ISSN N° 0769-069 X

nouvelle revue de psychologie

5

LE DISPOSITIF PSYCHOLOGIQUE

2. Vers des Centres de Psychologie

institut européen de psychologie

NOUVELLE REVUE DE PSYCHOLOGIE

1986 – 2ème année – N° 5

LE DISPOSITIF PSYCHOLOGIQUE

2. Vers des Centres de Psychologie

INSTITUT EUROPÉEN DE PSYCHOLOGIE

17 rue de la Toussaint
67000 STRASBOURG

SOMMAIRE

Préface : Les pratiques psychologiques au prix de l'institution
Patrick Schmoll p. 5

Le dispositif psychologique: pour le meilleur et pour le pire
Georges Schopp p. 9

LES PSYCHOLOGUES ET L'INSTITUTION

Dispositif clinique, clinique du dispositif
René Clément p. 15

Discussion : Aménagement de la position du psychologue – Travail "sur" et travail "dans" l'institution p. 33

LE DISPOSITIF PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

La crise initiatique
David Le Breton p. 41

L'expérience initiatique en psychothérapie
Philippe Grosbois p. 49

Discours et pratiques dans le traitement de la déviance
Richard Hellbrunn p. 55

LES PROJETS DE CENTRES DE PSYCHOLOGIE

Démarche du projet de centre de psychologie clinique au Centre Hospitalier Général d'Arles
Françoise Pagano p. 69

Première pierre d'une psychologie publique de santé
Serge Georges Raymond p. 77

Le Centre de Psychologie Clinique (CPC) : Des points de vue différents, une unité notionnelle
Serge Blondeau p. 99

Promouvoir les centres de psychologie : démarche théorique et stratégie
Patrick Schmoll p. 113

Bibliographie pour une introduction
À l'idée des Centres de Psychologie p. 132

Comptes-rendus critiques

Rencontres :
Questions d'éthique…, Journées de l'ANREP (G. Guillec). *Chômage : recherches/actions et propositions des psychologues*, Journées de la Féd. Des Psychologues (P. Schmoll) p. 137

Ouvrages :
Les psychologues et la société, Actes du 2ème Forum professionnel du Journal des Psychologues (S. Bomstein).
Psychologues et Psychologies n° 67 et 68 : Assises de Marseille (G. Guillec) p. 143

LES PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES AU PRIX DE L'INSTITUTION

Patrick Schmoll[1]

Ce numéro est le second volet d'une série consacrée à la question du "Dispositif Psychologique". Le premier (1985, n° 4) interrogeait les pratiques psychologiques sur le versant de l'éthique : quelle est la position assumée par les psychologues vis-à-vis des demandes et des commandes qui leur sont adressées, quel est le rapport qu'ils entretiennent au Pouvoir, au Savoir, et à leur propre désir de pratiquer ? Les textes qu'on trouvera dans ce second numéro ont été rédigés à partir d'interventions au cours de trois réunions-débats qui nous ont semblés traversées par une commune préoccupation : celle du *cadre* des pratiques.

Nous sommes là au cœur de la question du dispositif. Pour les psychologues, qui sont plus souvent salariés qu'installés en libéral, cette question du cadre les confronte avec la figure de l'institution. Deux attitudes de leur part sont à cet égard possibles.

Le plus souvent, les psychologues ont vis-à-vis de l'institution une attitude plus que méfiante : hostile. L'institution est considérée comme une entrave, un "trop" qui parasite constamment l'aménagement par le praticien d'un cadre idéal pour la relation qu'il souhaite établir avec ses "clients". Il est vrai qu'il est rare que l'institution, ou un processus d'institutionnalisation en général, prenne en compte d'emblée la dimension subjective, ils en seraient même par définition plutôt l'envers : l'institution "résiste" à cet endroit. Mais un mécanisme projectif fréquent dans notre profession attribue trop facilement à l'institution la responsabilité de ce qui ne marche pas dans nos pratiques. Et

---

[1] Président de l'Institut Européen de Psychologie

notre formation, universitaire ou personnelle, surtout quand elle a la chance de bénéficier d'un éclairage psychanalytique, pose trop souvent l'institution comme "bête et méchante". De là résulte de la part de nombre de psychologues un comportement de "revendication clinique" (R. Clément), comme si l'institution, qui les paie pour un certain travail, devait considérer comme un devoir de répondre à leurs idéaux.

Une autre attitude est de considérer que l'institution est notre lieu de travail, peut-être même un de nos outils, c'est-à-dire de poser l'institution au moins comme un réel incontournable qui, à ce titre, fait partie du cadre, voire comme un élément utile en tant que tiers dans la relation du praticien à l'usager de sa pratique.

En effet, l'institutionnalisation des pratiques est aussi à un certain endroit le prix à payer d'une garantie pour celles-ci de s'exercer efficacement, voire simplement d'exister. La reconnaissance légale du titre de psychologue amorce une telle institutionnalisation, ne l'oublions pas. Or, cette reconnaissance peut avoir une fonction tierce entre un marché des pratiques psychologiques autrement livré à une concurrence sauvage et des praticiens que guette cette autre tentation qu'est le clientélisme. De même, des statuts professionnels garantissent les conditions matérielles d'exercice du praticien, qui peut être autrement acculé dans la nécessité d'accepter n'importe quel travail à n'importe quel prix.

L'institution peut donc faire fonction de tiers dans les relations entre les praticiens et les usagers de leurs pratiques.

Il reste, bien sûr, qu'on doit se demander ce qui fait alors tiers dans les relations entre les praticiens et l'institution. La question peut être posée plus concrètement par rapport à la notion de la *dette* : À quels besoins individuels et sociaux répondent les psychologues, qui justifient que la société les reconnaisse légalement et que les institutions leur accorde des statuts, et de quelle façon peuvent-ils s'acquitter du prix qu'on sera alors en droit de leur demander ? Les psychologues travaillent dans des établissements qui les paient pour un certain travail, qu'ils ont choisi d'accepter : comment se débrouillent-ils avec l'institution et avec eux-mêmes s'ils décident de travailler autrement parce que leur éthique ou leurs idéaux le réclament ? La "revendication clinique", avec ce qu'elle comporte comme culpabilité liée au sentiment d'une transgression et d'agressivité réactionnelle, fait ici symptôme, justiciable d'une "clinique de la revendication" (R. Clément).

Le risque n'est-il pas que dans cet antagonisme entre institution et praticiens, ce soit le troisième terme, à savoir les usagers, qui fasse fonction de tiers, mais d'un tiers qui, dans cet espace mal triangularisé, serait aplati, réduit au rôle d'objet d'échange, alibi des projets des uns et des autres ? L'examen du dispositif psychothérapeutique, par exemple, montre bien qu'à rester pris dans des représentations duelles, les discours, même subversifs, des praticiens finissent eux aussi par être récupérés aux fins de servir des pratiques d'ordre (R. Hellbrunn).

Les pratiques psychologiques remplissent dans nos sociétés modernes une fonction substitutive de celle remplie dans des sociétés traditionnelles par les rites de passage, pour ce qui concerne la socialisation de l'individu, et par les pratiques initiatiques, pour ce qui concerne son cheminement personnel à la recherche de lui-même (D. Le Breton, Ph. Grosbois). Comment éviter que le dispositif auquel participent les psychologues ne s'aplatisse dans une visée strictement adaptative des individus à la société ? Comment permettre cette triangulation entre institution, praticiens et usagers des pratiques, qui garantisse un espace de liberté pour ces derniers par un minimum de jeu entre les acteurs en présence ?

Cette triangulation passe d'abord par l'aménagement par le psychologue de sa propre capacité à prendre quelque distance par rapport à son implication dans l'institution : c'est ce que nous avions souligné dans notre précédent travail sur *l'éthique*, et que R. Clément désigne sous le terme d'aménagement d'un "espace clinique interne". Il reste que cet espace interne peut aussi rencontrer un fonctionnement institutionnel qui le facilite.

Cadre symbolique, figure idéale ou réalité organisationnelle, les projets de *Centres de Psychologie* se présentent comme un passage obligé de la réflexion sur cette question. Ils sont à même de remplir cette fonction tierce, d'une part comme lieu référent et cadre pour les pratiques des psychologues, distinct d'autre part de l'institution dans ou sur laquelle ceux-ci sont appelés à exercer (S. Blondeau).

Historiquement, ils sont, sous l'intitulé précis de "Centres de Psychologie Clinique", le fait d'une élaboration de psychologues de la Santé, lesquels sont encore les plus nombreux dans la profession. Ils s'étayent sur un cadre juridique précis, qui rend leur réalisation concrète plausible dans ce secteur : en particulier ce principe déduit du droit et qu'ils permettraient de concrétiser

dans les faits, à savoir que les psychologues, eu égard au niveau de leurs diplômes, sont à considérer dans la fonction publique comme étant des cadre A, et n'ont de ce fait pas à répondre devant les médecins chefs de service mais directement devant le directeur de l'établissement hospitalier (F. Pagano) ; mais aussi, depuis plus récemment, la circulaire du 24 mai 1985 relative à l'application du décret du 3 décembre 1971 et qui institue un tiers-temps de recherche et de formation pour les psychologues hospitaliers, qu'ils pourraient organiser concrètement dans le cadre de tels centres (S. Raymond).

Cependant, en tant que dispositif, et c'est ce qui permet leur fonction tierce, les Centres de Psychologie se veulent transversaux aux secteurs d'activité dans lesquels opèrent les psychologues : santé, certes, mais aussi éducation, entreprises, judiciaire, etc. C'est à ce titre que l'Institut Européen de Psychologie cherche à les promouvoir (P. Schmoll). Cette promotion rencontre cependant un certain nombre de freins, dûs en particulier à ce que les projets de Centre, en tant que projets institutionnels, ne peuvent éviter de déplacer sur eux les réticences évoquées ici des psychologues vis-à-vis de l'institution. L'implantation et la multiplication de tels Centres dès à présent doit pourtant être organisée de pair avec la réflexion de fond, théorique et éthique, qu'elle appelle, car l'accélération de la professionnalisation (reconnaissance légale du titre de psychologue) lui donne toute son actualité.

Nouvelle Revue de Psychologie, 1986, 5, pp. 9-11.

LE DISPOSITIF PSYCHOLOGIQUE : POUR LE MEILLEUR ET POUR LE PIRE

Georges Schopp[1]

L'inscription sociale de la psychologie dans les champs les plus diversifiés est aujourd'hui un fait incontournable. Est-ce pour autant un fait acquis définitivement ? À contrario, quels sont les dangers qu'en soi, et paradoxalement, il recèle ?

Il y a tout juste un siècle la psychologie faisait son entrée dans les pratiques sous l'impulsion de Charcot qui, le premier, démontra qu'il faut, comme l'indique Freud rendant hommage au maître, "s'adresser à la psychologie pour l'explication de la névrose hystérique"[2].

Dès lors, les activités (colloques et congrès) et les pratiques psychologiques se développèrent et connurent à partir de ce moment un essor fulgurant. (Comment analyser le trop-plein d'aujourd'hui ? Répétition ?).

C'est ainsi que fut créé par/pour Janet un laboratoire de psychologie, lieu originaire dé l'exercice de la psychologie en responsabilité. C'est à ce moment précis que la médecine se (con)fondit à la Science naissante, et se référa uniquement "à l'ordre anatomique, chimique et physique"[3].

Le destin de cette première poussée d'une psychologie non philosophique et

---

[1] Psychologue clinicien. Membre de l'Institut Européen de Psychologie. Hôpital Hospice, 14500 VIRE.

[2] S. Freud, *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984, p. 58.

[3] S. Freud, Les résistances à la psychanalyse, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1979, 20, p. 177.

non expérimentale, pour tout dire clinique, fut le refoulement.

Ce n'est, qu'après la seconde guerre mondiale qu'elle réapparut sous l'impulsion de Lagache et de Juliette Favez-Boutonnier. Dès lors, il n'était plus nécessaire d'être médecin pour exercer la psychologie, et les premiers psychologues intervinrent dans le champ sanitaire et social. Désormais se pose la question d'un exercice indépendant de la psychologie et de son articulation aux institutions et aux pratiques existantes.

Janet eut le désir de "pénétrer" la médecine et l'on sait ce qu'il en advint. Aujourd'hui même, nombre de nos collègues souhaitent "s'inscrire dans" les institutions existantes. Cette position est une faute épistémologique et stratégique, ce que nous avons tenté de démontrer par ailleurs[4].

C'est à partir de lieux autonomes et dans un rapport contractuel à l'autre que nous pouvons établir les bases d'une pratique qui, pour atteindre sa pleine activité, doit nécessairement se déployer dans un cadre qu'elle dirige (pour éviter de "diriger les consciences")[5].

La question du dispositif psychologique se pose donc dans toute son acuité. C'est Michel Foucault qui a dégagé et développé l'ampleur sémiologique de ce signifiant. "Dispositif" traverse en effet le premier tome de *L'Histoire de la sexualité* et il en donne un peu plus tard une définition plus précise et complète à la fois : "Ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est premièrement un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques"[6].

On reconnaîtra que ce qui nous est proposé dans le cycle de réunions-débats de l'Institut Européen de Psychologie correspond tout à fait à la mise en place d'un dispositif puisqu'on y parle d'éthique, de recherche, de pratique,

---

[4] G. Schopp, À propos d'un département de psychologie, *Bulletin du Syndicat National des Psychologues* (40, rue Pascal, 75013 PARIS , 1983, 57, pp. 24-26.

[5] J. Lacan, La direction de la cure et las principes de son pouvoir, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, pp. 585-645.

[6] Conversation avec M. Foucault, *Ornicar*, n ° 10.

de formation, de centre, etc. et qu'on tente d'établir un "réseau entre ces éléments"[7].

Un double destin, qu'il s'agit dès à présent de repérer, menace ce dispositif psychologique.

Un nouveau refoulement après que l'immense activité qui se développe dans nos rangs, tel un feu de paille, se soit éteint, d'autant plus vite qu'une nouvelle poussée scientiste à visée hégémonique se développe, dont l'un des objectifs reste d'étouffer toute possibilité d'interrogation psychologique (c'était trop évident au colloque de l'INSERM fêtant ses vingt ans)[8].

Un contrôle-assujettissement parce que l'État, face à de nouvelles mutations/contradictions de la société, a besoin de pratiques nouvelles pour normaliser les populations. Ainsi, certaines pratiques psychologiques, telles le béhaviorisme, se sont déjà mises au service de ces funestes projets. Ici même, la prévention, comme j'ai pu le développer ailleurs[9], quand elle s'applique aux conduites individuelles et sociales n'est rien d'autre qu'une police des consciences.

Ainsi, après l'enfermement psychiatrique (Foucault), après l'ordre médical (Clavreul), allons-nous entrer dans l'ère du contrôle psychologique ? Existe-t-il hors de ce sinistre triptyque une solution qui nous permette d'y échapper ? Le dispositif psychologique, résolvant certaines questions, n'en pose-t-il pas d'autres tout aussi redoutables ?

Ce seront en tout cas les nôtres. Pour notre part, nous travaillons pour trouver cette place permettant à ceux qui nous rencontrent de s'engager sur le chemin de leur vérité, chemin escarpé, certes, mais qui aboutit à un espace de liberté et d'autonomie.

Mars 1985.

---

[7] Idem.

[8] Cf. le compte-rendu de ce colloque in *Psychologues et Psychologies* (Bull. du SNP, 40, rue Pascal, 75013 PARIS), 1985, *65*, pp. 46-47.

[9] G. Schopp, De la masturbation aux facteurs de risque. Essai sur le dispositif de prévention, *Connexions*, 1984, *44*, pp. 177-186.

LES PSYCHOLOGUES ET L'INSTITUTION

26 avril 1985

Nouvelle Revue de Psychologie

DISPOSITIF CLINIQUE, CLINIQUE DU DISPOSITIF

René Clément[1]

Les plaintes et récriminations professionnelles émanant des psychologues donnent souvent l'impression que leur désir de clinique, allant se confronter aux (dures) réalités des institutions, ne pourrait déboucher que dans l'enlisement d'affrontements indépassables, l'idéal clinique venant inéluctablement se briser sur le roc des contraintes institutionnelles.

Qu'en est-il de ce "désir", de cet "idéal clinique" et de l'antagonisme supposé exister entre "le clinique", et "l'institutionnel" ? L'opposition tiendrait-elle aux particularités de tel ou tel secteur d'exercice, serait-elle contingente ? Dépendrait-elle des personnes et des équipes en présence, ou serait-elle plutôt structurelle ?

La "revendication clinique" du psychologue, à laquelle répond souvent le renforcement des "résistances à la clinique" de l'institution, est complexe et ambiguë ; il arrive même à certains collègues de devoir récuser les tentatives de l'institution de les enfermer dans un travail exclusivement clinique. Comment donc éviter que cet idéal clinique ne devienne un piège et ne constitue un leurre, ou un évitement ? Comment démonter les rivalités imagina i-

---

[1] Psychanalyste, psychologue à l'Aide Sociale à l'Enfance des Hauts-de-Seine, secrétaire général de l'ANREP (Association Nationale pour la Recherche et l'Étude en Psychologie, 3bis rue Legraverend, 75012, Paris). Le présent texte condense les interventions faites le 26 avril 1985 dans Le cadre du cycle de réunions-débats de l'IEP et celle faite lors du Colloque organisé conjointement par la Section Poitou-Charentes du SNP et l'ANREP, le 8 décembre 1984 sur le thème : "Le psychologue en institution : rôle clinique et/ou institutionnel ?".

res induites par cette "revendication clinique" ?

Comment le psychologue peut-il se repérer dans les contradictions qu'il rencontre, et permettre que s'élaborent les demandes souvent confuses – voire paradoxales – qui lui sont adressées ?

Soutenir son désir professionnel n'est pas simple, et nécessite que soient pris en compte la violence et les rapports de forces qui font nécessairement partie de tout "paysage" institutionnel. Quel(s) dispositif(s) de travail apparaît-il alors nécessaire d'instaurer, et en quoi la notion de "dispositif clinique" permet-elle de dépasser ces impasses ?

Peut-on considérer que la mise en avant d'un "projet thérapeutique" inhérent à ce dispositif viendrait rendre possible l'articulation des finalités cliniques et institutionnelles du travail, et réconcilier le double registre des demandes, celles de l'usager, et celles de l'institution ?

LES RAPPORTS CONFLICTUELS ENTRE LE CLINIQUE ET L' INSTITUTIONNEL

1/ Les obstacles à la clinique, ou l'institution "mal-disposée"

Que les institutions du champ sanitaire et social ne fassent pas la part belle aux psychologues et à leur désir de travail clinique, c'est une évidence qui, pour être protéiforme, n'en est pas moins bien réelle. L'intitulé même des textes administratifs et juridiques qui définissent les missions et programment les dispositifs institutionnels sous le registre du "médico-social" occulte d'emblée la dimension du psychique, qui se trouve ainsi laminée selon les secteurs, soit par la prévalence du médical, soit par celle du travail social.

À considérer la situation actuelle dans nombre d'institutions, on ne peut qu'être frappé par la masse et la diversité des obstacles qu'aura à rencontrer la pratique clinique du psychologue. Après avoir réglé la douloureuse question de la recherche d'emploi, celui-ci va découvrir rapidement, et souvent avec stupeur, que les problèmes de l'exercice professionnel ne s'arrêtent pas à l'obtention d'un poste, ou de vacations ; c'est parfois à un véritable "parcours du combattant" qu'il devra se soumettre pour honorer l'engagement de travail qui a pourtant présidé à son embauche ; arrivant en situation, sur le terrain, il découvrira bien vite que malgré sa "demande" supposée, l'institu-

tion le. place de fait dans le cadre d'un exercice impossible, et que toute pratique clinique est quasiment "empêchée". Cet empêchement réside essentiellement dans l'accès difficile au contact direct avec les usagers.

Ces obstacles à la clinique sont référables au mode de travail institué : ils concernent la façon dont la division du travail est organisée et codifiée de façon clivante, tant sur la plan technique que hiérarchique.

2/ La clinique "sous surveillance"

Ainsi, dans nombre d'équipes d'hygiène mentale par exemple, le psychologue ne peut rencontrer une famille, un adulte, un enfant, qu'après que ceux-ci aient franchi un parcours obligé et rencontré plusieurs intervenants. Le plus souvent, c'est un médecin qui, en position hiérarchique, pose un diagnostic et décide de l'indication : rééducation ou psychothérapie. Parfois même, il décide seul du choix du thérapeute.

Dans certains foyers de l'enfance, la division technique du travail fait que le contact avec les parents des enfants placés est un "monopole", que se réservent éducateurs-chefs et assistantes sociales. Le psychologue, lui, est là "pour les enfants", et accessoirement les équipes éducatives.

Dans ces cas, la place du psychologue est assignée à l'avance et les modalités de son travail étroitement prédéterminées. Les fonctionnements ainsi institués qui font une part congrue à la pratique du psychologue et définissent son exercice de façon restrictive ou négative[2] sont, de fait, dépendants de l'histoire de l'institution ; ils tiennent aux conflits qu'elle a connus et aux rapports de forces qui la traversent.

Les problèmes seront plus subtils lorsque la place et le rôle du psychologue ne seront pas préalablement codifiés, et que son champ d'exercice, non officiellement limité, dépendra en fait du bon ou du mauvais vouloir des autres partenaires. Lorsque les monopoles de travail et la circonscription des "territoires professionnels" ne sont pas précisés par la loi interne de l'institution, le psychologue aura directement à faire alors avec la subjectivité des acteurs et

---

[2] Une collègue rapportait récemment dans un stage de l'ANREP, comment son travail avait été ainsi résumé par l'employeur lors de l'embauche : "Vous êtes recrutée pour faire 39 heures, et pas de thérapie" (sic).

la pathologie des protagonistes.

Ainsi, dans tel service de placement familial, le psychologue souhaitant participer aux nouveaux recrutements de familles d'accueil et désireux de pouvoir rencontrer préalablement les candidats mettra en danger les travailleurs sociaux qui, jusque là, avaient le monopole de ces recrutements ; dans telle crèche, la directrice s'alarmera des velléités d'une nouvelle psychologue qui parle d'organiser des rencontres entre le personnel, ou qui propose des réunions de parents.

3/ La clinique "obligée" et les demandes irrecevables

À ces limites restrictives qui font carcan et empêchent un libre exercice professionnel vient se surajouter un autre ordre de difficultés plus qualitatives. Ce n'est quelquefois pas parce que l'institution "ne demande rien", qu'elle "ne permet pas" ou "qu'elle empêche", que le travail du psychologue se trouvera barré : c'est paradoxalement parce qu'elle formule des demandes, mais que celles-ci sont irrecevables, parce qu'elles vont piéger l'usager ou le psychologue lui-même. Celui-ci va alors devoir récuser le travail qu'on lui demande lorsque, par exemple, des tiers auront posé des indications sans que lui-même ait pu en apprécier l'opportunité, ni mesurer comment l'usager est impliqué dans cette demande. À quoi sert de recevoir un enfant "énurétique" ou un adulte "qui va mal", alors qu'on est exclu de la continuité de la prise en charge, ou qu'on est mis en situation de ne pouvoir recevoir les parents ou la famille d'accueil ? Comment accepter de mener des entretiens ou de faire un bilan quand on sait que notre travail servira à exclure ou objectiver tel patient en difficulté.

Le travail clinique ainsi demandé pour des raisons d'urgence ou de pathologie est souvent une façon d'assigner au psychologue la place du "pompier de service". Il sert en fait à l'empêcher d'avoir accès aux fonctionnements et aux dysfonctionnements institutionnels.

4/ La clinique forclose

Parmi les obstacles mis au travail clinique, il faut mentionner les nombreux cas ou tout travail est radicalement impossible, du simple fait de l'absence pure et simple de psychologue dans le service ou l'institution. Cette non-pluridisciplinarité peut être tout à fait rationalisée : elle prend souvent alors pour alibi le recours ponctuel et l'intervention "à la demande" des services

d'hygiène mentale, et pour prétexte la nécessaire "extériorité" du psychologue... On peut ainsi parler à propos de nombre d'institutions du degré zéro de tout travail clinique...

Face à ces obstacles, qui peuvent aller de la non-demande larvée à l'hostilité manifeste, en passant par la réticence, la manipulation, ou le double-bind, le psychologue va se trouver en situation de devoir "faire" dans la revendication, apparemment à bon droit, puisqu'il apparaît. légitime de se référer à son embauche pour fonder son désir de travail ! C'est ce qu'on pourrait appeler la revendication clinique du psychologue, dans la double acceptation du terme "revendication", qui signifie à la fois "réclamer une chose qui nous appartient et dont nous sommes privés" et "réclamer pour soi, assumer : revendiquer une responsabilité"[3].

Mais à y regarder de plus près, quels sont en fait les ressorts de pareille revendication ? De quoi se "nourrit-elle", et quels sont ses effets ?

DE LA REVENDICATION CLINIQUE À LA "CLINIQUE DE LA REVENDICATION"

1/ Les limites de la revendication clinique

Nonobstant les raisons "objectives" qu'ont les psychologues de se plaindre des obstacles et entraves mis par les institutions à leur exercice professionnel, leur "revendication" fait néanmoins figure de symptôme et reste à analyser, ne serait-ce qu'en raison de l'inefficacité radicale de pareille position. Ce n'est pas parce que le psychologue "campe sous sa tente" que l'institution, même bonne fille, acceptera de changer quoi que ce soit à son fonctionnement !

De plus, cette revendication clinique repose parfois sur des présupposés, des idéaux, des façons de voir ou de faire qui permettraient de comprendre en quoi et pourquoi les résistances à la clinique ne viennent pas seulement de l'institution, mais aussi parfois – toujours ? – du psychologue lui-même. Que signifient en effet les plaintes et les récriminations qui semblent dénier cette réalité toute simple, à savoir que le travail clinique en institution ne va ja-

[3] Petit Larousse.

mais se mettre en place d'emblée, et que tout "forcing" se révèlera à l'usage inefficace, voire dangereux ?

La dimension de souffrance impliquée dans les modalités d'expression de la revendication clinique donne à penser que la plainte du psychologue va au-delà d'une légitime revendication professionnelle. Il s'y joue aussi – d'abord ? – une question d'identité et de reconnaissance, dont l'enjeu porte sur l'être même du psychologue et l'atteint dans son désir professionnel.

2/ Les nuées de l'idéalisation clinique

La découverte toujours douloureuse de l'antagonisme existant entre les réalités institutionnelles et l'idéal clinique qui sous-tend son désir peut s'expliquer, pour partie, par le type de formation universitaire qu'il a reçue. Cette formation ne lui a en général permis de recevoir ni transmission identitaire, ni outils théoriques qui lui permettent de se confronter, autrement que sur le mode de l'affrontement, à la complexité et à la contingence des déterminismes institutionnels. Formé par des médecins, des psychanalystes ou des psychologues qui ne sont pas – ou plus – cliniciens sur le terrain, le psychologue ne reçoit par ailleurs aucun bagage juridique, administratif ou technique qui lui permette de circonscrire dans quels agencements symboliques son activité va avoir à s'exercer : selon quelles contingences légales, et dans quelles formations historico-administratives.

Souvent aussi, son recours aux savoirs théoriques est faussé du fait d'un rapport idéalisé à la psychanalyse, qui conduit à hypertrophier la dimension psychique, et à l'investir de façon isolée, sans la concevoir dans un tout complexe, et en terme de complémentarité dialectique avec les autres registres d'une réalité faite aussi de causalités économiques, sociales, administratives et juridiques.

Ces dévoiements me semblent expliquer comment et pourquoi les psychologues se trouvent si souvent en complet désarroi professionnel, face à des institutions qui ne font guère de cadeaux. De leur revendication clinique, ils ne sauront guère que faire, puisqu'elle n'est pas négociable et ne peut que subir, de façon parfois tragiquement cocasse, bien des avatars institutionnels.

LA REVENDICATION CLINIQUE ET SES AVATARS INSTITUTIONNELS

1/ Un peu d'étymologie

Le mot *avatar* vient du sanscrit *avatara* qui signifie "descendre du ciel sur la terre"[4] ; c'est le nom donné aux différentes incarnations des dieux de l'Inde, telles que les raconte, par exemple, le Mahàbhàrata ; il signifie par extension *transformation*, *métamorphose*, *changement*, le plus souvent en mal[5]. Cette notion peut donc évoquer une sorte de pérégrination, d'odyssée qui me semble pouvoir rendre compte de maints trajets professionnels. Dans un contexte plus "judéo-chrétien", on sait que la dégradation du divin à l'humain s'accompagne par ailleurs de déréliction, de passion et de chemin de croix...

2/ L'idéal clinique et les confusions idéologiques

Si l'on considère que l'essentiel du travail clinique consiste, pour un psychologue, en une implication relationnelle dans un travail d'écoute de la souffrance psychique du patient – adulte ou enfant –, on peut, me semble-t-il, assimiler espace clinique, espace de la souffrance psychique et espace du thérapeutique. C'est cet espace d'écoute du psychique qui constitue pour le psychologue et pour le patient un espace potentiel de travail et d'élaboration.

Quelles relations d'inclusion cet espace clinique nécessaire au travail du psychique entretient-il avec l'institution et ses différents acteurs ? Quelles valeurs, quels idéaux, quels modèles de référence sous-tendent pareilles représentations du travail clinique ? Dans quelles identifications symboliques ou imaginaires[6] le désir professionnel du psychologue trouve-t-il à se fonder ?

---

[4] Petit Larousse.

[5] Idem.

[6] Dans un récent article paru dans le n° 3 du *Bulletin du Centre de Formation et de Recherches Psychanalytiques*, Ginette Michaud reprend une expression de Alain Snaieden (travail universitaire inédit) et parle de *discours fantasmatico-idéologique*.

Être "tout thérapeute"

Il semble bien que *l'idéal du moi* du psychologue se constitue électivement à partir de la notion de *psychothérapeute*[7], avec une dimension de surmoi extrêmement marquée.

Dans la hiérarchie interne (et inavouée ?) de la profession, les fonctions et le "titre" de psychothérapeute fonctionnent comme nec plus ultra, et les institutions confrontées à la pathologie "lourde" sont souvent préférées aux institutions d'aide ou de prévention qui sont supposées fournir un matériel clinique moins "riche" et n'impliquent pas la pratique labellisée de la psychothérapie.

Le premier avatar des idéaux du moi du psychologue et la "dégradation" qu'aura à subir son idéal clinique seront consécutifs au fait que l'institution le contraindra à devoir se vivre comme un "pas encore", un "pas tout à fait" ou un seulement futur "tout-thérapeute", l'idéalisation et le renoncement à ces nobles fonctions le conduisant à vivre de façon persécutive l' institution.

La confusion par rapport à la psychanalyse

Concernant la majorité des collègues pour qui la référence à Freud est essentielle et fondamentale, il faut mesurer l'importance des effets engendrés par la confusion entre la psychanalyse, entendue comme *corpus théorique* concernant la vie psychique, et la psychanalyse considérée comme *technique et pratique* de la cure, confusion que j'ai évoquée par ailleurs[8].

---

[7] Ou de *psychanalyste*. La notion de *psychothérapeute* est une notion floue qui peut regrouper aussi bien les comportementalistes que les freudiens. Elle permet de ne pas trop entrer dans les querelles d'école, et fait version "laï cisée" pour ceux qui sont rebutés par les références freudiennes. Psychothérapeute et psychanalyste travaillent en pratique privée, et sont supposés dégagés de toute contrainte institutionnelle : pour le psychologue travaillant en institution, la pratique "en libéral" prend de ce fait des connotations libertaires...

[8] R. Clément, Les psychologues entre la tentation analytique et la prise de pouvoir institutionnelle, *Cahiers de l'ANREP*, 1984, 1/2, pp. 11-16 ; Guérir de la psychanalyse ?, *L'Imparfait*, 1985, n° 4: Psychanalyse et guérison, pp. 41-53.

Psychologie clinique, psychothérapie et psychanalyse

Dans l'article cité plus haut, Ginette Michaud reprend l'étude que fait Jacques Gagey de la constitution de la psychologie clinique[9]. Pour cet auteur, la pratique des tests projectifs a mis le psychologue, jusque là confiné au rôle de collaborateur du diagnostic médical, dans une situation d'écoute qui, par le biais de *l'implication*, va l'amener à transformer fondamentalement sa pratique :

"(...) plus il s'efforce de savoir, plus il apprivoise, plus il observe, plus il *s'implique*. Et quoi faire de cette implication sinon le ressort du passage du diagnostic à la psychothérapie ? (...) La réflexion sur le statut épistémologique d'un protocole de test projectif amorce une dérive essentielle : celle de la psychotechnique à la psychothérapie. Parler de psychologie clinique c'est reconnaître et prendre mesure de ce glissement"[10].

Et Jacques Gagey souligne combien le psychologue résiste à reconnaître ce glissement, l'expliquant pour partie par les propres résistances de la "citadelle psychanalytique" qui lutte contre son débordement.

"Face au psychanalyste, le psychologue clinicien découvre ainsi qu'il ne peut exister que d'attester son droit à l'infidélité. (...) *Entre le transfert freudien et l'implication clinicienne (...) les rigueurs de la cure orthodoxe et les cheminements multiformes de la relation psychothérapique, c'est la guerre*. (...) Les réserves du psychologue clinicien à se dire psychothérapeute signifient bien qu'il mesure la difficulté de théoriser sa position en se référant à un corpus analytique qui le rejette mais dont il faut bien qu'il s'inspire sans prétention charismatique"[11].

Ginette Michaud va critiquer cette conception qui privilégie *l'implication* et assigne à la psychologie clinique la psychothérapie comme objet spécifique.. On parle dès lors en effet de psychothérapie et non plus de psychologie clinique.

---

[9] J. Gagey, La psychologie clinique, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, vol. Psychiatrie, 37.032 A.10, 7, Paris, 1980.

[10] J..Gagey, *op. cit.*, p. 4, cité par G. Michaud, *op. cit.*, p. 66.

[11] J. Gagez, *op. cit.*, p. 5, cité par G. Michaud, *op. cit.*, p. 67.

"Recentrer la psychologie clinique autour d'une *méthode* semble la seule façon pour le psychologue de penser "techniquement" son activité"[12].

C'est cependant au prix d'un évitement central, puisque ainsi l'on est conduit à :

"(...) éviter de se poser la question d'une éventuelle spécificité de la psychologie clinique autre que doctrine de la psychothérapie"[13].

Je partage pour ma part cette critique qui dénonce l'assimilation abusive de la psychologie clinique à la psychothérapie. Elle me semble recouper la confusion évoquée plus haut concernant la psychanalyse. La pratique de la cure, où trouve à se fonder l'identité du psychanalyste, semble bien avoir servi de modèle prévalent au psychologue qui trouve analogiquement à fonder son identité professionnelle dans l'être-psychothérapeute via la pratique de la psychothérapie.

Que pourra faire alors le psychologue dans une institution qui n'a cure de ces soucis identitaires ou identificatoires, et qui précise d'emblée que le psychologue est embauché pour justement ne pas faire en son sein de psychothérapie ?

3/ Violence de l'institution et rapports de pouvoirs

La dimension subversive de la clinique va inévitablement faire violence à l'institution. En effet, ce n'est pas impunément qu'on se met à l'écoute de la causalité psychique à l'œuvre dans les symptômes des usagers que l'institution a pour charge d'accueillir et de prendre en charge. C'est, ce faisant, introduire une conception et une pratique nécessairement subversive, puisque le psychologue aura à intervenir et à travailler les modalités de cet accueil et de cette prise en charge qui concernent la dimension psychique à l'œuvre dans les modes d'être et de faire des autres partenaires de l'institution.

On conçoit que l'institution et les équipes puissent résister à cette ambition et à cette prétention du psychologue. Cette résistance revêtira des degrés de violence variables, qui seront fonction du degré de violence ordinaire propre

---

[12] G. Michaud, *op. cit.*, p. 69 (souligné par moi).

[13] G. Michaud, *op. cit.*, p. 68.

à l'institution. De la résistance passive à l'éviction pure et simple, l'institution trouvera bien des façons de manifester son opposition au travail clinique avec, comme perspective, la tentation permanente du passage à l'acte.

Le psychologue désarmé

Les registres de fragilité professionnelle du psychologue sont aussi nombreux que variés. On peut citer pêle-mêle : l'absence de protection du titre, la déontologie et le secret professionnel non reconnus, l'histoire récente de la profession, le morcellement organisationnel et syndical, le chômage particulièrement élevé et le statut fréquent de vacataire. Le psychologue apparaît donc comme un professionnel fragile et impunément menaçable, cette fragilité constituant comme un appel ou une provocation au passage à l'acte de l'institution : elle fonctionne comme une possibilité permanente de régler les tensions dans la réalité et par l'agir ; la mise au pas ou le "vidage" constituant la résolution facile des ambivalences inhérentes aux transferts provoqués par le psychologue, qui est le plus souvent redouté comme sujet supposé savoir, et méconnu dans l'aide thérapeutique qu'il peut apporter.

Impuissance et masochisme originaire

Confronté à cette violence de l'institution qui se manifeste dans les rapports de pouvoirs en termes de rapports de forces, le psychologue se révèle bien souvent impuissant ; voire incompétent à gérer violence, rapports de forces et pouvoir, un peu comme si le propre du psychologue était justement d'être une "belle âme" désincarnée, fonctionnant trop souvent dans le désir ou la dénégation des facteurs de réalité[14].

