

Bulletin national santé mentale et précarité

Psychologues en tension

édito

Gladys MONDIÈRE

Enfance, travail, sexe, vie quotidienne et maladie mentale, la psychologie est-elle appelée à « guérir » sur tous les fronts en ces temps de bien-être obligé ? La question de la psychologisation du social traverse ce numéro, donc aussi et simultanément celle de la dépsychologisation des pratiques.

Cela n'est ni nouveau ni étonnant : comment prendre en compte la singularité du sujet et la situation dans laquelle il évolue, se constituant et se défaisant dans un même mouvement ?

Certes, nous sommes loin de 68, année où la psychiatrie divorce de la neurologie et se rapproche de la psychologie clinique, mais nous sommes toujours dans la continuité d'une histoire d'amour tumultueuse, Eros quand tu nous tiens... Présente depuis l'Antiquité, la psychologie a la grâce de toujours se définir comme une science jeune. Et pourtant quels antécédents, quelle longue histoire ! Son étymologie est ancrée dans la mythologie : Psyché, la superbe, avait fait des envieux, Eros en est tombé amoureux et Aphrodite, elle-même en fut jalouse !

Aujourd'hui, la tendance forte de médicaliser la psychologie continue d'insister, soit en l'instituant sous la tutelle de la faculté de médecine, soit en la chargeant des fonctions traditionnellement dévolues à la psychiatrie, par manque de moyens.

Par ailleurs, le législateur a entrepris de légiférer sur les psychothérapies afin de les ajouter au cursus universitaire, mais aussi d'encadrer leur coût par la sécurité sociale, comme dans d'autres pays.

Dans le champ de la précarité, on sait que les psychologues sont de plus en plus sollicités, tant du côté des travailleurs sociaux que des usagers ; ils jonglent, précaires auprès des précaires, allant parfois même jusqu'à « jouer » avec le marché au risque d'y perdre leur âme. Eros passe alors au-delà du principe de plaisir, cherchant à survivre.

L'identité des psychologues cliniciens s'en trouve profondément remaniée.

Plutôt que de les décrire comme dispersés aux quatre vents de la modernité, l'observateur pourrait faire remarquer que l'aventure des psychologues commence toujours dans un passage, une transformation, une crise... Ne deviennent-ils pas malgré eux l'une des figures sensibles des évolutions de notre société et de ses systèmes de pensée ?



tourbillon

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

DOSSIER

Le psychologue en Psychiatrie, l'accompagnement de tous les changements *Loick VILLERBU* p. 2-3

Psychologisation de l'exclusion sociale ou socialisation de la pratique psychologique ? *Marie-Claude GEORGE* p. 4-9

Dépsychologiser la question de la souffrance au travail *Danielle LÉBOUL* p. 5

Y a-t-il une psychologisation des formations au travail social aujourd'hui ? *François CHOBEAUX* p. 6

Toubib or not toubib : histoire d'une profession *Michel ARMELLINO* p. 7

L'alliance psychologue-psychiatre dans l'espace psychosocial *Jean-Jacques TABARY, Michel COLOMBANI et Mohamed ZAHID* p. 8-9

Psychologue en CMP : les attentes de l'équipe infirmière *Philippe QUINET* p. 10

Etre psychologue psychothérapeute en Allemagne *Corinna ADAMOWSKI et Andrea DIXIUS* p. 11

Evolution en vue du statut de psychologue au Québec *Yves LECOMTE* p. 12

Parcours d'un désenchantement *Sophie DUBOIS* p. 13

Interview d'Alain LÉTUVÉ p. 14-15

LE COIN DU CLINICIEN p. 15

Faut-il faciliter les retrouvailles entre les personnes en errance et leurs proches ? *Jean FURTOIS*

ACTUALITES p. 16

Le psychologue en Psychiatrie, l'accompagnement de tous les changements

De la Folie et de l'Etat, de l'Etat et des Disciplines... telle pourrait être la réflexion fondamentale à tenir sur le XX^{ème} siècle si nous abordions de façon critique l'entrée de l'irrationnel dans la rationalité économique et sociétale ou dans la constitution de la res publica. Autant la folie a été la grande affaire du siècle précédent, autant semble s'y substituer une autre grande misère psychologique, une autre désespérance, l'insécurité : des malades mentaux aux sujets identifiés dangereux.

Loïck VILLERBU

Psychologue,
Professeur de psychologie
clinique, Université
Rennes 2

Une même angoisse fondamentale mais cette fois-ci externalisée, comme si les désordres n'étaient plus psychiques et pouvaient se ramener à quelques grandes figures insécuritaires issues d'une psychologie des foules sauvages ou en rébellion, produit des exils, des guerres et des ghettos. On ne peut tenir une raison sur la présence psy sans envisager dans le même temps son aventure ontologique et les utopies qui sont venues formuler des modes d'être sociaux. On ne peut tenir une raison sur la folie sans son passage instrumentalisé dans divers corps de métier, dans des ensembles architecturaux, dans les révolutions qui ont été les siennes et dont témoignent avec une grande précision les divers ouvrages qui ont contribué à façonner une figure aujourd'hui disparue ou en voie de disparition, au moins dans les diplômes, l'infirmier psychiatrique¹, celui qui savait sur une autre référence et avec autre pratique. Parallèlement s'est affirmé un autre corps avec une formation souvent unicentrique sur la pathologie psychique, celui des psychologues.

Psychologue et psychologie, psychanalyste et psychanalyse. L'engendrement est-il parfait d'être en ligne droite ? Les énoncés théoriques qui fondent un champ disciplinaire sont bien différents des énoncés théoriques qui rationalisent un exercice professionnel. Le premier obéit aux

rationalités épistémologiques, le second aux rationalités de la didactique : pratiquer une théorie est bien autre chose que de théoriser sa pratique.

Le psychologue est parce qu'il est prescrit. Création sociale, définition en acte des problèmes (mode d'opérativité sociale), il ne se résume pas aux choses disciplinaires qui attestent de façon universitaire de ses compétences. C'est autant une création politique qu'une organisation professionnelle ou encore qu'une somme de savoirs dogmatiques. Qui dit psychologue dit fonction, mission et celles-ci sont évidemment à la mesure des évolutions sociales, à la mesure des évaluations portées sur des systèmes de pensée. Dans ces rapports de force qu'entretient nécessairement tout système avec ses voisins et concurrents, en les accompagnant le psychologue y joue aussi un rôle.

La psychanalyse se définit dans la création de l'inconscient dont le contenu peut aller « d'être structuré comme un langage » au lieu structurel des identifications et des modalités conflictuelles associées avec un sujet qui ne se réduit pas au moi.

La psychologie s'est toujours définie dans sa face positive comme un savoir d'attribution opératoire avant d'opérer toute une série de conversions plus ou moins réussies qui l'amène à se représenter sur le versant procédure (cognition) et axiologique (clinique et psychopathologie).

Si psychologie et psychanalyse s'opposent ce n'est pas parce l'une serait positiviste et l'autre non mais c'est parce que ce qui soutient l'analyse c'est le désir et la division et que de cela toute demeure est une aliénation ; alors que ce qui soutient la psychologie, dès lors qu'elle s'est faite axiologique, c'est le trop-plein et la demeure² dans la contrainte à habiter, malgré tout.

L'aventure du psychologue commence avec l'axiométrie, (la mesure des aptitudes, l'évaluation des attitudes et des motivations) et poursuit sa démarche vers une axionomie toujours plus envahissante : elle est désormais concernée par le changement ; les changements personnels, les changements sociaux pour lesquels elle instruit des formes de mobilisation. De métrique elle est devenue nomique dans une orientation curative qui soutient son lieu originel d'émergence, le lien social, la distribution des rôles et des genres, le travail généalogique et la dynamique générationnelle. C'est en ce sens qu'elle ne peut se penser sans référence à l'Anthropologie, aux formes d'égarement sociaux qui de son point de vue réalisent des exutoires : littéralement des modes de fixation, pour prendre le temps de penser, pour s'arracher à l'agitation. C'est la voie ouverte aux formes d'existences plurales qui vont se penser en termes de temps, d'espaces et de relations projetées dans des constructions imaginaires (en un autre monde, un autre lieu, un autre temps, une autre relation) et réelles (dans une sociologie des appartenances ou des organisations).

La psychiatrie naît avec le passage de l'Asile (rassemblement caritatif, compassionnel et policier des déshérités, égarés vagabonds, pauvres, fous... ceux qui n'avaient plus ou pas de patrimoine, spirituel, mental, matériel) aux Hôpitaux psychiatriques : un tel passage a obligé la création d'autres structures pour ceux qui n'en relevaient pas³.

Fille de la justice et rejeton de la philosophie, la psychiatrie devient sociale quand le psychiatre, sous la pression des souffrances sociétales, se découvre d'autres obligations que celles de contenir et que les nouveaux maux sociaux font obstacle aux catégories diagnostiques plus ou moins rigides. Un savoir

Bibliographie

¹ Paul Bernard, *Psychiatrie Pratique, les techniques psychiatriques*, Centre d'éditions psychiatriques, Paris, 1949.

R. Mignot et L. Marchand, *Manuel Technique de l'infirmier des établissements psychiatriques*, 3^e édition, G. Doin, Paris, 1939.

² L'aitre dirait H. Maldiney. *Aîtres de la langue et demeure de la pensée*. Edition L'âge d'homme, 1990.

³ *Maladie mentale et situations de handicap*. Pratiques en Santé mentale, n° 1, février 2005.

