

## Pour des centres de psychologie clinique

Serge Blondeau, V. Machavoine, Jacqueline Maillard

---

**Citer ce document / Cite this document :**

Blondeau Serge, Machavoine V., Maillard Jacqueline. Pour des centres de psychologie clinique. In: Bulletin de psychologie, tome 36 n°358, 1982. Psychologie clinique V. Les psychologues cliniciens. pp. 17-25;

[https://www.persee.fr/doc/buppsy\\_0007-4403\\_1982\\_num\\_36\\_358\\_12384](https://www.persee.fr/doc/buppsy_0007-4403_1982_num_36_358_12384)

---

Fichier pdf généré le 01/09/2022

# Pour des centres de psychologie clinique

S. BLONDEAU - V. MACHAVOINE  
J. MAILLARD

psychologues cliniciens  
Centre psychothérapique, 61000 Alençon

## A) PREAMBULE

La proposition qui va suivre est une tentative de mise en ordre d'idées survenues à partir de la pratique de psychologues cliniciens pris dans l'exercice de la psychiatrie d'un service de province, à l'hôpital et en hygiène mentale.

Ces réflexions ont été menées éparses, pour une part au sein même du service et pour une autre, extérieurement à celui-ci, dans le cadre d'un regroupement régional de cliniciens venus non seulement du secteur Santé mais aussi de l'Enfance Inadaptée et de la Justice. Conjointement, nous étions traversés par des débats émanant de lieux syndicaux ou d'autres regroupements de cliniciens. Nous étions ainsi informés de conflits opposant des collègues à des chefs de service, qu'ils soient médecins, éducateurs ou administratifs. Nous avons un peu le sentiment que ces questions restaient sans lien ou sous forme de déclaration générale. C'est alors que le PROJET DE CENTRES DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE s'est forgé. Ce projet présentait deux avantages :

- celui d'organiser notre pensée autour d'une intention : la clinique ;
- celui d'être un objectif pouvant s'inscrire dans la réalité institutionnelle.

Ce projet de Centres de Psychologie Clinique se soutient donc par deux propositions fondamentales. La première est de nous reconnaître comme étant des cliniciens, indépendamment des secteurs d'application et de l'expression que nous avons pu donner à notre propre démarche clinique. C'est donc un projet qui convie à une réflexion sur l'objet clinique dans sa totalité et à repérer tout ce qui contribue à le réduire à des avatars confisqués aux fins de servir des discours sectoriels.

La seconde est de traduire la spécificité de l'objet et de la méthode clinique en termes institutionnels logiquement agencés. Ce projet doit donc énoncer ce que seraient la vocation, les attributions et le fonctionnement de ces centres.

La force et la faiblesse de ce projet tiennent dans trois affirmations :

- le postulat clinique,

- l'option du psychologue clinicien comme catégorie professionnelle autonome,
- le risque de l'institutionnalisation.

Autant de « verrous », au sens où chacune de ces affirmations contribue à clore le projet, à le fermer sur lui-même, et par ce fait même, aura à résister aux « coups de boutoir » des critiques. Nous nous attarderons donc sur chacune de ces affirmations.

### 1. Le postulat clinique

Psychologues, titulaires d'un D.E.S.S. qualifié de « clinique », nous adressant à des cliniciens, la précaution consistant à défendre le principe d'existence de la clinique comme discipline majeure ayant coupé des liens anciens avec un passé philosophique et médical, sera ressentie comme superfétatoire.

Aussi bien, il n'est pas de notre intention de remettre en chantier un débat de nature à fonder le champ clinique. Il nous suffit de rappeler que nous ne méconnaissons pas les positions épistémologiques, elles-mêmes le reflet d'options sociologiques ou philosophiques, disqualifiant la clinique pour ses prétentions scientifiques. A cette critique, logiquement extérieure aux pratiques des cliniciens, nous reconnaissons le mérite d'être explicite. Quant à nous, nous considérons comme acquis la reconnaissance **de juré** de la clinique..

