de déontologie. Donc, globalement, dans l'ordre professionnel et dans l'instance disciplinaire, il y a une double fonction, une fonction opératoire sanctionnée d'une part avec cette restriction que si on veut sanctionner, il y a une difficulté spécifique pour le psychologue qui est la question d'établir la matérialité des faits comme nous sommes un travail principalement sur la parole, ça sera la parole de l'un souvent contre la parole de l'autre. Il y a un problème de nature technique qui me paraît compliqué. Fonction symbolique, c'est-à-dire que dans un ordre comme l'instance disciplinaire, il y a une fonction symbolique (à savoir un affichage social et public, une visibilité c'est-à-dire que la profession s'auto-contrôle et donne une image de sérieux au public). Cette distinction est capitale si l'on veut penser les choses correctement. L'intérêt d'une instance ou d'un ordre professionnel serait que cela renforcerait la direction de la profession elle-même, par les professionnels eux-même, et non pas par des universitaires par exemple. Parce que l'on voit que certains ont des velléités de vouloir organiser la profession. Pour un code de déontologie, enfin s'il avait une valeur légale, il faudrait nécessairement une instance disciplinaire et légale pour l'appliquer sachant que le code de déontologie des médecins n'est pas psychologique, il ne couvre pas les dérives des psychiatres. D'ailleurs c'est ce que disait le juriste LIONCAN. DURMARQUE dit que maintenant il faut légaliser l'exercice et légaliser un code de déontologie, d'avoir la panoplie complète c'est-à-dire avoir un ordre professionnel. Cela mérite débat. Une autre question serait une commission d'éthique mais distincte de la déontologie parce que ce sont deux champs différents. Pour moi une commission d'éthique est pluridisciplinaire et comporte aussi bien des philosophes que des psychologues... Pour travailler, pour examiner la norme que l'on fabrique inéluctablement soi-même, c'est revenir constamment sur la fabrication de la norme que l'on ne peut pas s'empêcher de fabriquer. Je pense qu'il faudrait que ce comité d'éthique développe une théorie de l'action c'est-à-dire une manière de jurisprudence clinique ou de démarche prudentielle. Il ne doit pas interdire mais protéger, développer une orientation tendancielle, ce que j'appelle une démarche prudentielle, qui ne veut pas dire non plus c'est pas de bonnes pratiques, mais développer une pensée de démarche prudentielle. Il y a une distinction entre la déontologie et l'éthique selon que l'on est juriste ou psychologue.

L'autre idée mais qui est une espèce de posture de combat, c'est que, si l'on veut nous mettre dans le livre IV, il n'en est pas question. Il faut proposer un nouveau livre, un livre IV bis, ou peu importe le chiffre d'ailleurs, qui s'intitulerait psychologues

, comme vous avez actuellement le livre V qui s'intitule pharmaciens.

On aurait un livre IV bis qui s'intitulerait psychologues et qui nous différencierait complètement des professions médicales... Juridiquement c'est tout à fait faisable, mais cela suppose l'action du Parlement, donc ça ouvrirait le code de la santé au rapport d'altérité des personnes en ne réduisant pas ces dernières à leur individualité biologique parce que la psychologie n'apparaît pas du tout dans le code de la santé alors qu'elle apparaît dans la loi de réforme hospitalière de 1991.

Sur le plan professionnel, il n'y a pas de traduction dans le code de la santé. Ensuite caractériser l'originalité de l'action du psychologue au regard d'autres champs et d'autres buts quant au souci de la personnalité, poser que l'action du psychologue et l'action du médecin seront des rapports d'intersection et non de complémentarité.

Autrement dit, l'interdisciplinarité, le psychologue n'est pas tout, le médical n'est pas tout et la conjugaison des deux n'est pas tout non plus.