Le psychologue en Psychiatrie, l'accompagnement de tous les changements (suite)

constitutionnaliste fait place à un savoir sur l'histoire singulière au travers des conceptions structurales qui vont s'affirmer. Le droit entre dans les lieux médicaux, les pouvoirs se partagent et concomitamment apparaissent, dans le champ psychiatrique, les psychologues et les pharmaciens. Les thérapies naissent quand ce qui faisait la clôture hospitalière craque dans une autre vision du monde commun, quand commence à se fissurer la croyance en la nécessité de lieux réservés et hautement bienveillants, tutélaires. Le champ asilaire avec ses espaces miniaturisant un monde centré sur les figures du médecin et de l'infirmier chef convertit son espace en lieux hétérogènes, intra et extra hospitaliers : hôtellerie et restauration, temps de vie se dissocient. Quand le secteur naît, il entraîne avec lui une nouvelle présence infirmière, de psychologues. Le dispensaire se transforme en consultations médico psychologiques : espaces, temps, relations, toutes les coordonnées phénoménologiques de définition de la personne supportent une autre représentation et vont construire un autre savoir faire. Clés, hiérarchie... activités d'entretien du pavillon, surveillance de la cour se secondarisent pour donner à penser de nouvelles formes de socialisation intra et extra-hospitalière.

Dans ce renouveau du champ psychiatrique c'est la temporalité qui devient un fond de préoccupations et qui va être le lieu des plus grands changements. Le temps long de la chronicité, le temps contraint à ce que l'on sait de la durée curative et de ses effets cède la place à un temps d'alternance, dans le développement des impératifs de séjours

de courte durée des nouveaux entrants. Serait-ce la fin de la psychiatrie, des œuvres de ses savoirs ?

On peut évoquer des contraintes économiques mais une économie ne tient jamais qu'à être également politique. A trop dénoncer l'économisme (comme on a dénoncé le psychologisme) on s'abrite derrière un bouc émissaire. Il faut convenir de la casure des grands savoirs doctrinaux sur la folie et la pensée, la

Tout ce qui a fait la spécificité de la psychiatrie vacille, ses savoirs comme ses professionnels, ses temps mythiques et son aura. L'évènement devient premier, la personne se fait traits, l'urgence se redéfinit par les situations et interpelle ceux qui paraissent les plus autorisés à parler du changement puisqu'ils en ont fait un trait identitaire, psychologues et thérapeutes, nés avec un objet privilégié : le changement.

Le champ psychiatrique dans l'histoire des psychologues, bien au-delà de l'histoire de la psychologie, a en quelque sorte ceci de particulier qu'ils en sont restés des visiteurs du moi, « des demeures et des trop-plein » quand bien même leur présence s'est affirmée et qu'ils ont largement contribué à redessiner les contours d'une psychiatrie qui est tout à la fois devenue sociale, institutionnelle, de réseau et de crise. Le champ psychiatrique avec le psychologue retrouve, bien qu'avec de nombreuses difficultés, des missions se rapportant aux dangers, qu'elles tiennent à ceux qui sont définis comme agresseurs (délinquants, violents et en situation de souffrance) autant qu'à ceux

qui sont identifiés comme victimes (déprimés, violents en position de victimisation secondaire et susceptible d'agressions sur eux-mêmes et sur autrui). L'interpellation contemporaine, historique, qui leur est faite pourrions-nous dire, massive, serait d'être *sous assistance victimologique* comme on parle d'assistance respiratoire. Une autre perspective s'est glissée dans ce nouveau monde : des fous aux malades mentaux et de ceux-ci aux victimes. Il est difficile désormais de ne pas entendre une victimité omni présente dans l'urgence de la crise. ■



il ne suffit pas de tendre les bras

maladie et le normal, ce qui est bon parce que ancien, ou bien parce que nouveau. Plus profondément ce qui a changé notre regard et notre présence c'est peut-être, conçu à notre insu, une représentation de la maladie comme processus et non plus comme état. Et dans ce passage, les lieux les plus autorisés à « panser » la maladie deviennent obsolètes. S'il s'agit de processus, il s'agit dès lors de crise et toute idée de crise induit une autre temporalité, celle d'un retour à un état sinon antérieur du moins viable dans un espace commun ou que l'on va rendre commun.

Psychologisation de l'exclusion sociale ou socialisation de la pratique psychologique ?

Marie-Claude GEORGE

Psychologue,
Chargée de cours à
l'Institut de psychologie
Paris 5

L'échec des différentes politiques dites « sociales » pour lutter contre l'exclusion a contraint les pouvoirs publics et les acteurs sociaux à identifier et reconnaître la souffrance psychique des « sans » (travail, abri, domicile fixe, papiers etc.) avec la tentation d'en faire une des causes principales. La dimension humaine de la valeur du travail et d'un lieu de vie comme constituant essentiel de l'équilibre d'une personne a été occultée au profit de leur valeur marchande et de leur évaluation économique.

On s'aperçoit un peu tard qu'un revenu minimum d'insertion n'apporte pas la reconnaissance d'une place sociale à part entière de citoyen mais peut engendrer la honte d'être assisté puis la désespérance d'être exclu et l'incapacité de se projeter dans un futur.

Devant ce qui est identifié comme le « syndrome d'exclusion », les travailleurs sociaux et leurs tutelles se tournent vers la psychiatrie publique pour tenter de réduire ce phénomène. Et c'est alors le syndrome dit « de la patate chaude »¹ : comment traiter cet exclu qui résiste au traitement social et se comporte comme un fou ? Où caser ces individus qui ont trouvé leur place dans les interstices laissés libres et n'acceptent pas celle proposée par les institutions ? Pour les uns, ils sont « pour les psy », pour les autres ce sont des « cas sociaux ».

Heureusement certaines équipes de secteur se souviennent que la mission de la psychiatrie de secteur s'enracine dans la lutte contre l'exclusion : il s'agit maintenant à nouveau d'« aller vers la population », « hors les murs », dans la rue... d'inventer et de pratiquer une nouvelle clinique pour tisser du lien avec les exclus.

Parallèlement de plus en plus dans les différents lieux accueillant les personnes en situation de précarité et d'exclusion, des psychologues contribuent au travail d'insertion (CHRS, CCAS, réseau de santé, mission locale, structure associative d'accueil de jour etc.)

Certains s'en inquiètent et craignent que leur soit confié un rôle de dépistage et d'évaluation en vue de déterminer l'adaptation aux critères d'admission dans telle ou telle institution sociale, médico-sociale, sanitaire ou psychiatrique, ce qui résoudrait le problème de l'inadéquation des structures existantes et de la nécessité de leur évolution pour répondre aux problématiques des exclus. Dans cette hypothèse, le psychologue serait mis dans la position de l'expert permettant de résoudre le « syndrome de la patate chaude ».

Ce serait renvoyer les psychologues à la mission qui leur a été confiée au moment de la création de leur profession, au début du 20^{ème} siècle, lorsqu'en tant que psychotechniciens, ils devaient procéder à « l'évaluation scientifique des capacités des individus (...) en réponse à la demande des institutions »², lors de la scolarisation rendue obligatoire, de la réforme du service militaire et de l'application du taylorisme dans l'industrie. H. Marcuse dans « Eros et civilisation » avait considéré que cette profession chargée d'orienter, de contrôler et de sélectionner les individus était l'agent et l'une des manifestations essentielles de « l'idéologie de la société industrielle avancée ». Le psychologue apparaît dans ce contexte comme le détenteur de la clef absolue des déterminismes au niveau des individus au détriment de toute réflexion sur les déterminations sociales. Ce point de vue réductionniste a été



quadrature du cercle

dénoncé sous le terme de psychologisation.

Ce serait oublier l'évolution de la profession, devenue celle du psychologue clinicien, vers l'écoute et la pratique psychothérapique qui, en son heure, avait aussi inquiété. La psychanalyse est alors devenu un cadre de référence théorique et technique. Si certains d'entre eux ont privilégié l'exercice de leur profession dans le cadre traditionnel de la cure analytique, les psychologues cliniciens ont utilisé cette formation et en ont fait une technique en évolution parmi d'autres pour répondre aux problématiques rencontrées auprès des patients dans les institutions. Ceux-ci ont été nombreux à participer à la création des nouvelles pratiques lors de la construction de la psychiatrie de secteur ; d'autres ont pris leur place dans les équipes du secteur social (en faveur de l'enfance, des personnes handicapées etc.) en ayant souvent la mission de créer du lien avec les familles, dans les équipes et avec les partenaires.

Au fil des années, la pratique du psychologue clinicien s'est diversifiée tant auprès des patients (bilan psychologique, psychothérapie, soutien psychologique, prévention), qu'auprès des équipes (coordination institutionnelle, régulation, partenariat, formation).

Dès le début de la mise en place du RMI, les travailleurs sociaux et leurs tutelles ont pris conscience de la souffrance psychique des chômeurs « longue durée » qui pouvait s'exprimer par un rejet violent des programmes de formation scolaires et ne prenant pas en compte leur dénuement et leur détresse ; on a alors fait appel aux psychologues dans le but de rompre leur isolement et de les soutenir dans



la classe

Bibliographie

¹ Jean Furtos, *Epistémologie de la clinique psychosociale, la scène sociale et la place des psy*, Pratiques en santé mentale n°1, 2000

² Marie-Claude George, *Histoire et éthique des psychologues - Neutralité ou contre-pouvoir*, Bulletin de Psychologie tome XLIII n° 394 1989-1990

Dépsychologiser la question de la souffrance au travail, un rôle paradoxal pour le psychologue

Danièle LÉBOUL

Psychologue,
Département de Sciences
Humaines et Sociales -
Faculté de médecine de
Brest

Lorsque la souffrance des personnels s'exprime et que les conflits dans le travail émergent, le recours au psychologue clinicien est devenu prescription courante. Tout se passe comme si l'entreprise et l'institution, tout en lui donnant la mission de soulager, de tempérer les excès émotionnels, lui conféraient le pouvoir de desserrer les tensions au sein de l'organisation du travail et de normaliser les rapports sociaux.



cagette

S'il accepte alors de travailler dans le cadre qui lui est prescrit : celui d'une consultation de psychologie pour les salariés ou celui d'un groupe de parole, internes à l'entreprise, il risque d'être confronté aux décalages imposés par ce contexte à son activité de soutien aux processus de symbolisation. Son inscription dans la réalité du travail l'oblige à redéfinir la cible de son attention, à concevoir différemment les objectifs et les modalités de sa pratique et à préciser les conditions éthiques de son intervention.