Notre prudence vient de la fréquentation des cliniciens, porteurs par principe du destin de la clinique. Nous avons retiré de nos contacts le sentiment qu'un clivage, plus ou moins prononcé, habite le praticien : autant une adhésion intellectuelle à un corpus de matériel théorique lui est possible, autant la question de savoir en quoi il est lui-même l'auteur d'une démarche clinique et producteur de son propre corpus, ne cesse de l'inquiéter. Des explications ont déjà été proposées pour comprendre cette position coûteuse en énergie psychique. Nous aurons donc beau jeu de rappeler qu'il ne peut en être autrement lors même que certaines représentations mécanistes de la psychologie occupent l'esprit du clinicien et qu'un enseignement universitaire de conception posi-

tiviste contribue à transir les étudiants. De ce point de vue, un allongement du cursus aurait probablement un effet de renforcement. Notre idée est plutôt d'attirer l'attention sur les conséquences qui s'en suivent. Cette inquiétude donne lieu à des comportements différents qui sont autant d'expressions des moyens individuels mis en œuvre pour surmonter la dépression qui ne manque pas d'accompagner un défaut d'être du clinicien. De tous ces comportements, le moins spectaculaire n'est pas celui qui consiste à exhiber son impuissance de clinicien en bandoulière, trouvant dans la provocation une compensation. Sans vouloir s'attarder sur une manifestation extrême, nous devons tout de même reconnaître que cette position de clivage est génératrice de malentendus. Le clinicien qui ne peut s'investir en tant que tel ; fait penser au prêtre athée. C'est une situation paradoxale préjudiciable à toutes les personnes de son environnement, productrice de folie du fait des messages contradictoires que cela suppose. A ce point de nos observations, et sachant que nous reviendrons sur cette idée, nous pouvons supposer que l'absence d'identification à un corps social de cliniciens telle qu'elle s'exprime ici, cesserait par la réalisation du projet que nous défendons. Mais d'ores et déjà, nous sommes en mesure de prévoir, pour les mêmes raisons, des résistances au projet, certaines parfaitement rationalisées, parfois aux couleurs d'idéologie. Car si, comme nous avons eu l'occasion de le vérifier, on propose à des cliniciens de sortir, du moins en pensée et par hypothèse, des institutions dans lesquelles ils se sont terrés, des réactions d'angoisse se font jour, certaines accompagnées de propos violents. C'est que, subitement, ils prennent la mesure de leur solitude de clinicien privé de la protectrice institution dont ils ont besoin, ne serait-ce que pour dénoncer le côté « mauvaise mère » ; seule possibilité qui leur soit offerte : exister sur le mode oppositionnel. L'impossibilité à se réaliser en tant que clinicien permet aussi de mieux comprendre ce qui participe d'une adhésion fusionnelle à l'objet ou aux pratiques de terrain (le médical, le social, le pédagogique...). Nous sommes conscients qu'un projet de Centres de Psychologie Clinique a valeur de questionnement. Et si cette question « qu'est-ce que la spécificité du psychologue clinicien ? » est compréhensible et supportable pour qui ne l'est pas en titre, elle devient la cause d'une révélation traumatique pour le professionnel qui constate avec effroi que l'institution lui servait de cache-sexe.

## **2. Le psychologue clinicien comme catégorie professionnelle légitimement autonome**

On pourrait faire également l'économie de cette question en adoptant une position pragmatique : puisqu'il existe des psychologues cliniciens embauchés et rétribués pour un travail, c'est donc bien qu'ils ont leur raison d'être. Ce serait ne pas tenir compte d'un point

de vue qui, bien que postulant le fait clinique, ne le reconnaît pas comme suffisant pour fonder une nouvelle catégorie professionnelle, celle de psychologue clinicien. Nous nous devons de ne pas refouler cette critique qui met en péril notre raison d'être professionnelle. Les tenants de ce point de vue proposent une sorte de répartition de la fonction clinique en l'intégrant comme un rôle supplémentaire aux rôles devant être remplis par certaines catégories professionnelles déjà existantes. D'autres que nous ont répondu à cette argumentation et montré clairement qu'elle n'était pas justifiée. Rappelons donc la situation de paralysie ou de contradiction dans laquelle se fourvoient tous ceux qui cumulent un « pouvoir » d'écoute avec un pouvoir de décision (de type social, pédagogique, médical, justicier...), et/ou un pouvoir d'autorité. Cette option peut être d'ailleurs la manifestation d'une intolérance à prendre des responsabilités au regard des tâches attendues. Nous connaissons le cas de médecins qui en viennent à ne plus pouvoir prescrire, d'enseignants qui sont toujours à craindre le « traumatisme » de leurs élèves, ou de magistrats qui ne savent plus désigner où est la loi, privant par là même, un type de délinquant du plaisir de son acte et au clinicien la possibilité de le lui faire repérer.