Faut-il évoquer là un masochisme originaire des psychologues ? On peut en tout cas s'interroger sur les motivations obscures qui poussent ainsi à choisir une profession mal payée, mal considérée, sans débouché, dont l'exercice professionnel présente notoirement bien des aléas. Pourquoi devenir psychologue, et non pas médecin, par exemple ? De quel prix narcissique et social se paie le choix d'entreprendre des études, où l'interrogation sur soi dont on prétend faire métier trouve le plus souvent sa source dans une blessure origi-

[14] Ainsi certains collègues continuent-ils de voir dans le vacatariat un modèle idéal de pratique pseudo-libérale, supposée "préserver" sinon garantir indépendance, autonomie et liberté vis-à-vis de l'institution ou de l'État...

naire concernant son être-au-monde. Quel part d'échec social, inscrit dans quelles réalités socio-économiques "de classe", sous-tend pareille renonciation au pouvoir ?

Ces questions me semblent importantes dans la mesure où elles peuvent peut-être éclairer les difficultés concrètes que rencontre le psychologue à affronter autrement que sur le mode de la persécution, du masochisme – ou de la toute puissance – la défiance et l'hostilité structurelles de l'institution.

QUESTION DE DISPOSITIFS

1/ Les conditions d'élaboration d'un espace clinique

Les préalables du travail institutionnel

Affronter frontalement les résistances ou les "vouloir réduire" ne contribue, en fait, qu'à les renforcer. L'élaboration d'un espace clinique passe par un certain nombre de préalables qui constituent comme tel le travail institutionnel.

L'espace clinique interne

À défaut de pouvoir fonder d'emblée son travail clinique sur la demande positive de l'institution, nécessairement ambivalente à son égard, sur quoi le psychologue étaiera-t-il son désir professionnel, autrement que sur un espace clinique en lui ? Cet espace clinique interne se constitue à partir de l'élaboration psychique réalisée au travers de la mise en travail de sa "pathologie" personnelle. La relation psychique et mentale au symbolique qui en constitue le ressort s'élabore à partir d'un rapport travaillé à la castration. Avant de chercher à faire surgir des demandes impossibles, le psychologue pourra alors, en s'appuyant sur cet espace clinique intra-psychique, composer avec la réalité des transferts positifs et négatifs à lui adressés, autrement que sur un mode séducteur, persécutif ou victimisé. Travailler l'imaginaire sans devenir menaçant ni être soi-même menacé, c'est ce que permet l'appropriation interne de la dimension du symbolique.

L'institution malade du symbolique

Une institution est malade, lorsque la dimension symbolique n'est pas mise en place ; c'est-à-dire lorsque la relation intérieur/extérieur n'est pas élaborée, que les rôles, les places, les fonctions de chacun ne sont pas définis, que l'objet du travail et les finalités de la prise en charge des usagers ne sont pas délimités. Les rapports de pouvoir hiérarchiques et interprofessionnels servent plus alors à décharger l'agressivité, l'angoisse et la dépression des intervenants qu'à régler le bon fonctionnement d'un dispositif aux idéaux clairement posés.

Par rapport à ces dysfonctionnements institutionnels, le rôle privilégié du psychologue me parait être alors de contribuer, par l'écoute et la parole, à ce que les équipes et les individus sortent, autant que faire se peut des rivalités imaginaires, que la différenciation, et les limites du rôle de chacun deviennent repérables pour tous, que la fusion ou la paranoï a – tant intra qu'extra-institutionnelles – diminuent, que les énergies d'élaboration puissent se libérer aux fins de sublimation dans des idéaux de travail communs et collectifs.

La place du travail clinique dans le dispositif pluridisciplinaire

Lorsque la différenciation des fonctions repose sur une conception hiérarchisée pyramidale, la mise en œuvre des différents intervenants se fait dans une chronologie "en cascade", dans une logique des dominos. C'est diachroniquement que chacun va intervenir, le psychologue n'intervenant qu'en bout de chaîne, comme recours ultime, lorsque les autres modes de prise en charge sont dans l'impasse ou ont échoué. Cette conception sous-tend une vision séparée, clivée du travail du psychologue ; elle en fait une personne "à part", qu'on réserve pour les "coups-durs", ou les cas difficiles.

Cette conception s'oppose à une vision synchronique du dispositif pluridisciplinaire, où le rôle du psychologue n'est plus d'intervenir en dernier recours ; la prise en compte de la dimension psychique et la visée thérapeutique du travail clinique ne s'opposent. pas à la visée administrative, sociale ou éducative, même si elles s'en différencient spécifiquement ; elles n'ont donc pas à en être séparées. C'est dans la mesure où le psychologue prend en compte la dimension institutionnelle et les différents registres de réalités que gèrent les autres partenaires, que l'institution peut elle-même mettre en place un dispositif pluridisciplinaire articulant les différences et les spécificités de chacun, et inclure dans son projet la prise en compte de la dimension psychique per-

mettant une élaboration thérapeutique institutionnelle.

Le psychologue n'a pas le monopole du thérapeutique

Promoteur du souci thérapeutique et travaillant au niveau institutionnel pour que puisse se mettre en place un dispositif pluridisciplinaire, c'est ce dispositif et l'espace de travail symbolisé qui permettent aux différents intervenants de trouver leur place, leur rôle et leur fonction. C'est le dispositif en lui-même qui est thérapeutique, dans la mesure où il offre aux usagers des registres différenciés d'interlocuteurs susceptibles de leur permettre de se référer différentiellement et d'élaborer les différents niveaux de leur demande ; c'est à l'institution qu'il appartient de garantir cette prise en compte du psychique dans la mise en place du dispositif de travail pluridisciplinaire, au nom de cette réalité incontournable de la réalité psychique, que le psychologue n'emporte pas à la semelle de ses souliers.

En résumé

Sauf à exacerber les résistances, le psychologue ne saurait donc imposer un espace clinique. dans un cadre institutionnel qui n'en veut pas ; lorsque le fonctionnement des équipes et des personnes est structuré sur le déni de la réalité psychique et le passage à l'acte, le souci clinique des usagers passe d'abord par le préalable d'une aide à l'institution, étayée sur l'espace clinique interne du psychologue. C'est l'institution qui doit élaborer techniquement, intellectuellement et psychiquement un mode de travail où la dimension du symbolique soit prise en compte ; une fois réalisés la désintrication des espaces professionnels et le travail de symbolisation de la place et du rôle de chaque intervenant, c'est dans un temps second que pourra se mettre en place un dispositif pluridisciplinaire qui intègre de façon reconnue et acceptée le psychologue. Les entraves mises au travail clinique sont toujours le symptôme d'une institution où la place des différents intervenants n'est pas définie ni délimitée, non plus d'ailleurs que la fonction particulière des demandes des usagers, ni la finalité de leur prise en charge.

Corollairement, les finalités thérapeutiques de l'institution et la prise en charge des usagers pourront se réaliser sans que les difficultés ou les besoins soient réifiés par la violence institutionnelle.

Cette élaboration progressive suppose bien sûr que la question du temps nécessaire pour ce faire soit prise en compte.

Le facteur temps

La mise en place du dispositif clinique se fait dans des temps logiques et chronologiques qui font intervenir des temporalités particulières qu'il convient de recenser. On peut ainsi repérer :

– la temporalité propre au psychologue lui-même, qui tient à son histoire tant personnelle que professionnelle. L'expérience du travail institutionnel et clinique ne s'invente pas et se transmet difficilement. La façon de travailler n'est pas la même lorsqu'on débute ou qu'on bénéficie du recul de dix ou vingt ans de carrière ;

– l'histoire qu'a un psychologue dans telle ou telle institution : quelle était son attente et sa demande, comment a-t-il noué des rapports de travail avec ses différents partenaires ? comment a-t-il pu prendre en compte l'histoire de l'institution ?

– l'histoire de l'institution : quelle expérience de travail a-t-elle déjà vécu avec d'autres psychologues ? quelle est l'histoire de l'équipe, du projet institutionnel ? comment cette histoire s'inscrit-elle dans des histoires propres à un secteur donné, en fonction des institutions partenaires, et dans quelle histoire administrative particulière ?

Chercher à mettre en place un dispositif clinique qui s'étaye sur un dispositif institutionnel suppose de faire avec les différentes temporalités à l'œuvre. Cette dimension de l'histoire et du temps implique nécessairement une pesanteur ou une inertie propre à ce qu'on appelle "le poids de l'histoire", fait de l'accumulation d'échecs, de cicatrices, de blessures ; ce peut être le temps propre à la répétition, à la recherche permanente d'une homéostasie faite de compromis qui tendent à perdurer et à se reproduire. Du temps administratif au temps individuel et groupal, l'histoire d'une institution et de son équipe s'inscrit dans des temporalités différentielles ou le poids – cumulé – des histoires est parfois fort lourd...

Mais le facteur temps peut s'entendre aussi comme le temps de l'élaboration, de la symbolisation et du deuil. C'est le paramètre nécessaire et indispensable qui permet que se travaille la reconnaissance de la limite et de l'impossible, tant au niveau individuel que groupal. C'est grâce à lui que du nouveau et du neuf émergent, et que peut se modifier le poids des déterminismes. Pris

comme tel, il est partie intégrante du dispositif clinique qui nécessite toujours une durée d'élaboration.

2/ Les différents registres du dispositif

C'est donc parfois sur des années qu'un espace clinique peut se constituer et être reconnu par l'institution. Outre la mise en mots par le psychologue, de la façon dont il entend travailler, et les précisions données à ses différents partenaires sur son projet professionnel, non pas d'un point de vue abstrait ou désincarné mais formulée en son nom propre, on peut distinguer deux types de dispositifs susceptibles d'étayer la mise en place du dispositif clinique : ce sont les dispositifs juridiques et les dispositifs professionnels.

Les dispositifs juridiques comme étayage symbolique

Ce sont d'abord ceux que la loi prévoit, concernant l'institution elle-même, définissant sa nature, son fonctionnement, sa mission et les finalités de son travail auprès des usagers, en fonction de règles et de codifications générales délimitant administrativement un secteur donné. Des lois aux conventions collectives, en passant par arrêtés, ordonnances et circulaires, les dispositions administratives et juridiques constituent un outil de référence particulièrement précieux pour travailler la mise en place du symbolique ; et définir l'objet du travail.

Concernant les psychologues eux-mêmes, les textes sont actuellement peu nombreux et peu précis. L'espoir est grand que la prochaine circulaire concernant les psychologues des Hôpitaux et des Foyers de l'Enfance, et surtout l'obtention du Titre pourront dans l'avenir servir utilement à l'assise symbolique de notre place et de notre rôle.

Les dispositifs professionnels

Les autres moyens d'étayage de sa pratique dont dispose aussi le psychologue sont ceux existant au niveau des différents modes de regroupement syndicaux, associatifs et de recherche. C'est en travaillant hors institution au niveau d'une ou de plusieurs communautés d'appartenance qu'il pourra aussi puiser énergie et patience, et forger sur le plan éthique des idéaux professionnels susceptibles de le soutenir dans le long et difficile travail de construction d'un espace clinique en lui, à faire prendre en compte par l'institution.

CONCLUSION

Dans la période historique que connaît actuellement en France la profession de psychologue, il me semble que c'est dans l'articulation d'une réflexion à la fois individuelle et collective que peut se mettre au point une pratique clinique en institution soucieuse de concilier, par la construction d'un dispositif clinique adéquat, l'espace nécessaire à un travail de la dimension psychique, et pour le psychologue, et pour les usagers qu'il va engager dans ce travail. Ce travail au long cours ne saurait se faire dans l'hostilité ni dans la séduction vis-à-vis de l' institution.

La place que prendra la révision d'un Code de Déontologie réactualisé sera l'indice du souci éthique que mettront à l'avenir les psychologues à avoir leur place dans les dispositifs institutionnels et sociaux. Sauront-ils prendre les moyens d'articuler leurs pratiques et leurs idéaux ? L'unité relative déployée dans la lutte pour l'obtention du Titre permet de rester raisonnablement confiant dans l'avenir...

BIBLIOGRAPHIE

Cahiers de l'ANREP, 1984, 1/2 : *Les psychologues entre la tentation analytique et la prise de pouvoir institutionnelle* , Paris, ANREP.

Cahiers de l'ANREP, 1986, 3/4 : *Questions d'Éthique*..., Paris, ANREP.

Clément R., Les psychologues et la pluridisciplinarité : du bon usage de la différence, *Bulletin du Syndicat National des Psychologues*, 1980, n° spécial, supplément au n° 55.

Clément R., De la prise en compte de la réalité institutionnelle à la prise en charge de la réalité psychique, *Bulletin de Psychologie*, 1985, 38, 370, pp. 383-388.

Clément R., Guérir de la psychanalyse ?, *L'Imparfait*, Paris, 1985, n° 5, pp. 41-53.

Gagey J., La psychologie clinique, *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, Volume Psychiatrie, 37.032 À 10, 7, Paris, 1980.

Michaux G., Idéologie et fantasme de la psychologie clinique dans son rapport à la psychanalyse, *Bulletin du CRFP*, Paris, 1985, n° 3, pp. 65-83.

DISCUSSION

Patrick Schmoll – Je crois que tu montres bien qu'il y a un préalable au travail institutionnel du psychologue, qui est dans l'aménagement de sa position comme tiers : pour qu'un espace clinique soit reconnu dans l'institution, c'est-à-dire pour que cet espace du psychologue soit reconnu comme partie du dispositif, il faut d'abord que le psychologue aménage cet espace clinique en lui-même. Je dirai autrement qu'il ne fonctionne comme tiers dans une équipe ou dans l'institution que pour autant qu'il fonctionne aussi comme tiers par rapport à lui-même, par rapport à sa propre implication.

Aménagement de la position du psychologue

Ce préalable en suggère un autre, qui doit permettre de préciser ce qu'on entend par "travail institutionnel" : N'y a-t-il pas un travail du psychologue *sur* l'institution, un travail d'aménagement de sa position, qui précède son travail *dans* l'institution et qui le rend possible ? La question est de savoir si ce travail préalable, qui est un peu une intervention institutionnelle "sauvage" (l'institution ne le demande pas) peut être conduit du dedans de l'institution.

Je pense qu'il peut l'être, au moins comme un effet "externe" de l'aménagement de ce que tu appelles cet espace clinique "interne". A contrario, la notion de "revendication clinique", comme tu l'as bien dégagé, confond démarche clinique et démarche revendicative, c'est-à-dire une position tierce et une position duelle. C'est donc au psychanalyste, mais aussi au membre d'une organisation syndicale de psychologues que je m'adresse : les institutions résistent à la "dimension psychique", ce qui se traduit par un empêchement fréquent du travail du psychologue, ou simplement par le fait qu'il n'y a pas de psychologue. Cependant, parler d'une "résistance" (notion psychanalytique) de l'institution est aussi une économie de pensée qui permet d'attribuer à l'institution toute la responsabilité d'une situation de crise ou de blocage : c'est la faute à l'institution si ça ne marche pas. D'où résulte une plainte : si nous avions un statut, cela fonctionnerait mieux. L'explication psychanalytique ne se met-elle pas souvent chez les psychologues au service d'une position syndicale ?

René Clément – J'ai mis un certain temps à me rendre compte que si l'institution fonctionnait "bien" elle n'aurait pas besoin de moi. C'est donc aussi

mon travail de prendre l'institution telle qu'elle est, avec ses dysfonctionnements, et de travailler avec. Dans certains cas, être psychologue implique des positions conflictuelles parfois très dures. Mais dans la plupart des cas, après s'être plaint pendant des années des conditions de travail, on se dit que ces résistances aussi font partie du travail. Il faut prendre pour objet de travail ce qui a été longtemps un objet de plaintes. Ce que j'ai appelé la "revendication clinique", en tant qu'elle est un symptôme, ne mène à rien. La revendication syndicale est quelque chose de différent, c'est un des moyens de sortir d'une revendication individuelle, de l'inscrire socialement dans la demande d'un cadre qui protège l'usager et nous protège. Tant que le psychologue n'est pas intégré aux équipes, il en fait partie comme si cela était suspendu à son seul désir, ou au bon vouloir des responsables qui jugent utile à un moment donné qu'il y ait là un psychologue. La présence du psychologue est personnalisée, au lieu d'être prévue comme partie intégrante du dispositif. Or, arriver dans une équipe parce que le directeur l'a souhaité, c'est autre chose que d'y arriver parce que les textes le prévoient. Le dispositif devrait poser d'emblée qu'il y a du psychique, ce qui rendrait au psychologue la liberté nécessaire à son exercice.

Le dispositif juridique a une fonction d'étayage symbolique. Si ma position n'est pas reconnue de plein droit dans les textes, je serai porté à chercher cette reconnaissance dans des signes extérieurs visibles. C'est ainsi que, comme beaucoup de collègues, j'ai longtemps pensé que je ne pouvais pas faire un travail clinique sans avoir mon propre bureau dans l'établissement – avant de me rendre compte que ce ne sont pas les murs d'une pièce qui découpent un espace clinique et que mon travail peut se faire ailleurs, là où je suis.

Il ne faut pas non plus confondre la psychanalyse et être psychanalyste. Le non-agir qui caractérise le dispositif de la cure et qui prend sens dans ce cadre est une faute professionnelle et politique si on l'applique au champ social.

Un participant – Un dispositif intégrant le psychologue est un idéal qu'on ne peut poser aujourd'hui que comme un vœu de notre part. En attendant, comment faire, concrètement, pour faire reconnaître dans l'institution la "dimension psychique" dont vous parlez. Cette dimension psychique me semble d'ailleurs chez vous s'étayer sur celle de l'inconscient ; or, les implications de cette dernière ne limitent-elles pas les possibilités de l'introduire dans des institutions ?

Patrick Schmoll – Comment passer d'une position de principe, sur le mode du "il faudrait", à une démarche pratique qui ne soit pas de revendication ? Pour autant que le travail préalable du psychologue avec l'institution vise à faire émerger la fonction du tiers, peut-on parler d'un travail de négociation, plutôt que de revendication ? Et là, à nouveau, dans quelle mesure l'institution peut-elle être l'objet d'un travail alors qu'on est impliqué dedans ?

René Clément – L'institution oppose des résistances qu'il faut analyser comme des symptômes, mais qu'il faut aussi respecter comme tels : il ne s'agit pas d'agir de façon qui équivaudrait à une interprétation sauvage, il faut du temps. Parler de négociation me gêne parce qu'il faut mettre dans ce travail de la violence, et non de la séduction : il n'y a pas de cadeaux à faire.

Le travail du psychologue dans l'immédiat est de permettre que chacun élabore la place qu'il occupe. Le psychologue, pour commencer, doit situer son travail, alors que trop souvent il attend qu'on le lui désigne. Il est important de dire quelles sont les limites de notre travail, ce qui permet de travailler de façon pluridisciplinaire, en complémentarité avec d'autres. Il faut préciser que notre travail se limite à la dimension psychique, il n'est pas de donner des indications d'orientation, par exemple, pour évoquer mon travail dans le champ de l'Aide Sociale à l'Enfance : notre impuissance à tel endroit valorise ceux qui ont fonction d'intervenir à cet endroit, avec leur compétence spécifique.

Travail "sur" et travail "dans" l'institution

Charlotte Herfray[1] – Je reprends la remarque de Patrick Schmoll : un travail *sur* l'institution est-il susceptible de précéder et de permettre un travail *dans* l'institution. Je vais dire non. Je crois que c'est là qu'on peut mettre en lumière des divergences de positions. Si le modèle d'analyse qui fonctionne dans nos têtes est *linéaire*, on pourra admettre qu'un travail est possible avant pour que l'institution fonctionne mieux. Ce n'est pas mon modèle. Si le modèle d'analyse est *dialectique*, l'institution ne peut pas être autre chose qu'un milieu conflictuel.

[1] Maître-assistant en psychologie à l'Université Louis Pasteur – Strasbourg I.

Si c'est le cas, la question est de savoir comment nous pouvons nous situer, nous positionner, par rapport à ces conflits. Et je crois qu'à ce moment-là, nous accédons à un autre modèle d'analyse des conflits institutionnels et à une autre pratique, je dirai même une praxis – au sens d'Aristote, pour qui la praxis articule théorie et pratique.

La praxis ne peut être là que celle d'une *gestion continue des conflits*. Je pense d'ailleurs que dans certains cas cette gestion est elle-même impossible, car mon expérience me montre qu'il y a des institutions trop "malades", pourrions-nous dire, c'est-à-dire où la jouissance névrotique de ceux qui sont à des postes importants est telle, qu'aucune interrogation ne peut être envisagée.

Ce que j'appelle l'intervention dans une telle institution ne peut être que le fait d'un tiers, de quelqu'un d'extérieur. Et cette intervention ne peut avoir qu'un seul objet, qui est de permettre cette gestion continue des conflits, c'est-à-dire de pouvoir réguler avec ceux qui sont dedans les dysfonctionnements trop graves. Et le questionnement central de l'intervention est à ce moment-là d'éclairer la question de la jouissance : qui est payé pour faire quoi ? Ce qui veut dire : qui jouit sur le dos d'autrui ? Car, après tout, s'ils sont payés pour faire un boulot, ils ne sont pas payés pour jouir sur le dos d'autrui. Il y a là une question éthique : on ne doit pas jouir sur le dos d'autrui.

L'institution est notre objet de travail, avez-vous dit. J'émets là une réserve. Je ne pense pas que l'institution soit notre objet de travail, elle est le lieu de notre travail. Ce qui n'est pas la même chose, car, si elle n'est pas le lieu de notre travail, quel que soit celui-ci, en rapport avec l'objet de l'institution (qui peut être de fabriquer des automobiles ou d'élaborer de la connaissance comme à l'université), si elle n'est pas cela, elle devient l'objet d'une jouissance. On peut renvoyer là aux travaux de Pierre Legendre.

Ce que je dis là implique bien sûr certains modèles d'analyse et ne peut être ramené à d'autres niveaux qui sont plus à la surface des choses. Et je pense qu'à la surface des choses, la surface sociale, il est tout à fait souhaitable qu'il y ait des activités syndicales et politiques, mais avec toujours la même question : qu'est-ce qui pulse par derrière ? Car l'activité syndicale peut aussi devenir l'objet d'une jouissance. Personne n'est à l'abri de ce risque, même quand on a l'étiquette de psychologue.

L'intervention, ce serait en définitive cette tentative, non pas de dire ce qu'il faut faire ou ne pas faire, mais d'éclairer ce qui traverse l'institution, ce qui la travaille. Quelqu'un de l'institution peut-il intervenir, même si la plupart des gens souhaitent qu'il y ait un lieu pour des questions ? Une position d'intervenant "de l'intérieur" est difficile à tenir. L'expérience prouve qu'elle n'est pas impossible, sous certaines conditions.

Vous employez le terme de "dimension psychique" et je me demande si vous parlez de dimension psychique ou de dimension de l'inconscient. Il faut être précis là-dessus car, qu'on travaille dedans ou qu'on soit intervenant, je crois que pour pouvoir travailler il faut que nous soyons très au clair sur nos référentiels. Je ne vais pas mettre sous le boisseau des choses auxquelles j'adhère. La "psychanalyse" est un mot polysémique, comme vous l'avez souligné. Si je pense que faire de la psychanalyse en institution est une hérésie, il y a par contre un genre auquel je crois et que Freud développe lui-même, qui est la psychanalyse appliquée à l'analyse des institutions. C'est un genre qui est tout à fait recevable, à condition d'être rigoureux, et en ne confondant pas non plus rigueur et dogmatisme : on peut être rigoureux en ayant un référentiel et être capable de supporter des discours pluriels, il faut simplement savoir comment on se situe par rapport aux autres référentiels, pour qu'on puisse travailler ensemble. Quand il m'arrive d'intervenir dans une institution, les choses ne sont pas toujours simples parce que les gens qui sont dans l'institution ont des référentiels tout à fait différents. La question que je me pose alors est : jusqu'où peut-on aller dans la diversité des référentiels dans un même corps institutionnel?

Vous évoquez dans votre exposé le désir et l'idéal du psychologue. Chacun a les siens en fonction de référentiels qui établissent des hiérarchies. Il y a un choix de la part de ceux qui décident de travailler là où il y a de l'humain et de la rencontre. Et les formes de travail dans ce domaines sont diverses, individuelles ou collectives. Je plaide pour une formation polyvalente. Il est certain qu'elle implique une grande rigueur. C'est pourquoi je me permets d'avancer parfois le terme de "clinique institutionnelle", au sens où il y a clinique chaque fois qu'il y a un travail sur le terrain, là où "ça souffre". L'institution est un de ces terrains. Il y a d'ailleurs une pathologie des institutions.. Est-ce que quelqu'un qui est dedans peut être tiers dans l'institution, c'est une question qu'il faut travailler, car elle est neuve.

René Clément – J'ai choisi de ne pas parler de l'inconscient dans mon travail en institution et auprès des usagers parce que la matériel clinique auquel

nous avons affaire n'est pas toujours inconscient. L'inconscient, on le met souvent à toutes les sauces, sans toujours bien savoir de quoi l'on parle. On réifie les choses, on fige, sans rendre compte de l'extrême complexité du psychique. Par ailleurs, l'usage de cette notion se réfère trop précisément au cadre de la cure, il peut être terrorisant pour' les gens hors de ce cadre. Le terme de dimension psychique, qui implique d'autres aspects, est moins connoté, ce qui n'empêche pas que des personnes puissent par là nommer indirectement l'inconscient et se réapproprier ainsi la dimension de ce dernier. La dimension psychique évoque les problèmes psychiques en tant que l'inconscient n'en est qu'un versant. Il ne s'agit pas de céder sur ses référentiels, mais de s'assurer qu'on puisse être entendu par des gens qui n'ont pas le même langage : les pouvoirs publics et l'administration, en particulier, auprès de qui il s'agit tout simplement d'argumenter qu'il y a une dimension autre que sociale. Parler directement d'inconscient suscite des réactions du type de celle qu'on obtient par une interprétation sauvage : Si vous parlez d'inconscient, vous dit-on, c'est que vous êtes psychanalyste, et on ne vous paie pas comme psychologue pour psychanalyser les gens en institution. Ce avec quoi je suis d'accord. Les gens ne sont généralement pas à un niveau de préparation qui leur permette d'entendre parler d'inconscient sans développer des résistances.

La gestion continue des conflits me semble une notion pertinente, quoique pessimiste. Je crois que l'efficacité du symbolique permet à cette gestion de porter avec le temps sur des conflits de plus en plus élaborés, qui n'ont pas le caractère primaire des débuts. Il n'y a pas simple résurgence continuelle des conflits. De ce point de vue, la différence entre le psychologue qui travaille depuis des années et l'intervenant est aussi dans le rapport au temps. La durée et l'implication du premier lui permettent d'avoir la mémoire de ce qui s'est passé au cours des années dans l'institution, ce qui est important au regard de la restitution du sens historique des événements présents. À contrario, il est vrai que la position du tiers est très menacée par l'installation dans des habitudes, avec le temps, et que dans certains cas, au. bout d'un certain nombre d'années, garder une position de psychologue implique de devoir partir.

LE DISPOSITIF PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

3 mai 1985

Cette réunion-débat traite d'un aspect particulier du dispositif psychologique, celui qui focalise la démarche du psychologue sur une fonction thérapeutique. Nous aurions pu nous pencher de la même manière sur d'autres fonctions, telles que l'évaluation ou le conseil, par exemple dans le cadre du recrutement pour les entreprises du secteur économique, qui posent des problèmes de dispositif non moins épineux. Mais il est vrai que la psychothérapie exerce des effets d'idéaux importants dans une profession qui reste encore majoritairement employée dans le secteur sanitaire et social.

Aborder la psychothérapie en termes de dispositif, c'est donc d'emblée interroger un discours très prégnant dans nos sociétés modernes : le discours médical, qui aborde et traite la souffrance humaine dans les catégories de la douleur et de la maladie physiques, du normal et du pathologique. Ce discours amène les psychologues qui travaillent avec des médecins, et généralement sous leur direction, à ne pouvoir penser leur fonction que difficilement en termes autres que de "soin", "d'assistance", etc. Indice de cette capture historique des psychologues et de la psychologie dans ce discours : l'emploi par eux d'un vocabulaire inévitablement emprunté à la médecine, dans une réflexion sur la pratique qui pourtant tente de s'en dégager (notion de "symptôme", usage des entités nosographiques, etc.) et jusque dans l'affirmation d'une identité (psychologue "clinicien", psycho-"thérapeute").

Aborder la psychothérapie en termes de dispositif, c'est poser la question de la fonction, dans les sujets et dans le groupe social, de ce dispositif. Celle-ci est liée aux conditions de l'émergence historique, dans nos sociétés, d'un discours mécaniste sur le corps, négation de l'inscription sociale et du vécu subjectif de ce dernier. Le dispositif psychothérapeutique remplit une fonction qui est ailleurs, dans des sociétés traditionnelles, assurée par les rites de passage, sur le versant social, et par l'initiation, sur le versant de l'aventure personnelle : celle de conduire le sujet d'un état à un autre, et plus précisément de lui permettre de faire le deuil d'un système d'échanges devenu inadéquat pour lui-même (et pour la société...) et d'accéder à un autre système d'échanges, notamment à travers l'expérience d'une mort et d'une renaissance symboliques. Nous avons demandé ici à David Le Breton et Philippe Grosbois de développer les termes de cette comparaison entre psychothérapie, rite de passage et initiation. Le terme de "passage" évoquait aussi le travail de Richard Hellbrunn pour un dispositif d'accompagnement des personnes violentes (cf. Corps et Langage, 1985, n° 7) et nous lui avons demandé de parler de sa démarche, ce qu'il a bien voulu faire en se centrant sur la question du dispositif.

Nouvelle Revue de Psychologie, 1986, 5, pp. 41-48.

LA CRISE INITIATIQUE

David Le Breton[1]

"Tout ce qui ne me détruit pas me renforce" (Nietzche)

Parler d'une expérience initiatique inhérente à certaines souffrances ou maladies, à certaines "épreuves de l'esprit" (Michaux) pour évoquer l'immersion de l'homme au sein de son propre chaos intérieur revient à solliciter une image, à la transposer d'une dimension à une autre pour l'accueillir à l'intérieur d'une sphère de sens et de valeurs, sinon étrangère au monde occidental, du moins peu courante. Dans les sociétés traditionnelles, les différents rites qui scandent l'initiation amènent les novices à la connaissance approfondie d'un certain nombre de traits culturels, mythes, danses, langues secrètes, etc. dont le contenu doit demeurer un privilège. L'appropriation de ce savoir ésotérique fonde autour de ce secret partagé l'existence collective, la structure sociale dans son ensemble. Elle traduit le passage à l'âge d'homme, l'abandon des valeurs ludiques de l'enfance et l'acceptation par les initiés de leurs futures responsabilités d'adultes. L'initiation marque donc l'accès à ce savoir secret, la conquête d'une zone culturelle de prime abord hermétique, protégée par la barrière de l'âge, mais sur laquelle repose l'harmonie différentielle du groupe. Le rituel de l'initiation témoigne du passage de l'homme ou de la femme d'une classe d'âge à une autre, souligne l'accès à certains privilèges sociaux délivrés à tous à partir d'une certaine période de l'existence. "Mutation ontologique du régime existentiel", pour reprendre la formule de M. Eliade, mais dont l'accomplissement vise d'abord à l'intégration

[1] Sociologue, membre de l'Institut Européen de Psychologie. 154, Avenue de Grammont, 37000 TOURS.

de l'homme au sein du collectif. Le rite de passage a donc ici une fonction *d'adaptation sociale*. S'il ne s'agit pas d'une nouvelle naissance au plan intérieur, la cérémonie accorde dorénavant la capacité d enfanter au nouvel initié.

La dimension initiatique dont il sera ici question renvoie plutôt à l'image de la parturition intérieure, du cheminement confus d'un homme qui, à travers spasmes et convulsions, doutes et souffrances, parvient à se mettre lui-même au monde, à s'enfanter à nouveau. L'initiation témoigne ici d'une ouverture au monde, d'une liberté prise à l'égard des symbolismes sociaux, ce n'est pas une révélation religieuse ou doctrinale : il s agirait plutôt de la découverte au fond de soi d'un gisement de sens qui éclaire l'existence sous un jour nouveau. En ce sens, la mise en évidence du caractère initiatique de certaines crise personnelles, accompagnées parfois par un thérapeute ou par un autre compagnon des confins ayant relevé le défi, renvoie plutôt au sacré ou du moins à une modalité sacrale de l'existence. Non expérience religieuse, donc, mais plutôt découverte d'un centre, accomplissement intérieur qui laisse l'homme libre mais lui révèle une sorte de transcendance du sens qui n'appartient qu'à lui Songeons aux dernières lignes de la *Visite à Godenholm* de Junger : "J'espère que l'an prochain je pourrai de nouveau vous offrir le vivre et le couvert. Quant au reste... (il sourit) ma maison est pareille à une auberge espagnole. Ses hôtes n'y trouvent rien de plus que ce qu'ils apportent avec eux"[2]. Le cheminement initiatique dont nous parlons aboutit a la sacralisation de la vie. Il n'est en rien bonheur sage, purifié de tout conflit : la traversée du chaos ne laisse pas indemne celui qui l'a osée. Une existence édulcorée est devenue impossible. Ce qui caractérise l'expérience intérieure d'un Nerval, d'un Nietzsche, d'un Bataille ou celle des personnages de Hesse, de Junger par exemple, c'est la capacité de demeurer les yeux ouverts face au daimon, face au chaos potentiel auquel la conscience s'oppose avec fragilité. Mutation du regard. La souffrance est devenue la chance.

En retrouvant l'expérience d'un Nerval, Freud a su considérer le délire ou la crise du sujet comme la tentative d'un rétablissement, la recherche d'une nouvelle synthèse de la personnalité. Il a su montrer que "le délire est restitutif de guérison". Mais Freud s'est à mon avis arrêté en chemin. La passion de la découverte qui animait ses premières recherches s'est peu à peu transfor-

---

[2] E. Junger, *La visite à Godenholm*, Paris, Bourgois, 1968, p. 110.

mée en volonté de formalisation (cf. F. Roustang)[3]. Le monde de Freud est celui d'un rationaliste, nourri de réminiscences juives mais soumises, privées de leur part de rêve, de transcendance, de poésie. La psychanalyse offre à ses patients les conditions d'un apprentissage du fait de vivre, par la levée des obstacles, des freins intérieurs qui nuisent à l'adaptation sociale du sujet. Elle favorise la formation personnelle mais décourage structurellement tout éveil initiatique. Rien n'est plus triste et monotone à cet égard que les études de cas signées par les psychanalystes orthodoxes. Elles ont tendance à rabattre les symptômes en signes, comme l'a bien noté G. Durand[4]. Elles ne laissent pas parler le plein vent des images, lesquelles sont uniquement envisagées comme tenant-lieu de motifs cachés. La richesse de l'imaginaire est mise sous l'éteignoir, affadie par le scénario oedipien auquel tout se subordonne. L'inconscient freudien est monotone, il n'est ni mystère, ni *numen*, ni *daimon* créateur. On connaît le fantasme de transparence de Freud : là où était le ça, le moi doit advenir. Que tous les masques soient levés, les échappatoires supprimés, que le *cogito* règne autant que possible dans cet univers sans transcendance, sans saveur. La psychanalyse est fondée ainsi sur une volonté d'abolir le secret. C'est une "herméneutique réductive" (G. Durand). Le dispositif de la cure ne met pas l'accent sur la créativité, l'autonomie du patient. Celui-ci se trouve enfermé dans une dépendance à son analyste. Leur relation s'installe dans la longue durée. Le patient devient souvent le supporter inconditionnel de la théorie-mère. La psychanalyse pour nombre d'analysants débouche sur la subordination à un corps de doctrine préétablie. L'ouverture au monde est sacrifiée au profit d'un itinéraire de formation. Si la libération des énergies jusqu'alors en sommeil ou assignées à la défense du sujet psychotique ou névrotique aboutit à la seule adaptation sociale du sujet, nul doute qu'une telle action soit positive, mais si elle aboutit à la naissance d'un être nouveau qui ne se confond pas avec son adaptation sociale, mais est producteur d'un sens qui libère une nouvelle dimension de l'être alors elle réalise vraiment l'opération alchimique de la transmutation de la souffrance morale en chance. Tel est le sens de la dimension initiatique inhérente à certains processus de folie. Il ne s'agit pas là d'une adaptation univoque au monde, et c'est' là sans doute le reproche majeur qu'il est possible d'opposer à la psychanalyse, pour laquelle l'action thérapeutique s'achève dès lors que le sujet reprend sa place dans le champ social, ce qui bien sûr est défendable,

---

[3] F. Roustang, *Un destin si funeste* , Paris, Ed. de Minuit, 1976.

[4] G. Durand, *L'imagination symbolique*, Paris, PUF, 1964 ; *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*, Paris, Bordas, 1969.

mais n'est nullement la seule voie possible. La psychanalyse en ce sens n'est pas chemin, mais itinéraire balisé. En revanche, la prise de conscience initiatique consiste dans le fait qu'une nouvelle dimension de l'être s'ouvre pour le criseur.