Ainsi, il est décalé de la place d'objet tiers dans l'élaboration des conflits intra psychiques qu'il a appris à occuper selon ses références théoriques et avec ses outils méthodologiques privilégiés. Mis à disposition des personnels, il discerne alors avec difficulté dans la nébuleuse des demandes qui lui sont adressées, celles qui portent les germes d'un engagement subjectif, de celles qui, opportunistes, s'en

dégagent. Il peut aliéner son souhait latent d'un effet thérapeutique en le confondant avec une obligation de résultat.

Il lui appartient d'adapter les ressources dont il dispose au cadre de son mandat. Il doit se défier de deux écueils, le premier de s'enfoncer dans l'analyse des personnes, le second d'adopter une attitude de pourfendeur de l'institution ou au contraire de vassal.

Ni thérapeute, ni conseiller, le psychologue clinicien rencontre la souffrance d'autrui en se situant à l'articulation des deux scènes où le sujet se joue. Il entend les résonances de la scène privée de son désir sur la scène publique du travail où le sujet poursuit par un mouvement sublimatoire sa quête identitaire. Par l'attention qu'il porte en ce lieu d'articulation, le psychologue devient apte à définir et à assumer sa fonction de soutien à la construction du sens de la souffrance au travail.

Il s'y exerce de façon pratique en favorisant dans la relation interindividuelle ou en groupe, la mise en visibilité et l'appropriation des liens entre la souffrance vécue et les dimensions de l'organisation du travail. Son objectif est de soutenir le processus d'objectivation du rapport subjectif au travail. Il s'emploie à atténuer l'attraction centripète qui conduit tout un chacun à faire des difficultés qu'il rencontre au travail un problème privé. Les affects d'impuissance, d'incompétence, de culpabilité, de mésestime, de rejet, acquièrent ainsi une signification rationnelle qui désenclave des seules positions de coupable et de victime.

Le psychologue valide la réinterprétation des vécus douloureux en rapport avec des situations de contraintes réelles du travail que le salarié produit. Il soutient le salarié dans sa capacité de penser les écarts entre ce qu'il cherche à

faire et ce qu'il fait, de penser les échecs de ses tentatives à transformer la réalité organisationnelle, de penser les interactions qui tissent la toile sociale dans laquelle il trouve sa place.

Le psychologue clinicien poursuit donc un travail qui a pour enjeu le soulagement de la souffrance du salarié.

Dès qu'il y a action sur les personnes, la question éthique se pose. Elle est ici spécifique du fait de la prise en compte privilégiée de la réalité. Le psychologue doit se garder d'y être trop soumis. Pour s'en garantir, ils se réfèrent aux "inaliénables" qui le structurent et souscrit à un certain nombre d'exigences éthiques.

Engagement dans la recherche d'un bénéfice pour le salarié en souffrance. Exigence de rigueur qu'il s'impose dans l'approfondissement de la réflexion critique de sa pratique dans l'institution. Respect de la confidentialité des entretiens individuel ou de groupe et de l'ensemble des règles qui définissent le cadre des relations. Refus de la manipulation qui exige de lui d'assurer son indépendance d'action, en particulier vis à vis de son employeur. Avant de répondre positivement à la demande de l'entreprise ou de l'institution, il se doit de clarifier auprès de ceux qui le pressentent, son orientation de travail. C'est très certainement en levant toute ambiguïté sur les visées de son intervention : ses intentions, soit de « dépsychologiser » la question de la souffrance au travail alors qu'il est requis pour prendre soin des fragilités psychologiques individuelles ; ses conséquences, soit de faire émerger les causes communes de la souffrance au cœur de l'organisation du travail, que le psychologue clinicien pourra se tenir au chevet des personnels en souffrance d'une entreprise qui la produit et la surdétermine. ■

Y a-t-il une psychologisation des formations au travail social ?

François CHOBEAUX

Directeur du département
des politiques sociales des
CEMEA, Paris

A l'ère du chômage de masse, de la pénurie de logements sociaux et de l'absence de perspectives collectives d'avenir, la transformation de la question sociale en autant de questions personnelles que d'usagers a un bel avenir. Psychologiser les accompagnements avec une cuisine professionnelle faite de résilience, de remobilisation et de contrats sur projets se porte alors très bien. Et cela évite de se poser des questions sur les deux autres composants d'une situation sociale : les effets du contexte global, et les effets de la proximité familiale, spatiale, territoriale.

De toute façon comme professionnellement on n'a pas barre sur ces deux aspects, il ne reste que l'individu comme base de travail. Des professionnels s'y retrouvent ; des employeurs et des tutelles également. Il n'y aurait alors qu'un pas de plus à faire pour soupçonner le

système de formation des travailleurs sociaux de cautionner cette évolution, voire de la renforcer. Ce n'est pourtant pas le cas.

Les textes qui fondent les contenus des diplômes de niveau III qui font le cœur des professions sociales (assistants de service social, conseiller en éducation familiale et sociale, éducateur spécialisé, diplôme d'état relatif aux fonctions d'animation) sont assez équilibrés entre sciences sociales, sciences humaines, sciences politiques et juridiques. Ceci comme une grande réponse à la recherche permanente des causes, des explications et des moyens d'agir, en prenant en compte à la fois l'individuel et le global.

Après, il y a la façon dont ces textes sont mis en oeuvre dans les centres de formation, dans chaque centre de formation. Et chacun dans la profession sait bien que ce centre-là est très psychanalytique, que cet autre met fortement l'accent sur les contextes globaux sociaux, culturels et politiques, et que ce troisième tente une synthèse équilibrée entre la psy et la socio. Ceci lié aux histoires institutionnelles, à la réalité des équipes de formateurs à un moment donné, et aux synergies complexes qui s'établissent et qui bougent sans cesse entre des stagiaires-étudiants, des formateurs et des projets de formation.

Reste ce que font les professionnels de ces savoirs, équilibrés ou pas. Les réalités des situations de travail jouent fortement : des éducateurs en prévention spécialisée ont souvent une approche plus globale des questions que des assistantes de service social travaillant en circonscription. Les uns travaillent beaucoup avec des groupes de jeunes, les autres essentiellement avec des individus qui se succèdent dans leur bureau. Et pourtant, tous ont été formés aux démarches collectives et coopératives, et

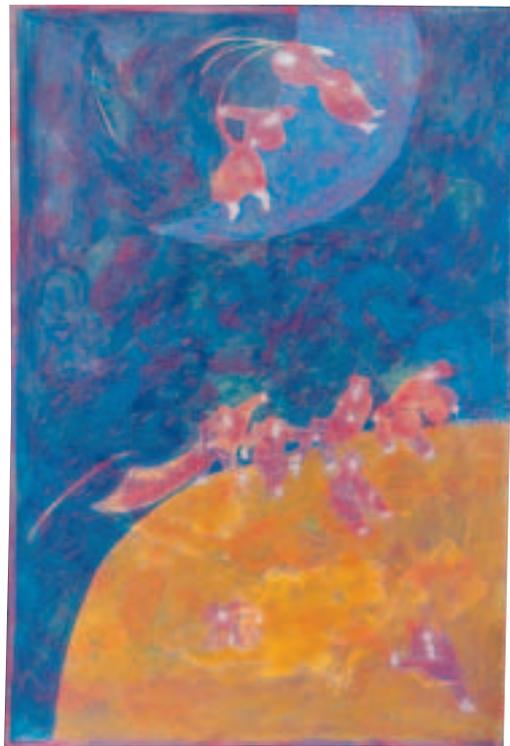
tous ont été formés également à la prise en compte des complexités individuelles. Qu'est-ce qui est alors déterminant dans les façons de faire ?

Il y a probablement une culture professionnelle propre à chaque métier, qui plus est à chaque sous-secteur d'intervention de chaque métier. La prévention spécialisée a souvent des approches assez globales, l'AEMO¹ des approches plus individualisantes. Les assistantes sociales de secteur et d'entreprises pratiquent souvent une approche plutôt psy avec leurs files d'usagers.

Il y a aussi des natures différentes d'employeurs. Qui va travailler à AIDES² ou à la Mutualité Sociale Agricole sait que les approches collectives et coopératives y sont privilégiées. Qui se fait embaucher pour accompagner des demandeurs d'emploi sait que l'implicite est le plus souvent l'accompagnement individuel et l'entrée par la psy.

Il y a aussi les diverses conceptions que chacun se fait de la relation d'aide : compréhension de l'autre et soutien, ou essai d'inscription de l'autre dans son contexte... ou les deux.

Peut-on pour autant dire que les travailleurs sociaux se satisfont de ces approches dichotomiques ? Ceux qui croient qu'ils sont militants parce qu'ils privilégient les approches globales au détriment d'un équilibre avec l'individuel ne souffrent pas de ce déséquilibre. Pas plus que ceux gagnés par l'idéologie libérale, et il y en a, qui sont à l'aise avec le primat de la psychologisation. Mais les autres ? Ils ne semblent pas si heureux que cela de devoir choisir le seul possible qui leur reste pour pouvoir agir : le centrage sur la personne au détriment des effets de contexte. Peut-être peut-on voir ici une des causes des désabusements professionnels liés au sentiment de ne pouvoir que mal faire son travail en étant réduit à devoir vider la mer à la petite cuillère. ■



la part d'obole des aveugles

¹ Action Educative En Milieu Ouvert

² Association française de lutte contre le Sida

Toubib or not toubib: histoire d'une profession

Michel ARMELLINO

Psychologue clinicien,
Secteur 1 Paris

La question de l'identité du psychologue clinicien dans un CMP est délicate à énoncer : elle conjugue sa formation universitaire, ses références théoriques, ses relations avec les autres corps professionnels, l'analyse de sa position, de sa fonction institutionnelle, sociale et politique, et son rapport à l'exercice de la psychothérapie. Elle est concernée par le partage ou non des projets et référentiels du médecin responsable.