La psychologisation à outrance de tous les actes de la vie doit être dénoncée et, déclarée fausse l'idée que ce serait le signe d'un progrès. Laissons donc à chaque catégorie professionnelle ses fonctions et aux usagers la chance d'échapper à trop de « compréhension ». Une catégorie professionnelle de psychologue clinicien en tant qu'elle est explicitement chargée de la fonction clinique contribue à contrôler ce développement outrancier de la psychologisation des situations.

## **3. L'institutionnalisation. Un choix risqué mais nécessaire**

Notre objectif est la réalisation de centres. Nous optons donc pour la mise en place d'une nouvelle institution. Nous savons que l'institutionnalisation s'accompagne de phénomènes connexes qui peuvent être un réel danger. Les raisons doivent donc être déterminantes pour passer outre tout en demeurant vigilants. D'autre part, il va de soi que le plaisir du regroupement des cliniciens pour lui-même ne serait pas suffisant si nous n'étions convaincus de l'utilité de ce choix ; autrement dit, de ce que cela devrait modifier favorablement les conditions d'exercices des cliniciens.

### **a) Dangerosité de l'institution**

Souhaiter des centres, c'est d'une certaine manière manifester beaucoup d'inconscience alors même que la dernière décennie a été marquée par une production soutenue de critiques d'institutions ou de pouvoir collectifs (l'école, les prisons, l'asile, le pouvoir médical,

judiciaire...), pour en dénoncer le caractère pervers ou conservateur. « On » découvrirait à l'occasion que, comme tout organisme vivant, l'institution met en œuvre des mécanismes de défense et de conservation. Il en résulte une sorte de vision paranoïaque et fantastique. Les réponses sont venues d'elles-mêmes : il faut détruire les monstres (« rasons les asiles », « brûlons l'université...), et empêcher que d'autres naissent. Sur la base d'une logique identique, Freud aurait à juste droit dû lancer le slogan « tuons les hommes » dès lors qu'il avait montré qu'aucun d'entre eux n'échappait à la perversité polymorphe et ceci, dès leur plus tendre jeunesse. Disons seulement que nous nous méfions de la reprise en mouvement de foule de certains travaux dont l'apport original a été confisqué pour être pré-digéré en slogans commodes à consommer.

A l'argument de dangerosité d'une institutionnalisation de la clinique et des cliniciens, nous répondons :

- au regard de ce qui existe et des projets concernant la clinique, l'institutionnalisation ne peut être plus nuisible qu'un statu-quo fait d'isolement et de morcellement avec ce que cela suscite de déperdition d'énergie, de pragmatisme et de soumission ;

- il est possible de concevoir un projet qui intègre certaines dispositions destinées à tempérer des effets non souhaités ;

- la société dispose de mécanismes économiques et sociaux qui agissent sur ses parties institutionnelles pour les obliger à des adaptations, à des crises, voire des disparitions.

#### b) Utilité de l'institution

On entend souvent l'idée que seul compte le clinicien. Elle est d'ailleurs parfois comprise dans le sens de la magie ou du mystère : c'est l'image du sorcier. Mais elle est plus fondamentalement entendue comme la capacité du clinicien à prendre conscience de sa singularité et donc à créer son « style », défini comme la marque de son discours personnel. Certains ont en effet la conviction de l'inutilité de toute forme de regroupement des cliniciens qui n'ait pour d'autres objectifs que de garantir une orthodoxie doctrinale sous forme d'Instituts ou d'Écoles. Nous ne nions ni l'importance de la recherche de « style » comme perspective d'une évolution personnelle, ni la raison d'être des sociétés savantes précitées. Nous n'optons pour la création des C.P.C. que parce que nous attendons de l'espace institutionnel qui en émanera, la capacité de remplir trois fonctions :

- une fonction interprétante,
- une fonction d'identification,
- une fonction d'inscription dans la réalité sociale.