À l'inverse, la conception jungienne de l'inconscient oppose la possibilité de mieux saisir les méandres du cheminement initiatique. Pour Jung, l'inconscient n'est pas seulement le produit du refoulement originaire, il n'est pas seulement un artefact, mais aussi un monde original. Un aspect passionnant de l'œuvre de Jung consiste dans cette conception d'un inconscient créateur qui permet d'établir un lien entre sa pensée et celle de Nerval, de Nietzsche, de Hesse, de Junger, pour citer seulement quelques noms d'hommes qui ont accepté d'aller au bout de leur chemin en maintenant leur yeux grands ouverts sur leur souffrance ou leur délire. L'inconscient n'est pas chez Jung "un phénomène psychique secondaire" mais "il constitue le sol maternel autonome et créateur de la vie psychique normale"[5]. L'inconscient est cet autre pôle magnétique du sujet, son gisement le plus puissant, le lien le plus fulgurant de la *coincidentia oppositorum* qui structure sa *psyché*. Là où les plus hautes forces de vie s'affrontent aux forces mortifères les plus enracinées dans l'être. Mais le *daimon* qui demeure là est affecté d'une puissance de rayonnement sans pareille. Dans sa vision du monde ce n'est que par la traversée du chaos intérieur, par ce processus qu'il nomme l'individuation, que le sujet peut parvenir à faire une irruption créatrice dans sa propre vie. La crise intérieure manifeste une lutte ou une rencontre avec le *daimon* intérieur, un affrontement dont il est hors de question de sortir indemne. L'issue en sera une rééquilibration de l'identité personnelle, une nouvelle naissance mais aussi peut-être la mort ou la noyade au sein du chaos. "Il faut avoir un chaos en soi-même pour accoucher d'une étoile qui danse", dit magnifiquement Nietzche. Pour Jung, contrairement à Freud, toute psychothérapie est invention. Il ne saurait être question de reproduire indifféremment du sujet et de ses troubles, le même dispositif. Si Jung, comme Winnicott ou bien d'autres, est tributaire de la découverte freudienne, il se refuse à considérer l'homme au seul titre du refoulement. Dans le rapport à ses patients, Jung vise le déploiement de leur puissance de création, de leur imaginaire. D'où sa passion pour l'alchimie dont il fait le modèle historique de la psychothérapie. Comme l'alchimiste le patient est un homme qui doit accoucher de lui-même

---

[5] M.L. von Franz, *C.G. Jung : son mythe et notre temps*, Paris, Bruhet-Chastel, 1975, pp. 18-19.

en affrontant son propre chaos, ses tendances destructrices. La souffrance ou la maladie révèlent parfois l'homme en lui-même. "Là où est le danger, écrit Holderlin, grandit aussi le salut". L'esquive de la lutte est une erreur de traitement. Il faut parfois prescrire la fièvre pour projeter l'homme hors de lui-même, pour qu'apparaisse la nouvelle synthèse qui donne un sens à la vie, qui sacralise la présence.

Nerval dans *Aurélia*, Hesse dans *Le loup des steppes*, Junger dans *La visite à Godenholm*, maints textes d'Artaud, ont raconté le voyage à travers la fièvre et la souffrance où l'homme, s'il ne sombre pas, peut rencontrer la chance d'une purification intérieure. Il décille ses yeux, plonge dans le monde sauvage de son inconscient, où par l'intensité de l'épreuve il se forge une nouvelle identité. Plus qu'ailleurs peut-être l'image brûlante de la *coincidentia oppositorum* s'applique à la maladie et aux "grandes épreuves de l'esprit". La crise intérieure manifeste bien le surgissement de contenus inconscients refoulés mais cette irruption sur la scène de l'être manifeste aussi la tentative de forger une nouvelle synthèse. C'est par l'épreuve de la fièvre que le sujet peut sortir transformé de ces dangers inconnus. C'est la maladie ou la psychose qui offre paradoxalement la chance d'une guérison de l'être. Pourtant, les explorateurs de ces confins du continent intérieur ne rencontrent la plupart du temps sur leur route que la violence psychiatrique, qui brise leur élan, rend impossible ce "processus naturel de guérison" (Laing). Et Laing affirme avec force que ces hommes ou ces femmes en souffrance ne peuvent que se dégrader lorsqu'ils sont confrontés à ce rituel d'humiliation imposé par la psychiatrie. Ils sont confinés dans leur inconscient, maintenus captif en un point de leur délire, et Laing propose au lieu de ce cérémonial de dégradation que constituent l'examen, le diagnostic et le pronostic psychiatriques un cérémonial d'initiation. Il ne faut pas rendre impossible le voyage à travers la folie ou la maladie mais lui trouver un guide, un éclaireur. Et Bateson insiste également dans sa préface au *Récit de Perceval* :

"II semblerait qu'une fois prisonnier de sa psychose le malade ait un parcours à accomplir, il est en quelque sorte embarqué pour un voyage d'exploration qui ne sera terminé qu'avec son retour au monde normal, où il rentre avec des vues différentes de celles des gens qui n'ont jamais fait ce voyage. Une fois engagée, la crise schizophrénique semble suivre un déroulement aussi précis qu'une cérémonie d'initiation, une mort et une renaissance où le néophyte peut avoir été entraîné par sa vie de famille ou par des circonstances adventices, mais qui dans son développement est en grande partie dirigé par un processus endogène. Dans ce tableau clinique, une rémission spontanée

n'a rien de surprenant : elle est seulement l'épilogue naturel du processus. Ce qui demande explication, c'est pourquoi beaucoup de ces "voyageurs" n'en reviennent pas. Est-ce à dire que ceux-là affrontent dans leur vie familiale ou en cours de traitement des conditions si peu adéquates ou si insupportables que même l'expérience hallucinatoire la plus riche et la mieux réalisée ne peut les sauver ?"[6].

Le thérapeute est un compagnon de route. Il accompagne la parturition intérieure du criseur. Ce qui domine en lui, ce ne sont pas nécessairement ses qualités professionnelles ou sa discipline d'esprit, sa valeur d'homme. L'accent mis sur la dimension initiatique qui peut traverser une crise personnelle conduit à insister sur le savoir-être du thérapeute davantage que sur son savoir ou son savoir-faire, c'est la qualité de sa présence qui se révèle ici déterminante. L'efficacité symbolique n'est pas le seul privilège du thérapeute, même si celui-ci en fait profession. Ce n'est pas non plus, bien au contraire, une qualité commune. S'agissant parfois de patients emportés dans une dérive psychotique ou une dépression aiguë, les capacités de résistance du thérapeute doivent être hors du commun, la faculté de se laisser percuter par son patient, de cheminer à ses côtés sur des contrées intérieures pleines de périls. Le risque du thérapeute est d'être à son tour gagné par l'expérience de son patient. La rencontre prime alors le dispositif éventuellement mis en place. Le thérapeute éclaire l'existence du patient, soutient sa démarche, mais il n'en est pas moins éclairé par elle. L'un et l'autre deviennent voyageurs des confins. Le thérapeute cesse alors d'être la forme vide, qui ouvrira la cage de Magritte où l'oiseau est tenu prisonnier. Son visage prend une forme, son corps retrouve l'expérience de la chair. La rencontre est alors réalisée. Formatrice, initiatrice selon l'intensité de l'expérience et ses effets sur la vision du monde de ceux qui la connaissent. Laing a bien noté, Searles également, que le thérapeute est un homme qui doit être capable de mettre en jeu ses propres potentialités psychotiques. Il ressemble en cela à l'artiste par le privilège qu'il a de pouvoir nouer un dialogue avec son propre inconscient. L'essentiel est là. Il peut être alors un homme qui a déjà effectué ce voyage dans l'espace-temps intérieur et se trouve apte à guider celui qui entreprend à son tour ce voyage. Et c'est cela justement que réclame Jesse Watkins, le sculpteur qui a donné à Laing le récit de son aventure intérieure, au terme de laquelle il est né une seconde fois à lui-même. Watkins parle "d'une espèce

---

[6] G. Boisson, in *Perveval's narrative*, cité par R. Laing, *La politique de l'expérience*, Paris, Stock, 1969, p. 82.

d'ancre qui vous rattache au présent et à vous-même, pour être capable de supporter ce qui vous arrive... (d'autres) en qui vous ayez confiance et qui sachent à ce point veiller sur vous, qui ne se laissent pas aller à la dérive et sombrer"[7]. Mais plus encore, il faut un lieu pour accueillir ce cheminement intérieur jalonné d'abîmes.

La mise en équation de cette relation est difficile, voire impossible. La nommer psychothérapie est un abus de langage, à moins de mieux définir les termes. II s'agit plutôt du cheminement mutuel de deux individus dont la commune présence induit des incidences psychologiques. Un changement de leur modalité d'être est inscrit au long du chemin. La découverte de soi, la mise en valeur du gisement de sens nouveau qui est le centre, n'est nullement le fait d'un appel extérieur, ce n'est pas le cadeau d'un homme à un autre, mais le fruit d'une conquête, d'un défi relevé qui a exigé, aux côtés du malade, la présence d'un compagnon. Contrairement à ce qui caractérise souvent l'expérience psychanalytique, la dimension initiatique ne peut en aucun cas reposer sur l'allégeance du malade à la parole ou à la doctrine de son thérapeute. Il ne peut s'agir d'un alignement mais d'un compagnonnage dont l'aboutissement est la conquête d'une nouvelle liberté, d'une latitude d'action plus grande à l'égard de sa vie, d'une intelligence du monde élargie. L'homme accède à une nouvelle dimension d'être. La quête thérapeutique aboutit à une vérité personnelle et singulière.

Rien n'est venu du dehors irriguer cette nouvelle intelligence du monde, déplier comme un visage l'espace corporel. Le monde s'ouvre à des significations plus larges, à un univers plein vent. Cet autre regard était déjà présent, mais enfoui sous un chaos, emprisonné à l'intérieur d'une serre, entravé par un tissu de conflits. Il fallait la grâce d'une présence pour que se cristallise ce centre, qu'il se déploie peu à peu au rang d'une force agissante à travers l'existence du sujet ; ou la tolérance d'une société, ou la chance, ou plus encore la chance de ces trois éléments réunis. Les défenses psychologiques, le chaos d'images qui déferlait dans la psyché, apparaissent finalement au regard de l'anthropologie comme une ligne de murailles, un labyrinthe, dont il faut trouver le centre. L'épreuve du labyrinthe manifeste justement le parcours d'un chemin initiatique, d'une conquête intérieure.

---

[7] R. Laing. *op. cit.*, p. 111.

Le centre ressemble ici à l'*axis mundi* des sociétés traditionnelles ou de maintes traditions religieuses. Le centre du monde est un lieu paradoxal où le divin se diffuse sur la terre des hommes, le point à partir duquel l'énergie rayonne vers le monde environnant. Le foyer même du sens. La fondation de l'espace autour d'un centre sacré qui permet l'établissement d'une communauté humaine en un lieu donné trouve son équivalent dans la psychologie où l'épanouissement de l'homme dans le cours de son existence exige préalablement de lui la découverte d'un centre, d'un foyer de sens qui donnera une coloration intime à la plupart de ses choix et de ses actes. Le centre, l'*axis mundi*, la hiérophanie qui humanise un espace retrouve au niveau individuel l'idée du sens de la vie. La création du monde se joue là au niveau du sujet, et non plus seulement au niveau d'une réalité collective.

L'idée du centre exprime la notion d'une créativité qui se dégage de ce centre premier donné par la culture (le premier foyer du sens repose sur des symbolismes sociaux). Chaque individu, à partir de ce soutien essentiel qui offre un soubassement à ses actions, instaure un monde de significations plus personnelles, déploie ses activités autour d'un ou de plusieurs axes.

Nouvelle Revue de Psychologie, 1986, 5, pp. 49-54.

L'EXPÉRIENCE INITIATIQUE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Philippe Grosbois [1]

La notion de dispositif psychothérapeutique évoque celle de cadre : cadre conceptuel qui oblige à préciser ses modèles théoriques de référence ; cadre méthodologique aussi et, dans ce dernier, cadre technique, à savoir les outils qu'on utilise dans la relation à l'autre. À côté de ce cadre, la notion de dispositif me semble intégrer les avatars de la relation et son évolution temporelle et spatiale.

La formule que j'ai choisie pour en parler est de rapporter ce qu'une personne dit du vécu d'une séance de psychothérapie. La transcription qui suit comprend des silences et s'étend en fait sur ure séance de 45 minutes :

"Je sais que mes mains sont immobiles sur le divan, mais je les perçois en l'air... Maintenant je les sens derrière mon dos... J'ai quatre mains ; c'est idiot, j'en ai deux à droite et deux qui sont à gauche et je ne sais pas laquelle est la vraie... Je me sens complètement disloqué, c'est drôle, complètement en biais. Je n'arrive pas à me sentir sur le dos ; comme si je flottais, la tête flotte toute seule, mon corps est à quelques mètres au-dessus du sol mais il n'est pas droit, il n'est pas horizontal, je suis à 45 degrés, le plan des jambes incliné à 45 degrés vers la gauche et le plan du corps incliné à 45 degrés vers la droite... Et puis alors les bras, mes bras, ils sont comprimés, comprimés alternativement et détendus, comme si j'étais soumis à. des pulsions curieu-

---

[1] Psychologue, psychothérapeute, membre de l'Institut Européen de Psychologie. 4, rue Jules Dauban, 49000 ANGERS. Ce texte a été rédigé à partir de l'enregistrement de l'intervention de Philippe Grosbois et de la discussion qui a suivi (NDLR).

ses... Et puis maintenant ça devient de plus en plus difficile d'essayer de définir la position de mon corps... Et puis maintenant j'ai l'impression que je suis une énorme hélice et que tout tourne dans des sens différents. Ce qui est certain en tout cas, c'est que je n'arrive pas à retrouver l'équilibre... Maintenant j'ai l'impression que le haut du corps se retourne, comme si le dos venait en l'air et le ventre en bas... J'ai froid... Je vois des figures géométriques, des losanges, deux rangées de losanges disposées horizontalement l'une en dessous de l'autre, comme les dessins d'un tapis. Ils sont proches de mes yeux, comme si les losanges faisaient un bandeau appliqué sur mes yeux et entourant ma tête...

…

Je vois des gouttes d'eau brillantes sur une surface d'aluminium ou d'acier, très près de mes yeux. En arrière plan vient d'apparaître un paysage, comme lorsqu'on dresse verticalement un décor de théâtre, mais il s'agit d'un vrai paysage, avec des arbres et des nuages, blancs, dans un ciel bleu lumineux...

…

Je suis chez ma grand-mère maternelle, assis sur une petite chaise en paille près du feu. Je joue avec un réveil que je m'amuse à démonter et à remonter. J'ai trois ans. Ma grand-mère est assise près de la cuisinière, un peu voûtée, habillée... un châle noir qui lui enveloppe la tête, des bas gris en laine et des chaussures noires, la bouilloire chante sur la cuisinière. J'éprouve un sentiment de paix, de sérénité, le temps s'écoule lentement ...

…

Je deviens tout petit. Mon corps rapetisse à toute vitesse. Je suis un grain de plomb. Je tombe. En levant la tête, je vois la pièce où j'étais avec ma grand-mère, un cube qui devient de plus en plus petit, comme si je plongeais sous la mer et que je voie la surface de l'eau s'éloigner de moi... J'ai une sensation de vertige, je respire difficilement, par à-coup. Je me sens oppressé, angoissé… Je tombe, toujours… Je vois l'image fugace d'Alice au pays des merveilles tombant dans un puit... Je ne pèse plus rien. Cette sensation de ne plus rien peser est tout à la fois exaltante et angoissante...

…

Ma chute se ralentit... J'arrive doucement sur une surface faite de fil comme un grillage souple. Je me mets debout... Je suis à nouveau calme et détendu…

…

Je me tourne un peu et j'aperçois sur le côté comme un entonnoir renversé, un entonnoir en verre transparent. À l'intérieur il y a un petit garçon, vêtu d'une robe blanche, les cheveux blonds. Il émane de lui une innocence. Sa tête est nimbée de lumière. D'un seul coup, l'espace intérieur de l'entonnoir

en verre s'illumine, une lumière très forte qui passe à travers les parois de l'entonnoir et qui remplit l'espace où je suis et qui m'enveloppe... Je me retrouve d'un seul coup seul, en train de monter rapidement. Tout mon corps est saisi de mouvements spasmodiques vers le haut, de contractions musculaires involontaires. J'éprouve alors une sensation extraordinaire de joie, de plénitude infinie... J'ai du mal à respirer... À d'autre moments j'inspire par grandes lampées. Je suffoque. Je suffoque de joie et de bonheur intérieur. Je monte, je monte à une vitesse vertigineuse. Je ne pèse plus rien."

(La personne s'arrête de parler et pleure, sans qu'on puisse savoir si c'est de joie ou de tristesse).

"J'ai du mal à respirer, tellement cette sensation d'exaltation est intense. J'ai l'impression que mon corps se soulève par moment du divan au niveau du dos, comme si j'allais entrer en lévitation."

(A ce moment de la séance, j'interviens et j'invite le sujet à reprendre peu à peu une respiration calme et une détente corporelle, je l'invite ensuite à reprendre contact avec la réalité de son corps en se focalisant sur les différents points de contact de son corps avec le divan. Il se familiarise de nouveau avec l'espace de la pièce dans laquelle il est allongé).

Le premier commentaire qu'on peut faire est que le seul texte de la verbalisation du patient révèle la méthode psychothérapeutique qui est sous-jacente, c'est-à-dire que le cadre technique choisi détermine par lui-même la production d'un matériel particulier, spécifique.

On l'aura deviné, la méthode dont il s'agit ici fait partie de la grande. famille des techniques d'imagerie mentale. Il s'agit en l'occurrence d'une utilisation du rêve d'éveil, non dirigé, après une mise en condition corporelle du patient par la technique de la décentration : on invite le sujet à se décentrer par rapport aux repères corporels et spatio-temporels habituels, de sorte qu'il commence par vivre des déformations subjectives du corps, d'abord au niveau du corps réel (contractions, etc.), puis du corps imaginaire. Il franchit ensuite une étape en voyant surgir des images, d'abord sous forme de flashes désarticulés, puis sous forme organisée de scénarios qui s'expriment sur un mode dramatisé, chargé affectivement et symboliquement.

Les conflits intra-psychiques du sujet vont être déplacés sur cette scène de l'imaginaire onirique. Dans cette pratique, on considère que le surgissement

de cet imaginaire onirique a une fonction, une efficacité symbolique qui est un facteur de transformation psychique. Mais cette transformation est médiatisée, puisqu'on utilise une "autre scène", celle du rêve éveillé.

Par analogie, le psychanalyste travaille sur le rêve nocturne, qui est aussi une production imaginaire, mais réélaborée par le sujet après coup. Tandis que dans le rêve de veille, les mécanismes de réduction du contenu onirique sont moins opérants, n'ont pas le temps de se mettre en place. On travaille d'emblée sur l'effervescence du rêve et le matériel est vécu ici et maintenant, et non pas rapporté. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas un travail de réélaboration du rêve par le sujet, ne serait-ce que parce qu'il le verbalise. Dans tous les cas, donc, une part du vécu nous échappe, et on considère que ce vécu non verbalisé aussi a une efficacité, à notre insu et à l'insu du sujet lui-même.

Les formes de travail sont alors multiples. On peut faire un travail d'élucidation et d'interprétation de ce travail de ce matériel, dans une perspective freudienne ou jungienne. Comme on peut le supposer dans l'exemple que j'ai rapporté, certaines images et certains mots renvoient à des significations propres au sujet et à d'autres qui relèvent d'un symbolisme commun et que le sujet investit. On peut aussi travailler dans une perspective qui ne privilégie pas l'interprétation, mais le vécu lui-même comme ayant en soi une efficacité symbolique, du seul fait qu'il permet au sujet de faire jouer des représentations entre elles, donc de prendre quelque distance vis-à-vis d'elles au lieu d'en être lui-même le jouet.

L'utilisation du rêve d'éveil dans cette perspective a des effets thérapeutiques pour autant qu'on ne considère pas que le matériel, la production de cet imaginaire, a une fin en soi, qui aboutirait à ce que le sujet y reste fixé. Ce qui est important, c'est ce jeu que le travail thérapeutique doit permettre avec ces objets produits par l'activité onirique. De ce point de vue, le rêve éveillé n'a effectivement pas besoin d'être interprété, car le ressort du travail n'est pas dans le transfert sur le thérapeute : il y a au cours de ce travail des phénomènes de transfert, parfois massifs, mais il n'y a pas de névrose de transfert sur laquelle on puisse travailler comme dans la cure analytique. L'équivalent de la névrose de transfert est ici déplacé sur les personnages qui peuplent la scène onirique (et qui peuvent, certes, symboliser le thérapeute). Le ressort du travail, dans ce type de cadre, est dans l'investissement par le sujet, non du thérapeute, mais d'objets médiats, qui peuvent être ailleurs le dessin ou les marionnettes, et qui sont ici des constructions imaginaires.

Cette technique s'inscrit dans un dispositif plus large, dans lequel on peut passer de ce type de travail à un autre, de type plus verbal par exemple, de même qu'on peut passer d'une relation fauteuil-fauteuil à une relation fauteuil-divan. On peut ainsi demander au patient de parler de ce qu'il a vécu durant la séance précédente, ou lui demander de l'écrire. La technique change, mais le dispositif demeure et sa permanence est donnée par la position du thérapeute et par la relation thérapeute-patient. Ce dispositif doit être souple pour pouvoir passer d'une technique à une autre, l'essentiel étant qu'on ait déterminé les objectifs.

Dans le cas que j'ai rapporté, les objectifs ont changé au cours des trois années depuis lesquelles ce patient travaille. Il présentait au départ ce que Sami Ali appelle une "pathologie du banal" : pas de symptômes névrotiques, pas de décompensation importante, mais plutôt une difficulté existentielle focalisée sur la pauvreté des relations avec autrui, le défaut d'insertion sociale, une sexualité un peu mal vécue. Le banal est apparu avec le temps comme servant d'écran à la nécessité d'un travail en profondeur car, autant sa symptomatologie était objectivement banale, autant lui-même avait aussi tendance à la banaliser, à présenter son existence sur un mode désaffecté, celui de la simple description de ce qui se passe. Pour contourner ce mécanisme d'isolation et de distanciation, j'ai choisi de passer à cette méthode dans son cas.

Pour en arriver à ce qui est le thème de notre propos, on peut établir une analogie entre le vécu corporel qui est induit par cette technique dans ce dispositif particulier et celui induit par certains rites et initiations dans des sociétés traditionnelles. La décentration conduit, par une mise en condition proche des états dits "d'isolement sensoriel", à une perception désintégrée du corps, une dissolution des schèmes corporels et spatio-temporels, qui permet le surgissement libre d'images mentales dont l'efficacité symbolique et cathartique aboutit à une nouvelle intégration du corps et de l'espace-temps, une nouvelle image du corps et de l'univers. L'image naît du corps dans un décor (dé-corps) imaginaire dans lequel le sujet projette sur un mode le plus souvent visuel les difficultés psychiques qu'il avait précédemment incarnées sur un mode cénesthésique. À l'issue de cette aventure, où s'établit une dialectique entre une conscience onirique et un univers imaginaire, s'opère une restructuration de l'être qui ne passe pas nécessairement par un travail interprétatif de type psychanalytique.

Le parallèle avec les rites initiatiques, notamment les rites de passage dans les sociétés traditionnelles, repose sur l'idée que "l'initiation" implique par son étymologie même (du latin *initium*) un commencement ou un recommencement. Dans les rites de passage, il s'agit pour l'initié de passer d'un statut à un autre. Du point de vue sociologique et ethnologique, il s'agit du passage à un autre statut social : pour les petites filles qui deviennent des femmes, il s'agit de passer d'une vie auprès des femmes à une vie auprès des hommes, avec un apprentissage de certaines activités qui sont le propre de leur nouveau statut. Sur le plan psychologique, il s'agit de permettre au sujet de perdre les repères qui étaient jusque là les siens (corporels, spatiaux, temporels), ce qui le confronte à une forme de mort symbolique : il s'agit de faire le deuil d'un état ancien pour accéder à une naissance à un état nouveau. Ce passage, ce vécu de la mort et de la perte de l'état ancien est accepté comme prix à payer pour les compensations qu'apporte l'état nouveau. Dans le vécu thérapeutique, ces compensations prennent d'abord la forme d'un surgissement d'images qui viennent colmater la brèche ouverte par ce vécu de perte, et ce sont sur elles qu'on peut travailler.

J'introduirai la même distinction que David Le Breton : le passage initiatique, ici celui qu'induit la décentration, n'est pas un rite de socialisation, il cherche moins à resocialiser qu'à restaurer en l'homme une créativité. La psychothérapie a pour objet non la personne adaptée mais la personne créatrice. C'est le patient qui détermine le chemin. Certains font un travail limité, et ce n'est pas péjoratif que de le présenter ainsi : il faut éviter les jugements de valeurs, tels que ceux qui posent la cure psychanalytique comme un modèle parce qu'elle suppose un travail plus en profondeur, la relaxation étant plus "superficielle", etc. La pertinence d'un modèle est liée à son caractère opératoire, mais aussi aux mythes auxquels il s'articule, celui des "profondeurs" par exemple. Le shaman utilise ses mythes, le psychanalyste les siens et il faut évaluer leur efficacité là où ils œuvrent, en fonction de leur contexte culturel et de la situation présente.

Nouvelle Revue de Psychologie, 1986, 5, pp. 55-66.

DISCOURS ET PRATIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA DÉVIANCE

Richard Hellbrunn[1]

Je vais développer ici quelques idées sur le dispositif psychothérapeutique, d'une part à partir de mon expérience de plusieurs établissements de traitement de la folie, d'autre part à partir du travail qui est plus précisément le mien avec des personnes violentes, dites autrement psychopathes.

On peut commencer par interroger le terme de dispositif. Il s'agit en l'occurrence d'un ensemble d'éléments hétérogènes, comportant des énoncés scientifiques ou idéologiques, des textes légaux et réglementaires, des établissements et des pratiques concrètes, etc., articulées entre eux autour d'un objet en fonction d'un but. Je m'intéresserai ici à la façon dont les discours s'étayent sur des pratiques pour les soutenir ou les contester dans une dialectique de l'ordre et de la subversion. M. Foucault a bien montré que les modifications discursives ont lieu généralement quand il y a des changements dans les pratiques[2].

Approcher les discours au regard de la question du dispositif m'évoque d'abord la manière dont une élaboration théorique issue de l'étude d'un objet peut être récupérée comme une arme dans une guerre psychologique que les porteurs d'élaborations divergentes s'assènent mutuellement. David Le Breton souligne l'opposition entre Freud et Jung sur certains aspects de leurs théories, mais aussi de leurs personnes, et lui-même, dans son approche,

---

[1] Psychologue en club de prévention, psychanalyste, membre de L'Institut Européen de Psychologie. 7, Boulevard Clémenceau, 67000 STRASBOURG.

[2] M. Foucault, surveiller et punir, Paris, Gallimard, 1975.

prend parti. On peut en dire autant de ce qui séparait Freud et Reich : ce dernier, qui avait adopté une position subversive dans le mouvement psychanalytique même, avait travaillé sur le cancer et déclarait qu'il n'était pas étonnant que Freud eût un cancer à la mâchoire, car son "ironie mordante" crispait sa mâchoire dans un état de tension chronique. L'explication scientifique déborde donc vers son utilisation aux fins d'atteindre l'autre dans sa vérité, là où ça lui fait mal.

La constitution d'un discours révèle ainsi deux temps : un temps fondateur qui est le fait d'un homme et un temps de rabattement qui est le fait du groupe ou de l'institution, mais à laquelle la démarche de l'homme lui-même peut, certes, aussi prêter. Toutes les démarches de pensée connaissent ces deux temps, et on peut dire la même chose de ce qui se passe autour de Lacan en ce moment. Les discours les plus subversifs peuvent donc être récupérés aux fins de légitimer ces pratiques d'ordre.

Vol au dessus d'un nid de coucous

Le traitement de la psychose est l'objet d'un dispositif où se révèle clairement cette articulation entre pratiques et discours. Un regard clinique découpe ici un objet, la psychose, et l'organise en un discours dans un champ de savoir qui est aussi, et toujours, un champ de pouvoir. Les discours échouent toujours à saisir la singularité de tel sujet humain, puisque leur visée est d'objectiver, mais cet échec se redouble dans le cas de la psychose du fait que le psychotique est non seulement extérieur au discours, comme tout sujet humain, mais aussi à un rapport commun des sujets humains à la parole. C'est en quoi la psychose est radicalement subversive, et en quoi tout discours sur la psychose est nécessairement une construction qui prête à sa récupération institutionnelle.

On peut le dire, bien sûr, des couches historiques successives de discours et de traitement de la psychose, depuis les brûlures, en passant par les douches froides, jusqu'aux électrochocs et à la chimiothérapie. Mais on peut dire la même chose, pour reprendre David Le Breton, du discours de Laing ou de Cooper. Il y a dans les approches de ces derniers une critique fondée de l'institution psychiatrique, pour autant qu'elle empêche de façon lamentable toute émergence de la parole, mais le discours sur la psychose achoppe lui aussi : sur l'interprétation du caractère pathogène de l'institution (qui n'est pas prouvé, car rien ne permet de dire que c'est parce que l'institution est lamentable que le psychotique n'évolue pas) ; voire sur la définition de la psychose, les

cas approchés par les anglo-saxons comme psychotiques étant fréquemment ce que nous appellerions, nous, des hystériques mimant le tableau clinique de la psychose.

J'ai connu personnellement des situations où les discours et les pratiques par rapport à cette question de l'ordre et de la subversion s'emboîtaient de façon remarquable. En 1973, j'ai fait un passage à La Borde, institution représentative, à l'époque, de la psychothérapie institutionnelle. Les gens y vivaient dans une "unité thérapeutique de base" d'une quinzaine de personnes. Il n'y avait pas de blouse blanche, on mangeait tous ensemble, on faisait la vaisselle ensemble, on ne savait pas qui était "pensionnaire" (c'était leur désignation) et qui était soignant. Ce qui fait par exemple que, pendant un temps, j'ai pu me demander ce que pouvait bien faire ici telle jeune femme en face de moi (qui se posait d'ailleurs exactement la même question en ce qui me concernait). Chaque fois que je lui demandais où étaient les toilettes, elle savait me les indiquer, j'en avais donc déduit qu'elle n'était pas trop perturbée dans son orientation spatiotemporelle et qu'elle ne devait pas être trop folle, et elle devait penser la même chose de moi, et ce n'est qu'au bout d'une semaine que j'ai su qu'elle était psychanalyste à Paris et qu'elle n'était que stagiaire là-dedans, et elle, de son côté, n'a appris également que plus tard que je n'étais pas là pour me faire soigner. Un jour, j'ai annoncé que je partais, quelqu'un s'est étonné que j'aie l'autorisation, j'ai répondu que je n'en avais pas besoin et, un peu perturbé, il s'est retrouvé en train de me demander ce que je faisais là jusqu'à présent.

Cet effacement de la distinction soignant-soigné dans ce qu'elle a de repérable extérieurement, aux vêtements portés par exemple, se voulait l'emblème d'un discours sur la folie qui se prétendait différent. Cela n'empêche pas qu'à La Borde on prescrit des neuroleptiques et des électrochocs, je n'en ai même jamais vu prescrire autant que là-bas. Mais plutôt que d'aborder cette apparente contradiction, ce qui me conduirait à une critique facile, je voudrais dire quelques mots à partir de mon expérience personnelle de la façon dont y était traitée la question de 1a sexualité.

J'ai observé qu'à La Borde on faisait toute une histoire de la sexualité des "pensionnaires". Personne n'avait de blouse blanche, nous faisions tous la vaisselle, mais si des "pensionnaires" s'avisaient de vouloir copuler comme tout le monde, une nuée de soignants s'abattaient sur les malheureux qui avaient à peine le temps d'ébaucher l'acte, les saisissaient, qui par les jambes, qui par les bras, pour les séparer. Et là, brusquement, on savait qui était soi-

gnant et qui ne l'était pas. J'ai demandé pourquoi, et s'il était dangereux que les psychotiques aient des relations sexuelles. Les propos les plus honnêtes qui m'ont été tenus là-dessus sont ceux de ce soignant qui me disait : "Tu sais, on a des ennuis avec la Sécurité Sociale, ils disent déjà que c'est le bordel ici, alors si tout le monde se met à coucher avec tout le monde, on ne s'en sortira plus". Discours que je suis prêt à entendre car il parle du lieu d'une préoccupation plus matérielle qu'imaginaire. Mais j'ai aussi reçu les réponses les plus bizarres. Une phrase pourrait les résumer : "Ce n'est pas bon pour ce qu'ils ont". Certains, donc, théorisaient sur cet interdit, qui savaient ce qui est bon pour l'autre et ce qui se passe quand cet autre a des relations sexuelles, qui est psychotique de surcroît. Les uns disaient : "C'est parce que dans ces cas l'instinct de mort reprend le dessus, etc.". D'autres détaillaient : "Les psychotiques, de toutes façons, qu'ils fassent cela ou autre chose, c'est pareil, leur corps est morcelé, ça n'a pas de sens pour eux, c'est comme si tu les piquais avec une épingle". On peut remarquer que ce type d'argument ne s'appliquait pas aux injections…

Le 'fond du problème est, évidemment, que la sexualité vient ici occuper une place dans la différence entre le fou et le non-fou : le soignant n'a pas de blouse blanche, mais il copule. Et dans les faits, au cours des réunions, qui n'étaient pas aussi formelles que dans les établissements classiques, ils se touchaient, se pelotaient, bref, affichaient ouvertement la possibilité d'une sexualité, mais réservée : les fous, eux, ne se touchent pas. De sorte qu'on peut dire que même dans un lieu où on prône la libération de la parole et la relativité des rôles, quelque chose fait toujours retour du côté d'un ordre instaurateur de différence et d'exclusion.

Plus tard, j'ai travaillé dans un hôpital psychiatrique traditionnel. Celui-ci se caractérisait par la place qu'y occupaient les allées entre les bâtiments dans la structuration de l'espace : il fallait que tout le monde marche dans les chemins tracés et pas ailleurs. Un personnel avait pour tâche de niveler le terrain, de tracer dans le jardin des allées nettoyées de leurs mauvaises herbes, et les "malades" (on change ici de désignation) et les soignants étaient tenus de marcher dans ces allées, les uns avec des blouses grises poussant de petits chariots chargés de lingerie, les autres avec des blouses blanches. Et le fait de faire tourner en rond des gens dans des chemins tracés résumaient métaphoriquement assez bien la fonction de cet hôpital.

Ce cadre étant posé, certains êtres transgressaient. L'un d'eux était le chien d'un interne qui refusait obstinément de marcher dans ces allées, ce qui ren-

dait le directeur malade. Le directeur avait fait construire une niche par ses services techniques pour capturer le chien. D'autres êtres subversifs, en les personnes de quelques internes et psychologues, marchaient sur les pelouses. À force, des petits sentiers s'étaient dessinés à travers la pelouse, et les sbires du directeur badigeonnaient parfois ces sentiers avec de la poix ou des substances graisseuses pour que les personnes qui transgressaient fussent marquées au bas du pantalon. Le délire atteignait son comble lors de réunions administratives. Au cours de l'une d'elles, le directeur s'adresse à l'interne propriétaire du chien : "Monsieur, ma femme m'a dit que votre chien a aboyé après elle lorsqu'elle est allé à la messe ce dimanche". Et l'interne de répondre : "Monsieur le directeur, mon chien m'a dit que vous cherchiez à l'enfermer dans une niche". Et le directeur a cette phrase magnifique, qui me permet d'anticiper sur ce que je vais dire de la perte de la distance métaphorique dans ces institutions de traitement de la déviance : "C'est pas vrai, dit-il, c'est pas vrai, les chiens ne parlent pas !".

Dans cet hôpital, donc, la folie n'était pas toujours du côté auquel on s'attend, et l'ordre quadrillait jusqu'à l'espace sur lequel on posait le pied. À contrario, et c'est ce que je veux souligner, les "malades" vivaient leur sexualité comme ils voulaient : Ils le faisaient dans des taillis, en dehors des allées, au grand dam du directeur, qui passait son temps à observer aux jumelles les buissons qui bougeaient un peu plus que le vent ne le permettait, mais il y avait sur le plan de la sexualité une grande liberté et les "malades" étaient en fait dans cet hôpital ceux qui, dans la journée en tous cas, copulaient le plus. Et ils ne s'en portaient pas plus mal : apparemment ils ne confondaient pas cela avec des piqûres de seringues.

Ces deux exemples montrent que la logique de l'ordre et celle de la subversion connaissent de nombreux emboîtements au sein de divers dispositifs. Leur agencement est souvent spécifique de l'institution concernée, mais n'a que peu de rapport avec son objet et son but.

Vol au dessus d'un piège à rats

Je voudrais maintenant centrer mon propos sur ce que je connais un peu mieux, à savoir mon travail avec des personnes violentes, dites psychopathes. Les remarques qu'on peut faire sur le dispositif de traitement des psychopathes sont du même ordre. Curieusement, si on étudie le terme de dispositif, on constate qu'on parle couramment de dispositif policier, de dispositif de sécurité, ce qui me paraît particulièrement adapté à ce dont je vais vous

parler. Par ailleurs, le dispositif policier est aussi à entendre dans le sens de piège, et ceci me semble aussi approprié à l'idée que le dispositif en général, et le dispositif psychothérapeutique en particulier, est peut-être une façon de piéger quelqu'un. Ce qui suppose une démarche intersubjective qui découpe un champ de savoir entre celui qui tend le piège et celui qui est amené à se faire piéger : ceci m'a amené ailleurs à parler de "stratégie" thérapeutique[3].

Pour reprendre la question de l'articulation entre discours et pratique, j'irai ici dans le sens du discours comme porteur de métaphores. J'évoquerai l'exemple qui permet à S. Leclaire d'illustrer la notion de forclusion et de perte de la métaphore dans la psychose : les policiers peuvent être désignés sous le terme métaphorique d'hirondelles ; quand le rapport du sujet au langage implique la perte de la dimension métaphorique, la figure forclose du policier peut faire retour sous la forme d'hallucinations peuplées d'hirondelles[4].