Plutôt que d'identité, il conviendrait de parler d'un processus identitaire, constamment remanié, car le psychologue clinicien travaille non seulement avec ce qu'il est mais est affecté par la relation qu'il établit avec les patients et les soignants. De plus, sa position non hiérarchique le rend plus sensible à l'analyse des tensions et conflits qui traversent l'unité fonctionnelle et qui le poussent à en donner une représentation.

P. Arbousse-Bastide décrivait le psychologue clinicien en institution comme celui qui avait en charge l'angoisse individuelle et collective de l'ensemble de l'unité, et se situait dans l'espace de la pratique « en creux » afin de recueillir l'inouï de la parole, à la différence de celle du médecin et des autres responsables qui sont en « plein ».

Ce processus identitaire s'est élaboré au fil du temps et a suivi l'évolution de ce type d'unité fonctionnelle.

Après la seconde guerre mondiale, D. Lagache et J. Favez-Boutonnier vont, à la suite de P. Janet, créer la psychologie clinique universitaire qui sera le lieu de formation et de recherche des psychologues cliniciens.

D'abord « assistants psychologues », ils ont pour fonction de produire à partir des tests, qui sont des mesures quantitatives et qualitatives, une information aux médecins dans l'établissement du diagnostic. C'est secondairement qu'ils passeront de la mesure à l'écoute, éclairant leur pratique de la théorie psychanalytique, et de leur expérience issue de leur cure personnelle ainsi que de celle d'autres écoles psychothérapeutiques.

Dans les années 60, peu de personnels circulaient entre l'hôpital et les « dispensaires d'hygiène mentale¹ ». Ils étaient rattachés aux DDASS, et les assistantes sociales y étaient en position de force au point que les feuilles de vacations des psychologues étaient signées par elles. Les psychologues avaient à l'époque un statut de vacataire et deux fiches de paie : l'une pour les heures effectuées à l'hôpital et l'autre pour le temps passé dans les institutions extra hospitalières. [...]

L'ordre des médecins avait pris position sur la question de la « psychothérapie profane » en affirmant que le terme thérapeute ne pouvait être attribué qu'à un médecin, toutes les autres catégories de personnels étant des « paramédicaux ». Pourtant le procès de Madame Clark-Williams en 1951-52, psychanalyste profane au Centre Claude Bernard, s'était clos sur un acquittement qui avait fait jurisprudence, garantissant ainsi une pratique en toute légalité.

Des rapprochements avaient eu lieu en mai 68 entre la psychologie clinique et la psychiatrie qui venait de se séparer de la neurologie. Un projet de « Collège de psychiatrie » avait vu le jour qui aurait réuni des médecins et des enseignants des sciences humaines pour un enseignement commun aux étudiants issus des deux formations et aboutissant à un diplôme commun. Cela devait être un mariage d'amour avec comme témoins la psychanalyse, l'anthropologie et la philosophie, mais en peu de temps les pères sévères des CHU mirent leur veto et quelques vacations furent données aux psychologues pour un enseignement en première année d'études de médecine, qui furent très vite reprises par les praticiens.

Les psychologues cliniciens assumeraient déjà une part des demandes de psychothérapies, mais il s'agissait surtout du suivi des patients psychotiques.

Les années 80 marquent le passage à un autre moment de la pratique. Elles virent le départ de la génération des assistantes sociales qui avaient participé à la

construction du secteur lui donnant une part importante de son image. Ce départ fut parfois accéléré par l'arrivée dans les dispensaires d'un personnel infirmier d'abord assez peu nombreux puis qui s'étoffera.

La loi de décembre 1985 fixant les secteurs psychiatriques et donnant aux établissements la gestion de ceux-ci accentua cette tendance et vit une ascension des personnels infirmiers dans les DHM avec un repli des assistantes sociales sur des positions de compétences techniques.

Les psychologues quant à eux allaient pouvoir être titularisés. Ce changement de statut ne fut pas sans conséquences : ce que le psychologue clinicien gagnait en sécurité d'emploi n'allait-il pas le perdre en indépendance, en capacité de prendre des risques ? Sortant d'une certaine marginalité, il se retrouvait institutionnalisé, et inscrit dans la carrière, son sens critique n'allait-il pas s'émousser ?

Un autre moment important, le décret de 1991² fixant le cadre des concours pour l'accession à la titularisation : le psychologue clinicien ne dépendait plus des médecins chefs pour accéder à un poste mis au concours, et il est seul à juger de la pertinence des outils qu'il utilise par rapport aux demandes qui lui sont faites. Si l'on établit un bilan de ce processus, on remarque que le statut est établi et l'autonomie garantie.

La marginalité persiste, souvent maintenue par les psychologues eux-mêmes comme garantie d'indépendance. Il serait pourtant trop simple de s'en tenir à un tel constat. L'approche de la subjectivité d'un sujet, la mise à l'épreuve de sa singularité, exigent du thérapeute une grande justesse dans sa position, mais aussi d'être garant que ce qui est déposé là va rester ce qui lui appartient en propre. Ce n'est pas une simple question de confidentialité mais relève de l'éthique de la relation. Il est difficile, certes, d'accepter cette idée que parfois, souvent, le travail thérapeutique ne se fait pas avec mais contre l'institution, ou à côté. ■

¹ Aujourd'hui appelés CMP.

² Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.

L'alliance psychologue-psychiatre dans l'espace psychosocial

La question des relations entre psychiatre et psychologue est de celles que l'on traîne tout au long de sa carrière, sans prendre jamais la peine de les traiter de front, et qui, quand elles sont incontournables - par exemple quand il s'agit de répartir des tâches - se résolvent en se référant plus à la personne, qu'à la fonction. Une fois évacués les éléments formels qui définissent le contour des identités (formation, titre, statut), le champ d'investissement partagé entre psychologue et psychiatre reste assez vaste pour que les différences s'estompent, sans qu'on éprouve le besoin obsessionnel de les réexaminer sans cesse. Plus particulièrement, dans le champ psychothérapeutique.

Pourtant, à y regarder de près, cette position tient plus de l'englobement des fonctions du psychologue, que de la complémentarité ; rançon de la combinaison de deux facteurs : la primauté du médical dans l'institution psychiatrique et la proximité des compétences. En invitant le Secteur à se pencher sur la souffrance psychique liée à la précarité, c'est à l'équipe pluridisciplinaire que l'on s'adresse, dans ses prolongements, au-delà du seul savoir psychiatrique. Ce qui offre une opportunité nouvelle de désintronisation des compétences, et d'une complémentarité de type « tuilage » entre psychiatre et psychologue.

Pour le premier, invité à s'aventurer dans un espace nouveau, un discours dont il lui faut acquérir les clés, mais dans une démarche dont il garde, symboliquement, la direction, son acolyte psychologue cumule des fonctions indispensables : il est notamment l'éclaircisseur, l'interprète, l'observateur. S'il a gardé quelque chose de la fraîcheur de ses années d'étude, il est le clinicien de ce qui est hors du champ pathologique.

Dans ses premières passes d'arme avec la précarité, le sujet met en œuvre des moyens encore pas trop délétères d'adaptation à la souffrance ; ceux que des années de fréquentation de la psychose ont fait oublier au psychiatre, et qu'il est urgent de respecter. Le regard du psychologue sur les modes d'organisations défensives le rend à même de faire la part de ces processus d'adaptation, et de ce qui tient déjà du déni, du renoncement, du repli narcissique.

L'écoute des échanges groupaux lui permet d'en décoder les prérequis et les mouvements, d'en identifier les objets. Dans la constitution et la vie d'un réseau, il est bien souvent le seul, au début, à savoir décrypter les divers langages et entourer leur rencontre. Il jouerait le rôle d'observateur du processus d'élaboration des rapprochements, s'il n'y était pas aussi partie prenante. De fait, cette contorsion, qui vaut comme indicateur de non-dogmatisme, est bien souvent celle qu'il opère déjà dans les dispositifs de soin.

Travaillant sans ces butées que sont : l'agir, la prescription, ni - provisoirement - l'autorité, le psychologue ne peut s'en tirer qu'en élaborant psychologiquement. Il contribue alors, non à transmettre, mais à faire penser : penser l'Autre (l'éduc, l'AS...) et penser, en tant qu'antithèse de : fantasmer, projeter, dénier, esquiver, décider.

Dans l'Ain, quatre structures proches de la psychiatrie publique sont sous la responsabilité de psychologues, seuls ou en binôme avec un médecin. Nous en citerons deux exemples¹ : Dans le **dispositif du RMI**, le psychologue articule sa fonction sur trois axes :

- **Le travail de soutien psychologique** : les entretiens restent la principale activité et consti-

tuent l'essentiel de la tâche primaire. C'est le portage de cette désertification psychique du lien à l'objet projeté dans le social qui est signifiant. L'investissement du lieu (relation primaire archaïque) est souvent une rencontre hasardeuse dans un système complexe d'accordage, d'investissement/contre investissement, de transfert/contre transfert, d'enveloppe psychique plus ou moins réussie.

- **Le travail de réseau** : le bénéficiaire est attendu dans ce tissage de lien qui s'étend du soin jusqu'au paradigme de la réinsertion sociale aboutie, en passant par les processus de restauration psychique efficaces. L'éthique et la confidentialité vont l'accompagner pour transformer la compréhension de l'intime vers une parole d'expert. Il s'inscrit dans le réseau local de l'utilisateur.
- **Le groupe**, reste un outil efficace dans la recherche d'éléments thérapeutiques. Réfléchir sur les états fréquents d'isolement, de dislocation des liens sociaux, de repli sur soi est parfois l'élément fondateur d'une médiation groupale. Opérateur de sens il soutient momentanément les processus identificatoires.

Le Réseau Santé Mentale Précarité de Bourg en Bresse, créé en 2000, réunit chaque mois une quinzaine de participants : travailleurs sociaux de l'agglomération (CHRS, CCAS, Sauvegarde de l'Enfance, etc.) et soignants et travailleurs sociaux des secteurs psychiatriques.