#### α — fonction interprétante des Centres de Psychologie Clinique

Notre pratique de « psychologues de la Santé » nous montre combien toutes nos intentions de cliniciens sont « métabolisées », détournées au profit d'un projet médical. Dans le moment même de la relation à l'utilisateur, les effets d'appartenance à un espace institutionnel lié viennent polluer ce qui s'y passe tant par la façon dont le psychologue se sent dépendant du projet que par les attentes de l'utilisateur, au point de devoir parfois renoncer à un travail réel. Ce qui s'impose ici comme tiers médical parasite, s'impose là comme tiers éducatif, social ou autre, avec les mêmes effets pernicieux. Nous attendons d'un C.P.C. qu'il soit le lieu référent des cliniciens, s'interprétant comme un « ailleurs » tant pour eux-mêmes que pour les tiers demandeurs ou les usagers potentiels. Cela doit donc s'entendre comme « nous n'avons rien à voir avec la médecine, le social, le scolaire ou la justice ». C'est, reportée à sa dimension institutionnelle, la fonction du « cadre » de la situation psychanalytique.

#### β — fonction d'identification

L'idée de la constitution d'un « ordre » des psychologues repris des modèles vichyssois existants (médecins, architectes...), a trouvé des échos chez certains praticiens. On peut heureusement penser que le danger d'une telle évolution est écartée. Mais il s'agit peut-être aussi de comprendre que, dans l'esprit de ceux qui s'y ralliaient peu ou prou, s'exprimait là la seule représentation dont ils disposaient pour dire le besoin d'un « corps social » de psychologues comme condition à se reconnaître comme clinicien. Nous savons bien qu'il n'y a de « corps social » qu'imaginaire, support des projections fantasmatiques de ses membres, effet de « l'illusion groupale ». Nous savons aussi combien, loin de bloquer à tout jamais un processus d'autonomie du psychologue en tant que sujet, ce peut être l'occasion de le favoriser. Il y va du choix des attributions et surtout du fonctionnement du centre, de favoriser la « désillusion » du clinicien en faisant que celui-ci aille son chemin dans la singularité de son style, le centre faisant fonction d'« objet ou espace transitionnel ».

#### γ — fonction d'inscription sociale

Un simple commentaire de la place formelle occupée par l'ensemble des dispositions légales concernant les psychologues dans le Livre IX de la Santé suffirait à rendre compte de la place qui leur échoit. De ce point de vue, ces textes laissent interrogateurs. Toutefois, on ne peut leur dénier une fonction : celle d'inscrire dans les faits la reconnaissance sociale de l'existence des psychologues. De la même manière, le « petit jeu » autour de la TVA a permis aux psychanalystes de faire partie du réel. Il en est des êtres sociaux (professions, catégories, institutions) comme des individus ;

leur existence est liée à un acte leur conférant à tout jamais la possibilité de leur reconnaissance par la trace qu'ils ont imprimé dans le corps de toute la Société. Tant il est vrai qu'une existence ne peut se cantonner dans l'imaginaire.

La réalisation des C.P.C., de par le cortège de textes légaux qu'elle supposerait, aurait donc la même fonction. Or, ceux-ci étant centrés sur l'autonomie de l'objet et de la méthode cliniques, elle aboutirait à fonder *ipso facto* l'autonomie du clinicien, se devant d'en tirer toutes les conséquences quant au statut du psychologue.

Les pouvoirs publics se placeraient devant une véritable aporie s'ils étaient tentés par la suite de concevoir un statut qui aille dans le sens d'un assujettissement du clinicien.

Nous rejetons par avance toute présentation de notre projet comme étant la recherche d'un repli des psychologues cliniciens dans une sorte de tour d'ivoire ou un espace douillet et confortable. Bien au contraire, nous affirmons que la réalisation de C.P.C. contribuerait à les rendre plus disponibles au moment où se concrétise la rencontre avec leur objet.