Lorsqu'il y a perte de la métaphore, non plus dans la psychose, mais dans le corps social et dans les institutions, le psychopathe est fréquemment pris, non pour une hirondelle, puisque c'est réservé aux policiers, mais pour un rat. Le dispositif devient alors dans son cas, sur le versant du piège, une souricière ou un labyrinthe. Et les étudiants en psychologie sont sans doute les mieux formés à l'approche de la psychopathie sous cet angle, puisque les études en psychologie s'étayent encore largement sur une science du comportement des rats dans des labyrinthes.

Si le psychopathe est un rat comme le policier est une hirondelle, cela reste malgré tout une métaphore qui lui permet encore de parler. Mais il arrive précisément que le dispositif manifeste une perte de la métaphore et le psychopathe est alors au sens propre "fait comme un rat". Un labyrinthe en T se présente à lui, sur le modèle de ce qui est proposé au rat dans les expérimentations en psychologie (un couloir mène à un morceau de sucre, l'autre à un choc électrique) : ici, c'est soit la filière carcérale pour ceux qui sont reconnus responsables de leurs actes aux termes de l'article 64 du Code Pénal, soit la filière hospitalière (psychiatrique) pour ceux qui sont reconnus irrespon-

---

[3] R. Hellbrunn, *Pathologie de la violence. Pour une stratégie thérapeutique*, Paris, Réseaux, 1983.

[4] S. Leclaire, À propos de l'épisode psychotique que présenta l'Homme aux loups, *La Psychanalyse*, 1957, n° 4, cité par A. Lemaire, *Jacques Lacan*, Bruxelles, Mardaga, 1977, pp. 341 sq.

sables. Sur le versant carcéral, bien que des personnes soient enfermées pour des actes violents dont elles ont été reconnues responsables, la trajectoire personnelle de certains d'entre eux fait parfois s'interroger sur le sens de leurs actes ; et leurs troubles psychologiques sont néanmoins reconnus puisque des établissements spécialisés, du type "hôpital dans la prison", sont prévus pour s'adapter plus spécialement à eux : Haguenau et Château-Thierry en particulier, où des détenus sont placés en cellules individuelles et reçoivent des neuroleptiques d'un psychiatre vacataire qui s'y rend de temps à autres. Et ces gens, n'étant pas reconnus irresponsables, sortent quand ils ont purgé leur peine, avec leur problématique entière et sans structure de transition pour les accueillir : on leur donne un billet de train pour qu'ils aillent assez loin pour que les statistiques de criminalité de la région n'en souffrent pas trop, et cela recommence ailleurs.

Ceux qui ne sont pas reconnus responsables de leurs actes de violence sont acheminés sur un hôpital psychiatrique. Là, l'apparition des neuroleptiques depuis quelques décennies a permis de réduire les comportements inquiétants mais, dans le même temps, le seuil de tolérance à ces comportements s'en est trouvé abaissé, tandis que les discours se sont adoucis : on supporte plus difficilement ces comportements, mais il n'est pas question pour autant d'enfermer, l'hôpital s'ouvre sur le secteur, la cité est quadrillée par la prévention, on trouve du psy partout, on consulte en dispensaire, on se déplace à domicile avec les piqûres de neuroleptiques-retard qui permettent de tasser pour plusieurs semaines les symptômes les plus voyants. Dans ce dispositif tranquille, le psychopathe dérange et, ainsi que nous l'avons pointé lors d'un récent colloque[5], s'il sert d'analyseur de l'institution et de la société, on l'enferme alors encore plus, c'est-à-dire dans un établissement encore plus spécialisé, du type cette fois "prison dans l'hôpital", tel que Sarreguemines dans notre région, par exemple.

Ce débouché peut avoir des effets paradoxaux : une personne que je suivais dans le cadre d'un hôpital psychiatrique traditionnel inspirait la terreur à tout le monde, car il intentionnait de découper au couteau les gens qu'il prenait pour des charcutiers, il soupçonnait en effet sur un mode délirant un charcutier d'avoir tué sa mère ; il était donc tellement gavé de neuroleptiques qu'il n'arrivait même plus à parler, jusqu'au jour où un psychiatre un peu plus

---

[5] "Psychopathie et société", colloque ACCORD, Strasbourg, 1984, *Nouvelle Revue de Psychologie*, 1985, n° 2/3.

insécurisé que les autres l'a fait déplacer à Sarreguemines. Un des paradoxes de ce double enfermement (prison dans l'hôpital) a été de libérer sa parole car, dans la mesure où les murs et les grilles sont solides, et que les infirmiers dûment diplômés sont néanmoins musclés, on peut réduire les neuroleptiques : il était donc enfermé, mais il parlait.

On constate donc que certains enfermements simples conduisent, sur un discours très doux, à gommer tous les symptômes et à empêcher qu'on puisse amorcer une démarche dynamique du point de vue thérapeutique, tandis que d'autres enfermements, qui sont redoublés, aboutissent à libérer une parole. Ce qui ne veut pas dire que ce soit une panacée, mais cela recoupe ce que je disais plus haut du traitement de la psychose.

Tout le problème du dispositif est là : il y a capture par des discours et des pratiques institutionnelles de quelque chose qui se structure autour du sujet et qui vise à prendre ce dernier pour un rat. La perte de la métaphore se précipite ici dans ce que les psychopathes sont alors traités dans le réel de leur corps : neuroleptiques, lobotomisation dans certains pays, castration chimique pour ceux qui ont le malheur de mélanger leur violence avec des atteintes sexuelles, conditionnements du type de ce qu'on voit dans "Orange mécanique". La France est encore relativement préservée de ces excès, mais ne nous leurrons pas : c'est parce que ces problèmes ne sont pas sérieusement pris en compte chez nous, comme en témoignent les difficultés que nous avons à faire subventionner des projets de recherche sur cette question ; d'où résulte dans nos institutions un certain flottement dans le domaine.

Recherche d'un dispositif alternatif

Sur ce flottement, il est peut-être possible de mettre en place d'autres dispositifs, avec le risque qui demeure de tomber dans cette logique duelle que je dégage ici de l'ordre et de la subversion, car il faut savoir qu'une telle logique est réversible : ce qui apparaissait subversif jusque là peut aussi demain servir l'ordre. J'ai posé par exemple dans mon propos un clivage entre l'institution d'un côté et les sujets de l'autre, mais au jeu de l'institutionnalisation, tout le monde participe, y compris les victimes. Du côté institutionnel, une pratique de la "démission alternée"[6] conduit les professionnels d'une même

[6] Nous devons cette notion et son développement à J.P. Chartier. Cf. J.P. Chartier, De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité, *Topique*,

institution à se renvoyer mutuellement le soin de s'occuper de cette personne gênante qu'est le psychopathe : le psychologue dit que c'est du ressort de l'éducateur et vice-versa. La même démission se joue entre les établissements de prise en charge qui se le renvoient des uns aux autres. Mais le psychopathe aussi est partie prenante à ce jeu, car il .cherche la faille et la trouve, en quoi précisément il est un analyseur, puisqu'il soulève la discorde latente du groupe : en quête de son identité, de sa parole, d'une réponse à sa souffrance, il appelle la loi et rencontre les failles de l'ordre institutionnel, à la fois révélatrices et obturantes de sa parole.

Un premier aspect de mon travail est l'approche directe des personnes violentes. J'essaie, en travaillant au niveau du corps, dans une pratique de combat, de recapturer le sens des coups au niveau de la parole. Le dispositif est bien ici celui d'un piège, qui pose comme "morceau de sucre" la possibilité de cogner, de travailler avec son corps, et ce que le sujet y rencontre, c'est sa parole. Il s'agit dans ce travail de laisser la possibilité de cogner, de jouer, en essayant de retrouver les associations d'idées qui sont derrière les coups portés ou reçus, les parties du corps attaquées ou évitées, défendues ou exposées, etc.

J'expose ailleurs[7] le cas de Dominique avec qui j'ai ainsi travaillé et qui ne fait plus de passage à l'acte violent depuis trois ans. C'est le côté réussi de ma démarche dans son cas. Il ne passe plus à l'acte dans une logique très imaginarisée (c'est lui ou c'est moi). Auparavant, il cognait des adultes dès l'âge de neuf ans, sa musculature s'est développée et il suivait une tactique peu raffinée : il attendait que l'autre soit fatigué de cogner et il l'étranglait. Il n'avait ni peur, ni mal, et ce que je lui ai appris, c'est au moins d'avoir peur des coups, il esquive, n'a plus envie de prendre des risques dont il sait qu'ils l'exposent à la sanction de la réalité ; par contre, il parle, il écrit. Cette évolution a surtout déplacé sa problématique : des grandes alternatives de vie et de mort, il passe à de petites transgressions, il se lève tard, il rate ses rendez-vous. Et il reste qu'il n'est pas réinséré socialement, il n'a pas de travail. Il est donc possible qu'il se retrouve un jour en prison faute d'avoir pu rencontrer la société sur une base de travail acceptable par elle.

---

n° 33.

[7] R. Hellbrunn, *op. cit.* Pour un aperçu des pratiques corporelles avec des personnes violentes en France, voir aussi *Corps et Langage*, 1985, 6: "La violence à bras-le-corps".

Ce que je fais n'est donc pas une panacée. Les personnes dont je me suis occupé ont décollé en général de la problématique du rat, assument leur position d'êtres humains, mais sans doute avec des problèmes difficiles qui peuvent conduire à ce que mon travail passe simplement pour un déplacement de symptômes. Mais je n'assure pas non plus un suivi sur toute la longueur de leur trajectoire, ce qui supposerait une démarche d'accompagnement fusionnel des jeunes de 15 à 25 ans, subventionnée par l'État dans un cadre où je fonctionnerais comme une sorte de guru. Ce que je fais est quelque chose de limité qui répond à un problème limité qui est celui de la personne dont l'acte est une enclave mal symbolisée. Pour celui dont l'acte est le seul support identitaire, il est d'ailleurs possible que le renoncement à l'acte le laisse avec une dépression, un symptôme psychosomatique, etc. pour lesquels, de surcroît, il ne trouvera personne pour lui payer une psychothérapie, parce que ce n'est pas aussi spectaculaire, et que l'absence de danger immédiat fait que cela n'intéresse pas le corps social.

Un autre aspect de mon travail est d'aménager le dispositif qui rende cette rencontre avec les personnes violentes possible. Il est possible par exemple de travailler avec l'administration pénitentiaire, au niveau du passage entre le dedans et le dehors, c'est-à-dire en travaillant avec la personne violente tant qu'elle est enfermée et en préparant sa sortie. Une autre formule que j'ai envisagée est de travailler dans des services de réanimation, car des psychopathes suivent des trajectoires dont certaines incluent des tentatives de suicide, et le moment qui suit le suicide raté est un temps important de parole et de restructuration possible. Et des réanimateurs sont parfois embêtés par des gens qui se réveillent et le leur reprochent, et ils ne savent trop que répondre quand ces gens les interpellent, quelquefois violemment, sur le sens de la vie.

Le dispositif, à cet égard, ne peut être que "péripatéticien", dans deux sens au moins de ce terme :

– au sens d'un accompagnement, pour autant qu'il s'agit par là, comme les philosophes grecs du même nom, de "marcher en conversant", ici de faire un bout de chemin avec ces personnes ;

– et au sens où nous faisons profession de notre personne et que nous avons à composer avec des discours qui ne sont pas purs.

Un discours pur serait un discours de l'ordre ne laissant aucun reste au ni-

veau du pouvoir, soit un discours totalitaire qui réduit le reste en cendres. Le discours fabrique alors de l'Un, et l'autre va se faire voir ailleurs. Le psychopathe est un analyseur de ce discours car il est soit complètement dehors, soit complètement dedans et il devient alors kapo dans un camp de concentration, tortionnaire fonctionnarisé, il est en d'autres termes recyclé et dans tous les cas il ne pose plus de problème.

La bâtardise d'une position thérapeutique a un double visage : celui de la perversion qui consiste à exhiber un discours et à en pratiquer un autre, et c'est tout le sens du discours sur le traitement des déviances : on pratique sous couvert de soins un discours de l'ordre qui n'ose pas dire son nom afin d'éviter le choc en retour au niveau du pouvoir. En effet, les pures techniques de maintien de l'ordre sont facilement décodées de nos jours, et plus on massacre, plus on nage dans le sang et plus les ennemis sortent de partout, alimentant la paranoï a des tenants du pouvoir par des vengeances de plus en plus réelles. Et pour en sortir, la formule est alors de désigner des boucs-émissaires, généralement ceux par qui on a fait faire le sale boulot : kapos, tontons-macoutes, et sur le dos desquels on peut faire la paix. La formule-"thérapeutique" est donc plus douce de nos jours, qui opère sur un glissement de discours : c'est leur bien qu'on veut malgré eux, néanmoins, et on les soigne.

Pour aller dans le sens d'un dispositif alternatif, j'ai développé un projet, "Passage", qui vise à prendre en compte la problématique des adolescents violents à un moment de flottement institutionnel, entre 15 et 18 ans, alors qu'ils sont encore mineurs (il est gênant de les mettre en prison), mais déjà assez costauds pour faire des dégâts qui les rendent difficilement supportables par les structures d'accueil traditionnelles pour enfants et adolescents. Il s'agit d'éviter la spirale de déplacements d'établissement en établissement qui s'amorce à ce moment-là, l'entraînant de plus en plus loin de son point d'origine avec retour à la case départ quand on juge qu'il doit "renouer avec ses racines". C'est généralement à ce moment-là qu'on fait appel à moi, dans des formes un peu bâtardes, et j'ai tenté de formaliser un projet de structure minimale d'accompagnement et de suivi à cet endroit. Il va de soi que le projet n'est pas encore réalisé car, comme nos projets de recherche, il a suivi la spirale institutionnelle que le psychopathe suit ailleurs, c'est-à-dire que chaque instance institutionnelle déclare que le projet est intéressant mais que

c'est à d'autres de payer[8].

C'est à cet endroit que nous retrouvons la nécessité de faire profession de notre personne. C'est-à-dire que nous sommes obligés de développer une stratégie de vente de notre dispositif avant même de pouvoir faire dedans un travail, par ailleurs difficile et mal payé, avec des psychopathes. Or, les élus ne s'intéressent au projet que dans la mesure où il concerne les électeurs qui votent pour eux. Il faut donc présenter d'abord en quoi il contribue à la paix sociale. Si on prétend défendre une telle position, afin de pouvoir tout simplement travailler avec des personnes dont personne ne veut s'occuper, on pourra nous reprocher notre incapacité, qu'on nous reprochera d'autant plus volontiers que, de par le seul fait de vouloir remuer ce qui échoue autour de la psychopathie, nous interrogeons l'impuissance des institutions et des pouvoirs en place. L'harmonie, en ce domaine, est impossible.

[8] Pour un exposé du projet, voir R. Hellbrunn, Sujets violents et modèles institutionnels, *Corps et Langage*, 1985, 6, pp. 9-24.

LES PROJETS DE CENTRES DE PSYCHOLOGIE

10 mai 1985

Nouvelle Revue de Psychologie, 1986, 5, pp. 69-75.

DÉMARCHE DU PROJET DE CENTRE DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE AU CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL D'ARLES

Françoise Pagano[1]

Le projet de Centre de Psychologie Clinique au Centre Hospitalier Général d'Arles (C. Guérin, F. Pagano, J.L. Saboye, 1983) s'origine des problèmes concrets rencontrés dans notre pratique de psychologues en milieu hospitalier. Ce sont différents constats et rencontres qui ont permis l'élaboration de ce projet, et il me semble pertinent de présenter ce dernier en retraçant ce cheminement, car c'est lui qui lui donne tout son sens.

Quand j'ai commencé à exercer comme psychologue dans un hôpital public, je pensais, sortant de l'Université avec mon DESS sous le bras, que les fonctions de chacun dans ce cadre étaient clairement réglementées, que je n'aurais pas de problème de statut. On m'a dit là que mon chef de service serait le médecin-chef. J'étais dans un hôpital : cette assignation ne m'a posé aucun problème sur le moment. Il s'est trouvé cependant que j'ai été personnellement très vite en conflit avec ce médecin-chef, à un moment où je n'étais encore que stagiaire. La mobilisation de mes collègues à l'époque a permis que je sois néanmoins titularisée, et seulement déplacée dans un autre service. Mais j'avais eu chaud, et je me suis mise à réfléchir.

En faisant quelques recherches, je me suis rendue compte que je ne figurais pas sur la liste des effectifs de l'hôpital, alors que, bien sûr, je recevais une

---

[1] Psychologue des Hôpitaux Publics. Centre Hospitalier Général Van Gogh, 13200 ARLES. Ce texte a été rédigé à partir de la transcription de L'intervention à Strasbourg et du texte du projet de Centre de Psychologie Clinique au CHG d'Arles.

fiche de paie. De ce fait, je n'étais pas non plus comptée dans le cadre des statistiques hospitalières. Le directeur de l'hôpital a été obligé de me dire : c'est vrai, je vous paie, mais je ne sais pas ce que vous faites. Les psychologues étaient des fantômes dont le travail ne pouvait faire l'objet d'aucune évaluation.

J'ai rencontré à cette époque les écrits de Serge Raymond qui, avec ses collègues, avait déjà fait un travail sur les textes législatifs et administratifs. Sur ses indications, je suis allée aux sources, aidée de juristes qui m'ont confirmé sur le plan des implications du droit ce que Serge Raymond annonçait déjà sur le plan de l'histoire de la Santé et de l'évolution des discours, à savoir que les données du droit ne pouvaient logiquement qu'amener l'administration à créer un jour ou l'autre des services de psychologie. À l'époque, une opportunité se présentait pour la création de tels services : la départementalisation, et c'est ce qui nous a amené à proposer la création d'un département de psychologie clinique, qui après une rencontre à la Direction des Hôpitaux du Ministère est devenu un projet de centre de psychologie clinique, administrativement appelé : service de psychologie.

Fondements juridiques du projet

Les données du droit impliquent logiquement la création de tels centres. Les psychologues des hôpitaux sont en effet des personnels du niveau de la catégorie A des fonctionnaires de l'État. Le Ministre de la Santé le reconnaît dans sa réponse n° 16293 parue au Journal Officiel du 11 Août 1979 :

"...il est cependant incontestable qu'étant donné, d'une part les titres exigés des intéressés par le décret du 3 Décembre 1971 fixant leur statut, et d'autre part le niveau de leurs fonctions, l'emploi de psychologue peut être considéré comme situé au niveau de la catégorie A des fonctionnaires de l'État. C'est ainsi que la réforme du classement indiciaire des agents de catégorie A a été appliquée aux psychologues par les arrêtés du 9/3/1977 et du 14/3/1978..."

En effet, les psychologues sont obligatoirement recrutés sur la base d'un Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées de l'Université (DESS de psychopathologie et de psychologie clinique). Or, l'Instruction n° 1 du 3 Avril 1947 énonce que, "bien que la loi ne le précise pas expressément, il est manifeste que la classification des fonctionnaires en catégories est fondée sur leur qualification professionnelle". Et ce même texte précise que les personnels de, catégorie A, qui "exercent des fonctions de conception et de direction"

sont recrutés "sur concours devant exiger une formation intellectuelle générale du niveau de l'enseignement supérieur".

Le Livre IX du Code de la Santé Publique auquel les psychologues de hôpitaux appartiennent (cf. décret du 3/12/1971) et la Circulaire n° 243/DH/4 du 20 Juillet 1976 stipulent que les psychologues ne sont ni personnels médicaux, ni paramédicaux. Ceci est confirmé par l'absence des psychologues du Livre IV du même Code (Livre spécifique des personnels médicaux et paramédicaux). Ainsi, rien ne légitime le fait de penser que la psychologie est une particularité technique de la médecine. Continuer à le croire et à l'exiger constitue un détournement de la loi, et cela revient à imposer un état de fait contre un état de droit. Le Titre IV, qui remplace le Livre IX, et la circulaire du 24 Mai 1985 le confirment à nouveau.

Les psychologues des hôpitaux sont responsables du choix et de l'application des méthodes qu'ils emploient et les conséquences de cette règle en sont l'indépendance professionnelle et l'autonomie technique. Le décret de 1971 (art. 2) reconnaît les psychologues en tant que spécialistes de la psychologie dans la structure hospitalière ; il reconnaît que leurs méthodes sont distinctes des méthodes médicales et para-médicales.

Ainsi, les psychologues ne sont pas, en droit, sous l'autorité de médecins, même chefs de service : un médecin ne peut exercer de "direction technique" sur des spécialistes dont la pratique est indépendante de la médecine. Par ailleurs, le Livre IX du Code de la Santé Publique dispose que les psychologues sont des agents hospitaliers placés sous l'autorité administrative directe du directeur de l'établissement. Celui-ci est la seule autorité ayant pouvoir de nomination et de notation en ce qui concerne les psychologues.

Depuis 1947, cependant, le Ministère de la Santé recrute dans ses hôpitaux publics des spécialistes de la psychologie habilités à diriger des services de psychologie, sans donner à la Direction des Hôpitaux les moyens nécessaires à la création de tels services. Ne disposant d'aucune structure spécifique et ne sachant que faire de ces spécialistes, les directeurs de hôpitaux publics ont pris l'habitude, *sans se référer à aucun texte réglementaire précis*, de médicaliser l'ensemble des questions se rapportant à la santé, et ceci notamment en rattachant arbitrairement les psychologues aux services médicaux.

Il est alors aisé de comprendre pourquoi tant de problèmes se posent aux médecins, chefs de service, qui croient pouvoir exercer une direction techni-

que et une responsabilité médicale sur les psychologues et leurs activités. Dans le même ordre d'idées, les médecins sont présents dans les jurys de concours sur titres concernant le recrutement des psychologues des hôpitaux, ce que rien de justifie, pas plus que les appréciations données par les médecins au directeur de l'établissement en matière de notation des psychologues. Ceci a été confirmé dans la circulaire de mai 1985.

Le projet de Centre de Psychologie Clinique se présente ici comme une tentative de dépasser cette situation. Juridiquement, nous le concevions au départ sous la forme d'un département. La départementalisation ne concernant que les activités médicales et para-médicales, le Ministère nous a conseillé la dénomination de "Centre de Psychologie" fonctionnant administrativement comme service de psychologie qui pourrait travailler avec tous les services médicaux pour une réelle approche globale des malades.

Fondements théoriques et cliniques du projet

Le projet de Centre de Psychologie Clinique au CHG d'Arles résulte d'une réflexion sur la place du psychologue et de la psychologie dans l'hôpital public depuis un quart de siècle et est le fruit du désir des psychologues des hôpitaux d'affirmer la spécificité de leur pratique et de trouver un lieu pour la rendre efficiente.

Les psychologues des hôpitaux ont fini par s'apercevoir qu'il y avait un lien direct entre leur situation précaire et la situation de la psychologie dans l'hôpital. Longtemps considérée comme un savoir annexe, mineur, la psychologie apparaît de plus en plus comme l'outil fondamental d'une perception globale de l'individu et de son évolution. L'affirmation de leur spécificité par les psychologues passe par une nécessaire responsabilité et un lieu approprié à leur exercice.

La constitution d'un Centre de Psychologie Clinique au sein de la structure hospitalière trouve sa pertinence, sa valeur opérationnelle et son efficacité à partir de quatre données fondamentales :

– Le niveau de formation universitaire du psychologue détermine sa spécificité et la qualité de ses prestations.

– La psychologie clinique en tant que pratique de la relation humaine, réintroduit le sujet dans sa totalité ; elle est une pratique autonome et complémentaire des autres pratiques déjà agissantes au sein de l'hôpital (médicales,

paramédicales, sociales).

– Les champs d'intervention du psychologue clinicien sont multiples : il a sa place partout où il est question de l'être humain, partout où la réalité psychique des personnes doit être. prise en compte dès qu'il s'agit de la santé.

– L'efficacité de la psychologie clinique est double : 1/ psychologique, auprès des usagers, 2/ économique, auprès de la gestion hospitalière et plus généralement du service public.

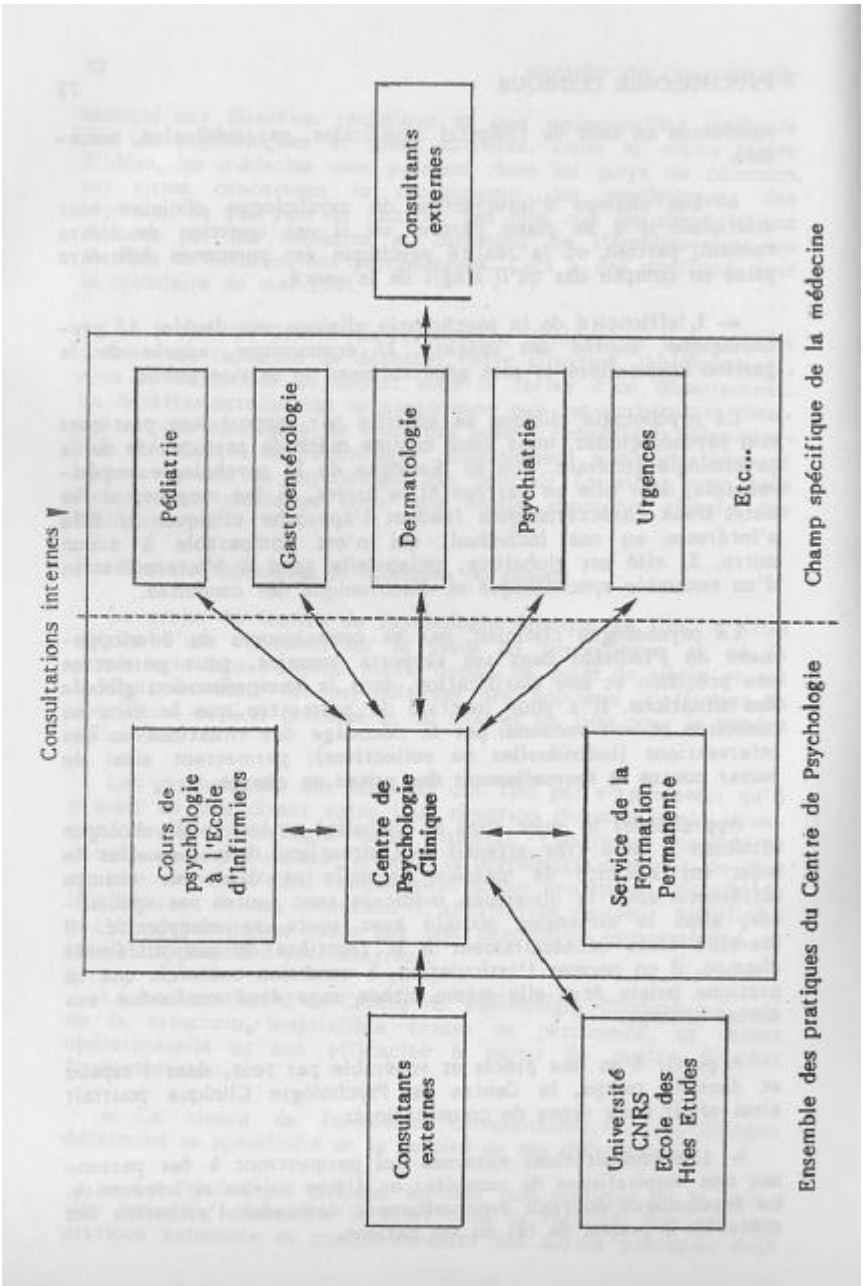
La psychologie clinique se spécifie par rapport aux pratiques non psychologiques, mais aussi comme méthode particulière de la psychologie générale. Elle se distingue de la psychologie expérimentale, dont elle ne partage ni le projet, ni les moyens, ni les buts. Deux caractéristiques fondent l'approche clinique : 1/ elle s'intéresse au cas individuel, qui n'est comparable à aucun autre, 2/ elle est globaliste, puisqu'elle tend à l'interprétation d'un ensemble synchronique et diachronique des conduites.

Le psychologue clinicien, par sa connaissance du développement de l'individu dans ses rapports humains, peut permettre une précision et une clarification, dans la compréhension globale des situations. Il a pour fonction de permettre que le sens se constitue et soit reconnu : par le décodage des situations ou des interventions (individuelles ou collectives), permettant ainsi de lutter contre le morcellement des prises en charge.

Appréhender le sujet dans sa globalité amène le psychologue clinicien à être très attentif aux situations dans lesquelles le sujet est sollicité de manière partielle et dans des champs différents : ainsi la dimension médicale avec toutes ses spécialités, ainsi la dimension sociale avec toute sa complexité. Il travaille alors nécessairement à la frontière de ces différents champs, il en permet l'articulation, à condition toutefois que sa pratique puisse être elle-même située sans être confondue aux autres champs.

À partir d'un lieu précis et repérable par tous, dans l'espace et dans le temps, le Centre de Psychologie Clinique pourrait ainsi offrir deux types de consultations :

– Les consultations externes qui permettront à des personnes non hospitalisées de consulter et d'être suivies si nécessaire. Le psychologue pourrait éventuellement demander l'attention des médecins à propos de tel ou tel patient.


Consultants externes
Pédiatrie
Gastroentérologie
Dermatologie
Psychiatrie
Urgences
Etc...
Consultations internes
Champ spécifique de la médecine
Cours de psychologie à l'Ecole d'Infirmiers
Centre de Psychologie Clinique
Service de la Formation Permanente
Consultants externes
Université CNRS Ecole des Htes Etudes
Ensemble des pratiques du Centre de Psychologie

– Les consultations internes qui permettraient d'une part aux médecins et à leurs collaborateurs, et suivant la nécessité pour le patient, de demander l'attention des psychologues, d'autre part aux patients eux-mêmes de la solliciter à leur tour.

Le schéma général de fonctionnement d'un Centre de Psychologie Clinique que je reproduis ici s'étaye sur des possibilités concrètes de travail en articulation avec d'autres services au Centre Hospitalier Général d'Arles.

L'efficacité du psychologue clinicien à cet endroit est double, ai-je dit : psychologique et économique.

1/ Psychologique, auprès des usagers. Nous savons par expérience qu'il est plus facile à l'être humain de se plaindre à propos de problèmes sociaux ou médicaux que d'en venir directement à la dimensions psychologique qui est cependant un fait quotidien. Le risque de reconnaître que l'on est à l'origine de sa souffrance, que l'on porte ou bien que l'on partage celle des autres, à ses dépens parfois, est dans la difficulté de se penser blessé : il s'agit d'une blessure d'amour propre, d'une blessure narcissique qui demande à être abordée avec précaution et où la psychologie "quotidienne" ne suffit pas.

Les résistances à reconnaître cette dimension psychologique, cette réalité psychique, ne sont pas le seul fait des personnes humaines singulières, mais aussi de la manière qu'a la société de retenir, d'éviter l'avènement de nouvelles structures et de maintenir des mentalités déjà anciennes. Il s'agit bien, en proposant la création d'un Centre de Psychologie Clinique, de contribuer à un changement dans les mentalités : du déni ou de la méconnaissance de la réalité psychique, à la possibilité de vivre avec, quotidiennement.

2/ Économique. Les consultations internes et externes d'un Centre de Psychologie Clinique permettraient dans de nombreux cas d'éviter des prolongements d'hospitalisation ou bien des hospitalisations inutiles. L'effet en serait de réaliser une économie pour le service public que nous pensons conséquente. Nous en avons évalué l'estimation dans le plan financier du projet dans sa version détaillée (1983).

*Nouvelle Revue de Psychologie, 1986, **5**, pp. 77-98.*

PREMIÈRE PIERRE D'UNE PSYCHOLOGIE PUBLIQUE DE SANTÉ[1]

Serge Georges Raymond[2]

La place occupée par les Sciences Humaines dans le dispositif sanitaire montre à quel point la norme imposée par les Sciences Exactes rend peu crédible le discours de la psychologie. Tout simplement parce que sont comparées des choses qui ne sont pas comparables, alors que chacune a sa propre logique. Pour ces raisons toutes les alternatives à l'hospitalisation psychiatrique, notamment les structures intermédiaires, ont abouti (quels que soient les efforts des médecins en cause) à une médicalisation accrue des populations.

Une expérience conduite de 1979 à 1985, en dehors des services psychiatriques, mais paradoxalement à l'intérieur d'un hôpital du même nom, a pu montrer l'urgence qu'il y avait de développer une authentique psychologie de santé publique. Ceci en considérant que l'alternative à la médicalisation ne pouvait être la psychiatrisation avec ses deux prothèses : la psychologie et la psychanalyse. Sur ce terrain, il faut avouer que le renouveau du secteur correspond désormais à l'utilisation d'un nouvel instrument de promotion de la dépendance sur le dos des chômeurs et au service des médecins : questions

---

[1] Réflexions à propos de la circulaire DH18DI85 n° 95 du 24 mai 1985 relative à l'application du décret du 3 déc. 1971. Ce texte est celui de la conférence-débat du 28 septembre 1985 à l'Association Nationale des Psychologues des Hôpitaux Publics à Paris, rédigée à partir des éléments de L'intervention faite au cours de la réunion-débat de l'IEP et dont cette circulaire a consacré l'actualité.

[2] Docteur en Psychologie, Psychologue des Hôpitaux, Président de l'Association Nationale des Psychologues des Hôpitaux Publics et Membre de l'Institut Européen de Psychologie. 131, rue St. Denis, 75001 Paris.

d'emplois obligent.

Cette pratique de psychologie publique, a porté sur une population tout venant dont le point commun était de n'être pas passée devant un psychiatre (c'est-à-dire au travers des différentes nomenclatures, y compris en termes de prise en charge administrative et financière) ; d'avoir refusé d'y passer et de s'être adressée – ou s'être fait adresser – au psychologue de service public, directement.

La raison invoquée pour expliquer leur choix était que ce psychologue acceptait de les recevoir dans une institution psychiatrique sans pour autant axer son intervention et ses réponses sur la prise en charge à tout prix (le prix n'étant d'ailleurs prévu nulle part quand il s'agit de psychologue avec une perte financière réelle pour l'institution) mais autour d'une information raisonnée dont l'image institution et un nouvel énoncé de la loi devenaient le centre pour les consultants et le psychologue.

Cette logique paradoxale d'une population qui se présente dans une institution de soins pour ne pas recevoir de soins, mais trouver un asile culturel d'accompagnement leur permettant d'en faire l'économie, a rencontré la logique non moins paradoxale du psychologue des hôpitaux garant du droit de citer de la non-maladie à l'intérieur de la structure maladie.

Ces deux logiques sans prix à payer pour l'hôpital, le psychologue étant plein temps, ont pu cohabiter durant six années à côté du secteur, et surtout des services psychiatriques, avant de se heurter à la logique institutionnelle (médico-administrative) qui s'est trouvée devant l'obligation d'étouffer cette expérience car elle remettait en question le fonctionnement et la nécessité même de l'institution en cause, allant jusqu'à la menacer d'une évolution identique à celle des sanatoriums d'hier.

Cette logique institutionnelle locale a bien entendu gagné sa cause et su exécuter cette initiative relevant des Sciences Humaines, au profit des représentants du discours normatif des Sciences Exactes.

La logique institutionnelle nationale a néanmoins relevé le défi. En effet, par une circulaire datée de mai 1985, la direction des hôpitaux du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale a instauré pour les psychologues des hôpitaux, deux tiers temps d'activité clinique et un tiers temps consacré à ce qu'il convient d'appeler une Mission d'Intérêt Général (forma-

tion-recherche-enseignement). Cette mission doit d'abord se préoccuper d'implanter réellement la psychologie dans le dispositif de santé entendu au sens large, avant de poser la première pierre d'une psychologie publique de santé.

Afin de concilier l'intérêt du service public et celui de la psychologie publique, l'esprit de ce tiers temps a pour but de donner les moyens aux psychologues des hôpitaux d'apporter la preuve qu'ils sont prêts à gérer eux-mêmes et à développer leur discipline à partir de nouveaux outils dont certains sont encore à forger à la lumière de cette circulaire.

FORMATION – ÉVALUATION – RECHERCHE

Sur le plan de la "fonction de formation, d'information et de recherche" prévue par la circulaire, les choses ne sont pas bien claires : "Le psychologue se doit d'actualiser sa formation sur les évolutions des méthodes et connaissances. Tous moyens doivent lui être donnés pour permettre cette formation. Il peut assurer auprès des personnels des établissements visés à l'article L. 792 du code de la santé publique et auprès des écoles ou centre de formation qui y sont rattachés, des formations relevant de sa compétence. Il a une obligation d'information personnelle et assure le retour à l'établissement de cette information. Enfin, il peut participer à toutes recherches ou les susciter".

Il convient de dissocier ces deux grandes orientations : formation et recherche, et voir, avec ce qui se passe dans la réalité d'aujourd'hui, ce qui pourrait être ou non une ouverture, puisque le psychologue ne dispose d'aucune des prérogatives qui lui sont prêtées.

1/ Formation et Évaluation

Il est effectivement légitime que les psychologues et les responsables nationaux se préoccupent de la formation des psychologues. Cette catégorie de personnel dont le niveau de qualification est totalement ignoré ne peut pas non plus passer sa vie à se former. Il faudrait se demander s'il ne serait pas utile de valoriser son expérience, et que ce soit cette expérience là qui puisse passer dans les circuits de formation. Sur ce plan, ce serait surtout aux psychologues en poste de former d'abord et sur le terrain leurs collègues plus jeunes, ainsi que les autres personnels. Cela n'est pas prévu.

Il y a un danger à prévoir cette formation, ce temps pour les psychologues à actualiser leur connaissance. D'abord tous les personnels ont à le faire, les psychologues peut-être plus que certains, mais c'est après tout pour cette raison qu'ils sont psychologues. Or, il faut noter que l'A.N.F.H.[3] permet aux psychologues de se former, comme elle le permet d'ailleurs aux autres personnels du Livre IX du C.S.P. De ce point de vue, il existe un cadre de formation prévu réglementairement pour tous les agents, dont les psychologues font partie.