A travers l'étude des situations de crises psychosociales concrètes, l'objectif de ces rencontres est de :

- Favoriser une meilleure compréhension respective (corpus théorique, techniques de travail, contextes et limites institutionnelles, éthique, référen-

Michel COLOMBANI
Psychologue, Réseau
Santé Mentale Précarité
Jean Jacques TABARY
Psychiatre, Carrefour
Santé Mentale Précarité
Mohamed ZAHID
Psychologue, dispositif
psychologues RMI
Centre Psychothérapeutique
de l'Ain, Bourg en Bresse

¹ Les deux autres étant : le Centre d'alcoologie et l'Accueil et Aide aux Jeunes (toxicomanie)

L'alliance psychologue-psychiatre dans l'espace psychosocial (suite)

A la barre



- ces déontologiques voire idéologiques) des professionnels sanitaires et sociaux de la ville.
- Tenter de mieux « contenir » les différents inéluctables, de limiter les paradoxes qui organisent les oppositions entre ces deux champs et qui débouchent habituellement sur le « syndrome de la patate chaude ».
- Etudier et préparer en groupe des réponses concrètes à des situations de terrain appelant la collaboration de plusieurs intervenants et institutions.
- Quand ces situations présentent un caractère répétitif mettant en évidence des lacunes institutionnelles, signaler ces dysfonctionnements et pointer des orientations ou des réponses possibles.

En trois décennies, le psychologue est passé du statut d'objet soignant non identifié, laissant perplexe une génération d'infirmiers, à celui d'expert reconnu, allié indispensable, puis responsable de structures. Rattrapé alors par les joyusetés évaluatives ou procédurales diverses, et pouvant, à l'occasion, avoir recours au conseil technique du psychiatre. Lui reste, peut-être, à parfaire sa compétence dans le domaine de la sociologie. Englobée dans la machine hospitalière, l'alliance psychologue-psychiatre se structure différemment sur le terrain social, par une sorte d'enrobage de la position médicale dans la plasticité et l'étendue du savoir du psychologue. ■

Psychologisation de l'exclusion sociale ou socialisation de la pratique psychologique ? (suite)

l'élaboration d'un projet. Les psychologues cliniciens ont ainsi participé aux structures d'insertion. On est déjà loin de la représentation traditionnelle du « psy » dans son bureau répondant à la demande du patient. C'est dans la continuité de cette évolution qu'ils sont présents dans les diverses structures d'accueil des personnes en situation de précarité. Déjà en 1997, C. Coulaud écrivait : « Psychologue de rue, ça existe »³.

Ils sont aussi présents en amont dans des associations dont le but est de prévenir les situations de rupture, causes de précarité et d'errance, comme les violences familiales. La pratique du psychologue est non seulement l'écoute mais l'accompagnement psychologique et physique de personnes subissant des violences physiques, psychologiques et des menaces de leur conjoint, pour défendre leurs droits dans des situations de grande angoisse comme le dépôt de plainte et le

témoignage au tribunal. Le plus souvent maltraitées dans leur enfance, ces personnes vivant sous terreur des représailles et dans un grand isolement n'ont pas appris à se défendre et à faire valoir leur droit à être respectées. Les accompagner au commissariat, à un procès en correctionnelle ou aux assises est un étayage nécessaire car elles n'ont jamais le sentiment de pouvoir être crues et protégées mais plutôt d'être coupables. Le lien tissé dans ces moments leur permet de pouvoir affronter le conflit avec l'autre et de ne plus répéter la situation de maltraitance de leur enfance. Il va être le socle sur lequel se construira leur identité de sujet et leur place de citoyen à part entière. Cette problématique des violences familiales, cause très importante de situation d'exclusion tant pour l'agresseur que pour la victime, n'est actuellement pas l'objet d'une politique de prévention tant sur le plan de la formation que sur celui des moyens

financiers à la mesure de l'importance du phénomène. Toutefois des formations en direction des travailleurs sociaux et des policiers sont assurées par des psychologues.

Pour conclure, les psychologues présents -si peu- dans la rue ou dans les lieux d'accueil, à l'écoute des personnes exclues, se doivent de respecter leurs droits fondamentaux, leur dignité, leur liberté, leur protection ainsi que le recueil de leur consentement et ils sont tenus au secret professionnel (code de déontologie). Ils doivent œuvrer, avec l'accord de l'intéressé, pour un travail en équipe avec les partenaires sociaux et les professionnels de la psychiatrie publique pour que se tisse un lien social, première ébauche d'une place de citoyen. ■

Bibliographie

³ Dossier *Accompagner les exclus*, Le Journal des psychologues

Psychologue en CMP : les attentes de l'équipe infirmière

Comment dire une attente que les mots ne sauraient combler ?

Si les figures imaginaires du psychologue renvoient chacun à son histoire et à ses manques ainsi qu'à son désir de savoir, de savoir (se) réparer ; existe-t-il une figure emblématique de la fonction ?

Philippe QUINET

Cadre de santé, Service

du Pr. Dalery

Et l'équipe Infirmière du

CMP de Décines

CH le Vinatier, Bron

Je pars avec l'idée de rencontrer les infirmières du CMP ce jour là – voici ce que j'ai pu traduire par écrit de leurs attentes quant à la fonction du psychologue de l'équipe.

Prendre du recul par rapport à une situation

Il s'agit là d'une demande d'aide à la distanciation, au niveau de la clinique – une intervention qui nous décolle en quelque sorte de l'immédiateté de la prise en charge ; qui nous aide à comprendre ce qui se joue, ce qui se passe dans la relation avec le patient.

En fait, l'attente des membres de l'équipe à l'égard du psychologue tendrait plutôt vers la désin-terrication des enjeux relationnels, et la mise en représentation de « l'intrigue » à partir de ce qui se joue dans l'actualité.

C'est souvent ce qui est communément appelé « élucidation clinique ». Cette demande d'élucidation s'exprime différemment parmi les membres de l'équipe mais renvoie au même désir de « percer le secret », d'aller au-delà de ce qui est donné à voir. Il est question alors, dans cette fonction du psychologue attendue par l'équipe, de « regard clinique différent », « d'un autre éclairage », « de décoller un peu de l'immédiateté », « de la prégnance de la relation ici et maintenant ».

De l'effet zoom à l'éclairage, ou la fonction faisceau...

Comme on peut le constater, on pourrait pratiquement parler d'un « effet zoom » qui va du repérage d'un détail jusque-là entr'aperçu et qui par l'écoute et le dit du psychologue va permettre « d'attirer l'attention de l'é-

quipe » sur cet élément, de focaliser son regard.

C'est l'idée du faisceau du projecteur ou encore du « faisceau de preuves » - non pas dans le fait de rechercher des preuves mais plutôt dans une intentionnalité - qui à partir d'éléments abstraits et disparates va produire un ensemble cohérent qui permette de déchiffrer l'énigme. L'éclairage ainsi dirigé par le psychologue va orienter le regard soignant à distance de la situation et ouvrir, en l'élargissant, le champ des représentations quant aux possibilités psychothérapeutiques - « ouvrir d'autres pistes... ».

... jusqu'à la vision grand angle et même panoramique

A d'autres moments, c'est le recours à un plan plus large qui viendra sortir les soignants du sentiment de n'être plus que la caution du fonctionnement psychique du patient.

C'est la version grand angle d'une double fonction d'extériorité et d'extériorisation.

A partir d'un point précis, la vision du psychologue va, à l'instar d'un mouvement de rotation de caméra autour d'un axe, proposer d'autres espaces de pensée. Il va nous entraîner dans un champ nouveau d'investigation où l'effet de surprise et le plaisir de la découverte sont la résultante d'une disposition psychologique de l'équipe : se garder de trop comprendre au risque d'enfermer l'autre dans sa connaissance et s'ouvrir à l'écoute de l'inconnu de l'autre.

La part d'inconnu, de cet inconnu précisément, reste un territoire à préserver, réservant à ce même inconnu de nous autoriser à rentrer dans quelque endroit seulement de son jardin secret, à lire quelques pages de son journal intime, et même parfois à faire partie de sa biographie...

Ici, il s'agit d'un voyage auquel le psychologue nous invite et qui va de l'intime à l'universel, en passant par l'explication des

concepts analytiques et/ou leur illustration clinique.

Cependant, il lui faut savoir « ne pas secouer n'importe quoi, n'importe comment et n'importe quand... », et c'est bien là toute la difficulté et l'art de l'intervention du psychologue.

Une équipe est « à prendre là où elle en est » : L'accompagner dans la démarche de mise en sens inhérente à l'activité soignante nécessite de respecter « son » temps de métabolisation. Cela ne veut certes pas dire qu'il ne faut pas heurter, brusquer cette équipe et ses représentations. Au contraire, cela est souvent nécessaire et correspond à la fonction « d'empêcheur de penser en rond ». Cela signifie surtout qu'il faut accompagner ce moment, ce mouvement de penser postérieur à la prise de conscience.

Ce n'est jamais simple, et encore moins facile, que d'entendre la version de l'autre – cette vision transposée et décalée qui même si elle est parfois difficile à accepter, va favoriser la prise en conscience, la reconnaissance d'un champ plus large.

« Lorsque l'on est en difficulté par rapport à une prise en charge, on va plutôt voir le psychologue »...

« Pour comprendre ce qui se passe dans le lien »...

« Lorsque ça coince, il est souvent un recours »...

On est parfois trop centré sur le symptôme, sur le traitement et sur le comment cette personne va-t-elle pouvoir rentrer chez elle et assurer son quotidien... ».

En conclusion, je dirais que ce que l'on demande au psychologue se soutiendrait plutôt d'une activité mentale de liaison, d'une capacité à fabriquer des liens de raisonnement à l'intérieur de l'équipe pour contrecarrer l'aliénation de la raison. ■

Etre psychologue psychothérapeute en Allemagne

Corinna ADAMOWSKI
Médecin au CMP de psychiatrie infanto-juvénile, Saarbrücken



inutile de se pencher pour bien voir

Andrea DIXIUS
Psychologue
Psychothérapeute, hôpital de jour et CMP de psychiatrie infanto-juvénile, Saarbrücken

Les études de psychologie sont, comme en France, enseignées à la faculté de psychologie, qui dépend elle-même de la faculté de philosophie. Ainsi, la psychologie continue à s'inscrire dans le courant des sciences humaines et non dans celui de la médecine.