## B) LE PROJET DE CENTRES DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

### 1. Vocation unique des centres : centration sur l'objet et la démarche clinique

La vocation de tels centres serait de retrouver l'intention de l'objet clinique et des méthodes afférentes qui permettent de le constituer et de l'interroger confrontés à une diversité de situations concrètes ; la confrontation à ces situations n'allant pas sans une nécessaire interrogation sur les outils déjà fournis et sans le souci d'en promouvoir de nouveaux.

Il y aurait donc lieu d'attendre d'un tel projet qu'il puisse enfin mettre un terme aux nombreuses entraves mises à l'exercice de la psychologie clinique. Il ne peut être toutefois question de donner à chaque point le développement qui conviendrait. Nous nous contenterons donc de renvoyer le lecteur à des textes qui ont directement ou indirectement introduit notre argumentation critique.

#### a) Confusion entre la psychologie clinique et la clinique propre au lieu où le psychologue a pris l'habitude d'opérer.

La question étant moins d'adhérer ou de refuser les discours cliniques particuliers (psychiatrie: la psychopathologie ; scolaire : la psychologie de l'éducation ; social : la psychologie sociale...); que de savoir discerner aux travers d'eux un discours clinique transcendantal et hétérogène d'une part et reconnaître ce qui les lie entre eux d'autre part. En faisant en sorte que le psychologue s'origine d'un autre lieu que celui où il assume ses interventions, il échapperait au moins pour partie, à la lancinante ambiguïté d'appartenance sociale qui cherche à le catégoriser comme travailleur « paramédical » ou « para-social » ou « para-péda-

gogue », même si son action produit du soin, du social, de l'éducatif.

#### b) Morcellement et fixation des pratiques

Le psychologue donne à voir de sa pratique une image souvent vécue comme la seule possible par ceux qui en sont le témoin. Elle prend avec le temps une allure référentielle. De tels centres créés, le psychologue en viendrait à être reconnu moins comme son propre représentant que comme le porteur d'une réponse s'originant d'un lieu garant. Le débat sur « ce qui s'autorisent les psychologues dans leurs pratiques? » trouverait peut-être un début d'issue.

#### c) Morcellement des lieux d'interventions et immobilisme

Le psychologue n'a actuellement pas d'autre avenir que de « faire carrière » dans son secteur d'embauche (santé, secteur socio-éducatif, éducation surveillée...), sauf à prendre des portes de sorties (libéral, enseignement) ou des solutions mixtes (un peu d'institution, un peu de libéral). Mais il doit y mettre beaucoup d'énergie pour, l'envie l'en prenant, changer de secteur. Il est d'ailleurs à craindre que les situations de détachement ou de mutation d'un secteur à l'autre deviennent de moins en moins aisées du fait de la multiplication des statuts locaux (cf. le statut des psychologues de l'éducation surveillée).

En devenant psychologue d'un centre, le clinicien bénéficierait de la souplesse et de la mobilité liées à la diversité des secteurs d'où viennent les demandes. L'opération consisterait finalement en une transformation grammaticale : il est fait usage d'appellation telle que « psychologue de la santé » ou « psychologue de l'enfance inadaptée ». La préposition exprimant une relation de dépendance. Le maximum est atteint quand la préposition disparaît et qu'il n'y a plus qu'un qualificatif pour désigner l'état de fusion entre le clinicien et son secteur (« psychologue scolaire », « psychologue hospitalier...»). Un regroupement dans des centres ferait alors qu'il y ait des psychologues **dans** la santé, **dans** l'enfance inadaptée, **dans** l'éducation surveillée, **dans** l'éducation publique, chacun ayant alors la possibilité d'intervenir dans différents secteurs.

#### d) Impossibilité de mettre en œuvre certains outils cliniques pour des raisons techniques

Les outils cliniques nécessitant certaines conditions de mise en place (par exemple co-animateur, observateur, anonymat des participants...) n'ont actuellement pas usage dans la majorité des secteurs d'intervention du psychologue. En faisant que l'initiative en revienne à des centres, la mise en place de ces techniques bénéficierait de plus de rationalité.