Avec la circulaire, les psychologues risquent de se retrouver dans une situation où ils auront en terme de temps la possibilité de se former, mais avec la charge financière de cette formation à supporter, et sans congé pour le faire, ainsi qu'ils en disposent aujourd'hui. Ce sera alors une lourde perte et ils se retrouveront, sans en avoir les avantages financiers, dans la situation des médecins qui, eux, demandent précisément à bénéficier de cet avantage-là. Il y a, à mon avis, un risque important de régression des possibilités de formation et d'actualisation des connaissances des psychologues des hôpitaux. Sur ce registre, les 13 heures ne peuvent servir à la formation et à l'actualisation des connaissances. Les 13 heures appartiennent aux 39 heures et la formation avec l'actualisation se situent en dehors des 39 heures, au risque, sinon, des salaires. Aussi les commissions qui ont à décider des formations refuseront que les psychologues en bénéficient puisqu'ils ont un temps de prévu pour cela.

Il y a, par ailleurs, une autre question, qui est celle de l'évaluation de ces formations, laquelle se pose pour l'ensemble des personnels qui sont formés par les organismes de formation continue. Si cette évaluation, en psychiatrie notamment, n'est pas faite parce que difficile à envisager, là encore, les psychologues risquent de s'isoler et de se mettre en position de se faire évaluer par retour de l'information à l'établissement. Et il est vrai qu'on pourrait légitimement se demander à quoi servent ces multiples formations alors qu'on ne sait rien des impacts de celles-ci dans la pratique. Ce qui pose ici la question non plus de l'évaluation des formations mais celle de l'évaluation des pratiques. Ceci introduit la notion de recherche.

---

[3] Association Nationale pour la Formation Hospitalière.

Sur le plan d'une possible formation des autres personnels par les psychologues, le "il peut assurer une formation relevant de sa compétence" énoncé par la circulaire est une formule plaisante. En fait, la circulaire relative à la formation des infirmiers de secteur psychiatrique n'a pas prévu que les psychologues puissent enseigner la psychologie (S.G. Raymond, mai 1981).

Ce sont les médecins et les pharmaciens qui doivent assurer cette charge et on peut être surpris que les auteurs de la circulaire restent silencieux sur cette question. Elle est d'ailleurs intéressante. La plupart des psychologues, pour faire pendant à une situation statutaire désastreuse, sont rémunérés quand ils enseignent, bien que cela ne soit pas prévu, dans les écoles infirmières. Conformément aux données de la circulaire, ils risquent alors, non pas de se voir imposer cet enseignement puisque la circulaire des écoles ne les mentionnent pas, mais de perdre cette rémunération quand ils acceptent d'assumer une charge dont il faut rappeler la difficulté dès lors qu'ils n'ont pas de place dans les écoles et que la psychologie reste du domaine des pharmaciens ou des médecins ; matière d'enseignement qu'ils proposent parfois aux moniteurs eux-mêmes. Il faut sérieusement se pencher sur ces notions de formation, d'actualisation des connaissances car il serait dommage que cette circulaire marque un recul alors qu'elle pourrait constituer une avancée si les psychologues envisageaient les choses d'un autre point de vue, celui au fond que peut ouvrir l'aspect "recherche" et qui implique un changement dans l'évaluation des pratiques des psychologues, ou de l'idée classique qu'ils s'en font à partir d'un regard porté sur l'évaluation du travail des autres professionnels.

Il semblerait aussi, en ce qui a trait à la formation, à recevoir ou à donner, que le temps institutionnel prévu par la circulaire pourrait plutôt servir de pont entre les services et les psychologues, l'administration et les psychologues.

La formation d'un psychologue, par les voies habituelles des organismes de formation continue, pourrait être valorisée par l'espace institutionnel groupant les psychologues et mise au service de tel ou tel secteur, ou encore de telle école d'infirmier(e) psychiatrique ou D.E. pour que l'enseignement soit donné à partir de la compétence accrue du psychologue. Ce tiers temps, ici, pourrait valoriser les formations, permettre au service public d'en bénéficier sans pour autant nécessiter l'évaluation des individus. Faire en sorte, finalement, que l'utilisation de ces formations soit évidente pour chacun. L'espace institutionnel aurait à répondre des formations psychologiques. Les termes

choisis pour cette réponse étant de son ressort, mais surtout centrés sur la notion de service public.

2/ Recherche et Évaluation

En matière de recherche en sciences humaines la question est d'abord de savoir si le terme de sciences peut s'appliquer à l'humain, du côté de la psyché. Rien jusqu'à aujourd'hui, ne permet de dire de la psyché qu'elle rentre dans le cadre des sciences au sens habituel du vérifiable, de la répétition imposée par les sciences exactes. Une façon de comprendre le préjugé défavorable dont souffre la recherche en psychologie, c'est que ce préjugé est la condition même de l'exactitude des sciences exactes : la preuve que ces sciences le sont, c'est que les sciences humaines ne le sont pas. Et se trouve comparé ce qui n'est pas comparable. Ce qui ne veut pas dire que l'évaluation ne soit pas possible en psychologie pratique, dans les hôpitaux, mais il apparaît urgent de renoncer à l'idée que ce qui fait les sciences, tout au moins du côté de l'humain, c'est uniquement le manomètre, le microscope et la mesure. La notion de quantification est en train de se modifier car il faut noter que le qualitatif, à force d'être considéré comme quantité négligeable, est en train de submerger le quantitatif, et il devient urgent de savoir ce qu'on doit en faire, dès lors qu'il infléchit le quantitatif et rentre de plain-pied dans le réel, y compris des adeptes de l'exactitude : comparer deux établissements, un sans psychologue, un avec psychologue, autour d'une variable préalablement choisie peut introduire à une recherche sur le qualitatif à partir de la mesure d'effets quantitatifs. Que se passe-t-il à l'intérieur ?

Les psychologues, dans cette réflexion, sont particulièrement concernés. Cela fait des années, au moins depuis 1971, que leur travail n'apparaît nulle part, comme s'il n'existait pas ou seulement en qualité d'apport, inclus dans le meilleur des cas, dans la discipline des autres.

Après la suppression du prix de journée, la notion d'acte est en train de disparaître et il pourrait sembler pertinent que les psychologues qui, jusqu'à aujourd'hui, se sont toujours opposés à ces notions (l'expérience révélait qu'ils avaient raison) fassent savoir leurs propositions sur ces sujets afin, bien entendu, que le travail psychologique sorte de la clandestinité.

La question du forfait, elle aussi, en noyant les interventions et en entraînant un recouvrement des champs professionnels, ne fait pas pour autant apparaître la nécessité des psychologues. Il faut donc envisager sérieusement la

question de l'identification, du repérage des prestations de service, non pas dans le but d'évaluer les compétences, mais plutôt de saisir les effets de ces prestations, pour éventuellement les augmenter.

Il faut se préoccuper, pour améliorer le travail psychologique, de savoir désormais qui fait quoi, beaucoup plus que comment il le fait, afin de développer, aussi, l'idée de responsabilité autour des effets de ces prestations. Autrement dit, il revient aux psychologues de sortir du silence pour dire la responsabilité qui est la leur dans les effets relatifs au travail psychologique qu'ils effectuent depuis bien longtemps.

Il semble que du point de vue de la recherche, le regroupement des psychologues dans cet espace institutionnel du tiers temps, puisse favoriser l'implantation d'un nouveau modèle de recherche, voire aussi, et plus modestement, la recherche tout court dans des établissements comme ceux relevant de l'article L 792 du C.S.P. et dont on sait le caractère de pauvreté en ce domaine. Implantation, par conséquent, sans surcoût financier de la recherche. Les pratiques des psychologues, mais aussi de l'ensemble des personnels soignants ou non, en seront modifiées dès lors qu'elles seront beaucoup plus jaugées que jugées, posées en termes de projets d'orientation dans une visée prospective avec un regard surtout porté sur les réalisations ayant abouti ou susceptibles d'aboutir. Ce qui reviendrait à sortir de l'immobilisme et du coup par coup. Une forme d'évaluation serait, selon cette façon de voir, la pertinence des projets de recherche soumis aux organismes compétents. Ce serait au fond la notion de recherche qui viendrait valider ou rendrait compte de la pratique du psychologue, par le psychologue.

Au niveau de la réalité, de la production de la circulaire, il faut clairement poser la question. Alors que l'idée de recherche est abordée pour les psychologues des hôpitaux, combien d'entre eux font de la recherche ? Combien d'entre eux sont titulaires d'un doctorat de psychologie ou en ont débuté un ? Cela pourrait être au moins un critère. De fait, le nombre en est dérisoire, et ceux qui ont les titres nécessaires restent généralement silencieux. Nul ne sait si les psychologues des hôpitaux font de la recherche, tout simplement parce que leurs travaux ne sont pas connus ou qu'ils ne les font pas connaître, soit que les projets qu'ils présentent, par défaut d'outils méthodologiques, ne sont pas retenus, soit encore que ceux-ci ne répondent pas aux canons des sciences habituelles. Ce qui fait qu'il y a un potentiel intellectuel énorme de perdu. La circulaire peut constituer une chance pour la psychologie publique de santé dans le domaine de la recherche. Il est urgent de prévoir des modè-

les intermédiaires entre la pratique du terrain (même si les psychologues sont noyés dans les services et captifs des médecins comme la psychologie l'est de la médecine) et la recherche fondamentale. L'espace institutionnel peut contribuer à créer une sorte de distance culturelle entre le "familier" de la pratique du psychologue et l'institution scientifique de la recherche, quotidien du chercheur. Ce qui revient à dire qu'existerait alors dans le dispositif de santé, des lieux qui correspondraient à des positions de recherche alimentant à la fois la clinique du psychologue et la recherche en psychologie à partir du terrain.

Il est facile, ici, d'envisager encore les conséquences sur une possible évaluation puisque ce serait la qualité des travaux, donc les effets du travail, en termes de publications ou de services rendus, qui seraient pris en considération. Soit les résultats plus que l'intervention. Il apparaît inutile de revenir au plan financier, sinon de considérer l'économie réalisée, en termes de recherche, par les organismes de recherche, du fait de cette pépinière à idées que constituerait cet espace institutionnel aujourd'hui encore inutilisé, et l'économie réalisée par chacun, dispositif de santé et organisme de recherche, du fait des contrats passés, entre le regroupement des psychologues dans l'espace du tiers temps et les organismes en cause, par l'intermédiaire des établissements.

Il s'agit bien là d'une nouvelle gestion de la psychologie dans le dispositif de santé, c'est-à-dire pour ce qui concerne la circulaire, les hôpitaux départementaux ; gestion différente qui, en réduisant les coûts financiers, pourrait valoriser la discipline, les personnes qui la représente et les établissements considérés. Triple bénéfice du point de vue de la recherche qui donne une signification différente à la formation, qu'elle soit reçue ou donnée par les psychologues, puisqu'il est directement possible d'en voir la nécessité et les impairs au niveau de l'établissement.

GROUPEMENT DE RESPONSABILISATION

Une façon d'organiser ce regroupement des professionnels de la psychologie de santé en tenant compte des intérêts du service public, de ceux de la psychologie publique de santé et de ceux des psychologues des hôpitaux, consiste à penser une structure qui soit, sur la base de ce tiers temps, repérable à l'intérieur du dispositif sanitaire.

L'idée à développer consiste à affirmer que la psychologie est la spécialité du psychologue, qu'elle doit exister dans un lieu bien identifié à la façon des autres groupements de spécialité et que la question posée est surtout de savoir comment faire cohabiter ces regroupements.

Il apparaît possible, sur un projet de dix à quinze ans, d'envisager cette cohabitation, du côté des psychologues, sous la forme d'un contrat contribution qui permettrait à chacune des parties de savoir les services qu'elle peut attendre de l'autre, et la forme de travail qu'elles pourraient envisager de concert. Le représentant du groupement de responsabilisation psychologique aurait la charge de faire savoir les orientations de la discipline en cause et les besoins qui y sont attachés. Ceci à l'intérieur du système de santé et des différentes instances de l'établissement, et non plus uniquement dans la perspective du soin puisque sur ce plan ce sont les médecins qui, jusqu'à aujourd'hui, parce qu'ils ont toujours été désignés comme responsables légitimes de la psychologie, lui ont fait subir un préjudice dont il faut convenir qu'il serait désormais évité avec les psychologues.

1/ Contrat contribution du groupement de responsabilisation psychologique avec les autres regroupements de spécialité

Dix arguments peuvent être retenus, au moins, pour étoffer ce contrat :

Structuration. Cet argument permettrait à l'intérieur des équipes, des services et de l'établissement de donner une signification différente aux interventions des psychologues, en renforçant leur "moi professionnel".

Promotion de la psychologie adaptée aux besoins dont le centre aura établi la réalité. Ce ne sera plus uniquement la psychologie du psychologue.

Travail en équipe de psychologues ayant acquis l'habitude de travailler ensemble. Cela correspond à une contribution originale pour un travail interdisciplinaire dans des équipes multidisciplinaires.

Indépendance des groupements de responsabilisation. Seront fournies à l'équipe médicale ; à l'hôpital ou en dehors de celuici, des garanties par voie de contrat.

Autonomie de la psychologie. Cette psychologie publique cohabite désormais avec la médecine publique, dont la psychiatrie. Elle s'enrichit de ses propres recherches et réflexions pour un projet de santé publique où la mala-

die et son discours ne sont plus souverains.

Présence des psychologues à partir des orientations définies par le groupement dans :

– l'humanisation de la consultation d'autres professionnels,

– la recherche de la clientèle,

– le fonctionnement des équipes et des systèmes de formation,

– les recherches sur le terrain professionnel en termes de définition des orientations et de quantification des effets des prestations,

– la médecine préventive...,

– l'absentéisme...

Affectation démocratique des psychologues en fonction des besoins des autres groupements, du groupement considéré et des compétences que les psychologues se savent capables de dispenser.

Regroupement des intérêts professionnels. Études épidémiologiques, études de l'efficacité thérapeutique des chimio- ou psychothérapies, de la validité diagnostique, des conditions d'implantation de nouveaux matériaux, éléments de plateaux techniques, nouvelles catégories de personnels, et influence de ces conditions sur les résultats obtenus : recensement des pratiques, pépinières à idées pour des recherches plus fondamentales, contrats avec les organismes consacrés à la recherche (CNRS, INSERM, DGRST, DRET).

Élaboration d'une éthique en participant à la formation des stagiaires par un changement des mentalités et l'apprentissage de la responsabilité. Les psychologues en formation sur les lieux de stage rencontreront enfin des supports. Il pourra y avoir des contrats entre les groupements et les universités, via les établissements.

Psychologie des urgences, en termes de contrat avec les autres groupements. En situation de crise, la psychologie remplira son rôle dans la réduction des tensions par l'économie du passage à l'acte, en tenant compte de l'organisation des individus et de l'organisation sociale ainsi que d'une rencontre de ces organisations dans la perte de contrôle. Une continuité entre caractère et comportement chez la personne en cause, une continuité dans le comportement de la personne à l'entrée, puis le programme thérapeutique à venir pourront être envisagés au niveau interne des groupements de spécialité et de la situation de ces groupements dans l'institution.

D'autres arguments peuvent être développés où l'assurance même du psychologue, favorisée par le regroupement, constitue un facteur supplémentaire pour satisfaire au mieux les exigences des groupements de spécialités faisant appel à lui.

2/ Contrat contribution du psychologue des hôpitaux avec le groupement de responsabilisation psychologique

Il appartient au groupement de gérer la psychologie et par voie de conséquence les psychologues en termes de poste ou de compétence, revenant bien entendu à chacun d'eux de se gérer eux-mêmes en ce qui concerne la relation, puisqu'il s'agit là d'une responsabilité individuelle, mais qui mérite un minimum de conditions que le groupement peut renforcer. Les groupements devront assumer la tâche redoutable de préserver la compétence et la responsabilité de leurs collaborateurs des intrusions venant des non-psychologues tout en conciliant le fait que les psychologues soient soumis aux obligations communes à tous les personnels dont ils partagent, avec les droits, les mêmes obligations.

Côté des droits :

– Évolution des carrières : avec une définition de fonction et un périmètre de délégation, les psychologues ont chacun un contrat contribution ; ils ont les mêmes avantages et contraintes.

– Engagement : il y a des psychologues dont on ne peut éviter de relever qu'ils ont un poids de nature d'activité très important et qu'il s'agit d'un potentiel qui mérite d'être valorisé, y compris en termes de responsabilités accrues pour l'individu concerné, c'est-à-dire en lui permettant de réaliser au mieux ses projets.

– Enrichissement. Ce poids vient naturellement enrichir la discipline considérée. Il permet également un bénéfice pour l'institution, c'est-à-dire les usagers au service desquels se trouve l'institution, et par conséquent les psychologues. Le psychologue doit être soutenu pour accroître ce poids et éviter le nivellement par le bas qui a, jusqu'à aujourd'hui, fait de la psychologie une discipline d'appoint.

Côté des obligations , ceci impose :

– un projet de définition de fonction,

– un moyen de négocier, puis la négociation de ce projet,

– de délimiter le périmètre de délégation du centre,

– de limiter le principe d'autorité au profit de celui de la compétence du fait de la clarification des missions,

– de poser la marge d'autonomie du psychologue,

– de délimiter le périmètre de délégation du psychologue,

– de clarifier la mission du psychologue et les moyens que lui donne le centre pour honorer le contrat contribution.

Exemple : Si un psychologue A occupe une nature d'activité dont le poids est différent (dans la mesure où il répond à un certain nombre d'attentes) de celui d'un psychologue B (en dehors des estimations individuelles : les psychologues sont payés pour ce qu'ils font, pas pour ce qu'ils sont, mais sur la base d'une estimation des effets de la pratique où la façon d'être n'est certainement pas négligeable), il appartient au centre de prendre ses responsabilités. Il lui revient notamment d'apporter au psychologue A les moyens d'accroître son apport en grandissant la définition de fonction de ce praticien et en élargissant son périmètre de délégation avec les conséquences en termes d'augmentation des responsabilités du psychologue, de sa crédibilité dans la discipline, dans celle du groupement de responsabilisation et dans les services de l'institution. Ceci met en jeu et développe une véritable solidarité professionnelle au service conjoint de la psychologie publique et des établissements concernés.

Deux aspects sont à considérer : 1/ La qualification du psychologue à partir de laquelle il a été recruté, et qui fixe son taux de rémunération de base. 2/ Le poids de l'activité. Trois possibilités en découlent :

– Le réseau poids d'activité, dans ses effets, est sur le même plan que celui qu'on pouvait attendre à partir de la qualification : pas de problème.

– Le réseau poids d'activité, dans ses effets obtenus, est inférieur à ce qui était présumé de la qualification requise. Cela va nécessiter la mise en œuvre par le groupement professionnel d'une pédagogie pour enrichir la nature d'activité du psychologue en cause afin que les résultats de son travail soient au moins au niveau de sa qualification.

– Le réseau poids d'activité, dans ses effets obtenus, est supérieur ou plus important que ceux présumés à partir de la qualification demandée et de l'expérience accumulée. Le psychologue des hôpitaux se verra alors proposer des responsabilités nouvelles avec les prérogatives qui y sont attachées, valorisantes pour les qualifications, pour les expériences et pour les institutions.

Selon cette orientation, le groupement de responsabilisation devient un plateforme de promotion de la psychologie publique de santé : il permet l'utilisation d'un potentiel jusqu'à aujourd'hui resté inutilisé, sans surcoût financier, voire même, en réalisant une économie considérable ou encore en devenant source de revenu par l'établissement du contrat contribution avec d'autres organismes publics.

3/ Plan de valorisation

Dès que l'idée d'évaluation des psychologues surgit, il y a toujours un bouclier de résistances. Parler de poids d'activité ne remet pas en question la compétence du professionnel. Il s'agit plutôt d'une estimation à partir de l'initiative d'un psychologue qui juge nécessaire, par un moyen ou un autre, de faire savoir les effets de son travail, de faire connaître le résultat de son expérience au plan de la clinique ou de méthodes diverses, dans le but d'obtenir, par exemple, des moyens supplémentaires aux fins de poursuivre ses travaux ou d'avoir d'autres collègues auprès de lui dès lors que par les résultats de son activité, il prouve que la nature de ses interventions pourrait être améliorée. Les psychologues peuvent exercer leur compétence en silence, c'est ce qui se fait le plus souvent. Mais il est possible aussi d'imaginer que si les psychologues des hôpitaux faisaient savoir ce qu'ils font, la place de la psychologie dans le dispositif de santé serait certainement différente.

L'évaluation, si elle fait parfois frémir, n'est rien à côté des effets qu'entraîne chez les psychologues l'idée de hiérarchie. Le problème vaut qu'ils s'y intéressent. À relever par exemple, qu'à refuser la hiérarchie entre psychologues, ils dévalorisent, avec leur discipline et leur expérience, leur propre qualification, et se retrouvent sous d'autres hiérarchies. Cela a pu être acceptable durant ces dernières années. Mais refuser la responsabilité identifiable au profit du flou ne peut guère se prolonger sans risque de porter préjudice aux jeunes professionnels qui viendront nous remplacer (Raymond S.G., Avril 1985) et chacun peut au moins constater que ce qui doit être considéré comme une fuite a une influence énorme sur des possibilités de carrières actuellement nulles.

Sur ce plan des carrières, et du modèle proposé suggérant une évaluation des effets des compétences ou du travail psychologique, peut venir à l'esprit des psychologues qu'ils progresseraient dans les échelons non plus en termes d'ancienneté, mais d'effets du travail. La linéarité de la progression du salaire, sorte d'assurance, ne serait plus garantie comme elle l'est généralement pour l'ensemble des fonctionnaires, si le modèle proposé devait rencontrer un accueil favorable. En fait, cette proposition en est précisément le support.

Il s'agit d'un choix. Ou les psychologues s'organisent pour créer des niveaux de responsabilités dans le domaine de la psychologie de santé publique avec une rémunération progressant à l'ancienneté, sans passer uniquement par les appréciations des résultats de leur travail (venant de non-psychologues), ou ils refusent une telle organisation. Ils seront alors rémunérés à la compétence. Il faudra y venir, le service public évoluera de toutes façons dans ce sens et sur un mode compétitif. En effet, cet aspect, même s'il est méconnu, existe chez les psychologues. Par exemple, au plan du recrutement, ce sont les plus qualifiés qui sont retenus, avec une surenchère des diplômes pour une rémunération qui, elle, ne change pas, entraînant une dévalorisation des qualifications universitaires. Si, pour être psychologue, il faut être titulaire d'un diplôme sanctionnant cinq ou six années d'études, il est avéré que ce diplôme est notoirement insuffisant pour être assuré de travailler dans le service public. Par ailleurs, la plupart des professionnels ont des formations complémentaires multiples qui restent inutilisées ou plus simplement méconnues et sans effets, en termes autant de responsabilités que financiers. La psychologie est perdante, les psychologues aussi, et il n'est pas prouvé, en dernière instance, que l'institution soit gagnante. Ce modèle a au moins l'avantage de concilier les intérêts de chacune des parties et surtout de consolider la crédibilité de notre discipline.

La proposition de mettre sur pieds un département de psychologie avec un psychologue-chef a rencontré des oppositions multiples (Raymond S.G., Déc. 1981). Ces notions ont depuis évolué avec les différentes réformes hospitalières survenues depuis 1981 (Clément J.M., 1985) et plus particulièrement chez les médecins.

Les psychologues qui auraient pu faire des propositions pertinentes sont demeurés silencieux. Ce faisant, ils n'apparaissent dans aucun des nombreux textes relatifs à la vie hospitalière. Alors que la notion de chefferie est désormais modifiée, rien n'a changé chez les psychologues qui craignent tou-

jours de se voir désigner un responsable psychologue et disent préférer en supporter d'autres. Ce qui revient à dire que, puisqu'ils ne veulent pas se désigner de responsables (ainsi que le font les médecins aujourd'hui et les infirmiers) il leur est désigné d'office. Certes, les psychologues parviennent à trouver des positions qui les mettent encore à l'abri, mais ces positions sont d'autant plus inconfortables et précaires qu'elles confirment la thèse qui accrédite l'idée que les responsables désignés sur les psychologues sont au moins responsables de la psychologie. Ces artifices ne sont absolument pas conformes à l'esprit du service public. Il faut être surpris que les différents responsables continuent à tolérer ce qui est devenu un usage et qui, d'ailleurs, porte beaucoup plus préjudice aux intéressés eux-mêmes qu'à l'organisation de nos établissements.

Ce n'est pas non plus sans une certaine provocation que les psychologues avancent parfois – les plus jeunes – l'idée que la particularité des psychologues est précisément de n'avoir pas de hiérarchie. Sur ce plan, il faut seulement noter, parce que nous l'avons noté dans de nombreuses institutions, que ceux qui avancent pareilles affirmations sont, pour la plupart, absolument ignorants des questions de législation afférentes au fonctionnement de leurs établissements, dont ils se désintéressent, et ignorent tout de leur statut. Il faut le regretter et déplorer aussi qu'un certain nombre d'entre eux se conduisent en personnels d'appoint, en vacataires, se complaisant dans l'irresponsabilité sans en assumer la redoutable contrepartie : "être corvéable à merci", alors qu'il faudrait attendre des psychologues titulaires de leur poste qu'ils permettent à leurs collègues vacataires de disposer de meilleures conditions de travail. De ce point de vue encore, l'idée d'un groupement professionnel avec des psychologues des hôpitaux, responsables de leur discipline et de la gestion de leur compétence, aurait une influence directe sur les conditions de travail aussi des vacataires, dont on rappellera qu'en ce qui les concerne la notion de tiers temps n'existe pas. Elle pourrait néanmoins, en termes d'état d'esprit, permettre que ces vacataires soient au moins responsables de leur compétence et préservés des diverses intrusions par le fait de leur appartenance au groupement, sans pour autant que leur insertion dans les services en soit changée.

CONCLUSION

L'espace temps prévu par la circulaire, en devenant un espace institutionnel,

groupement des responsabilisations psychologiques, peut aboutir à une valorisation de la psychologie de santé publique et à une valorisation des carrières concernant les psychologues des hôpitaux qui ont fait ce choix.

Cela pourrait être profitable à l'organisation du service public de contribuer à améliorer la qualité des services rendus aux usagers et dans le même temps entraîner une rupture du principe d'autorité au bénéfice de celui de responsabilité et de compétence.

Peut-être verra-t-on disparaître cette formule tenace qui veut qu'un psychologue après quinze années de carrière, et qui a su marquer de son empreinte l'institution dont il est après tout un acteur, soit inutilisable simplement parce qu'il a une histoire et a fait connaître ses orientations.

Sortir du silence pour un psychologue des hôpitaux équivalait, jusqu'à ces derniers temps, à vivre dans l'opprobre de l'institution alors que cette même conduite, pour d'autres catégories de personnels, valait qu'ils obtiennent une promotion. Le tiers temps institutionnel devrait renverser cette tendance et faire des psychologues des personnels disposant de droits et obligations identiques aux autres acteurs de santé. Ceci indépendamment de l'aspect strictement professionnel.

Certains psychologues ont confondu la publication de cette circulaire avec la loi parue au J.O. concernant le titre protégé. En l'état, s'il est certain que ce titre change peu de choses, notamment en matière de politique pour l'emploi ou d'orientation psychologique à faire passer dans les différentes instances, ce n'est pas le cas de cette circulaire. Et de ce point de vue la confusion n'est pas innocente. Il faut d'abord parier que cette notion de tiers temps, désormais commune avec l'Éducation Surveillée, constitue la première pierre d'une possible mobilité des psychologues d'une fonction hospitalière à une fonction d'État (Livre IX, titre II), probabilité dont il faut rappeler pour l'heure qu'elle n'existe toujours pas et qu'un psychologue fonctionnaire est enfermé à vie dans son établissement : immobilisé dans son lieu d'exercice, il est enfermé dans son grade et sans promotion.

Ce qui est nouveau, dans l'immédiat, c'est que l'espace ainsi dégagé est une plateforme de propositions qui devrait enfin permettre aux psychologues de sortir du silence pour faire savoir aux différentes instances de responsabilités la nature de leur travail et les besoins qui s'y rattachent, avec les conséquences pour les orientations et le fonctionnement des établissements. Dans cette

perspective, et selon le modèle suggéré, rien ne s'oppose à ce que les psychologues invitent dans leur espace, sous forme de commission, les instances concernées, puisque les commissions actuellement en service (C.M.C., Conseils de Départements...) ne les ont pas non plus prévus. Il sera alors souhaitable que des échanges d'informations aient lieu, toujours relatifs au fonctionnement du service public, afin de pouvoir concilier les projets psychologiques avec ceux des représentants des autres instances de l'établissement. C'est uniquement à ce prix : celui de l'initiative des psychologues faisant des offres notamment aux administrations, puisque celle-ci ne leur en fait pas, que l'esprit de la circulaire pourra aussi être respecté : "éviter que se développent des conflits et permettre que s'instaure un esprit de diabgue".

Ces propositions valent au niveau local, pour les établissements, dans la mesure où les psychologues sont prêts à prendre des initiatives, et les administrations sensibilisées à ces questions : Il peut aussi être souhaitable d'envisager la création d'une mission d'impulsion de ces groupements de responsabilisation, de ces espaces institutionnels, au niveau même des ministères concernés. La raison en est simple. Au plan pratique, les psychologues comme les administrations ne pourront envisager de donner corps à ces propositions qu'aux conditions de bénéficier de cadres de référence et de soutien. Mais il est une autre raison, considérable, qui relève de la politique de santé elle-même. Avec le budget global, la prévention (qui était auparavant, sur le plan budgétaire, du ressort de l'État, et les soins du ressort de la Sécurité Sociale) fait désormais partie du soin. Elle relève des cotisations de Sécurité Sociale. Dorénavant, tout est maladie. Auparavant, les gens venaient se faire soigner à l'hôpital, maintenant on vient les soigner ou les médicaliser chez eux : la prévention est une nouvelle maladie.

Il faudrait honnêtement se demander, puisque les psychologues ne sont pas des soignants, en tout cas la psychologie pas de la médecine ni du ressort du soin (de la Sécurité Sociale), s'il ne serait pas plus pertinent que tout ce qui a trait au psychologique relève de l'appareil d'État et non de la Sécurité Sociale. Il y aurait là un travail effectif en matière de divorce, de suicide, de personnes âgées, de toxicomanies, d'alcoolisme, à développer avec les psychologues pour faire en sorte de différer le moment de médicaliser ces questions. La psychologie prendrait naturellement la place de la prévention, et serait subventionnée par les DDASS.

ANNEXE 1

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

CIRCULAIRE DH/8D/85 N° 95 du 24 MAI 1985

relative à l'application du décret n° 71-988 du 3 décembre 1971 relatif au recrutement et à l'avancement des psychologues des établissements hospitaliers publics et de certains établissements à caractère social.

LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE
PORTE-PAROLE DU GOUVERNEMENT
ET LE SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGE DE LA SANTÉ

à

MESSIEURS LES COMMISSAIRES DE LA RÉPUBLIQUE DE RÉGION
DIRECTIONS RÉGIONALES DES AFFAIRES
SANITAIRES ET SOCIALES
– pour information –

MADAME ET MESSIEURS LES COMMISSAIRES DE LA RÉPUBLIQUE DE DÉPARTEMENT
DIRECTIONS DÉPARTEMENTALES DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
– pour exécution –

– Circulaires abrogées par la présente circulaire : néant.
– Circulaires complétées par la présente circulaire : circulaire n° 243/DH/4 du 20 Juillet 1976.

Mon attention a été appelée à de multiples reprises sur la situation des psychologues des établissements mentionnés à l'article L.792 du code de la santé publique, c'est-à-dire :
1/ les établissements d'hospitalisation publics
2/ les hospices publics
3/ les maisons de retraites, à l'exclusion de celles rattachées au bureau d'aide sociale de Paris

4/ les établissements relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance
5/ les établissements à caractère publique pour mineurs inadaptés, autres que les établissements nationaux et les établissements d'enseignement ou d'éducation surveillée.

La présente circulaire, tout en rappelant les dispositions législatives et réglementaires applicables à cette catégorie d'agents a pour but d'indiquer aux administrations hospitalières et sociales les caractéristiques propres à l'emploi de psychologue dans le cadre des textes qui leur sont applicables. Les précisions qu'elle apporte devraient éviter que se développent des conflits et permettre que s'instaure un esprit de dialogue.

I. Recrutement

Le décret n° 71-988 du 3 décembre 1971 a déterminé les conditions de recrutement et d'avancement des psychologues des établissements visés à l'article L 972 du code de la santé publique. Il est rappelé que l'ensemble des dispositions du livre IX du code de la santé publique sont applicables aux psychologues. Pour répondre à une question maintes fois posée, il convient de préciser que l'emploi des psychologues, quoique les emplois hospitaliers ne soient pas encore classés en corps et en catégories, se situe compte tenu de leur niveau de recrutement, au niveau de la catégorie A de la fonction publique. Ils relèvent, pour le recrutement, la titularisation comme pour tout acte de gestion de leur carrière du directeur de l'établissement en application de la loi du 31 décembre 1970, dite loi hospitalière, et en application de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 dite loi sociale, du directeur dans les établissements à caractère social personnalisés ou du président de l'assemblée gestionnaire dans les établissements sociaux non personnalisés.

La circulaire n° 243/DH/4 du 20 juillet 1976 avait donné en son temps un certain nombre de précisions sur la situation des psychologues notamment en ce qui concerne leur recrutement par voie de concours sur titres, les conditions de titres exigées des candidats et les conditions d'emploi des agents à temps non complet.

Il était indiqué que les agents n'ayant pas la qualité de titulaire ou de stagiaire ne pourront être employés dans tous les cas qu'à temps incomplet. Il convient en effet de rappeler que les psychologues exerçant leur activité à temps plein et de façon permanente doivent être titularisés. Il est précisé, à titre indicatif, que les établissements qui n'auraient pas besoin d'utiliser les services d'un psychologue à temps complet ont la possibilité, par convention, de se grouper afin d'assurer entre eux l'emploi d'un psychologue à temps plein. De telles conventions peuvent intervenir, bien entendu, entre établissements sanitaires et établissements sociaux ; l'établissement procédant au recrutement se fait rembourser par les autres établissements utilisateurs, au prorata du temps de service accompli dans chacun des établissements, les frais exposés. Les précisions données par la circulaire précitée du 20 juillet 1976 conservent sur ce point toute leur valeur.

Il est rappelé que les psychologues sont recrutés par voie de concours sur titres.

Cette modalité de recrutement rend obligatoire la constitution d'un jury dont la composition est arrêtée par l'autorité investie du pouvoir de nomination : il m'apparaît souhaitable que ce jury comporte, outre des représentants de l'établissement, un psychologue appartenant à un établissement visé à l'article L 792 du code de la santé publique, choisi en dehors de l'établissement, ainsi qu'un représentant de la tutelle départementale.

Il m'apparaît également important, compte tenu de l'intérêt qui s'attache à assurer aux psychologues hospitaliers une meilleure mobilité, d'envisager, dans toute la mesure du possible, des recrutements par voie de mutation avant de recourir à l'ouverture de concours.

À cette fin, je vous demande de bien vouloir inciter les administrations concernées à faire parvenir à mes services et sous votre couvert, les avis de vacance à pourvoir par mutation ainsi que les avis de concours, afin que ceux-ci puissent être publiés au bulletin officiel de mon département ministériel.

II. Mise en stage et titularisation

Les psychologues, recrutés par concours, sont soumis à un stage d'un an à l'issue duquel ils sont titularisés si leurs notes professionnelles sont jugées satisfaisantes, après avis de la commission paritaire compétente.

Le stage s'effectue dans l'emploi pour lequel le concours a été ouvert et dans lequel l'agent doit être titularisé.

J'appelle votre attention sur l'intérêt qui s'attache, compte tenu des caractéristiques propres à l'emploi de psychologue, à ce que le rapport de stage, adressé à l'autorité investie du pouvoir de nomination, permette de déterminer l'aptitude à la titularisation et prenne en compte la qualité de l'intervention du psychologue, appréciée selon la façon dont celui-ci inscrit son action dans le cadre du projet thérapeutique ou .pédagogique du service (ou département) ou de l'établissement.

Cette appréciation ne peut cependant se traduire par une mise en cause de l'utilisation par les psychologues des méthodes spécifiques dont ils ont le choix et que leur donne la formation qu'ils ont reçue.

III. Obligations de service

Comme l'ensemble des agents relevant du livre IX du code de la santé publique, les psychologues sont soumis à une obligation hebdomadaire de travail de 39 heures (cf. ordonnance n° 82.272 du 26 mars 1982).

Il convient toutefois d'observer que les fonctions du psychologue, mentionnées à l'article 2 du décret n° 71-988 du 3 décembre 1971, et qui sont à définir compte tenu du projet thérapeutique ou pédagogique du service (ou département) ou de l'établissement, comportent trois aspects :

a) une fonction directe clinique auprès des personnes accueillies en liaison avec les familles. Cette fonction s'inscrit dans un cadre thérapeutique et (ou) de soutien au développement de la personne. En outre, à partir des techniques que le psychologue met en œuvre et de ses observations, il peut contribuer au diagnostic. Ce travail comporte bien évidemment un temps de préparation et un temps de synthèse (tests, bilans, entretiens...). Pour les psychologues hospitaliers, cette fonction s'exerce dans le cadre des services extra et intra-hospitaliers.

b) une fonction à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution qui porte sur l'approche globale de la personne accueillie. En ce sens, il a une fonction de prévention. Il contribue à l'analyse et à l'aménagement des rapports entre la personne accueillie, les professionnels et l'environnement.

c) une fonction de formation, d'information et de recherche. Le psychologue se doit d'actualiser sa formation sur les évolutions des méthodes et connaissances. Tous moyens doivent lui être donnés pour permettre cette formation. Il peut assurer, auprès des personnels des établissements visés à l'article L 792 du code de la santé publique et auprès des écoles ou centres de formation qui y sont rattachés, des formations relevant de sa compétence. Il a une obligation d'information personnelle et assure le retour à l'établissement de cette information. Enfin, il peut participer à toutes recherches ou les susciter.