Après l'équivalent du baccalauréat (« abitur »), les études se déroulent sur un minimum de 8 semestres ; l'entrée à la faculté s'effectue sur *numerus clausus* (équivalent de mention Très Bien au bac). C'est une sorte de thèse qui clôture les études par l'élaboration d'un projet sur 1 ou 2 ans, ce qui rallonge parfois les études d'autant.

Le doctorat est aussi accessible, après 2 années supplémentaires dans des conditions différentes selon les facultés (les programmes d'éducation sont, en Allemagne, différents selon les « länders »). Le droit de travailler comme psychologue s'acquiert par « l'Approbation ».

Ces études de psychologie se font sans la formation de thérapeute, or la particularité allemande vient du fait de pouvoir exercer comme psychothérapeute. Mais pour pouvoir accéder au titre de « psychologue psychothérapeute » il est indispensable d'acquérir une spécialité soit comme « psychologue psychothérapeute pour adulte et enfant » soit comme « psychologue psychothérapeute pour enfant et adolescent ». Cette spécialité n'est accessible qu'après une formation en théra-

pie de 3 à 5 ans dans un Institut reconnu par l'Etat. Cette formation est payante (soit environ 20 à 30 000 euros) ; un peu comme le médecin qui se spécialise après les études. L'orientation théorique peut être analytique ou comportementale.

Ainsi le psychologue mène le plus souvent, parallèlement à ses études (ou après avoir commencé à travailler), cette formation afin d'accéder à la spécialité, un plus pour travailler dans un hôpital. Il est toujours possible de s'installer en privé sans cette spécialité, mais alors le patient doit tout déboursier.

Pour s'installer en cabinet privé avec l'accord, « *Kassenzulassung* », de la Caisse de maladie (équivalent Sécurité Sociale), il faut obligatoirement une de ces deux spécialités. Ce sont les Caisses qui décident, en négociation avec l'ordre des médecins et la chambre des Psychologues Psychothérapeutes, du nombre de cabinets privés, pris en charge, possibles à installer par nombre d'habitants.

Les citoyens allemands peuvent choisir leur caisse de maladie selon leurs salaires et/ou leur profession ; c'est la caisse qui décide des remboursements. Certaines caisses peuvent complètement exclure les remboursements des psychothérapies. Par exemple, au moment de contracter l'engagement dans la caisse de maladie, il est possible, selon l'état de santé de la personne, de varier les options (vous avez été suivi pour alcoolisme ou anorexie, vous paierez davantage).

Pour consulter un psychologue psychothérapeute et être remboursé par sa caisse de maladie, le patient a besoin d'une prescription de son médecin généraliste (comme pour quasiment toute spécialité, même pour un psychiatre par exemple). Alors, il a le libre choix de son psychothérapeute ; la prescription spécifique seulement « psychothérapie ». Le psychologue psycho-

thérapeute doit ensuite faire un courrier à la Caisse de maladie, précisant le diagnostic (CIM 10) en indiquant la nécessité d'une prise en charge et établir un plan de thérapie, éventuellement renouvelable.

La concurrence joue là en faveur des thérapies comportementales, mais jusqu'à ce jour les Caisses ne refusent pas les thérapies analytiques (habituellement plus longues).

Depuis 2001, une loi sur les psychothérapies (dans le sens d'une harmonisation européenne) protège et valorise le titre de Psychologue-Psychothérapeute, ce qui a engendré quelques remous du côté des psychiatres. En effet, en permettant aux psychologues de pratiquer des psychothérapies remboursées par les caisses mutuelles, cela a provoqué une « concurrence » au « Psychothérapeute médical », c'est à dire au psychiatre, puisque, depuis 1998 environ, la formation de psychiatre inclut celle de psychothérapeute.

A ce jour, les uns et les autres ont suffisamment de travail pour ne pas être véritablement en concurrence. Les psychiatres sont toujours davantage sollicités pour les examens médicaux supplémentaires et la prescription médicamenteuse et les psychologues, quant à eux, sont plus choisis en première intention par la population pour une psychothérapie.

En Sarre (comme dans de nombreux länders), il existe, pour le service public, une loi qui spécifie, en fonction du nombre d'habitants, le nombre de postes hospitaliers nécessaires, tant pour les psychologues que pour les infirmiers, les psychiatres... Dans ce cadre du service public hospitalier, les psychologues psychothérapeutes peuvent avoir la responsabilité d'unité fonctionnelle (CMP, hôpitaux de jour,...). ■

Evolution en vue du statut de psychologue au Québec

Au Québec, l'ensemble des 300 000 professionnels (dont plus de 6000 psychologues) oeuvrant dans les secteurs de la santé, du droit, des sciences des affaires, etc. est regroupé au sein d'un système professionnel, créé et régi par un Code des professions depuis 1974. Son objectif est la protection du public, qui recouvre « les risques de préjudice que comporte l'exercice de certaines activités qui peuvent porter atteinte à l'intégrité physique, psychologique et patrimoniale des individus ainsi qu'à la confidentialité et la vie privée ».

Yves LECOMTE

Psychologue,
Directeur de la revue
« Santé mentale au Québec »



tête à queue

Pour prévenir ces risques, le gouvernement a choisi une approche proactive qui « consiste à vérifier la compétence et l'intégrité » des professionnels, regroupés au sein de 45 ordres qui veillent à « réglementer et surveiller les activités professionnelles qui comportent des risques de préjudice pour le public ». Ce système est financé et autogéré par ses membres. Ces ordres ont une réserve exclusive de titre professionnel (psychologue par exemple), mais se distinguent par le fait d'avoir aussi une exclusivité d'exercice ou non. Par exemple, les médecins ont un titre réservé avec exercice exclusif alors que les psychologues ont seulement un titre réservé. La valeur fondamentale du système est la compétence professionnelle définie comme « l'ensemble des connaissances et des habiletés requises pour accomplir des activités » et « la capacité à intégrer et mettre en application celles-ci dans des situations diverses et complexes ». Les ordres disposent d'outils comme le droit d'édicter

des normes d'admission (depuis 4 ans, il faut être détenteur d'un diplôme de doctorat pour accéder à l'ordre des psychologues), de décrire la formation de base, et de promouvoir la formation continue, de faire l'inspection professionnelle, de sanctionner les infractions par un comité de discipline, et d'adopter un code de déontologie qui inclut les critères de la pratique professionnelle¹.

Ce système a maintenu au cours des ans son homéostasie en créant de nouveaux ordres et en s'ajustant aux changements législatifs et à l'évolution des droits. Mais des problèmes ont progressivement émergé sous la forme de tensions entre les ordres professionnels (psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, infirmières, conseillers d'orientation et psycho éducateurs, médecins) générées par des facteurs : structurels (politique des réseaux intégrés de services qui obligent le développement de nouvelles modalités d'intervention) ; problématiques (complexification et lourdeur des clientèles obligeant à une collaboration plus étroite entre les ordres et à un partage des connaissances acquises dans la pratique) ; et technologiques (diversification et dissémination de nouvelles connaissances médicales dans chaque ordre). Tous ces facteurs ont permis une acquisition et un partage des mêmes compétences entre certains ordres. Les professionnels ont ainsi soutenu posséder la compétence de poser des actes habituellement reconnus comme relevant de la compétence des membres d'autres ordres. Les psychologues sont l'objet de telles revendications pour la psychothérapie et les évaluations neuropsychologiques entre autres. Cette assertion de posséder la compétence pour offrir des services de psychothérapie n'est pas le seul fait des professionnels (travailleurs sociaux, infirmières, médecins, ergothérapeutes, psycho éducateurs, psychologues). Selon un sondage de l'ordre des psychologues

auprès de la population, 6 citoyens sur 1000 se considèrent psychothérapeutes. Cette auto-affirmation de soi comme psychothérapeute et le fait que des actes semblables soient posés par des membres de divers ordres soulèvent la difficulté pour ces derniers de remplir leur mandat premier : protéger le public. Ce problème de protection est d'ailleurs alimenté par la politique institutionnelle d'engager des professionnels sous des titres d'emploi « fourre-tout » (agent de relations humaines par exemple) sans obligation de faire partie d'un ordre. Un professionnel radié de son ordre peut travailler en faisant les mêmes fonctions mais sous un autre titre.

Selon les psychologues, cette politique d'embauche institutionnelle déprofessionnalise les services et laisse croire à l'interchangeabilité des intervenants. Pour ces raisons, tous les ordres concluent que la simple « réserve du titre n'assure pas la protection du public ». Ces tensions et revendications ont trouvé un écho favorable dans le rapport « Une vision renouvelée du système professionnel et en relations humaines » du « Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines ». Pour faciliter la réorganisation des services en santé, le gouvernement crée en 2000 un groupe de travail pour trouver les moyens de rendre les milieux professionnels plus ouverts à « la coexistence des disciplines (multidisciplinarité) et à la mise en commun des compétences respectives (interdisciplinarité) ». Après consultation des ordres, le groupe de travail propose un « titre réservé avec acte *exclusif partagé* » entre les ordres. La loi 90 consacre en 2002 cette orientation pour les ordres en santé physique. Pour les ordres en santé mentale, la décision encore attendue devrait suivre la même orientation².