#### e) Situation inanalysable du point de vue de la confusion entre une dépendance à la réalité et une dépendance à l'imaginaire

La situation d'assujettissement administratif du psychologue assujettit de la même manière

sa propre parole. Or, c'est bien d'une certaine liberté de parole qu'il tient son originalité et l'efficacité des processus qu'il espère mettre en œuvre. Il arrive que le psychologue s'emploie à nier farouchement la dépendance à un environnement réel, et à en déplacer les causes en proclamant que si la situation est bloquée ou inanalysable, c'est parce que « ça coince » dans l'inconscient. Le but de l'opération étant de se protéger en faisant comme s'il était moins blessant que les difficultés reflètent un point aveugle du professionnel plutôt que des conditions d'exercice inadéquates. Cette attitude est strictement à l'opposé de l'explication qui consiste à tout projeter sur l'extérieur ce qui est d'abord sa problématique. Ces deux types de dépendance continueront d'exister quelle que soit l'évolution statutaire du psychologue. Toutefois, on peut penser qu'une autre organisation administrative et technique devrait permettre de porter au minimum les entraves que le clinicien rencontre dans son travail, et surtout devrait mieux l'aider à faire la part du réel et de l'imaginaire.

#### f) Les solutions d'accommodement

Les solutions d'accommodement sont la confirmation par la négative des difficultés à exister que le clinicien subit de façon angoissante. Elles sont de deux types :

— celles qui touchent aux conditions de travail sous la forme d'avantages tangibles comme les arrangements d'horaires ;

— celles qui consistent à occuper des fonctions à l'exclusion de tout autre, ou à s'engager dans des fonctions propres à d'autres statuts. Comme exemple familier d'un choix de fonction excluant les autres, on observe celui des cliniciens qui demeurent retranchés dans leur campement de psychothérapeutes, analystes ou non, moins parce que ce serait la seule place à tenir dans l'institution ou l'effet de leur désir — que parce qu'ils n'imaginent pas d'autres réponses à leur situation de clinicien. La fonction d'enseignant comprise comme tâche unique du psychologue opère la même réduction et justifie qu'on demande des comptes à qui voudrait, pour ce cas, conserver la qualité de clinicien. Il en résulte à plus ou moins long terme la transformation d'une fonction en un statut : on comprend mieux alors la recherche pour certains d'en tirer toutes les conséquences en prestance et gains indiciaires (cf. statut de psychothérapeute acquis auprès de certains DDASS).

Les centres de psychologie clinique auraient à aider le psychologue dans sa recherche de réponses aux situations que lui offrirait une diversité des terrains.

## 2. Attributions des centres de psychologie clinique

La conception idéale d'un centre suppose la reconnaissance de trois niveaux d'attribution, chacun d'entre eux garantissant les deux autres :

- le niveau des pratiques cliniques elles-mêmes,
- le niveau des ajustements et régulations des pratiques,
- le niveau de réflexion sur les pratiques et de formation à celles-ci.

### a) Les prestations d'interventions (les pratiques du psychologue)

Aucun type d'intervention ayant à voir avec la clinique ne devrait a priori être exclu des possibilités des centres. Les seules limites apportées ne le devant qu'à la formation des intervenants et au fonctionnement institutionnel des centres. Tous les usagers, porte-paroles d'eux-mêmes, de groupes ou d'institutions, seraient donc à même de trouver un large éventail de prestations d'interventions, étant entendu qu'elles puissent se réaliser en des lieux différents :

#### α — nature des interventions

Toutes les fonctions qu'on est en droit d'attendre du clinicien auxquelles celui-ci peut légitimement prétendre auraient donc à être garanties :

— fonction d'observation, de bilan (entretiens préalables, participation diagnostique, anamnèse...),

— fonction d'indication, d'orientation, de pronostic,

— fonction d'observation participante (régulation, conduite de réunion, analyse des pratiques...),

— fonction thérapeutique (groupe d'évolution, soutien, psychothérapie, psychanalyse...),

— fonction d'aide à la recherche et à la formation (aide à la méthodologie, plans de recherche...).