Les obligations de service du psychologue doivent être définies en accord avec le responsable du service (ou département) ou de l'établissement lorsqu'il s'agit d'un établissement à caractère social. Les séquences décrites aux a) et b) ci-dessus doivent correspondre à un minimum de 2/3 du temps hebdomadaire de travail. Il est important que la troisième séquence (cf. c) soit respectée. Les psychologues ont l'obligation de se soumettre aux tableaux de service ainsi définis et doivent rendre compte de leurs activités à l'administration de leur établissement.

Conformément aux règles en vigueur, le psychologue a l'obligation de consacrer l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées. Cette obligation interdit l'exercice d'une double activité professionnelle. Les seules exceptions autorisées résultent de la réglementation sur les cumuls (décret-loi du 29 octobre 1936 modifié). Ces autorisations sont accordées par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

IV. Notation

En application de l'article L 814 du code de la santé publique, l'autorité investie du pouvoir de nomination note les agents après avis du chef de service (ou chef de département) et, éventuellement du directeur de l'établissement. Il est précisé que les critères à prendre en considération pour la détermination de la note chiffrée annuelle, en application de l'arrêté du 6 mai 1959 (c. E de l'arrêté) doivent tenir compte des observations formulées au II. ci-dessus en matière d'appréciation du stage.

Vous voudrez bien porter les termes de la présente circulaire à la connaissance des administrations hospitalières et sociales concernées et me faire connaître sous le

présent timbre, les difficultés auxquelles son application pourrait donner lieu.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur de l'Action Sociale,
Marinette GIRARD

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur des Hôpitaux,
Jean de KERVASDOUE

Nouvelle Revue de Psychologie, 1986, 5, pp. 99-112.

LE CENTRE DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE (CPC) : DES POINTS DE VUE DIFFÉRENTS, UNE UNITÉ NOTIONNELLE

Serge Blondeau[1]

Ces dernières années, nous avons pu entendre parler de propositions apparemment convergentes, reprenant une même idée, celle de regroupements de psychologues organisés autour de leurs pratiques et partageant une aire commune d'élaboration. J'avais eu l'occasion de travailler cette idée et de l'exposer en compagnie de J. Maillard et V. Machavoine, et de la synthétiser sous la dénomination de CPC (S. Blondeau, V. Machavoine, J. Maillard, 1982 et 1983). Depuis, nous avons enregistré un écho plutôt favorable aux propositions formulées par ce projet. De toute évidence, il venait éveiller des attentes.

Après quelques hésitations, les gens intéressés se sont ralliés à l'appellation complète que nous avions retenue. En effet, d'autres expressions étaient apparues : "Service de Psychologie", "Centre de Psychologie", "Département de Psychologie". L'acceptation du qualificatif "Clinique" n'est pas anodine car dans notre pensée il désignait l'essentiel de ce qui fait problème. Par ailleurs, cet accord peut faire illusion. Il peut dissimuler qu'avant de devenir une organisation de travail possible, le CPC est une notion. Ma crainte est que celle-ci sombre au moment où des réalisations se réclamant d'elle verraient le jour. Approfondir la fonction conceptuelle d'un CPC, voilà à quoi répond le souci de cet article. De fait, il pourra décevoir ceux dont la lecture aurait été motivée par une approche du CPC comme contenu (attributions et fonctionnement), je ne peux les renvoyer qu'aux articles sus-cités.

---

[1] Psychologue clinicien. Membre de l'Institut. Européen de Psychologie. 9, rue Mazarin, 14200 HEROUVILLE-St.CLAIR.

De quelques malentendus...

La notion de CPC induit des images dont les différences sont repérables dans la manière dont on en parle. Bien évidemment, chacun cherche à considérer l'idée de CPC sous l'angle qui correspond le mieux à ses desseins. Parce qu'il y a un risque de réduction, il faut donner à la notion de CPC sa valeur globale. D'abord en rappelant qu'à l'origine de celle-ci, il y a eu une nécessité, celle de rationaliser de nombreuses observations tirées de notre expérience et d'une "clinique des cliniciens" soumise à beaucoup d'impasses, autrement dit qu'elle a été avant tout une représentation, un modèle au sens platonicien du terme. Il nous fallait constituer un système capable de répondre idéalement à la pratique clinique. Ce préalable notionnel ne prend sa pleine fonction qu'à l'occasion d'une autre nécessité, la mise en place de CPC à entendre cette fois comme établissements. Ceux-ci sont une épreuve de réalité, d'autant moins à redouter que le CPC aura été travaillé comme notion et demeurera un repère autour duquel agencer la critique.

D'ores et déjà, on peut noter deux façons d'approcher l'idée de CPC :
– L'une qui cherche à la comprendre au niveau d'un nouvel agencement de travail pour le psychologue, mettant l'accent sur des conditions plus favorables à celui-ci.
– L'autre qui en fait une sorte de toile fictive sur laquelle vient se projeter l'architecture imaginaire des espaces de travail du clinicien.

À partir de là, une coupure pourrait être consacrée. je ne force pas le trait : d'un côté j'ai entendu dire "Votre histoire de CPC, voilà un fantasme sophistiqué de praticien", d'un autre côté j'en vois qui se sont mis à l'ouvrage, réfléchissant à une stratégie juridico-administrative.

Si le CPC peut avoir une valeur d'invention, il risque de tourner court à laisser une fracture primaire en l'état : c'est ici que je souhaite porter mon intervention, faire "l'inter", le lien. Ma position est de dire que les deux approches, l'une de nature organisationnelle, l'autre de nature imaginaire, sont intégrées dans un ensemble, qui est la notion même de CPC, à condition d'y adjoindre une troisième approche de nature contractuelle, celle du dispositif

psycho-clinique[2].

Ici, je voudrais dire mon hésitation à employer le terme de dispositif pour la façon dont il est en usage dans la sociologie. Il renvoie à une théorie du contrôle social (R. Castel, dans la lignée de M. Foucault). Il est cet appareil à la fois idéologique et concret suscitant une réalité oppressive. Il a donc une connotation négative. Son emploi en psychologie peut favoriser une manifestation sourcilleuse chez nos voisins sociologues. Ceci dit, il offre des commodités conceptuelles. Et, après tout, sa destinée peut être plus heureuse dans notre discipline.

Donc, ce préliminaire pour préciser que la notion de CPC est une notion qui, si elle peut tour à tour se révéler comme une fiction, une organisation ou un dispositif, ne saurait être réduite à l'un des ces termes sans trahir la dynamique qui l'a instaurée. C'est ce que je souhaite développer maintenant.

A/ LE CPC, UNE FICTION

Je sais qu'il serait encore plus insensé qu'ambitieux de donner à cet abord du CPC le développement qu'il conviendrait. Pour la raison très simple qu'il ne pourra se fortifier qu'à la leçon des expériences de CPC existants. J'apporte ici seulement quelques jalons qui seront autant de thèses à faire fonctionner. Celles-ci reprennent sous un autre angle celles annoncées dans les articles antérieurs, déjà cités.

1/ Une fiction tierce

Il me faut revenir à ce qui me paraît le déterminant incontournable de la situation clinique : l'intersubjectivité. La clinique n'existe qu'à l'occasion de ce rapport, ce "tissu psychique" selon le mot de Ferenczi. Une image puissante pour exprimer qu'il n'y a, à ce niveau de compréhension, aucune différence entre le sujet-clinicien et le sujet-demandeur, rien qui s'exprime en terme hiérarchique. C'est à rappeler obstinément cette position inacceptable pour une majorité d'institutions (médicales, sociales, éducative) que le CPC se doit. Cela va sans dire, c'est moins sous la forme de déclarations de principes

[2] L'expression "psycho-clinique" a été utilisée par G. Schopp dans un texte non publié, *L'introduction à la méthode psycho-clinique* (1985).

que par la réalité d'un fonctionnement institutionnel que l'intention est garantie : je fais ce retour essentiel à la relation sujet-clinicien/sujet demandeur[3] pour remarquer qu'on peut l'aborder au travers de trois imaginaires. Chacun d'entre eux ayant été l'objet de travaux et d'attentions formatrices, à savoir :

– L'imaginaire du sujet-clinicien, objet de préoccupation des théories de la formation didactique et de contrôle.

– L'imaginaire du sujet-demandeur, objet le plus généralement travaillé par les théories des psychologies dynamiques.

– L'imaginaire de "l'entre-deux", peut-être l'objet le plus délaissé, et tout au moins le plus tardivement abordé. Pour parler de cette dyade, nous avons au moins Winnicott (notion d'objet/espace transitionnels) (D.W. Winnicott, 1971) et les théoriciens de la communication (systémique).

Or, quand un sujet-demandeur entre en relation avec un sujet-clinicien, il entre dans le même moment dans le champ d'action des groupes, virtuels ou réels, très ou peu organisés, auxquels le sujet-clinicien appartient. Ce qui n'est pas rien, mais ce qui est souvent refoulé. À son insu, le sujet-demandeur prend sa place dans l'économie des groupes d'appartenance du sujet clinicien.

Une citation de Kaes exprime bien ce dont il s'agit : "Le groupe, l'intervention, sont d'ordinaire des formes, des scènes et des appareils à contenir qui, momentanément ou généralement dans les mouvements des rapports du sujet au monde, doivent pour des raison proprement psychiques être ainsi traités : par prothèse, par étayage, par dérivation. Ce qui se lie aussi dans les groupes, ce qui fait du sujet un être singulier et pluriel mérite d'être analysé dans un dispositif adéquat..."[4].

Voilà de quoi aider à comprendre la position du sujet-clinicien au carrefour de deux discours, dans la relation clinique :

– Comme "être pluriel", il fonctionne soit comme transmetteur d'une groupalité (idéologie, fantasmes...) soit tel le porteparole de celle-ci, soit en expri-

---

[3] "Demandeur" désigne ici aussi bien des personnes prises isolément que des ensembles unifiés de personnes (groupes, familles, équipes, ...).

[4] R. Kaes, Quelques notes sur Freud, la question du groupe et la psychanalyse, *Bulletin de Psychologie* , 1983/84, 363.

mant une place particulière dans l'économie de cette dernière.

– Comme être "singulier" : il est son propre porte-parole, une parole dont la singularité lui apparaît d'autant mieux qu'il a accompli un travail personnel.

Quel que soit l'effort qu'on y mette pour ne pas le reconnaître, les deux discours s'entrecroisent. C'est ce qui donne au CPC sa place dans un jeu à trois : le clinicien, le demandeur, le CPC. Dans ce jeu, le CPC a simultanément une fonction tierce référentielle et une fonction tierce analysante.

a) Une fonction tierce référentielle

Le CPC remplit cette fonction en s'offrant au praticien comme cadre de ses idéaux identificatoires (fantasmes de famille ou de maison idéales, corps idéal..). Une fonction assurément aliénante mais justement nécessaire en ce qu'un fonctionnement correct du CPC lui permet de travailler cette dépendance, par introjection de représentations imaginaires, d'abord projetées sur le CPC. Il trouve ainsi une place, ayant pris ses distances sous la forme d'un "quant-à-soi". Ce "quant-à-soi" est sa manière à lui de se situer dans le discours pluriel, même si c'est selon une visée asymptotique et une place souvent remise en cause. Ceci donne la mesure de la responsabilité des promoteurs d'un CPC. Par leurs faits, leurs gestes et leurs dires, ils déterminent un discours inaugural. Référons-nous à la clinique familiale, à ce qui se répète à travers les générations. Créer un CPC, c'est susciter un "effet grand-père" sur des générations de cliniciens à venir. Il ne servirait à rien de croire qu'on puisse le prévenir. Par contre, il peut rendre de grands services à chacun dans l'après-coup. Comme cliniciens, nous sommes souvent les témoins, quand nous n'y participons pas, de l'occultation de la "mémoire" institutionnelle. L'histoire d'un CPC vient porter des ombres sur la fiction qui lui est liée. Une histoire qui, à l'exemple de toutes les autres, les grandes et les petites, n'en finit pas de s'accomplir.

b) Une fonction tierce analysante

Dans le jeu à trois que j'évoquais l'un des termes se met en position "dérangeante" à l'égard de la relation instaurée par les deux autres. Ainsi :

– D'un côté, toute demande portée à un clinicien vient jouer sur la relation de celui-ci avec son CPC de référence, l'interroger. Le clinicien n'est pas un filtre imperméable, quelque chose de l'imaginaire du demandeur passe à

travers lui : l'imaginaire du CPC se nourrit constamment de celui des sujets demandeurs. Au moment où un sujet vient porter sa demande, il entre dans le discours du CPC, au travers des dits et des non-dits de celui-ci. Il y demeure présent à tout jamais. L'expérience nous le montre volontiers : il est de ces demandes qui opèrent de véritables bouleversements institutionnels. Le CPC a à prendre en compte ce phénomène. Le négliger, c'est lui permettre ses effets d'interprétation sauvage. L'accepter, en se donnant les moyens de régulation en rapport, c'est entretenir l'acuité clinique du clinicien et du CPC. Dès que cesse cette régulation, les nouvelles demandes, par trop dérangeantes, viennent alimenter les résistances du CPC, souvent en confortant ses croyances, son savoir dominant.

– D'un autre côté, il y a toujours un risque fusionnel dans la relation sujet-clinicien/sujet-demandeur. L'appartenance à un CPC favorise le processus de séparation, de différenciation, y compris parfois pour le clinicien en position d'analyste.

À lire ceci, certains penseront que c'est bien s'embarrasser que de se référer à un CPC. La fiction qui y est liée constituerait une difficulté supplémentaire à la pratique clinique. Le choix d'un travail en solitaire seulement soumis aux conditions de supervision classiques suffirait. C'est une erreur repérable à bien des signes, sans en faire le recensement, on peut en retirer de la fréquentation de certains collègues qui pensent agir leur légitime souci d'autonomie par une pratique strictement solitaire. Beaucoup d'entre eux n'ont de cesse qu'ils ne compensent symboliquement l'absence physique de leur groupe de référence théorique[5], qu'il ne le rende plus proche par une omniprésence dans leur discours professionnel. Craignent-ils qu'il leur soit refusé cette appartenance, cette reconnaissance ? Une angoisse d'orphelin les inspire. Une sorte de vécu d'exilés suscite parfois un folklore verbal qui ne prêterait qu'à sourire si ce n'était qu'ils refusent à prendre en compte l'objet de leur occultation, un lieu fictif idéalisé et l'aliénation qui en procède. Que celui-ci vienne à disparaître du fait d'un ratage institutionnel, exclusion, dissolution... et les effets de deuils sont terribles. La fonction tierce analysante du CPC se justifie de ces observations, en ce qu'elle doit maintenir vivaces les conflits à l'intérieur du clinicien, tant au niveau de sa parole qu'au niveau de la rencontre de celle-ci avec celles de ses pairs dans le

[5] Par "groupe de référence théorique", j'entends les Associations, Sociétés, Écoles et courants de pensée qui jouent tout à la fois le rôle d'instance du Savoir et de contrôle sur leurs affiliés.

de la rencontre de celle-ci avec celles de ses pairs dans le CPC, et par là même son (ses) référentiel(s).

2/ Une fiction organisatrice du vécu temporo-spatial du clinicien

La fonction d'un lieu idéal, à l'œuvre chez les praticiens qui, organisés telle une diaspora, ont les pensées constamment orientées vers la terre d'origine (ou terre promise) est à repérer dans la dynamique d'un CPC de façon à éviter une certaine confusion. Autrement dit, un CPC peut également aider chaque clinicien en lui permettant de rapporter ses pratiques :

– À un espace : Par son existence, le CPC ouvre une dialectique intérieur/extérieur. De ce fait, le clinicien situe imaginairement chacune de ses interventions selon celle-ci. Paradoxalement, la référence à un CPC pourrait favoriser le repérage de sa position quand il lui est donné de prendre la position d'analyste : il est en dehors de celui-ci.

– À un temps : Quand on regarde travailler les cliniciens dans leur institution, ils paraissent souvent habités par un fantasme d'atemporalité-immortalité ; comme si avant eux rien n'avait existé, qu'ils n'entraient dans aucune filiation, semblant répéter à l'identique ce qui devait en avoir été des façons de leur prédécesseur ; et comme si leur existence de praticien devait se confondre avec celle de l'institution. Le fait de "venir" de ce lieu apparaissant comme autre, le CPC, et surtout le fait de devoir y retourner (rôle des contrats), une datation s'instaure, le clinicien devient institutionnellement mortel.

B/ LE CPC, UNE ORGANISATION

J'aborderai cette partie plus succinctement que la précédente. Le lecteur curieux pourra se reporter aux projets en cours (en particulier C. Guérin, F. Pagano, J.L. Saboye, 1983 ; voir aussi dans ce même numéro l'article de F. Pagano). Ils décrivent bien ce que peut être un CPC compris en terme d'organisation. D'abord parce qu'ils prennent en compte la qualité de ceux à qui ils sont destinés : des décideurs non psychologues cliniciens ; ensuite parce qu'ils sont des modèles, au sens d'une maquette cette fois : ils décrivent le produit, exposent clairement l'argumentaire juridique et n'évitent pas le problème du financement.

Donc, toute personne désireuse de créer un CPC, entendu ici comme unité administrative autonome, tirera bénéfice de leur travail. Ainsi du projet d'Arles de C. Guérin, F. Pagano et J.L. Saboye. Né à l'hôpital, il offre le grand mérite de ne pas référer chaque psychologue à un service médical, mais à la totalité de l'établissement hospitalier.

Par contre, je suis réservé sur quelques points essentiels :

– L'implantation hospitalière du projet :

Ses auteurs utilisent plusieurs fois l'expression "un CPC 'au sein' de l'hôpital". Voilà posé implicitement le risque : la jeune structure s'alimentant à la structure mère établit une dépendance dont nul ne peut dire qu'elle cessera un jour. Certes, de quelque façon qu'on s'y prenne, toute structure procède d'une autre. En l'occurrence, tout est à craindre de ce que le CPC demeure dans le giron hospitalier. La prégnance de la mentalité médicale est telle qu'elle obvie à toute celle qui se voudrait différente.

Au moment d'opérer un mouvement de refonte structurelle, il serait peut-être souhaitable de se souvenir que le secteur santé est une partie de la Fonction Publique. C'est dans ce cadre qu'il faut réfléchir la formule optimale d'un CPC de droit public.

– Le mode de distribution des pouvoirs :

C'est un point sensible à discuter sans faux-fuyant. La Fonction Publique détermine une législation qui organise à sa manière les situations hiérarchiques de chacun de ses agents en terme de statuts. Or, la pratique clinique est autant affaire de fonctions et de rôles que de statuts. L'autonomie du psychologue peut se travailler au niveau socio-administratif. Par contre, aucun plan de carrière ne pourra intégrer ce qu'il en est du désir et de la compétence du clinicien qui ont à voir avec la formation personnelle et tiennent à des circonstances (analyse des demandes).

– La garantie de l'objectif CPC :

Je comprends qu'on puisse céder à l'attrait que représente l'instauration d'un CPC, même à l'intérieur d'un hôpital, mais son caractère particulier justifie une vigilance critique d'autant plus soutenue. Il n'est pas certain que l'objectif

d'un Centre, garantir des dispositifs psycho-cliniques[6] ne bascule pas à partir d'un moment en ne proposant plus que des dispositifs de soins.

L'environnement, le fait de devoir faire ses preuves, un désir, même non conscient, de compétition, l'introduction de critères de rentabilité sont, parmi d'autres, des facteurs qui pourraient faire échouer les Centres. Avec eux, ce pourrait être la notion de CPC qui viendrait à sombrer.

Dernière remarque quant à la confusion que peut naître de ce qu'il ne suffit pas de parler de psychologie clinique, pour être fidèle à son heuristique. Il y a parfois, une manière de la faire qui s'apparente plus à un discours de marché, la psychologie clinique étant alors le produit à vendre.

C/ LE CPC, UN DISPOSITIF PSYCHO-CLINIQUE[7]

C'est le point de vue le plus difficile à aborder. Je propose qu'il le soit à partir d'une distinction entre la démarche clinique d'abord, l'objet du CPC ensuite et l'objectif de celui-ci enfin. Alors peut-être sera-t-il plus facile d'aborder le CPC dans le sens du dispositif psycho-clinique.

a) La démarche clinique

Moins par déférence que parce qu'il n'est guère possible d'interroger le champ clinique sans le rencontrer, je cite Lagache :

"L'humanité de l'objet la (la psychologie clinique) spécifie moins que l'attitude méthodologique : envisager la conduite dans sa démarche propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits, tel est en résumé le programme de la psychologie clinique".

Programme dont on saisira l'étendue, surtout si, comme Lagache aimait à le répéter, l'on veut bien se rappeler que la psychologie clinique ne se restreint pas à la psycho-pathologie.

---

[6] Voir plus loin : le CPC du point de vue du dispositif psycho-clinique.

[7] Cf. note 2, infra.

Pour mieux se faire comprendre, il comparait la démarche clinique, de prétention molaire, à la démarche expérimentale de tendance atomistique, l'étude d'une variable étant menée "toutes choses égales par ailleurs".

II faut rendre justice aux expérimentaux au moins sur un point, celui du cadre. Sans doute portés jusqu'à l'obsession, leurs soucis de contrôler chaque facteur pour en déterminer l'influence ont été leur règle de conduite.

b) L'objet fondateur du CPC

Contrairement aux expérimentalistes les cliniciens ont quelque peu délaissé l'étude du cadre, sauf pour cette "ultra-clinique" (toujours Lagache), la psychanalyse. Chacun sait le rôle déterminant de ce facteur dans la pratique de la cure-type comme dans la théorie psychanalytique. Ceci se vérifie quand il est question de faire usage de certains de ses concepts à l'occasion d'autres situations cliniques.

Lagache a pris soin d'insister sur la nécessité de rapporter l'accès à la subjectivité d'une personne aux structures et dynamiques sociales de son environnement. On n'a peut-être pas suffisamment insisté sur la responsabilité du clinicien à qui revient de faire varier cette part de l'environnement qu'est le cadre d'intervention clinique. Aussi bien n'est-il, à l'égard du contexte général dans lequel se meut le sujet, qu'un témoin passif et qui doit le demeurer sous peine de se disqualifier dans sa prétention clinique[8]. Par contre, nombre d'exemples montrent que le clinicien justifierait sa qualité s'il acceptait de réfléchir au cadre le plus approprié en réponse à la demande dont il est l'objet. Le clinicien doit être le metteur en scène du drame clinique.

La question est donc la suivante : si l'objet du clinicien est "l'homme concret et complet", l'objet qui fonde le CPC, qui justifie qu'on s'emploie à réfléchir sur sa notion, n'est-il pas la relation "concrète" du clinicien au demandeur "concret et complet". Les conditions de vie ou de mort de cette relation de ce "tissu psychique" sont dépendantes d'un milieu de travail. Je propose qu'on appelle dispositif psycho-clinique la part du milieu de travail dont la responsabilité revient au clinicien et duquel il attend un effet optimal au regard de son intention. Selon cette idée, le cadre de la cure-type, analysant-allongé, analyste en retrait, règle fondamentale, associations libres, attention flot-

[8] Le développement des thérapies familiales – de même que la pratique canadienne du "réseau" – limitent l'absolu de cette assertion.

tante... est l'expression d'un dispositif psycho-clinique particulier, celui de la technique psychanalytique. Autre exemple, apparemment opposé le cadre – support standard, consigne orale ou écrite, matériel – décrit un dispositif psycho-clinique, celui du test. L'histoire de la clinique psychologique est ainsi marquée par l'apparition de dispositifs psycho-cliniques, dont certains ont été particulièrement célèbres et parmi eux, il en est qui le sont demeurés. C'est l'avènement de la "Talking-cure". C'est celui du psychodrame morénien. Dans ces deux cas, il y a eu de la part de ses inventeurs à la fois le repérage d'un manque ou d'un possible, et une disponibilité de création. Toute chose à l'oeuvre, au moment de l'invention.

Le dispositif psycho-clinique est un terme générique intégrant un ensemble de formes techniques auxquelles les cliniciens peuvent potentiellement avoir recours. Certaines ont fait fortune, telles la cure-type ou l'entretien non directif ; d'autres ont été critiquées au point d'être remises en cause, ainsi pour la "technique active" de Ferenczi ; d'autres se développent, tel le génogramme ou le groupe familial. Passons sur le dessin, l'art-thérapie, les groupes de rencontres, etc. déjà bien installés.

c) L'objectif d'un CPC

Le dispositif psycho-clinique ne recouvre-t-il pas un inventaire à la Prévert ? Oui et non. Oui si ces formes techniques sont utilisées inconsidérément comme une forme vide, non si chacune d'elle prend sens au niveau de son utilisateur. C'est l'objectif d'un CPC que de l'y aider. C'est aussi le sien que de favoriser une diversité de dispositifs psycho-cliniques à partir du moment où il regroupe des cliniciens aux formations, aux compétences et aux styles divers. Il lui revient de maintenir ouverte l'interrogation sur la pertinence des différents dispositifs et d'en permettre la création de nouveaux, toujours avec un souci critique. Chose qui, actuellement fait bien trop défaut du fait de l'isolement des cliniciens entre eux.

On pourrait dire que le CPC est un appareil à produire des dispositifs psycho-cliniques. Il est de ce fait lui-même un dispositif psycho-clinique particulier, de caractère institutionnel. Son fonctionnement doit donc faire l'objet d'une régulation.

On retrouve la notion de dispositif employée négativement par nos voisins sociologues quand le souci éthique venant à manquer, le CPC n'est plus qu'un appareil à produire un système d'asservissement des personnes et des

sujets.

d) Le sens du dispositif

Quand "l'autre" est là comme personne et/ou comme sujet, mis en présence du clinicien, celui-ci doit bien faire avec "les moyens du bord" : ses désirs, sa pré-représentation du cas ou de la demande, sa compétence, son référentiel, etc. Il lui faut traduire tous ces éléments en termes contractuels. On peut dire qu'à un moment donné, en une sorte de temps initial, il "prend partie" dans l'affaire en prenant "des dispositions". C'est ce qui est révélé au travers du "dispositif" psycho-clinique.

Ceci donne toute la différence entre ce qu'on pourrait appeler le cadre et le dispositif. Le cadre est, du dispositif, ce qui se donne à voir : le divan, la boîte de tests, la consigne, la règle, le nombre de séances, une seule personne ou plusieurs... Le dispositif psycho-clinique dépasse le cadre en ce qu'il est un précipité de l'imaginaire du clinicien dans la réalité. Le sujet clinicien et le sujet demandeur deviennent alors à la fois des parties contractantes et les protagonistes du drame clinique.

Chaque dispositif psycho-clinique retenu donne à la relation intersubjective son empreinte, son sceau, sa valeur inductrice. Le drame clinique n'est pas conté de la même manière, pour un même sujet-demandeur et un même sujet-clinicien selon qu'il a pour support les consignes d'une relation, le dessin libre, la construction d'une histoire... qu'il se fait seul ou en groupe... à raison de deux séances par semaine ou d'une par mois... selon qu'il donne lieu à paiement ou non, et ainsi de suite, pour situer très grossièrement des éléments qui dans leur puissance signifiante viennent engager électivement la narration du sujet-demandeur. Même si bien sûr il s'agit toujours de la même parole d'un sujet-demandeur. Ce qui change, c'est la narration. On peut supposer qu'il y a autant de narrations que de dispositifs. On pourrait ajouter : autant de savoirs sur cette parole que de dispositifs. Le savoir, qui est ce qui reste de l'expérience du clinicien dans sa tentative d'approcher un autre, dans sa personnalité ou sa vérité, est, cela a été dit et répété, un savoir partiel. Partiel en ce qu'il laisse aussi transparaître l'identité du clinicien, mais aussi, et de cela on en a moins dit, qu'il trahit le choix d'un dispositif, qu'il le situe par rapport à celui-ci. Tout savoir est un savoir partiel et situé.

Un dispositif psycho-clinique est un agir du clinicien. En donnant une expression concrète à des données psychiques, le dispositif détermine un arbi-

traire formel. Il suscite de ce fait des contraintes dans le déroulement de la relation intersubjective, lesquelles organiseront des effets de loi et donc de transgression. Le caractère formel est souvent ce qui retient le plus l'attention d'un tiers observateur de celle-ci, qui a le choix entre deux attitudes :

– soit, parce qu'il ne comprend pas, tout accès à la particularité du drame clinique partagé par le demandeur et le clinicien lui est interdit,

– soit il suscite une séduction auprès de ce tiers observateur, qui transforme alors le dispositif choisi en une technique, un "truc ".

À bien des égards, cela aura été la destinée du dispositif freudien, entendu ici strictement au sens de la forme de travail que s'était appropriée S. Freud, "faite à sa main" comme lui-même le disait. C'est à chaque fois ce qui se passe quand un clinicien renonce à lui-même comme sujet, et opte pour la technique de la cure-type, réduite à un standard, fonctionnant d'abord comme prothèse identificatoire.

Dans un autre registre, qui apparaîtra scandaleux à celui qui se refuse à penser la situation du testing comme une situation clinique, le test d'efficience, ancien et toujours actuel, le Binet-Simon, est un dispositif psycho-clinique dont la construction a autant été une réponse au système de compréhension de leurs auteurs que l'instrument pertinent au regard de la nature de la fonction mesurée, l'intelligence. Binet ne s'y trompait pas, qui, à la question qu'on lui posait, d'une définition sur l'intelligence, répondait par la boutade révélatrice d'une vérité, "l'intelligence, c'est ce que mesure mon test". Sa manière à lui de dire que pour se construire un savoir sur l'autre, dans ce domaine très précis de l'efficience intellectuelle, il lui avait fallu se construire, lui aussi, un outil à sa façon. À bien réfléchir, ces deux exemples de dispositifs psycho-cliniques que sont la cure-type et le test, qu'on aime à opposer, ont en commun de susciter les mêmes attitudes d'incompréhension ou de séduction, pour celui qui est en position d'en faire usage. Tant que ces supports de travail restent "extérieurs" à leurs utilisateurs, ils ne peuvent qu'être un objet encombrant, objet détesté ou vénéré. Le terme de psychotechnicien rend bien cette position où le praticien reste étranger à son outil. Quand le clinicien a réussi à faire en sorte qu'elle le représente, la technique a fait place au dispositif.

L'enjeu est de taille en ce qu'il montre en quoi la notion de CPC entre en conflit avec les attentes des différents secteurs où l'on recrute des cliniciens.

Leur mission est nettement définie comme celle de "supplétifs". Pour ce faire, on attend bien d'eux qu'ils engagent des techniques, pas des dispositifs psycho-cliniques.

CONCLUSION

Aucun CPC, entendu comme réalité, comme établissement, ne peut prétendre être un modèle. Chacun d'eux est la résultante de l'ajustement de trois logiques : celles de l'imaginaire, de l'organisationnel et du contractuel. Il est tentant d'en négliger l'une ou l'autre, surtout en cas de difficultés. Prenons l'exemple du paiement ou de la gratuité des actes : C'est une question qui ne peut être convenablement traitée qu'en tenant compte des trois. Ceci suppose que le groupe des cliniciens dispose d'une latitude d'interventions plurielles. Chacun le sait, celle-ci n'est pas acquise d'emblée dans le secteur de la Fonction Publique. Tout projet qui y cherchera son cadre en sera d'autant plus ardu.

Par les choix qu'ils auront commis, les cliniciens d'un CPC lui auront donné sa marque, sa singularité. D'où la nécessité pour les divers CPC de signifier leur communauté en montrant en quoi une même notion les traverse.

À chacun de la réinterroger à partir de l'expérience de son propre fonctionnement institutionnel. C'est dire si le CPC ne peut être qu'une recherche impliquée.

*Nouvelle Revue de Psychologie, 1986, **5**, pp. 113-131.*

PROMOUVOIR LES CENTRES DE PSYCHOLOGIE

Démarche théorique et stratégie

Patrick Schmoll[1]

La promotion des Centres de Psychologie fait partie des objectifs statutaires de l'Institut Européen de Psychologie et constitue pour les deux ans qui viennent l'axe majeur de ses réflexions et de ses activités. Cet objectif revêt en effet aujourd'hui une actualité particulière, en tout cas en France, liée, du côté de notre association, à la mise en forme progressive de notre réflexion sur le "Dispositif Psychologique" (Nouvelle Revue de Psychologie, 1985b, 1986a et b) et, du côté de la profession en général, à la reconnaissance légale du titre de psychologue, étape importante s'il en est, et discutable, de la mise en place de ce dispositif.

Les premiers éléments de tels centres se mettent en place dans différentes villes de France, en particulier dans le cadre de l'I.E.P. à Caen (Cabinet de Psychologie Clinique)[2] et à Strasbourg (Centre de Consultations Psychologiques)[3] en référence à la notion de Centre de Psychologie Clinique (S. Blondeau et al., 1982 et 1983 ; S. Blondeau, 1986) qu'ils mettent ainsi à l'épreuve de la réalité. Les différences d'appellations et la mise entre parenthèse du qualificatif 'clinique' ne sont pas des choix indifférents dans le passage par cette épreuve.

---

[1] Président de l'Institut Européen de Psychologie. 17, rue de la Toussaint, 67000 STRASBOURG.

[2] Prendre contact avec P.-F. Pouthier, 17-38 Quartier du Bois, 14000 CAEN.

[3] À l'adresse de l'Institut Européen de Psychologie.

Les projets de Centre de Psychologie posent le problème difficile de l'institutionnalisation des pratiques : ils appellent donc une réflexion théorique de fond. Mais en même temps l'actualité de la professionnalisation des psychologues donne aux Centres de Psychologie une chance de s'implanter concrètement et de se développer, qu'ils ne doivent pas manquer. Une stratégie doit donc s'élaborer pour leur promotion, qui à certains endroits ne peut manquer d'anticiper sur la finition de la théorie, mais qui fait en même temps en soi l'objet d'une réflexion qui doit restée articulée à cet effort théorique, de manière à ce que nous puissions rester cohérents, à la fois avec les réalités sociales et économiques d'aujourd'hui et avec nous-mêmes. C'est dire, pour reprendre une trinité qui est aussi inscrite dans les statuts de notre association, que l'éthique est bien ce troisième terme qui permet de nouer réflexion scientifique et réflexion politique, démarche théorique et stratégie.

Qu'est-ce qui fonde la nécessité d'une telle stratégie de promotion des Centres de Psychologie ? Quels sont les principes généraux d'une telle stratégie ? Quelles sont enfin certaines des options concrètes qu'elle peut impliquer aujourd'hui ?

Nécessité de promouvoir les Centres de Psychologie

La création en 1982 de l'Institut Européen de Psychologie, ainsi que l'intégration ultérieure, parmi ses objectifs statutaires, de la promotion des Centres s'inscrit dans la logique des développements historiques récents de la psychologie, en particulier de la psychologie comme ensemble de pratiques professionnelles et comme corps de savoirs s'étayant sur ces pratiques sous les noms de psychologie clinique ou clinique psychologique. Nous avons déjà eu l'occasion de souligner que dans un monde en changement, qui a du mal à surmonter ses contradictions, et dans lequel ces contradictions se posent de plus en plus comme des problèmes particularisés, individualisés, la psychologie et les psychologues, comme praticiens de la communication et de la parole, sont appelés à occuper une position sociale importante.

Il ne s'agit pas là d'une évolution spécifiquement française, bien que le mouvement des idées scientifiques et politiques en France et la situation particulière à bien des égards des psychologues français les mettent en position de produire sur ces questions une élaboration originale, porteuse de changements profonds dans les pratiques (... pour peu qu'ils réussissent à prendre

quelque recul par rapport aux multiples discours scientifiques et institutionnels dans lesquels ils sont capturés et qui les font fonctionner comme "reste" de non-scientificité et comme appoint non-indispensable de telle ou telle pratique sectorielle : médicale, sociale, scolaire, économique, etc.).

Cette évolution de la psychologie caractérise l'ensemble des sociétés occidentales et intéresse aussi à plus ou moins long terme les pays de l'est et du tiers-monde. Mais l'idée d'un Institut Européen de Psychologie procède de la conviction que, pour des raisons historiques qui leur sont communes, les Européens sont susceptibles d'aborder ces questions de façon spécifique, par rapport notamment aux Américains et aux Soviétiques, en particulier en ce qui concerne l'éthique des pratiques. L'intitulé de notre association découpe donc un espace géo-culturel et politique qui s'est présenté à l'époque où nous en discutions comme un contexte pertinent pour notre réflexion de psychologues.

L'Institut a pour but de contribuer à cet effort de réflexion en promouvant des travaux cliniques et de terrain, c'est-à-dire approchant le sujet humain dans la globalité de son histoire singulière et de ses relations à son milieu. La fonction de publications telles que la *Nouvelle Revue de Psychologie* ou *Corps et Langage* se révèle centrale dans cet effort.

Nous en resterions cependant en cela sur le plan de la réflexion et l'Institut fonctionnerait, soit comme une espèce de cénacle, lieu d'une élaboration théorique sans doute pertinente mais sans effet sur les pratiques réelles, soit comme une institution n'ayant d'effet sur les pratiques que comme fiction organisatrice d'un imaginaire professionnel, fonction qu'ont déjà à cet endroit des associations de psychologues mieux placées que la nôtre.