Mais améliorera-t-elle le fonctionnement et l'efficacité du réseau de la santé mentale ? Permettra-t-elle la protection du public ? ■

¹ www.professions-quebec.org/systeme_pro.html

² www.opq.gouv.qc.ca/05documentation/planminist.htm

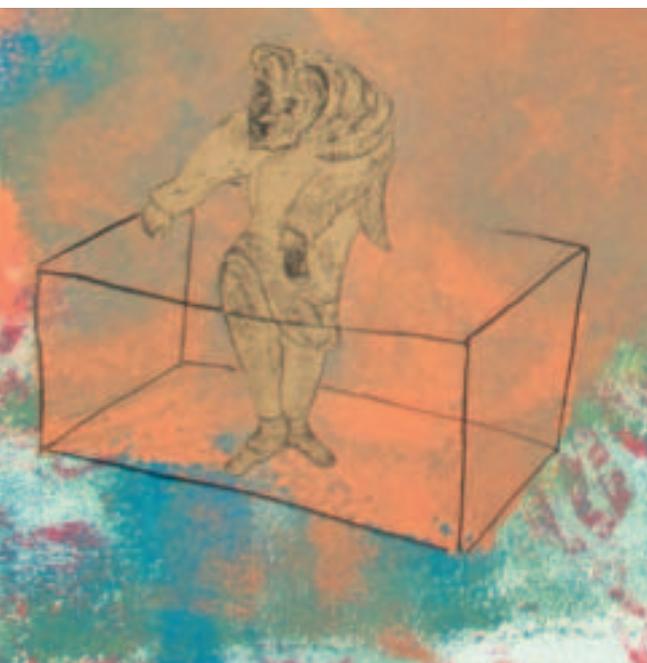
Parcours d'un désenchantement

Sophie DUBOIS

Psychologue clinicienne,
Paris

Malgré une banalisation croissante de la Psychologie et son usage délétère par la presse « tout public », la profession a du mal à trouver sa place en France.

Partout, pour bon nombre de situations dites « de crise », on réclame du « psy » ; des séances de debriefing, de coaching et autres appellations qui regroupent toutes une prise en charge de l'individu à un moment « T » de son histoire.



nacelle

Sur le terrain, la profession est plutôt sinistrée et trouver un emploi ressemble parfois au parcours du combattant. Avec beaucoup de motivation et une certaine dose de confiance en soi, l'accès à un emploi prend entre 8 et 12 mois en moyenne. Je ne parlerai pas du salaire alloué au psychologue débutant ! La preuve de cette difficulté est donnée par les universités qui sélectionnent de plus en plus leurs futurs diplômés. L'accès au magister n'est pas systématique et se fait sur dossier avec mention à l'obtention de la Maîtrise. La question que devrait se poser tout étudiant futur diplômé est celle du champ d'action dans lequel il souhaite intervenir.

Le cabinet privé est une première éventualité : cependant le démarrage n'est pas aisé et il faut compter deux ans d'activité en moyenne pour avoir une clientèle suffisante, d'autant plus que nos consultations ne sont pas prises en charge par la Sécurité Sociale. De ce fait les usagers se dirigent plus facilement vers un psychiatre.

Le milieu institutionnel ou associatif est une autre ouverture, mais les places sont rares et les postes évoluent peu. Vous êtes la plupart du temps embauchés en CDD sur un temps inférieur à un plein temps, renouvelable pendant des années voire à vie. Je pense que certaines institutions misent sur notre épuisement et notre départ prématuré, elles ont ainsi une main d'œuvre qualifiée à bas prix.

Le milieu de l'entreprise est une autre solution, à condition que vous soyez plutôt étiqueté psychologue du travail. Là les pratiques sont diverses et variées ainsi que les salaires.

Depuis quelques temps la fonction glisse vers des postes de conseillers (ANPE, conjugal...) où il nous est demandé de faire des bilans de compétences et autres aptitudes. Nous sommes bien loin de ce qui nous a été enseigné à l'université....

Mon arrivée dans la profession date d'une dizaine d'années, les études de « psy » étaient alors en pleine explosion. Enfin les Universités s'ouvraient aux bacheliers. Les champs d'action de la profession étaient limités à la prise en charge individuelle dans une grande majorité des lieux d'enseignement. C'est par l'intermédiaire de formations annexes que j'ai découvert des domaines comme la gériatrie, la psycho-oncologie, les supervisions de groupe...

Aujourd'hui les différents milieux qui font appel au psychologue envisagent une prise

en charge de groupe. Que ce soit le « coaching », la gestion de crise, les groupes de supervision ou d'analyse de pratiques professionnelles, nous sommes présents en tant que regard extérieur et notre analyse doit permettre une vue d'ensemble de ce qui se passe dans l'équipe, mais aussi des interactions avec les différentes instances.

Je pense que ce versant de la profession est à exploiter, il enrichit une pratique souvent limitée à l'entretien duel avec un cadre défini et peu mobile. Ici le psychologue se déplace sur les sites et instaure un cadre adapté au lieu où il se trouve. Ma formation de clinicienne me permet d'analyser les relations interpersonnelles et d'éviter un dérapage de ces groupes dans de l'exhibitionnisme. J'ai appris à travailler avec le temps psychique et prend garde de ne pas bousculer l'individu alors qu'il se place dans une position inférieure à la mienne et qu'il me hisse au rang du « supposé savoir ».

Je reconnais que le démarchage pour trouver de nouveaux clients n'est pas chose aisée. Il faut élaborer un « produit » qui va parler aux professionnels. J'abandonne pour quelques temps le discours analytique pour laisser place à un vocabulaire beaucoup plus commercial. Je « vends » une expérience et des compétences avec des objectifs évaluable par le commanditaire de l'action et par les acteurs qui y participent. Il est vrai qu'avec dix ans de plus et une identité professionnelle établie, je suis plus à l'aise. De plus cette richesse de mon activité est le moteur d'une remise en question permanente des schémas appris et m'oblige à rester en contact avec le milieu universitaire afin d'évoluer, contact souvent perdu par les gens de la profession qui s'isolent dans leur pratique. ■

Interview d'Alain Létuvé

Propos recueillis par Gladys MONDIÈRE

■ Quel est le nombre des psychologues en France ?

Le plan d'action Psychiatrie / Santé mentale du 22 avril dernier compte « 35 000 psychologues ou psychanalystes (!) » exerçant en psychiatrie !! Cependant, c'est une estimation exubérante puisque c'est tous champs d'exercice confondus (éducation nationale, fonction publique territoriale, justice, travail, libéral...). Le nombre de nouveaux diplômés par an est estimé à environ 2 500.

■ Pourquoi une réorganisation des études ?

D'abord cette organisation est de fait nécessaire par l'harmonisation européenne (cursus LMD¹ ou 3, 5, 8), ce qui rend obsolète le texte de 96 fixant les champs des DESS indiqués pour le recrutement dans la fonction publique hospitalière.

Ensuite, les organisations professionnelles (en France et à l'échelle européenne par la Fédération Européenne des Associations de Psychologues) s'accordent pour aller vers un cursus de six années dont la dernière de professionnalisation. Enfin, il faut parler, actualité oblige, des divers rapports (impulsés directement ou non par la médecine universitaire...) réclamant une réorganisation cotutelle santé, médecine / psychologie des études réputées « insuffisantes et trop théoriques ».

La première formulation du « projet » du plan santé mentale évoqué précédemment a mis le feu aux poudres puisqu'il avançait la « proposition de la création d'un cadre universitaire » « professions de santé » avec cotutelle Education Nationale / Ministère de la santé au sein duquel un Master de psychologie clinique pourrait être créé». Heureusement, cette perspective (« master de psychologie clinique et thérapeutique ») est renvoyée à une « réflexion » à mener en concertation et abandonnant ce nouveau cadre « profession de santé ».

Cette tentative de « médicalisation » de notre cursus n'est pas étrangère aux grandes manœuvres actuelles concernant l'exercice de la psychothérapie !...

■ Psychologie et psychothérapie, où en sommes-nous ?

L'adoption récente (loi du 9 août 2004) de l'article 52 qui vise à réglementer le titre de psychothérapeute a largement fait convulser le landerneau de la « psy ». La bataille autour des décrets d'application est aujourd'hui âpre.

Deux rapports récents sont significatifs : le rapport Pichot-Allilaire sur « la pratique de la psychothérapie » adopté par l'Académie de médecine le 1^{er} juillet 2003 et le rapport P.Cressard adopté par le Conseil National de l'ordre le 2 juillet 2004 sur « la réglementation du titre de psychologue ».

La tentative corporatiste est claire : affirmer que la psychothérapie est du côté du soin, donc de la médecine, et que si elle peut être exercée par des psychologues (progrès !), c'est à condition d'être prescrite et évaluée par le médecin (régression ramenant la psychothérapie à une technique de la psyché au même plan qu'un traitement médicamenteux !).

Quoiqu'il en soit, pour nous, la psychothérapie est une modalité particulière (cadre) du soin, de l'accompagnement, du suivi psychologique effectué par le psychologue qui, pour cela, a reçu une formation complémentaire au cursus de base...

Ces questions, au regard de la nouvelle loi, restent ouvertes notamment quant aux obligations de son dernier alinéa (niveau de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique requis pour tous les impétrants à l'usage du titre).

■ Où en est cette histoire, souvent passionnelle, entre Psychiatrie et Psychologie ?

Les « Etats généraux de la Psychiatrie » de juin 2003 que

nous avons organisés tous corps professionnels associés (et qui se prolongent aujourd'hui dans le « Mouvement pour la Psychiatrie ») peuvent éclairer à plusieurs titres cette question.

Ce vaste cri d'alarme d'essence éthique manifeste la gravité de la crise qui traverse le champ, toutes sous-disciplines confondues. Au cœur du manifeste, la volonté d'aller vers une clinique du sujet et non d'accepter les dérives objectivantes de standardisation impulsées par l'union des impératifs gestionnaires et de l'attrait du « scientisme ».

Ces notions refusent d'abord les confusions mutuellement ravageantes et différencient en les articulant les couples Psychiatrie / Santé mentale (aboutissant sinon aux risques de contamination et de perte de l'objet et donc du sens de la psychiatrie), « Psychiatre » versant discipline médicale à part entière et « dispositif spécifique » pluridisciplinaire...