#### β — lieux d'interventions

Intervention à l'extérieur du centre : les demandes en provenance de secteurs très différents pourraient être satisfaites sur les lieux des demandeurs institutionnels (IMP, hôpital, PMI...), soit sous forme d'« antennes », soit sous forme de « missions » du centre. Il y aurait bien évidemment les secteurs où la clinique a d'ores et déjà droit de cité tels que la santé, le monde scolaire ou l'enfance inadaptée. Mais, à côté de ces secteurs bien connus, d'autres pourraient être amenés à formuler des demandes restées jusqu'alors sans réponse possible parce que ne justifiant pas la création de postes permanents de cliniciens (par exemple une demande d'analyse de la pratique pour un service d'Hôtesses d'accueil à la sécurité sociale...).

On appelle « antenne » une représentation en biens et en intervenants du centre pour une longue durée (par exemple à reconduction annuelle tacite sauf dénonciation du contrat par l'une ou l'autre des parties).

On appelle « mission » une représentation à contrat de moindre durée (par ex. une réponse de type « groupe diagnostic »).

— Intervention à l'intérieur du centre : pour différentes raisons et parmi elles afin de dépasser certains obstacles techniques dans la réalisation de certaines formes d'intervention (par ex. les groupes d'évolution personnelle à participants en provenance de secteurs différents), il y aurait avantage à entretenir une gamme de possibilités dans les lieux mêmes du centre. A côté des types de demandes d'origine institutionnelle, rien ne devrait s'opposer à la prise en compte de demandes d'origine individuelle, notamment celles à vocation thérapeutique (psychothérapie, psychanalyse, thérapie de couple, thérapie familiale...).

a) **Ajustement et régulation** (réflexion sur les demandes et les pratiques)

La mise en place d'un fonctionnement institutionnel optimum du centre aurait à tenir compte de trois temps :

— l'analyse des demandes et l'ajustement des réponses,

— les interventions (cf. ci-dessus),

— la réflexion sur les interventions.

Autrement dit, les prestations du centre tire-raient partie d'un travail de réflexion « pré » et « post » intervention.

α — **analyse des demandes et ajustement des réponses**

L'analyse des demandes est le préalable nécessaire à toute réponse ultérieure, y compris sous la forme « votre demande est irrecevable en l'état actuel ». Ce travail, trop souvent négligé, consiste à la circonscrire en la replaçant dans un circuit institutionnel et en décodant les niveaux de l'implicite et de l'explicite ou du manifeste du latent. L'ajustement est la répartition des réponses entre les intervenants du centre, compte tenu des nécessités institutionnelles du centre, de la formation et de l'expérience des cliniciens en présence et, enfin, de leurs désirs.

β — **régulations des pratiques**

L'intégration dans la répartition du travail institutionnel de moments d'analyse de la pratique dans des formes diverses, et adaptées devraient ne plus être considérée comme un luxe laissé à la seule initiative de quelques psychologues.

c) **Recherche et formation** (théorisation de pratique : recherches et de la théorie à la pratique : formation)

Espérer que chacun des centres ait un souci de recherche et de formation, c'est d'une part, inscrire dans les faits que la pratique et la théorie ne sont que les deux moments d'une même pensée, et c'est d'autre part, contribuer à un surplus de rigueur, d'attitude critique susceptible de réduire les enkyloses dogmatiques et d'interroger l'activisme pragmatique.

α — **quelques figures et intentions de recherche possibles**

Groupes de recherches (élaborations d'hypothèses, plans de recherche...),

constructions de nouveaux outils cliniques, critiques épistémologiques, enseignements fondamentaux (par ex. courant aux sciences du signifiant, sémiotique, linguistique, mythologie...), dont la nécessité pourra se révéler dans la décision de s'associer des spécialités de ces disciplines, développement d'une documentation, mise en place de journées d'étude, de colloques...

β — **formation des stagiaires cliniciens**

Autant le maintien d'une interrogation théorique est pour une bonne part une réponse à la question de la formation continue pour les cliniciens déjà à pied d'œuvre, autant le projet des centres de psychologie clinique se doit d'établir une sorte de continuité avec la formation d'ensemble du clinicien en prenant compte la formation initiale des étudiants. Même si c'est un lieu commun que de le dire, la présence « naïve » de non-praticiens suscite une interrogation à propos de façons d'agir données comme certaines. Dans ce but, les centres auraient à définir une convention de formation avec les secteurs universitaires et à élaborer des projets de stage dont la responsabilité pourrait être confiée soit à des moniteurs, soit à des « groupes moniteurs ».