Il nous aurait manqué la traduction de cette réflexion dans une action cohérente sur la réalité des pratiques. Notre réflexion n'eût pas empêché que continuent à proliférer des pratiques s'appuyant sur une théorisation et une éthique plus rudimentaires, mais mieux inscrites dans les réalités de la société d'aujourd'hui, qui s'expriment en termes de marché et de pouvoir.

C'est dans cette visée d'une action prolongeant la réflexion que l'Institut élabore un programme cohérent de stages de formation, en particulier de stages intra-établissements qui offrent à partir d'un thème précis (gestion des conflits, pratique de la violence, approche psychosomatique des problèmes de santé, etc.) un prétexte, si la demande s'y prête, d'intervenir concrètement,

sur les lieux mêmes du travail, dans les problèmes qui se posent quotidiennement à une équipe ou une institution.

L'Institut soutient aussi des projets de structures d'accueil et d'accompagnement répondant à des problèmes précis. Le projet "Pas/sage" de Richard Hellbrunn, par exemple, vise à répondre aux problèmes posés par des adolescents et jeunes adultes dont les conduites violentes répétées rendent leur prise en charge difficile ou impossible dans les structures traditionnelles.

Ces actions de formation et ces projets de montage institutionnel répondent cependant à des problèmes particuliers, circonscrivent des secteurs d'intervention précis, qui menacent en permanence de les assimiler comme réponses para-médicales, para-sociales, para-scolaire, etc., selon les secteurs, faute d'un cadre qui leur serait transversal. Pour n'en rester qu'au champ de la délinquance et de la violence, Richard Hellbrunn se bat depuis plusieurs années pour que survive le club de prévention dans le cadre duquel lui-même et une équipe d'éducateurs ont développé des modes d'intervention dont la spécificité doit sans cesse être argumentée auprès des pouvoirs publics, au regard par exemple de ce que propose un Centre socioculturel.

La notion de "Centre de Psychologie Clinique", telle qu'elle est développée par S. Blondeau, V. Machavoine et J. Maillard, s'est imposée à nous logiquement comme le cadre qui donne sa cohérence à une traduction, dans la réalité et dans l'action, d'une réflexion qui, de notre point de vue, est transversale aux discours scientifiques qui se partagent la discipline psychologique (discours biomédical, psychanalytique, sociologique...) et aux secteurs d'activités qui morcèlent la profession en psychologues de la santé, psychologues scolaires, d'entreprises, etc.

Les Centres de Psychologie : un dispositif politique

Sur le plan organisationnel, le projet est celui d'un dispositif visant à offrir en un même lieu toute la gamme des prestations psychologiques : consultations, interventions en institution, recherche, formation, publications, dans tous les secteurs de la vie individuelle et sociale : famille, école, entreprises, santé, justice, etc., de façon que se dégage la spécificité du travail du psychologue au travers même de la polyvalence de ses attributions. Concrètement, de notre point de vue cette fois, il peut être à chaque fois quelque chose de dif-

férent et de limité au départ dans ses objectifs, en fonction des formes et du niveau d'implication de ses membres et des possibilités du lieu et du moment.

Il peut être le résultat en termes institutionnels d'une élaboration de psychologues salariés de tel établissement public ou privé, dans tel secteur, à partir des conditions concrètes de leur exercice quotidien. Une telle élaboration est engagée en particulier dans les établissements hospitaliers de droit public, et le travail accompli, par exemple, par l'équipe des psychologues du C.H.G. d'Arles (cf. F. Pagano, dans ce même numéro), ou par S.G. Raymond et l'Association Nationale des Psychologues des Hôpitaux Publics (cf. la contribution de S.G. Raymond, également dans ce numéro) est remarquable dans ce domaine, puisqu'il étaye la possibilité concrète d'un montage institutionnel sur des textes réglementaires déjà existants : d'une part, ceux dont on peut déduire un principe, à savoir que les psychologues, du fait de leur niveau de formation, ont dans la fonction publique un statut de cadre A, ce qui devrait leur donner une qualité d'interlocuteurs directs de l'administration au même rang que les médecins et leur éviter d'avoir à répondre devant ces derniers ; d'autre part, depuis plus récemment, la circulaire du 24 mai 1985, qui institue un tiers temps de recherche et de formation pour les psychologues hospitaliers, qu'ils pourraient organiser concrètement dans le cadre de tels Centres.

Cependant, la fonction de cadre du Centre est également remplie si des psychologues d'institutions différentes ou en libéral se réunissent en une association "hors les murs", par exemple pour organiser leur formation continue ou vendre des stages de formation, ou bien éditer une publication, ou tenir des consultations, etc. Ce qui nous parait important dans tous les cas de figure, c'est que cette activité particulière, même si elle doit être considérée comme un projet en soi, s'inscrit aussi comme partie d'un projet plus large, qui tient lieu de cadre et remplit de ce fait une fonction tierce dans la pratique du centre, entre les praticiens et les usagers, même si, à la limite, le "Centre de Psychologie Clinique" comme établissement au sens achevé du terme doit rester le temps qu'il faut à l'état de projet, voire seulement de notion référentielle.

Notre expérience de montage d'un Centre de Consultations Psychologiques à Strasbourg et nos entretiens avec nos collègues autour de projets nous ont montré que la réalisation de tels Centres rencontre des problèmes de fond sur le terrain, d'où peuvent diverger les positions des uns et des autres quant à la

façon de les aborder, et qui risquent en tout cas de susciter des malentendus entre eux. Ces problèmes, on les rencontre très vite parce que, d'emblée, le montage de tels Centres nous confronte à la nature la plus générale de nos pratiques, qui sont d'être des pratiques de connaissance de soi et de l'autre et de changement, c'est-à-dire des *pratiques de pouvoir*.

L'attitude des psychologues à l'égard de cette question du pouvoir est fréquemment ambivalente : certains psychologues en veulent, parfois sans le reconnaître, et l'exercent dans les faits, dans l'institution, dans la relation avec leurs partenaires professionnels et avec les usagers de leurs pratiques ; d'autres le contestent à ceux qui l'ont déjà, en se défendant souvent de le vouloir pour eux-mêmes, promouvant dans l'institution l'idéal d'une libération de tous par la parole, et bloquant concrètement par leur comportement certaines opportunités de changement.

Les façons sont multiples de fuir l'horreur que suscite cette découverte d'une dimension de pouvoir inscrite par définition dans nos pratiques, mais elles s'organisent autour de deux axes essentiellement : une possibilité consiste à nier ou à minimiser cette dimension en s'abritant derrière l'objectivité d'un savoir scientifique et technique et en présentant nos pratiques comme des pratiques politiquement innocentes d'appoint à des pratiques sectorielles : scolaires, de soin, d'aide sociale, etc. ; l'autre consiste à reconnaître cette dimension de pouvoir et à s'en croire préservé par le retrait sur une position pseudo-psychanalytique d'attente de la demande et de non-implication ("neutralité bienveillante").

L'institution sert ici de bouc émissaire : posée à priori comme "bête et méchante", elle est l'alibi idéal qui, par un mécanisme de projection fréquent parmi les psychologues, leur permet de s'assurer, par contraste, de leur propre pureté théorique et éthique. Élaborer une stratégie de promotion des Centres de Psychologie dans ces conditions est difficile car un tel projet, parce qu'il est aussi un projet institutionnel, ne peut manquer de déplacer sur lui les effets de cette fuite des psychologues vis-à-vis de l'institution.

S'effacer devant ce principe politique à l'œuvre dans nos pratiques ne permet pas d'y échapper : tout au plus est-ce lui qui, dans ce cas, nous échappe, au profit de l'institution qui utilise nos pratiques à ses fins et des discours idéologiques qui les parlent. À tout prendre, il nous semble préférable d'assumer que, du pouvoir, nous en voulons, puisque nous avons choisi d'être psychologues, et que, par suite, les projets de Centres visent à mettre en place un

dispositif qualifiable de politique.

C'est ainsi que l'Institut Européen de Psychologie fonctionne sur ces deux versants : à la fois lieu de réflexion et d'échanges théoriques, cadre pour le montage de tel ou tel Centre et pour la confrontation d'expériences différentes, mais aussi instance de coordination des stratégies juridico-administratives et commerciales nécessitées concrètement par ces montages. Ces deux aspects sont articulés : l'édition de publications, l'organisation de colloques, d'actions de formation reconnues pour leur pertinence sur le terrain, sont de façon difficilement dissociable aussi bien une condition de sérieux du travail accompli pour le montage, puis dans l'exercice de Centres, qu'un élément de leur "poids" dans les secteurs où ils interviennent, une caution valant aussi comme argument politico-commercial.

Il faut bien supposer, par exemple, que la promotion de la formule des Centres en direction des pouvoirs publics, voire du public lui-même (campagne d'information et de publicité) appellera à un certain moment le regroupement d'équipes qui auraient fait le choix stratégique d'un label commun délivré sous des conditions à discuter entre elles par une instance commune. C'est dans cette perspective que nous avons été conduits dans nos objectif statutaires à choisir le label assez souple de "Centre de Psychologie", ne retenant le qualificatif de "clinique" que pour la démarche et le projet qui restent les nôtres dans le montage de ces Centres et dans notre confrontation avec des projets comparables de collègues. C'est également le choix que nous avons fait dans l'intitulé de ce numéro de la Nouvelle Revue de Psychologie, qui traite donc des "Centres de Psychologie". Ce choix appelle quelques précisions.

Trois logiques de pouvoir

Il me semble parfaitement soutenable de présenter nos pratiques comme des pratiques de pouvoir si, en retour, nous nous considérons comme redevables aux autres et à l'image que nous nous faisons de nous-mêmes d'une réflexion sur la nature du pouvoir que nous voulons exercer, des changements que nous voulons induire dans les hommes et dans les institutions, c'est-à-dire d'une réflexion sur notre éthique. Le dispositif que le psychologue met en place dans sa pratique articule trois registres possibles de pouvoir, trois modalités d'inscription de sa pratique dans la réalité intersubjective et sociale. Je

rapprocherai ces trois registres des trois logiques dont, suivant S. Blondeau (cf. son article dans ce même numéro), procède un "Centre de Psychologie Clinique" : Bien qu'il y ait là inévitablement un forçage de ma part du texte de Blondeau, il me semble que chacune des logiques qu'il développe privilégie comme son principal versant un de ces registres.

1/ Un premier registre serait celui du pouvoir au sens de ce qui est possible, de ce qui permet à un psychologue de gagner son beefsteak en fonction d'un environnement économique et social donné, de lois et de règlements, sur lesquels il a peu de prise et qui l'assignent à une place dont il ne peut déroger, sous peine de difficultés matérielles importantes. Sur ce versant, la logique "organisationnelle", au sens de S. Blondeau, privilégie la réalité du CPC comme établissement "en dur", dirai-je, c'est-à-dire inscrit dans des murs et des statuts, existant en quelque sorte indépendamment des sujets qui l'habitent, mais soumis aux lois du droit et à celles du marché, et appelant de ce fait une stratégie en termes commerciaux et juridiques. Escamoter le terme de "clinique" inscrit initialement dans la notion de CPC peut répondre à une telle stratégie : il peut réveiller chez des non-psychologues des confusions encore persistantes entre psychologie clinique et psychopathologie, voire des réticences ("Je n'ai pas besoin d'un psychologue, je ne suis pas malade, ni fou") ; par ailleurs, peu de psychologues le savent, mais en droit il n'y a pas de psychologue "clinicien" et s'intituler tel est, strictement, de l'exercice illégal de la médecine (Guillec, 1985).

2/ Un second registre serait celui de l'imaginaire du pouvoir, fonctionnant sur une logique de rassemblement autour de projets ou, plus sobrement, de traits identificatoires communs, logique à l'œuvre en particulier dans les mouvements actuels de précipitation d'une identité professionnelle des psychologues (autour du titre, de la formation unifiée, du code de déontologie, etc.). Le CPC remplit une telle fonction en s'imposant comme cadre de leurs idéaux identificatoires. Il a ainsi une fonction d' identification du groupe des psychologues, d'unification, et en même temps de différenciation de ce groupe par rapport à d'autres praticiens dans les mêmes champs : soignants, éducateurs, travailleurs sociaux, etc. Cette logique de pouvoir est imaginaire en ce sens qu'elle définit un dedans et un dehors, fabrique de l'unanimité et de l'exclusion, permettant que soient surmontés dans des clivages nouveaux des clivages anciens qui jusque là divisaient le groupe en psychologues de la santé, psychologues scolaires, d'entreprise, etc. fonctionnant dans des discours sectoriels s'ignorant mutuellement. Cette même logique conduit elle aussi à escamoter le terme de "clinique", en ce qu'il est loin de faire l'unani-

mité des psychologues, même des psychologues praticiens. Son usage dans des projets de "Centre de Psychologie Clinique" très différents montre d'ailleurs qu'il n'a pas la même acceptation pour tous ceux mêmes qui s'en réclament.

3/ Enfin, il importe de spécifier un troisième registre, incidence de ce que les rapports humains sont déterminés par des effets de langage et de parole constitutifs de l'intersubjectivité. Il convient en effet de ne pas oublier que le sujet est l'enjeu des pratiques psychologiques et qu'il perdrait son âme, et le psychologue la sienne, s'il devait être objectivé dans le fantasme de maîtrise du praticien ou dans les échanges entre psychologues et institutions. La prise en compte de cette dimension permet de dépasser les contradictions d'un pouvoir qui ne tablerait que sur des discours unanimistes instituant des valeurs et des objectifs valables pour tous les psychologues et applicables à tous les usagers de leurs pratiques. Elle instaure, dans la reconnaissance du sujet parlant, la possibilité d'une multiplicité acceptée des positions des partenaires de la relation et de la socialité, creusant même les différences, favorisant l'expression des conflits. Les modalités de ce pouvoir y sont celles de l'autorité et du tiers, dont l'efficience repose sur ce qu'il empêche, dans la relation interindividuelle, dans la famille, dans les institutions, etc., l'agrégation des forces dans des dynamiques duelles autour d'objets fréquemment constitués en "ennemis". La logique correspondante dont procède le CPC est "contractuelle" au sens de S. Blondeau.

Strictement, c'est cette troisième logique qui donne au projet de CPC sa définition "clinique", par différence d'avec un projet qui pourrait être "expérimentaliste", par exemple, ou simplement d'avec un projet qui ne prendrait pas cette dimension langagière de l'intersubjectivité en compte. Il ne nous semble pas, cependant, qu'un projet de Centre élaboré par des psychologues praticiens, avec les raisons qui fondent pour la pratique l'existence de tels Centres, puisse être sérieusement autre chose que "clinique". Il n'est donc pas certain, d'un point de vue stratégique cette fois, qu'il faille le préciser dans l'intitulé proposé aux pouvoirs publics et aux usagers s'il ne doit induire que des effets de confusion et des réticences contraires au but recherché.

Deux risques d'impasse

Serge Blondeau insiste avec raison sur ce dernier aspect, de logique

"contractuelle" : comme il est plus difficile à formuler, il est facile de le négliger. Il me semble par contre que sa prise en compte dans un projet de Centre dessine deux types d'impasses possibles, qu'on rapprochera des attitudes de fuite à l'égard du pouvoir que j'ai évoquées plus haut :

1/ Le premier est souligné par S. Blondeau, il consiste à négliger ce registre, d'où résulte que le projet se rabat sur des seules considérations de stratégie organisationnelle ou sur un fonctionnement du Centre seulement comme fantasme unifiant de l'imaginaire professionnel du psychologue. Sur ce versant imaginaire, le Centre de Psychologie (Clinique) risque de n'opérer que comme fiction, étendard brandi par les associations de psychologues, enjeu de leur quête identitaire. Sur le versant "organisationnel", S. Blondeau souligne par exemple le risque d'un étayage des Centres sur la structure hospitalière, tel qu'il est impliqué notamment dans les projets de l'équipe d'Arles, ou dans les formulations de S.G. Raymond. Certes, c'est là, dans l'hôpital, que de nombreux psychologues travaillent, c'est là que se rencontrent des problèmes concrets auxquels répondent ces projets, les conditions sont propices à la mise en place d'un tel dispositif psychologique dans les murs de l'hôpital au prix d'aménagements réglementaires et administratifs minimaux. Cependant, comment garantir que le dispositif ne reste pas capturé dans le discours médical, continuant à faire fonctionner les pratiques psychologiques comme des pratiques de "soin" en "santé mentale" ? Se détacherait-il suffisamment de la structure hospitalière dans l'esprit, et des psychologues, et des soignants, et des pouvoirs publics, et surtout des usagers, pour qu'il soit possible d'y accueillir d'autres demandes, d'y proposer d'autres réponses ? S.G. Raymond évoque par exemple les problèmes du divorce : Des couples en difficultés envisageraient-ils d'exposer leurs problèmes dans un cadre hospitalier ? Plus significativement encore, est-ce que des entreprises du secteur économique concevraient de demander quelque intervention (recrutement, formation, régulation) à l'hôpital ? Je propose que de tels projets, s'ils doivent rester connectés sur la structure hospitalière comme "services" de psychologie, fonctionnent cependant, au moins dans l'esprit des psychologues y participant, comme "antenne" hospitalière d'un cadre référent plus large "hors les murs", le Centre de Psychologie proprement dit, dont l'existence juridique pourrait se résumer ne serait-ce qu'à une association locale de psychologues, mais qui remplirait au moins une fonction imaginaire et symbolique comme tiers référentiel et analyseur de leurs pratiques (pour reprendre les formulations de S. Blondeau). Quitte à permettre par la suite que s'y associent d'autres équipes dans d'autres secteurs (scolaire, social, entreprises, etc.).

2/ L'autre risque, que je soulignerai quant à moi, et qui me semble se dessiner a contrario dans le texte de S. Blondeau, est de privilégier au contraire une réflexion théorique indéfinie sur le dispositif, par crainte de ne pas maîtriser les incidences d'une confrontation aux logiques de pouvoir qu'implique sa mise en place concrète, comme établissement inscrit dans les textes et dans les faits et comme fiction organisatrice de l'imaginaire du groupe des psychologues. Or, les logiques imaginaire et organisationnelle ne sont pas plus à négliger que la logique contractuelle, d'autant plus qu'elles visent à inscrire le CPC dans un tissu social, un système d'échanges, ce qui permet d'en vérifier la pertinence. La réflexion sur le dispositif est indispensable mais le terrain sur lequel elle porte, l'intersubjectivité et l'institution, fait qu'à l'instar de tout savoir construit en clinique, elle ne peut anticiper sur tout. Elle pourrait inhiber toute action si on devait attendre de l'action qu'elle en procède complètement. C'est aussi assumer notre "castration" symbolique que d'admettre que la réflexion sur le dispositif est forcément inachevée, de sorte que la décision de mettre en place un Centre de Psychologie est toujours, d'un certain point de vue, prématurée. Elle est un "passage à l'acte" qui pose directement le problème de la fondation et de l'autorité, et implique l'imaginaire et le désir des praticiens, spécialement leur désir de pouvoir. La logique "contractuelle" me semble être celle d'un contrat impliquant, du côté du praticien, une anticipation sur ce qui va se passer, une prise de risque dans laquelle il engage l'usager de sa pratique, en contrepartie de quoi le praticien est redevable d'une élaboration permanente sur sa pratique, mais qui se fait en grande partie dans l'après-coup.

Les Centres de Psychologie et la reconnaissance légale de la profession

Je souligne ce dernier risque, celui de l'inhibition, parce qu'il est désormais nécessaire pour la promotion des Centres de Psychologie de procéder à un certain nombre de choix stratégiques. Ceux-ci s'organisent autour de l'actualité de la reconnaissance légale du titre de psychologue.

Celle-ci correspond certainement à une reconnaissance de la dimension psychologique d'un nombre croissant de problèmes sociaux, et à la reconnaissance du même coup de la place sociale des psychologues, par les pouvoirs publics. Mais elle constitue aussi une tentative de ces derniers de maîtriser cette dimension en définissant des professionnels à cette tâche.

L'intervention du Législateur peut sans nul doute avoir une fonction tierce entre un marché des prestations psychologiques autrement livré à une concurrence sauvage et des praticiens que guettent cette autre tentation qu'est le clientélisme. De même, la reconnaissance de statuts particuliers dans le secteur public, que cette légalisation du titre préfigure, garantirait les conditions matérielles d'exercice du praticien, qui peut être autrement acculé dans la nécessité d'accepter n'importe quel travail à n'importe quel prix.

Il reste que cette fonction tierce, entre les psychologues et les usagers de leurs pratiques, est progressivement assurée par l'État, dans les figures du Législateur, des Universités qui ont désormais le monopole de la formation des psychologues, et des institutions du secteur public ou subventionné qui sont appelées à les employer. Outre que, sans répondre à la question de ce qui peut faire tiers entre le psychologue et son employeur, dans le secteur des entreprises privées en particulier, et donc entre le psychologue et son usager, cette intervention du Législateur accuse de surcroît la question de ce qui peut faire tiers entre les psychologues et la commande de l'État, dans les institutions de droit public cette fois. Cette reconnaissance légale inscrit une dette des psychologues vis-à-vis de la société et des pouvoirs publics : De quelle façon s'en acquitteront-ils ? Quel prix sera-t-on en droit de leur faire payer ?

Les Centres de Psychologie se présentent désormais comme la contrepartie indispensable du dispositif mis en place par la reconnaissance légale de la profession. Ils sont à même de remplir cette fonction tierce, d'une part comme lieu référent et cadre pour les pratiques des psychologues, distinct d'autre part de l'institution dans ou sur laquelle ceux-ci sont appelés à exercer.

C'est cependant aussi un problème précis qui nous conduit à dessiner une stratégie pour les Centres de Psychologie : celui de la définition restrictive du psychologue qu'institue la reconnaissance légale du titre. Celle-ci substitue à une définition fonctionnelle du psychologue (comme praticien de la communication et de la parole, comme médiateur dans des situations d'exercice réel) une définition juridique (par le niveau de formation universitaire). Une question se pose d'emblée : les Centres de Psychologie doivent-ils à leur tour désigner en leur sein comme psychologues ceux qui sont définis comme tels par la loi, c'est-à-dire par l'Université ? N'y a-t-il pas là un risque qu'ils perdent leur fonction tierce en s'aplatissant dans une conception du "psycho-

logue diplômé d'État" ?

Le texte de la loi a pour effet d'évincer du bénéfice de l'usage du titre de psychologue des collègues qui n'ont pas le niveau de diplôme requis (ceux qui "n'ont que" la maîtrise, par exemple, ce qui représente pourtant quatre ans d'études qu'ils ont assumé de poursuivre à terme, et ils sont nombreux car le véritable niveau de sélection se situe pour le moment à l'entrée de la 5ème année, DESS ou DEA) et qui n'ont pas une expérience professionnelle jugée équivalente (de 5 à 10 ans selon les cas, et ils sont nombreux aussi, puisque le chômage élevé dans la profession oblige nombre de diplômés à exercer un métier de substitution).

L'iniquité d'une loi qui protège de façon corporatiste les psychologues déjà diplômés et déjà en place se double de son inadéquation à la réalité de l'exercice professionnel aujourd'hui en France (définition fonctionnelle). Nous sommes bien obligés de reconnaître à certains collègues une compétence effective en tant que psychologues (parce que nous les voyons oeuvrer, nous lisons et entendons ce qu'ils en disent) alors qu'ils n'ont pas le niveau de diplôme requis et/ou exercent dans la clandestinité d'un poste d'éducateur spécialisé, d'assistant social, d'enseignant, etc. Nous devons trouver les moyens et le cadre d'une expression effective de cette reconnaissance de notre part de leur qualité de psychologue, s'il la demande de leur côté.

A contrario, il nous faut aussi constater que la formation reçue au cours d'une cinquième année d'enseignement universitaire, même à visée professionnelle (DESS), prolonge souvent, plutôt qu'elle ne l'interroge, les caractéristiques de la relation au Maître qui ont marqué l'enseignement jusqu'à la maîtrise : des enseignants, d'une part, qui ne sont pas portés par le fonctionnement du service public et de la structure universitaire à se soucier du devenir de leurs étudiants (certains le font, c'est indéniable, mais en le prenant sur eux-mêmes et au risque de fonctionner à leurs frais comme analyseur de l'immobilité de leurs collègues) ; des étudiants, d'autre part, qui s'alignent sur un comportement effacé standard et bachotent pour réussir des examens. De sorte que certains psychologues en titre, munis du DESS, ne sont pas seulement mal formés, mais dangereux pour autant qu'ils se préparent à entrer dans des institutions vis-à-vis desquelles ils sont portés à reproduire le rapport fasciné et ambigu d'obéissance et d'agressivité qu'ils ont entretenu vis-à-vis de l'institution universitaire.

La définition fonctionnelle qui peut être celle des pratiques psychologiques

comme pratiques de médiation ne va pas disparaître du seul fait que le Législateur réduit les psychologues à leur définition juridique. Le risque d'une telle réduction est en fait que cette fonction échappe désormais clairement aux psychologues au profit d'autres professionnels qui ne pourront plus se désigner comme tels, voire d'une profession nouvelle qui se constituerait sur la base de ce reste laissé par la loi. Je dois dire, en ce qui me concerné, que si la définition des psychologues devait s'arrêter à cette conception juridique et universitaire, je préférerais ne plus me considérer comme psychologue et que je serais le premier à promouvoir cette nouvelle profession.

Certaines lignes de fractures dans le groupe des praticiens se dessinent et, en particulier, il me semble que le marché des pratiques dans l'entreprise, d'une part, et celui des "nouvelles thérapies", d'autre part, sont désormais prêts à se développer, comme ils le font déjà dans d'autres pays, en dehors du groupe professionnel des psychologues ainsi défini, en même temps que ces pratiques risquent de souffrir, du côté de leur sérieux théorique et d'une possible organisation cohérente, de cette absence des psychologues.

Des options stratégiques

La position qui a été prise par l'Institut Européen de Psychologie est de fonder les Centres de Psychologie sur la réalité de l'exercice de la psychologie aujourd'hui, c'est-à-dire sur la reconnaissance mutuelle de ses membres les uns par les autres au regard de cette définition fonctionnelle, avant que sur la reconnaissance par le titre légal.

Cette position rejoint celle d'autres associations de psychologues sur l'idée d'une "reconnaissance par les pairs", celle du Groupement Syndical des Praticiens de la Psychologie (Psy'G), par exemple, qui avait déposé un projet de texte de loi dans ce sens. Il s'agit cependant de répondre aux deux problèmes que soulève un tel mode de reconnaissance, et que soulevait d'ailleurs ce texte (qui n'est pas celui qui a été retenu par le Législateur) : 1/ la trop grande facilité qu'il y aurait à s'associer "entre pairs" pour se bombarder mutuellement psychologue ; 2/ la nécessité. d'une Commission Nationale d'étude et de conciliation pour répondre à ce premier problème, et qui serait nommée et aurait à statuer sur la base de critères qui restent encore à élaborer et risqueraient de ne faire que déplacer le débat sur "l'autorité".

Par ailleurs, il ne s'agit pas de se placer en rupture d'avec ce qui existe désormais, puisque nous ne pouvons dénier à cette légalisation du titre son utilité à un autre niveau. Nous nous engagerions dans une stratégie de division dangereuse de la profession entre psychologues diplômés et reconnus légalement et psychologues clandestins formés sur le tas. Il s'agit bien au contraire de considérer les Centres de Psychologie comme complémentaires de la reconnaissance légale du titre dans le dispositif que celle-ci met en place. Concrètement, ils doivent être le moyen et le cadre d'une "reconnaissance par les pairs" tout en offrant sur le versant de la loi un repère pour les décisions administratives qu'elle prévoit d'équivalence d'accès au titre pour des non-diplômés.

La proposition que j'ai faite et qui a été retenue lors de notre dernière assemblée générale est que l'I.E.P. accorde son agrément à des Centres de Psychologie qui soient au départ le fait de psychologues titulaires en ayant eu l'initiative (le chiffre de sept "fondateurs" au minimum nous est alors suggéré par les termes de la loi de 1901 sur les associations). Ceci introduit donc, au moins au niveau de l'acte fondateur, une double exigence : celle du titre et celle d'une reconnaissance mutuelle, assumée par chacun ne serait-ce que du fait de la présence de son nom au côté de ceux des autres sous ce même intitulé. Cette double exigence, comme garantie, serait la base sur laquelle dans un deuxième temps (structurel, car il peut être simultané dans les faits) d'autres collègues pourraient être intégrés par cooptation, sur la base cette fois d'une reconnaissance au regard d'une définition fonctionnelle du psychologue, à partir de l'exercice effectif du candidat, de ce qu'il en dit et en a écrit, qu'il ait ou non un diplôme universitaire, et qu'il soit ou non psychologue dans les catégories définies par ses employeurs. Cette cooptation se ferait évidemment suivant des critères assumés comme subjectifs de la part des collègues déjà en place, qui auraient à tenir là une position de pouvoir (rien n'empêche que les mécontents créent un autre Centre ailleurs dans la même ville ou la même région). Le risque mentionné plus haut d'une cooptation facile est contrebalancé ici par ce que, très concrètement, un psychologue non titulaire au regard de la loi devrait trouver sept collègues titulaires au moins pour le reconnaître à cette place.

Le processus de la cooptation, dans son principe, évolue entre deux écueils : la facilité qu'il y a à accepter n'importe qui et, au contraire, la tentation de la fermeture d'une petite équipe sur un marché ou sur des idéaux. Il est cependant régulé par la nécessité pour les membres et les équipes du Centre de tenir compte des lois du marché, des effets en retour d'intégrations, d'exclu-

sions ou de démissions trop rapides de membres, et du contrôle exercé par la ou les instances accordant un agrément symbolique et/ou un support logistique. Et c'est là le rôle que joue l' I.E.P. comme l'une de ces instances possibles.

1/ Le Centre de Psychologie aurait ainsi dans une première approche une fonction de reconnaissance mutuelle symbolique, comparable à celle remplie par les sociétés psychanalytiques dans le champ de la psychanalyse. D'une part, la définition du psychologue serait assurée par la profession elle-même, et non de l'extérieur par le Législateur, par l'Université ou par les employeurs en fonction de discours sectoriels autres (médical, scolaire, économique, etc.). La demande adressée au Législateur d'enregistrer cette définition serait un second temps logique. D'autre part, afin d'éviter de se placer en infraction par rapport à la loi, les collègues cooptés mais non titulaires légalement pourraient recevoir un titre tel que celui "d'attaché de psychologie" ou "attaché au Centre de Psychologie de X.", titre par lequel ils seraient ainsi "nommés" comme pairs par leurs collègues titulaires. Dans un deuxième temps, les Centres de Psychologie traduiraient cette reconnaissance dans des actions concrètes en vue de la titularisation des "attachés".

Nous n'avons pas à exclure au demeurant qu'une définition fonctionnelle du psychologue puisse effectivement un jour recouper une définition par la formation, ainsi que le pose le texte de loi, mais ceci appelle une réflexion de fond sur la formation des psychologues, qui serait sans doute appelée à ne pas rester le monopole de l'Université. Les projets de Centres de Psychologie sont donc articulables, comme en un dispositif, à un autre projet qui devrait être lui aussi un axe de notre réflexion, celui d'une École professionnelle (Nouvelle Revue de Psychologie, 1986b)

2/ Le Centre de Psychologie serait cependant nécessairement quelque chose de plus qu'un système de reconnaissance mutuelle, ne serait-ce que pour que ce dernier soit possible : il doit être conçu comme un système d'échanges entre ses membres et avec les usagers de leurs pratiques, leurs partenaires professionnels, les pouvoirs publics :

– Le principe même d'une reconnaissance mutuelle symbolique le constitue pour commencer a minima comme un réseau de relations personnelles, d'information et de recommandation pour tel ou tel travail ou emploi. En un mot, on se passe des "tuyaux", on se recommande mutuellement à des tiers.

– Plus avant, il pourrait être le lieu d'émergence et de formulation de projets concrets : consultations spécialisées, actions de formation, projets de recherche, etc. Cela me semble même une condition de l'existence d'un Centre comme lieu de reconnaissance mutuelle, pour autant que celle-ci ne peut se constituer que dans un échange sur des projets précis, faute desquels en l'absence d'objets médiateurs de la relation elle n'opère que comme miroir. Les Centres de Psychologie s'étayeraient ainsi effectivement sur l'exercice réel de la psychologie. On peut supposer qu'ils profiteraient en particulier de toute la dynamique dont sont porteurs les laissés pour compte du texte de loi actuel, et qui trouveraient là un cadre pour leur exercice.

Les activités et prestations proposées par les Centres ne peuvent sans doute pas bénéficier au départ de la reconnaissance de l'État, de l'Université, des corps constitués. Ils auront donc d'abord le poids de leur propre dynamique et de leur propre sérieux, mesurable à l'aune de leurs publications, de leurs actions de formation, de réflexion et d'échange, etc. Le public serait juge. Les pouvoirs publics ne pourraient que suivre. Ceci implique que soient organisés, tant ce poids politique des Centres, que les échanges qui les cautionnent scientifiquement, qu'ils fassent donc l'objet d'une coordination entre les Centres existants.

L'I.E.P. a pour vocation statutaire de coordonner une telle stratégie, mais à un niveau national (français), ce peut aussi être l'objet d'une fédération des Centres de Psychologie ou d'une association existante telle que la Fédération des Psychologues nouvellement créée, pour autant que celle-ci accepte une définition du psychologue plus extensive (fonctionnelle) que celle d'associations représentatives des psychologues plus anciennes. Les principes de cette coordination doivent être là aussi ceux d'un échange.

1/ L'organisme coordonnateur (l'I.E.P. en tout cas) aurait à proposer :

– Un agrément, qui pourrait figurer dans l'intitulé du Centre qui en ferait la demande et dont l'intérêt tiendrait : a) dans la caution scientifique représentée par les travaux et publications de l'organisme coordonnateur (ex. pour l'I.E.P. : les revues, les journées d'échange, sa participation à des actions concertées avec d'autres organismes) ; b) dans le poids politique assuré par cette même caution, ainsi que par la coordination d'actions de promotion autour du label "Centres de Psychologie".

– La propriété intellectuelle de marques ou de sigles correspondant à des

travaux reconnus (consultations spécialisées, programmes de formation, instruments de la pratique, etc.) sur des objets définis (ex. pour l'I.E.P. : Corps et Langage ; AID Accompagnement et Information des Divorçants), que l'organisme coordonnateur met à disposition d'équipes en en réservant cependant la primeur aux équipes exerçant en Centre de Psychologie, et dont il assure la promotion et la coordination interrégionale.

– Un soutien logistique à la création d'un Centre de Psychologie ou à un projet précis : information/documentation, fichiers d'adresse, formation, conseil juridique, administratif, commercial, démarches et relations publiques, etc.

2/ Les équipes concernées du Centre de Psychologie :

– assureraient en échange de l'agrément de l'organisme coordonnateur une production théorique repérable (publications, colloques ou journées d'échanges, actions de formation, etc.) qui a) permettrait à ce dernier de statuer régulièrement sur le maintien de l'agrément et b) alimenterait de surcroît le courant de productions et d'échanges théoriques qu'il coordonne et contribuerait donc à donner à cet agrément son poids à la fois scientifique et politique ;

– verseraient une contrepartie financière pour la mise à disposition des marques et sigles et pour le soutien logistique.

Les Centres de Psychologie auraient la possibilité d'adhérer comme tels à l'organisme coordonnateur, et de ce fait de participer aux instances de décision de ce dernier, de façon à avoir aussi un moyen de contrôle en retour sur lui.

Pour que l'I.E.P. poursuive ses objectifs de réflexion et d'action sur les pratiques psychologiques, et pour qu'il ait capacité à remplir cette fonction de coordination, ces options appelaient une modification de ses statuts dans le sens d'une possibilité pour des non-psychologues d'adhérer à l'association. Il importe en effet de ne pas restreindre la réalisation de ces objectifs aux seuls psychologues, définis de surcroît de façon restrictive par la loi. Il s'agit de profiter de ce que nos partenaires professionnels dans les champs les plus divers, et le public en général, peuvent avoir à dire sur ces questions, ainsi que de la fonction de contrôle que leur participation peut aussi avoir dans la promotion et la coordination des Centres.

Un avenir très proche désormais va juger de la pertinence de ces options stratégiques, dont les enjeux sont, rappelons-le : 1/ La ré-appropriation de la psychologie par les psychologues, ou leur expropriation définitive du fait même des effets de la reconnaissance légale de la profession ; 2/ l'aplatissement possible des psychologues "en titre" dans une conception institutionnelle préjudiciable aussi bien à leur autonomie qu'à celle des personnes et groupes qu'ils auront à charge ; 3/ le développement d'une population de praticiens effectifs mais non reconnus de la psychologie, dans des conditions d'organisation de la réflexion théorique et de la pratique difficiles et également dommageables à tous.

BIBLIOGRAPHIE

pour une introduction à l'idée des Centres de Psychologie

ANREP (1984) , Stage : *Le psychologue et le travail institutionnel* (Juin 1984), textes non publiés.

ANTY M., CODRON F. et al. (1983), *Projet de création d'une Unité de Sciences Humaines Expérimentales au Centre Hospitalier d'Arras*. Document sur l'évolution critique d'une expérience urbaine en psychiatrie de secteur et sur la réflexion collective à partir de la création d'une unité expérimentale de Sciences Humaines plus particulièrement préoccupée de santé mentale. Présenté au Ministère de la Santé le 18 Janvier 1983.

ANZIEU D., MARTIN J.Y. (1981), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF.