A partir de là, la « crise » de la Psychiatrie est analysable dans ses deux dimensions. Côté discipline, elle est traversée par la mutation actuelle de toute la médecine qui passe, au fil des impératifs et des nouveaux paradigmes qui la déterminent, du curatif à la priorité de la prévention, du soin de la personne à la gestion populationnelle etc. (cf. les travaux d'Anne Golse). Côté dispositif, accroissement des demandes et restriction des moyens (humains notamment) quantitativement ou qualitativement par une recherche de moindre qualification généralisée notamment).

L'ensemble de ces éléments mettent en cause les valeurs, les repères professionnels et clivent les corps (caricaturalement entre les « humanistes » anciens et les « scientifiques » progressistes...) Tout cela aboutit donc « naturellement » au vacillement des identités professionnelles entraînant des durcissements et replis corporatistes de part et d'autre... et avec les enjeux de « pouvoirs »

Alain LÉTUVÉ

Docteur en Psychologie,
CH du Rouvray, Sotteville

¹LMD Licence - Master - Doctorat

Interview d'Alain Létuvé (suite)

qui vont avec, sur le terrain ou par les rapports...

■ **Les psychologues sont régulièrement alertés contre des tentatives de para médicalisation de leur pratique et de leur formation, est-ce seulement lié à ce que vous avancez ?**

Oui et non, mais d'abord, une remarque : ces tentatives évoquées plus haut (Piel-Roelandt, Pichot-Allilaire, Berland, Cresnard, Cléry-Melin etc.) ne sont

d'abord pas de nature identique et elles viennent à chaque fois de la psychiatrie et non de la MCO². En effet, avec les disciplines « somatiques », il n'y a pas de recouvrement de champs de compétences ou de références, alors il y a complémentarité. En Psychiatrie, la confusion « Psychiatrie / Santé mentale » n'a fait qu'exacerber les choses.

Non, car un élément supplémentaire est à prendre en compte : notre société, faute de repères, induit une médicalisation généralisée de tous les sec-

teurs de l'activité humaine. De surcroît, en France, l'institution médicale est placée en délégation de gestion des coûts de la « santé » (contrôle, régulation...). Il y a donc comme pente « naturelle » à « médicaliser » la prise en compte de la dimension psychique... bien au-delà de la « maladie mentale », le cerveau étant un organe comme un autre !... L'affaire devient alors politique. ■

² MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

Le coin du clinicien

Faut-il faciliter les retrouvailles entre les personnes en errance et leurs proches ?

L'errance se distingue du voyage en ce qu'elle ne vise pas à se rendre quelque part : il n'y a ni billet aller, ni billet retour, mais un investissement de la marche et des points de halte. Ce n'est pas non plus un pèlerinage, ni un comportement initiatique comme pour les routards.

La clinique de l'errance, telle que nous l'avons notamment approchée dans une recherche avec Valérie Colin¹, suggère que l'errance est une relation paradoxale qui fuit géographiquement le réel des corps, mais qui garde pourtant une relation très vive avec tel ou telle, dans la psyché, non oubliée. La haine alléguée est parfois le moteur de la fuite mais pas nécessairement.

Assez souvent les personnes en errance décident de revoir les personnes qu'elles fuient, qu'il s'agisse de leur famille d'origine, d'ex-conjoints, de leurs enfants... Mais, d'après l'expérience, tout va mieux lorsque l'idéal des retrouvailles reste... un idéal, non confronté à l'épreuve de réalité d'une rencontre en chair et en os, laquelle déclenche presque toujours des événements sérieux : retour immédiat dans la grande exclusion (s'il y avait halte apaisée quelque part),

décompensation psychiatrique (souvent avec violence), ou complications somatiques diverses pouvant aller jusqu'au décès juste avant la rencontre.

Le rôle des accompagnants n'est certes pas de disqualifier un tel désir de retrouvailles qui, en tant que désir, est porteur de vie. L'erreur serait plutôt de travailler à concrétiser précipitamment une rencontre effective en tant qu'épreuve de réalité non viable. Le désir de retrouvailles est comme un rêve éveillé rendu pensable grâce à l'aide de tiers ; par exemple, des discussions téléphoniques avec la famille à distance, devant l'accompagnant témoin qui, lui ou elle, ne doit pas rêver. S'ils parlent au téléphone, les êtres séparés le font comme s'ils s'étaient quittés la veille, comme s'il n'y avait plus de temporalité ; à ce moment, il est tout simplement impossible de se revoir en présence, dans un espace temps qui ne soit plus celui du rêve facilité par un tiers. Les liens à distance ne sont pas à disqualifier pour autant.

A la mort du sujet errant, s'il y a des rituels de deuil et qu'ils soient bien faits, familles et être aimés reviennent souvent, à ce moment, contribuant à la constitution de la communauté des

vivants et des morts où chacun est désormais à sa place, plus ou moins en paix.

Il est possible que des retrouvailles en chair et en os puissent se produire dans de bonnes conditions, mais il y faut beaucoup de temps, souvent des années, et un accompagnement qui permette un travail relationnel d'approche et de substitution (par les aidants) : ceux-ci permettent une relation privilégiée, le temps nécessaire, sans rentrer pour de vrai dans un fantasme d'adoption qu'il s'agirait de réaliser dans la relation d'aide.

La gravité de l'errance, et des impossibilités dont elle s'accompagne, tient au fait que l'on se trouve dans des logiques de survie ou de survivance, dont nous avons notamment décrit les effets dans le syndrome d'auto-exclusion².

Enfin, si nous avons plutôt évoqué la situation de personnes en grande précarité sociale, il est des errances atypiques, sans exclusion explicite, mais qui obéissent aux mêmes logiques et produisent des effets de même nature en ce qui concerne la fuite des liens de la filiation instituée. ■

Jean FURTOS
Psychiatre, Bron

Bibliographie

¹ *Accompagner jusqu'au bout*, nov. 2002, in rapport FNARS/ORSPERE.

² Furtos Jean, sept. 2002, *Le syndrome d'auto-exclusion*, in Rhizome n° 9, p. 15.

Nous avons lu

■ Répondre à la souffrance sociale.

Sous la direction de Michel Joubert et Claude Louzoun, Ed. Erès, 2005

Des soignants, des acteurs sociaux et des chercheurs confrontent leurs savoirs et leurs pratiques pour une approche tant sociologique que clinique de la souffrance sociale dans le monde du travail et de ses exclus. Comment répondre aux souffrances des masses de laissés-pour-compte de l'injustice sociale ? Cet ouvrage, à partir de l'analyse d'un certain nombre de dispositifs d'aide ou de prise en charge, tente de comprendre les processus handicapant, les dynamiques de résistance ou de reconstruction rencontrés tant dans le champ du travail que celui de la psychiatrie.

Agenda

■ L'individu et le groupe.

Congrès organisé par la Fédération des Associations de Psychothérapie Analytique de Groupe (FAPAG-SFPPG).
Les 8, 9 et 10 septembre 2005, Université René Descartes Paris V.

Contact : Tél. 04 72 77 45 50 - Fax : 04 72 77 45 77 - E-Mail : fapag@club-internet.fr

■ Le risque : santé mentale et psychiatrie.

54^{èmes} journées nationales d'étude organisées par la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine.

Les 26, 27 et 28 septembre 2005, Centre de Congrès Pierre-Baudis à Toulouse.

Renseignements et inscriptions : Tél. 01 45 96 06 36

■ La détresse psychique à l'hôpital et au sein des institutions. Comment prévenir le suicide des personnes prises en charge ?

Les 29, 30 septembre et 1^{er} octobre 2005, Ecole Normale Supérieure de Lyon.
Journées organisées par la Société de Psychologie et de Psychiatrie de Liaison de Langue Française, le Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide, le Laboratoire « Psychologie de la Santé et du Développement » (Universités Lyon 1 et Lyon 2), le Centre Hospitalier le Vinatier.

Contact : Service hospitalo-universitaire de psychiatrie, CH du Vinatier.

Tél. 04 37 91 51 20 - Fax : 04 37 91 51 22

■ Y a-t-il psychologisation de l'intervention sociale ?

Journée d'étude organisée par le Groupe de Recherche sur les Actions et les Croyances Collectives (GRACC), Université de Lille 3, les 14 et 15 octobre 2005.

Contact : Tél. 03 20 41 66 78 - E-Mail : mbresson@nordnet.fr

■ Psychiatrie et exclusion sociale : comment intervenir sans (trop) souffrir ?

L'Association ASAIS organise un colloque le 4 novembre 2005 de 9 h à 17 h, Athénée Municipal de Bordeaux.

Renseignements : Tél. 05 56 52 60 59 - E-Mail : asais.icare@free.fr

■ Résistance(s)

17^{èmes} Journées Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire et Unités pour Malades Difficiles organisées par le SMPR, Centre Hospitalier Gérard Marchant à Toulouse et l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire.

7 et 8 novembre 2005, Centre de Congrès Pierre Baudis à Toulouse.

Renseignements et inscriptions Evenys : Tél. 01 55 200 504 - Fax : 01 55 200 509

E-Mail : evenys@evenys.com

Information

- Les actes du Congrès international « La Santé mentale face aux mutations sociales », organisé par l'ONSMP-ORSPERE les 12, 13 et 14 octobre 2004 à Lyon, seront sur le site web à compter du 30 juin 2005 : www.ch-le-vinatier.fr/orspere
Un ouvrage, issu des travaux de ce Congrès, sera édité au 4^{ème} trimestre 2005.

Tous nos remerciements à Agnan Kroichvili, artiste peintre, qui a aimablement mis à notre disposition les œuvres illustrant ce numéro de Rhizome (©ADAPG-Agnan Kroichvili).
agnan-kroichvili@club-internet.fr

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale
Directeur de publication : Jean FURTOS
Coordinateur éditorial : J.Pierre MARTIN
Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Alain GOUJFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Monique LIPS, cadre socio-éducatif (Lille)
- Pierre MERCIER, directeur Habitat et Humanisme (Lyon)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'étude PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lyon)
- Christiane RICON, directrice établissement social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60
Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Impression et conception : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47

Tirage : 9 500 ex.

ISSN 1622 2032