BARUS-MICHEL J. (1978/79), Le psychologue et l'institution. Pour une régulation institutionnelle ou de l'analyseur au régulateur, *Bulletin de Psychologie*, 32, 399, pp. 207-219.

BLONDEAU S. (1986), Le Centre de Psychologie Clinique (CPC) : des points de vue différents, une unité notionnelle, *Nouvelle Revue de Psychologie* (1986a) , pp. 99-112.

BLONDEAU S., MACHAVOINE V., MAILLARD J. (1982), Pour des Centres de Psychologie Clinique, *Bulletin de Psychologie*, 36, 358, pp. 17-25.

BLONDEAU S., MACHAVOINE V., MAILLARD J. (1983), Les centres de psychologie clinique : une utopie réalisable, *Connexions*, 40, pp. 93 - 110.

Bulletin de Psychologie (1983/84), n° 363 : *Théorie psychanalytique des groupes*, Paris, Sorbonne.

Cahiers de l'ANREP (1984), n° 1/2 : *Les psychologues entre la tentation analytique et la prise de pouvoir institutionnelle*, Paris, ANREP.

CLÉMENT J.M. (1985), Les réformes hospitalières 1981-1984. Départementalisation, statuts des médecins et des personnels hospitaliers, *Ma-*

nuels B.L. Santé 4, Paris, BergerLevrault.

CLÉMENT R. (1986), Dispositif clinique, clinique du dispositif, *Nouvelle Revue de Psychologie* (1986a), pp. 15-31.

Conseil Canadien d'agrément des hôpitaux (1984), *Les services de psychologie*, Ottawa.

DOREY R. (1968), Naissance et développement d'un service de psychologie clinique, *Bulletin de Psychologie*, numéro spécial, Paris, Sorbonne.

DUEZ B. (1980), Recherches sur les conditions de possibilité d'une intervention psychanalytique en institution, *Perspectives Psychiatriques*, 79, pp. 391-398.

GUÉRIN C., PAGANO F., SABOYE J.L. (1983), *Projet de création d'un Département de Psychologie Clinique au Centre Hospitalier Général d'Arles*, Arles, ronéo.

GUILLEC G. (1985), Être ou ne pas être clinicien. L'identité professionnelle des psychologues praticiens en question, *Nouvelle Revue de Psychologie* (1985a), pp. 15-62.

JACQMIN M.F. (1984), *De la question du travail institutionnel. Exemples cliniques divers s'appuyant sur les analyses d'une équipe technique du CREAI*, ANREP (1984), communication non publiée.

MAILLARD J. (1984), *Exemple de mise en place par une psychologue d'un travail institutionnel dans une équipe*, ANREP (1984), communication non publiée.

Nouvelle Revue de Psychologie (1985a), n° 1 : *Épistémologie clinique*.

Nouvelle Revue de Psychologie (1985b), n° 4 : *Le Dispositif Psychologique. 1.- Éthique*.

.Nouvelle Revue de Psychologie (1986a), n° 5 : *Le Dispositif Psychologique. 2.- Vers des Centres de Psychologie*.

Nouvelle. Revue de Psychologie (1986b) , n° 8 : *Le Dispositif Psychologique. 3.- Le Marché du Savoir* (à paraître).

PAGANO F. (1986), Démarche du projet de Centre de Psychologie Clinique au Centre Hospitalier Général d'Arles, *Nouvelle Revue de Psychologie* (1986a), pp. 69-75.

Psychologie-Québec (1985), vol. 2, n° 4, Québec, Corporation Professionnelle des Psychologues du Québec.

RAYMOND S.G. (1981), À propos des écoles d'infirmier(e)s des hôpitaux, *Bulletin du Syndicat National des Psychologues*, n ° 48.

RAYMOND S.G. (1981), Départements de psychologie et orientations hospitalières (hypothèses en faveur d'une carrière de psychologue des hôpitaux au service public), *Psychologie Française*, n ° 3-4, pp. 305-319.

RAYMOND S. (1983), Opinions et. recherches sur les départements de psychologie. Une politique psychologique en matière de santé est-elle possible en France ?, *Actualités Psychiatriques*, n° 10.

RAYMOND S.G. (1984a), D'une psychologie de santé à une santé de la psychologie, *Psychiatrie Française*, n° 4.

RAYMOND S.G. (1984b), Le psychologue des hôpitaux en justice administrative et vis-à-vis de la responsabilité, *Actualités Psychiatriques*, n° 1.

RAYMOND S.G. (1985a), Situation de la psychologie de santé publique en 1985. État de santé des psychologues des hôpitaux, *Actualités Psychiatriques*, n° 4.

RAYMOND S.G. (1985b), Conditions d'implantation de l'éthique des psychologues des hôpitaux, *Nouvelle Revue de Psychologie* (1985b), pp. 31-41.

RAYMOND S.G. (1985c), Mission d'Intérêt Général (M.I.G.) des psychologues de hôpitaux (Circulaire DH/8D/85 n° 95 du 24 Mai 1985 relative à l'application du décret du 3 Décembre 1971), *MIRE Information* (Paris, Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale), 6, pp. 2124.

RAYMOND S.G. (1986), Première pierre d'une psychologie de santé, *Nouvelle Revue de Psychologie* (1986a) , pp. 77-98.

ROUCHY J.C. (1984), Organisation et institution. Questions de dispositif et références psychanalytiques, in ANREP (1984), communication non publiée.

SCHMOLL P. (1985), Les pratiques psychologiques en question, *Nouvelle Revue de Psychologie* (198 5b) , pp. 7 -12 .

SCHMOLL P. (1985b), Pour fonder sur l'éthique une définition des pratiques psychologiques, *Nouvelle Revue de Psychologie* (1985b), pp. 61-80.

SCHMOLL P. (1986a), Fonction des psychologues dans la lutte contre le chômage, *Le journal des Psychologues*, 34, pp. 28 -29.

SCHMOLL P. (1986b), Les pratiques psychologiques au prix de l'institution, *Nouvelle Revue de Psychologie* (1986a), pp. 5 -8.

SCHMOLL P. (1986c), Promouvoir les centres de psychologie. Démarche théorique et stratégie, *Nouvelle Revue de Psychologie* (1986a), pp. 113-131.

SCHMOLL P. (1986d), L'éthiquette, *Cahiers de l'ANREP*, n° 3-4, (sous presse).

SCHMOLL (1986e), Rumeurs d'exercice illégitime de la psychologie, *Nouvelle Revue de Psychologie* (numéro sur la rumeur à paraître).

SCHOPP G. (1983), À propos d'un département de psychologie, *Bulletin du Syndicat National des Psychologues*, n° 57, pp. 24-26.

SCHOPP G. (1986), Le dispositif psychologique, pour le meilleur et pour le pire, *Nouvelle Revue de Psychologie* (1986a) , pp. 9-11.

COMPTES-RENDUS CRITIQUES

Un travail de recherche, qui met en jeu l'écriture, permet au praticien un recul, une prise de distance, une mise au clair d'une situation relationnelle et institutionnelle. Il participe des conditions qui lui permettent de fonctionner comme tiers, à la fois observateur et impliqué, dans la relation entre acteurs d'une situation et dans la relation intersubjective. Il importe par ailleurs que ce travail d'écriture ait un écho parmi ses collègues et ses partenaires professionnels, écho qui empêche que cette fonction de recherche opère sur Le seul mode d'un discours délirant Ainsi, on saisit qu'une spécificité de la constitution de la clinique comme savoir des praticiens est qu'elle lie étroitement la question de sa validation à celle de sa transmission : si c'est discutable, c'est au moins qu'on ne délire pas complètement. C'est l'objet de cette rubrique de comptes-rendus critiques que de contribuer à ce processus de validation en se faisant l'écho des productions écrites de praticiens.

RENCONTRES

Questions à l'éthique des psychologues

Questions d'éthique... (journées de l'ANREP, Palais des Congrès de Versailles, 22, 23 et 24 Novembre 1985).

L'éthique est une préoccupation récente de la part des psychologues. Cette démarche essentielle selon les sociologues dans la mise en place des professions constitue une étape-clé positionnant les futurs professionnels vis-à-vis des différentes instances de pouvoir et du public utilisateur direct ou potentiel de leurs services. Il s'avère essentiel d'interroger cette démarche pour saisir les fonctions de l'éthique revendiquée et de la déontologie qu'ils essaient d'élaborer dans la mise en place d'un cadre pour leurs pratiques.

Ces questions d'éthiques surgissent à un moment de l'évolution du groupe des psychologues, dont l'unité se trouve menacée par les institutions dans une remise en cause de leur utilité sociale. L'éthique nécessite un réajustement des projets des psychologues comme catégorie de travailleurs face aux nécessités sociales, réajustement sans lequel ils risqueraient de ne plus répondre à ce pour quoi ils sont socia-

lement mandés.

Notons le nombre restreint de psychologues qui s'étaient déplacés pour débattre de ces questions. Ces journées ont posé le problème de la pertinence de débats académiques où des intervenants assènent un certain nombre d'analyses, d'idées ou de réflexions à un public plutôt avare de réactions. Est-il possible d'impliquer largement les praticiens dans la définition de l'éthique de leur profession et dans l'élaboration d'un Code de déontologie qui en fixe le cadre concret, ou ce travail est-il nécessairement le fait d'un nombre restreint de praticiens ?

L'intérêt fondamental de ces journées s'est révélé dans un certain nombre de points abordés par des intervenants et repris par une fraction du public et, surtout, par l'appel des organisateurs à des modèles d'éthique. À travers eux, il nous est possible de postuler qu'au lieu de poser des questions d'éthique, il faudrait interroger les recours à l'Éthique' pour en dénoncer la. nature idéologique :

– L'exposé de la représentante du Comité Consultatif d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé était centré sur les enjeux et les répercussions morales des pratiques biologiques et médicales modernes. La mise en place des Centres d'Éthique Médicaux et celle, plus récente, du Comité Consultatif d'Éthique par le gouvernement socialiste montre en fait que les préoccupations éthiques apparaissent pour pallier à des pratiques déjà existantes portant atteinte aux libertés individuelles. Il ne s'agit pas de prévenir ou de réguler ce qui sera, mais de conforter des pratiques de pouvoir et de légitimer ce qui est déjà : le contrôle des individus, à travers la mainmise sur les corps dans le cas présent. L'éthique apparaît comme un recours philosophique lorsque la morale commune se pose des questions sur le pouvoir de la science et de ses applications dans la vie quotidienne. Une morale spécifique, faisant appel à une logique autre que la science, est ainsi sollicitée après coup pour juger les pratiques de pouvoir qui ne peuvent trouver leur légitimité dans le recours au Droit. Ainsi les psychologues travaillent dans les institutions médico-sociales à éponger la 'souffrance psychique' engendrée par les dysfonctionnements de la société et par le développement même de l'appareil médical. Ils tiennent alors lieu de caution morale du Pouvoir.

– Une place spécifique avait été proposée, sous forme d'une table-ronde, aux interventions de représentants du Collège International de Philosophie. Les philosophes ne demandaient pas mieux que d'intervenir sur cette question : j'ai déjà souligné (cf. *Nouvelle Revue de Psychologie*, 1985, n° 4) qu'ils ont tendance à vouloir définir à la place des psychologues ce que devrait être l'éthique de leurs pratiques. On peut regretter qu'en l'occurrence ils n'aient pas fait autre chose que philosopher sur l'éthique de leur propre institution, posant des questions qui n'intéressaient qu'eux mêmes. Nous pouvions attendre des philosophes, qui sont les spécialistes de la Morale, des éclaircissements sur les fondements et le sens de l'éthique et de la déontologie, qui étaient au centre de ces journées.

– L'intervention discrète des représentants des travailleurs sociaux n'a pas eu, par contre, l'écho qu'elle aurait mérité dans un public de psychologues susceptibles d'être intéressés par les implications de leurs pratiques dans le tissu social. Ils travaillent en effet dans une aire et un registre très proches des psychologues praticiens, et sur les mêmes populations. Leurs contributions, comme celles de J. Birouste et P. Schmoll sur un autre versant, préconisaient un accompagnement des Autres, elles ont eu le mérite de resituer les questions d'éthique au sein des rapports de pouvoir, tout en soulignant la nécessité de tenir compte des coûts de l'action sociale et de la responsabilité des travailleurs sociaux.

Éthique et morale ont été disséquées dans la plupart des interventions à travers des arguments psychanalytiques, voire simplement psychanalysant. Cette inflation des conceptualisations psychanalytiques, passant en particulier par l'inévitable "analyse de la demande", ramenait trop facilement à l'idée qu'il n'y a pas de psychologue clinicien sans psychanalyse : le manque de rigueur d'analyse épistémologique assigne à l'éthique une fonction de garant de la vérité du discours, à condition d'y faire référence un grand nombre de fois... sans la définir. On peut envisager l'éthique comme hypocrisie individuelle, et la déontologie comme défense collective.

Il nous a été offert l'occasion d'assister à une mise en acte de ce fonctionnement particulier de l'éthique lorsqu'un intervenant, qui s'était évertué à dénoncer 'l'hypocrisie' dans les comportements sociaux et privés quotidiens sous couvert de 'morale', s'est mis à son tour à démolir un orateur qui avait essayé d'aborder la question de la justice sociale et de la crise des valeurs dans un langage sociologisant et humaniste : condamnation sans appel d'une idéologie au nom d'une autre, fonctionnant sur un mode totalitaire, ce qui pose question dans un débat sur l'éthique et qui révèle la nature du fonctionnement de celle-ci comme élément essentiel d'auto-justification de n'importe quelle pratique.

De même, l'éthique revendiquée des psychologues semble être un masque qu'ils se donnent. À tout moment de leur pratique, elle apparaît comme l'énoncé d'actions répondant davantage à leur 'désir d'être psychologue' qu'aux demandes formulées par la société. Nous pouvons concevoir cette éthique comme le leurre qu'ils élaborent pour justifier un certain nombre d'actions sur les individus et les groupes, visant ainsi une mainmise sur la "chose psychologique", une "chose" qui actuellement leur échappe : voir le décalage entre le succès de la psychologie dans le public et le chômage par ailleurs des psychologues. La définition d'une déontologie et d'une éthique professionnelle est une étape que doivent passer les groupes de travailleurs pour devenir des professionnels, c'est-à-dire pour occuper un marché, prendre du pouvoir ou se mettre au service du Pouvoir tout en se légitimant à leurs propres yeux et au regard d'autrui.

La déontologie est un élément fondamental de protection du groupe par rapport aux pouvoirs publics : cela est clair dans le cas de toutes les professions libérales, et des médecins en particulier. La déontologie est ainsi apparue au cours de ces journées

comme étant au cœur des préoccupations des psychologues, car elle leur permettrait de faire l'économie de l'élaboration de critères d'efficacité de leur travail au regard notamment des institutions qui les emploient. Cette question fondamentale a été au centre des discussions qui ont suivi l'intervention de R. Ghiglione : les psychologues s'inquiétaient de ce que le Code de déontologie n'ait pas été intégré à la loi votée en juillet 1985. Elle s'est manifestée aussi à travers les discussions autour de la notion de secret, qui permet de ne pas avoir à rendre compte. Si la déontologie doit constituer le cadre axiologique où pourraient se définir et évoluer les pratiques des psychologues, il ne faudrait pas qu'elle fonctionne comme une protection collective s'opposant au droit des clients et du public de prendre connaissance des objectifs, des moyens et des instruments des psychologues. Il ne saurait y avoir de responsabilité des psychologues tant qu'ils se croiront libres de ne pas rendre compte de ce qu'ils font. Or, cette condition est essentielle s'ils veulent exister socialement et professionnellement aux yeux de ceux, individus et groupes, pour l'intérêt de qui ils sont censés travailler.

Gérard Guillec

Chômage : Recherches/actions et propositions des psychologues
(journées de la Fédération des Psychologues,
Paris, 25-26 Octobre 1985).

La Fédération des Psychologues, créée en 1984 dans la foulée du Forum professionnel du *Journal des Psychologues*, marquait avec ces premières journées son entrée sur la scène publique. Plusieurs des interventions au cours de ces journées ont fait l'objet d'un dossier du *Journal* (Février 1986, n° 34), mais il est dommage que les plus significatives ne s'y retrouvent pas. Car le thème choisi était en même temps d'une actualité brûlante et dangereux. En effet, que peuvent apporter de tangible les psychologues dans le traitement d'un problème qui se pose a priori crûment en termes matériels ? Les prestations des psychologues ne sont pas aussi facilement identifiables que, par exemple, le fait de procurer à un chômeur un emploi, un logement ou une allocation de tel montant. Les psychologues ont parfois eux-mêmes le sentiment de cette intangibilité, de ne servir à rien et de n'avoir rien à proposer, et ceux qui malgré cela essaient de répondre à ce problème peuvent être tentés de verser, soit dans la psychologisation d'un problème social au point de masquer sa dimension politique, soit au contraire dans son idéologisation sur un mode revendicatif, où se perdrait la position professionnelle du psychologue.

Disons-le, ces journées ont difficilement évité ce danger. Les discours tenus de part et d'autre, tant par des psychologues que par des formateurs, des responsables d'entreprises ou d'organismes impliqués par le problème du chômage, etc. avaient du mal à s'articuler et se rencontraient fréquemment sur le mode du duel.

Représentatives d'une position, les interventions de M. Godet, professeur associé au CNAM et de P. Marchelli, président de la CGC, dont on ne retrouve précisément pas les textes dans le dossier du *Journal*. Le premier développait une théorie des "quatre coins" ou des "chaises musicales" qu'il avait déjà eu l'occasion d'exposer (*Le Monde* du mardi 26 juin 1984, p. 2) : le chômage est comparé à ce jeu où il y a moins de coins ou de chaises que de joueurs qui tournent, ce qui ne pose pas de problème si chacun tourne constamment ; le passage au milieu (chômage) est une opportunité de changement qui peut être consacrée à une autre activité (formation, famille, loisirs) ; le jeu est perverti si les joueurs restent assis dans les coins ou sur les chaises, et que c'est toujours le même qui reste au milieu. Le chômage (de longue durée) est donc le fait de rigidités du marché du travail, ce sur quoi on peut rejoindre M. Godet, mais que ce dernier, peut-être dans le feu du débat, proposait de lever sans autre forme de médiation en supprimant les conventions collectives et en cassant la fonction publique.

P. Marchelli, de son côté, tirait à boulet rouge sur un dispositif de protection sociale (ce qui surprend de la part d'un syndicaliste), dispositif qui, selon lui, n'incite pas le cadre au chômage à la responsabilité : il est payé pour ne rien faire, l'inaction le fait se lever tard le matin et, n'ayant pas d'intérêt à demander du travail, ses démarches infructueuses s'espacent, et le résultat en est que les entreprises à la recherche de cadres admettent qu'un candidat qui a été trop longtemps au chômage est de toutes façons irrécupérable, car il a décroché par rapport aux valeurs de travail qui fondent son dynamisme et son utilité.

Ces interventions ont été mal reçues par l'assistance, par les psychologues en particulier, dont certains affichaient des positions également peu nuancées ("psychologues et chômeurs, même combat", pourrait-on résumer). Mais c'est aussi qu'elles mettent à jour de manière évidente des logiques et des préoccupations différentes à l'œuvre dans la définition de ce problème. Soyons clair : quoi qu'en disent les organisations patronales, les entreprises n'ont rien à faire du chômage, c'est un problème qui ne les concerne pas. La logique économique, si elle était seule à jouer sur le terrain social, réclamerait effectivement que les rigidités du marché du travail soient levées sans autre forme de procès, et qu'on coupe les vivre aux chômeurs. Ce sont d'autres logiques qui, dans nos sociétés modernes, maintiennent un rôle régulateur important de l'État : une logique politique, surtout, qui doit tenir compte, pour éviter l'explosion sociale, des représentations qu'a l'opinion publique de ce qui est légitime en matière de solidarité collective.

Si les psychologues ont réagi à ces discours humainement durs, c'est aussi qu'ils ont besoin pour eux-mêmes de se convaincre qu'un chômeur, c'est forcément un demandeur de travail. Car s'il est demandeur, on peut l'aider à s'adapter, mais s'il ne l'est pas, s'il profite d'un système, ou simplement n'a plus le cœur à s'accrocher, quelle prise a-t-on encore sur lui ? Et à quoi sert le psychologue ? Se révèle dans ce cas que le psychologue survit aussi sur la mauvaise conscience de la société et des pouvoirs publics, sans laquelle le problème dans son objectivité économique serait réglé sur

un mode plus radical et sans avoir besoin de psychologie. Il est patent que les interventions des psychologues aient constamment éludé les questions de l'inscription socio-politique de leurs pratiques et de ce que sont leurs enjeux à eux, et en termes de marché, et au regard de leurs idéaux, quand ils interviennent auprès de cette clientèle : on fait ainsi comme si c'était le chômeur qui avait besoin du psychologue, alors que le psychologue a aussi besoin des chômeurs.

Que la Fédération des Psychologues organise des journées sur le chômage, comme demain sur d'autres problèmes sociaux aigus, montre pourtant que ce sont aussi des marchés à prendre pour les psychologues. Soyons juste, cependant, ces journées, parce que le thème en était risqué pour une jeune Fédération, étaient une opération courageuse, de la part notamment de Bernard Allaire, organisateur remarquablement dynamique (s'il fut au cours des débats un modérateur plus discutable). Elles ont posé les jalons d'un travail possible des psychologues en articulation avec d'autres professionnels, les pouvoirs publics et les entreprises sur ce problème qui est devenu primordial.

J'ai proposé en ce qui me concerne quelques préalables quant à la fonction des psychologues dans ce travail, qui me semble pouvoir être celle d'un tiers ou d'un médiateur entre les différents acteurs, à condition qu'eux-mêmes sachent éviter les glissements idéologiques faciles (cf. dossier du *Journal* déjà cité).

J.L. Egli, directeur technique adjoint de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Éducation Permanente (ADEP) analysait avec acuité le problème de la formation. Le marché de l'emploi évolue : les entreprises ne cherchent plus tant des compétences en termes de savoirs et de savoir-faire, d'une part parce que le nombre des diplômés fait qu'elles les trouvent facilement, d'autre part parce que, les techniques évoluant rapidement, ces compétences deviennent vite obsolètes ; elles cherchent plutôt un profil de comportement qui soit adaptable à ces changements rapides. Les critères de sélection de ce profil sont cependant réduits à des traits peu affinés : un âge maximum, un diplôme souple, etc. et on juge de la formation. Mais la formation est pervertie dans son fonctionnement, car au lieu de porter explicitement sur cette adaptabilité, elle continue à porter sur des contenus censés donner un métier, dont on sait que demain il ne sera plus pertinent. Les gens sont ainsi ballottés de stages de formation en recyclage, capturé dans un fonctionnement qui pérennise leur situation en la psychologisant. Les psychologues auraient une place dans une politique de la formation visant à restituer au chômeur (et plus généralement au salarié contraint de s'adapter au changement) les éléments objectifs et plus personnels d'évaluation de sa situation et de permettre à l'entreprise de se donner les outils d'appréciation de sa mobilité intérieure.

Par ailleurs, la meilleure façon de créer des emplois étant de créer des employeurs, des propositions ont été faites pour ceux des chômeurs qui sont susceptibles de faire le chemin qui amène à la formulation d'un projet personnel d'entreprise. B. Louis, délégué général du mouvement des entreprises ETHIC, proposait des plates-formes

de partenariat ; Ch. Lemaignan présentait le cabinet 3IN à Paris comme une "structure de portage de projet" : l'idée est de faire profiter un projet du parrainage et des conseils de professionnels, de chefs d'entreprise, etc. pour sa mise en forme concrète et sa présentation aux financeurs ; la structure porteuse se fait payer à crédit, en royalties sur le projet une fois lancé ; le financement existe aussi pour des chômeurs créateurs d'entreprise pendant une période d'étude du projet. Dans ce type de travail, le problème réside souvent dans le préalable qui consiste à permettre au chômeur de sortir de sa situation de crise personnelle pour lui permettre d'élaborer un tel projet, puis de le mettre en contact avec des "parrains", en bref dans un travail de médiation, et les psychologues ont là aussi une place de spécialistes.

Il n'y a pas de solution purement économique ou technique au chômage dans une société où l'informatisation et la robotisation nous conduisent de toutes façons à une réduction en masse relative du temps de travail ou à une modification de son sens. B. Louis faisait remarquer d'ailleurs que le problème est tellement peu technique que les secteurs actuellement créateurs d'emploi ont en fait peu de technologie (secteur social, services, alimentaire, etc.). Les problèmes rencontrés dans la création d'entreprise ou la reconversion sont fréquemment des problèmes de ressources humaines, qui appellent des spécialistes tels que les psychologues. En cela, ces journées montraient leur pertinence, même si beaucoup reste à faire dans la formalisation plus précise de ce que les psychologues peuvent apporter.

Patrick Schmoll.

OUVRAGES

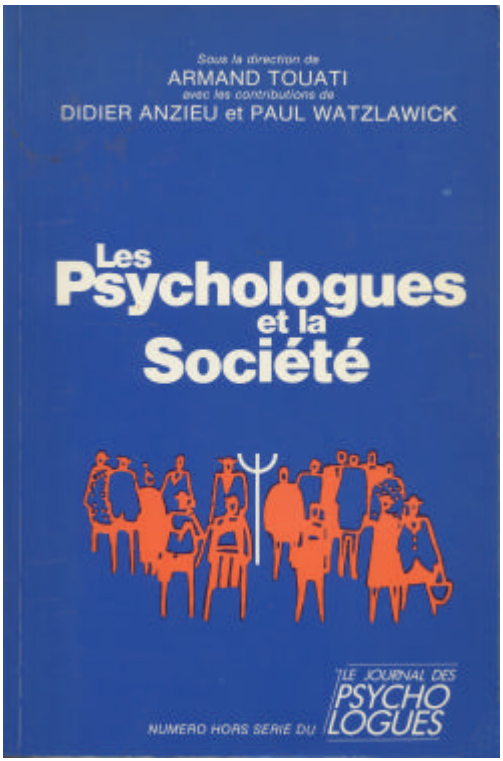
Hiatus

Les psychologues et la société
(Actes du 2ème Forum professionnel du journal des Psychologues,
sous la dir. de A. Touati, Marseille, 1985).

La multiplication ces dernières années de revues, colloques... consacrés à la psychologie illustre la multiplicité et la volonté d'émergence des psychologues dans le champ social. Elle constitue sans doute l'un des préalables nécessaires à une réelle reconnaissance sociale et institutionnelle.

Pourtant, certain propos de D. Anzieu dans son allocution d'ouverture à ce 2ème Forum professionnel des psychologues nous invite à réinterroger l'affirmation précédente :

"Un tiers de siècle après, nous pouvons affirmer que la psychologie a réussi sa percée (...). Ce tableau d'ensemble très positif présente cependant des zones d'ombres (...). Un premier phénomène (…) est l'usure propre aux méthodes, aux idées, aux théories (...), à la différence des sciences dites exactes et naturelles (...). Cette attitude (...) contribue à faire rejeter les psychologues de la communauté scientifique (...). D'où une seconde déception pour les psychologues. Ils ne soignent pas assez leur image, non seulement dans le public (...), mais auprès des autres spécialistes." (pp. 14-15).



Étrange dialectique de l'ombre et de la lumière. Étrange situation : la Psychologie aurait acquis ses lettres de noblesse, là où ses desservants, ses acteurs, demeuraient ses parents pauvres. Ph. Fuguet parle de "la méfiance à l'égard de la profession de psychologue longtemps confinée en France à un pesant académisme" (p. 77). Posture paradoxale sur laquelle plane une odeur de déshéritage, de désappropriation.

En somme, plus que reconnaissance n'assisterions nous pas aux manœuvres pour une reconquête dont il faudrait se féliciter. La lecture de l'ouvrage pourrait nous permettre d'en mesurer l'état de mûrissement. À ce titre l'ambition de l'intitulé "Les psychologues et la société" présageait de la mise en place d'un nouvel ordre des choses.

L'iconographie de l'ouvrage, non seulement le laissait supposer, mais le confortait. Constatons initialement qu'elle n'est pas sans analogie structurale avec les dépositions de croix. Au couple : groupe et individus encadrant le signe matériel de la crucifixion répond sur la couverture une organisation similaire : une population entourant, non pas une croix latine, mais son semblant analogique, la 23ème lettre de l'alphabet grec.

† Ø

Seule transformation : à la rigidité de l'axe transversal de la première répond-une version adoucie dans la seconde. Autre différence, lors d'une déposition, l'assistance offre l'image de l'unanimité dans la croyance, la peine partagée autour de son symbole : la croix. La composition inaugurant l'ouvrage évoque au contraire l'inadéquation, par le biais du support coloré, entre le signe de la foi (psi) de couleur blanche et les participants (couleurs rouge et bleue). Opposition d'autant plus nette que le titre en blanc "Les psychologues et la société" en serait l'aboutissement.. Ce qui supposerait que ces représentants (population en rouge et en bleu) resteraient à convaincre, à blanchir.

En somme, l'uniformité colorée du titre serait le terme vers lequel il faudrait tendre : une société où la dimension du psychologique serait reconnue. Ambition louable qui initialement ne pouvait faire l'économie d'une rencontre dont la dualité inhérente au titre (psychologues/société) rendrait compte. Ou pour reprendre l'expression d'A. Touati : "Les psychologues réunis pour ce 2ème Forum ont exprimé leur volonté de prendre en compte les questions essentielles posées aujourd'hui à notre société" (p. 19).

Si la lecture des actes de ce Forum illustre par leur richesse et la multiplicité des apports une réelle volonté d'être partie prenante dans le social, se conforment-ils à la règle d'échange évoquée au début de l'ouvrage : "C'est en fonction de ce que nous apporterons à la société française qu'une reconnaissance sociale de sa part pourra advenir" (p. 27) ?

Force est de constater que le contenu de la majeure partie des interventions et résumés des modérateurs n'honore guère cet échange et n'autorise pas à imaginer que le soupirant (les psychologues) conquière la promise (la société). Si l'hétérogénéité des sujets abordés lors des différentes tables-rondes peut expliquer partiellement cette constatation, il convient de souligner que trop souvent les réponses prévalent sur les demandes. Quand ces dernières ne sont pas purement et simplement évacuées. La foi du charbonnier fait trop souvent office de garant de l'avenir. Ce qui nous vaut un long catalogue des potentialités, des capacités des psychologues, de ses vœux pieux, sans articulation et analyse des potentialités, des enjeux de pouvoir, des demandes à l'oeuvre dans le domaine de l'individuel, du social et de leurs interactions. Ainsi :

"L'informatique et la télématique (...) Il s'agit bien de l'un des domaines où l'intervention des psychologues pourra être décisive" (A. Touati, p. 22).

"Demain il nous faudra trouver les bases d'un nouveau contrat social (...). Dans cette recherche collective, l'intervention du psychologue peut permettre la prise en compte (...)"(id. p. 23).

"Nous agissons un peu comme ces pilotes de bateaux de sauvetage qui interviennent dans la tempête, pour porter secours à l'équipage d'un navire en difficulté" (N. Sillamy, p. 41).

"Le psychologue, dans le domaine des conditions de travail, intervient comme agent de changement spécialement sur les communications" (A. Ripon, p. 117).

Il convient à la décharge du Forum de noter qu'un certains nombre de voix se sont fait entendre pour tenter de dépasser cette auto-interrogation, ces traites sur l'avenir : "Le psychologue ne saurait se contenter d'attendre passivement que l'on vienne le chercher" (S. Bédère, p. 86).

Tout en prenant acte de ces derniers propos, souhaitons que l'humilité introspective qui nous anime : "Ni tout puissants, ni tout à fait incompétents, il convient de prendre la mesure de nos actes (...)" (E. Lehnisch, p. 66) ne nous fige pas à cette interrogation : "To be or not to be ".

En somme, l'habit de cérémonie (la jaquette) était bien prêt, mais comme en souffrance. Souhaitons que les prochains Forums élaborent la stature qui l'endosserait.

(N.B. : Les citations n'ont pas pour vocation de rendre compte de façon précise du contenu de l'ouvrage mais plus d'en constituer une lecture -transversale marquant les limites mêmes de ce dernier.)

Serge Bomstein.

Assises de Marseille :

Pour une politique de la psychologie
L'intervention psychologique
(*Psychologues et psychologie*, 1985, n° 67)

Crise, pouvoir, éthique
(*Psychologues et Psychologie*, 1986, N° 68)

Ces deux numéros du bulletin du Syndicat National des Psychologues rassemblent les textes des interventions aux Assises Nationales du Syndicat "Le psychologue dans la cité – 2." (Marseille, juin 1985). Ces Assises n'ont pas eu le succès de foule du Forum des Psychologues qui se déroulait en même temps à quelques kilomètres de là. Mais les préoccupations des organisateurs de l'une et l'autre manifestations étaient semblables, jusqu'au souci d'élargir les débats aux expériences des psychologues étrangers. Il ne s'agit pas de décider quelle formule de rassemblement a été la meilleure, leur contenu répondant à des préoccupations semblables pour l'ensemble des psychologues, même si le Forum avait pour vocation de réunir de préférence les praticiens autour de thèmes mobilisateurs. Les comptes-rendus de ces manifestations reflètent l'aspect narcissique de leurs buts et ils ne sont pas susceptibles de faire avancer le débat sur la place et l'action des psychologues au sein de la société.

Nous ne pouvons pas aborder séparément les deux rencontres, qui correspondent aux efforts de deux groupes rivaux dans leur tentative de s'assurer le contrôle de la dynamique de professionnalisation des psychologues par l'élaboration d'une éthique de groupe et d'un savoir de référence pour les praticiens, ces démarches devant contribuer à la définition d'un label professionnel.

Les interrogations sur les pratiques des psychologues à l'étranger et sur la place des psychologues au sein de la société française ont été deux axes fondamentaux que nous retrouvons dans les deux rencontres et révèlent le même souci des psychologues de comprendre leur position dans un système social qui semble ignorer leur utilité.

Concernant l'organisation des textes dans les comptes-rendus des Assises et du Forum, nous pouvons surtout noter des différences de forme permettant de saisir les objectifs divergents. Le bulletin du SNP ne reprend pas les interventions de Madame G. Dufoy, Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, et de M. Prieur, Député du Loiret, rapporteur du projet de loi portant reconnaissance du titre de psychologue, alors que ce sont les premiers textes à avoir été publiés par le *Journal des Psychologues*. La présentation du journal laissait entendre que la Ministre et le député étaient les artisans principaux de cette loi, escamotant ainsi 20 ans de travaux et de négociations des psychologues enseignants et praticiens et de leurs organisations, le SNP notamment, alors que le *Journal* n'était pas encore né.

Le bulletin du SNP publie les textes d'auteurs dans leur intégralité, alors que l'usage du *Journal* pour la rédaction des actes des Forums est de confier aux modérateurs des tables-rondes le soin de rendre compte de ce qui s'y est dit. Ces comptes-rendus, qui tendent à effacer les auteurs d'intervention dans un texte unique, contribuent à organiser une doctrine, un savoir contrôlé. Dans cette élaboration théorique caractérisée par un langage de vérité, la place de la psychologie et des psychologues dans les changements individuels et sociaux constitue l'objet essentiel de l'interrogation narcissique répétitive que se pose le groupe de ces praticiens depuis les premiers temps de leur existence sociale.

La diversité des problèmes traités par le SNP du fait de sa vocation syndicale concourt à une analyse en dents de scie suivant les sujets traités et les modèles d'analyse suivis. Mais la restitution à chaque intervenant des fruits de son labeur, sous la forme de numéros du bulletin où leurs textes paraissent comme textes d'auteurs, signe la prise en considération de l'Autre dans sa diversité et de son effort pour élaborer une réflexion, même si les différents discours ne dégagent pas a contrario une unité de point de vue. Il faut souligner l'effort du SNP pour s'interroger sur l'inscription sociale des psychologues à travers un statut valable pour l'ensemble de la profession. Mais un tel statut ne pourra être élaboré que s'il s'inscrit dans une nécessaire remise en question des pratiques, en évitant le piège du recours unique à la psychanalyse, qui permet aux praticiens de se réfugier dans le secret, la référence au sujet et

à l'analyse de la demande pour ne pas avoir de comptes à rendre aux institutions et à la société.

Le savoir élaboré dans ces différentes publications est essentiellement cumulatif : il ajoute des textes, des opinions, etc. à ce qui a déjà été produit antérieurement, sans faire avancer vraiment le débat sur l'inscription sociale des pratiques. Les psychologues s'abritent derrière les grands noms des fondateurs et n'apportent pas grand chose qui puisse faire évoluer les objectifs ou mobiliser les praticiens. Mais c'est là le problème de tous les congrès et colloques où des autorités balancent des textes â un public passif. Ces textes., une fois publiés, pourront servir à quelques chercheurs qui étayeront sur eux leurs constructions théoriques, pour être éventuellement réutilisées ensuite par des praticiens en mal de référence. Mais un tel usage n'a guère pour visée de faire avancer la science : l'utilité de ces rencontres n'est pas tant scientifique qu'idéologique. Elles sont symptomatiques de la dynamique narcissique circulaire dans laquelle s'emprisonnent les psychologues pour éluder la question centrale de leur inscription sociale. Ils prennent là le risque de prendre des résolutions en fonction de leur seul 'désir d'être psychologue' et de ne pouvoir être entendu que d'eux-mêmes. Les "appels à l'identité" ne peuvent guère contribuer à la production d'un savoir porteur de nouvelles pratiques sociales. Celles-ci sont en gestation ailleurs, sur le terrain, et il convient notamment de ne pas oublier qu'en marge de ces grands mouvements de rassemblement professionnel, certains praticiens se regroupent en petites associations pour promouvoir d'autres styles d'implications dans le tissu social.

Gérard Guillec.