3. **Fonctionnement optimum des centres**

a) **notion de contrat** (condition structurante pour la vocation et les attributions d'un centre de psychologie clinique)

C'est au moment même où un tel projet fait l'objet d'une réflexion que la notion de contact doit être mise en avant en la désignant comme la notion vitale, propre à la dynamique et au fonctionnement institutionnel reflétant la vocation et les attributions d'un centre de psychologie clinique (C.P.C.). Etablir un contrat, c'est manifester l'intention d'éliminer ou pour le moins de réduire tout phénomène de pouvoir autre que celui qui résulte de la seule situation demandeur-demandé ou consultant-consulté. Autrement dit, c'est :

α — **s'assurer d'une parité sur la base d'une double autonomie**

— autonomie administrative : pas de relation hiérarchique, pas d'autres relations sur un même lieu d'exercice ; c'est la force des associations privées agréées que d'offrir cette autonomie ;

— autonomie financière : pas de nécessité d'emporter le contrat à « tout prix » pour les seules raisons d'équilibre budgétaire ; c'est la faiblesse des associations privées, même agréées, parce que trop dépendantes de leurs demandeurs-clients.

β — **n'établir qu'un contrat technique** par une analyse appropriée de la demande (cf. attributions des centres) et par une définition d'un cadre ayant force de loi (durée, lieu, rythme, etc.).

**γ — développer ces contrats à tous les niveaux :**

— au niveau institutionnel demandeur-demandé dans la mise en place d'interventions délimitées dans le temps, telles que celles des « missions » (cf. 2) ou non limitées telles celles des « antennes » (cf. 2). Le contrat engage un demandeur institutionnel et un demandé institutionnel (le C.P.C.) ;

— au niveau consultant-consulté (individuel ou individu-groupe) : c'est le contrat particulier bien connu appelé parfois consignes ou règles et autour desquelles la vie relationnelle s'organise et par lesquelles elle prend sens ;

— au niveau inter-centres : afin de permettre certaines réalisations nécessitant des intervenants cliniciens extérieurs, non pris dans la mouvance du lieu (groupe de contrôle des pratiques, groupe-diagnostic...), il pourrait alors être fait appel à d'autres centres de psychologie clinique moyennant la passation de contrats.

**b) les centres de psychologie clinique et la fonction publique**

**α — la situation administrative des C.P.C.**

Elle ne devrait pas contrecarrer la nécessaire autonomie à l'égard des demandeurs potentiels. Il conviendrait donc de définir un cadre juridique, administratif garantissant à la fois un rapport à la fonction publique et une autonomie totale à l'égard des secteurs administratifs (santé, éducation, justice...).

**— la situation budgétaire des C.P.C.**

Une fois acquis la référence à la fonction publique des C.P.C., il y aurait lieu de compléter l'autonomie administrative d'une autonomie budgétaire sous la forme d'une enveloppe pour les dépenses de fonctionnement. Il s'agirait là de respecter l'expression singulière de chaque centre du fait de la mise en œuvre originale de ses attributions sous forme d'expérimentation d'outils cliniques ou de thèmes de recherche nécessitant la collaboration de spécialistes (linguistes, épistémologues, biologistes...) ou d'acquisitions de matériels (magnétoscopes...), ou de toute autre manière en rapport avec ses objectifs du moment.

**c) les centres de psychologie clinique et le groupe des cliniciens**

**— le groupe des cliniciens**

Comme toute entreprise, le centre n'aurait d'autres raisons d'être que de produire, la production étant pour la circonstance, la prestation clinique. Comme toute entreprise aussi, une partie de l'énergie aurait à être consacrée à des tâches annexes de gestion, d'administration et autres nécessité de fonctionnement institutionnel. Or, l'expérience montre qu'une perversion peut advenir du fait de la priorité accordée aux tâches de fonctionnement ou à

des fins implicites n'ayant plus de rapport avec l'objet initial : ici la clinique. La politique actuelle de certains centres hospitaliers psychiatriques est un bon exemple de ce détournement général quand on réfléchit à certains obstacles implicites ou explicites dressés pour empêcher le développement du secteur psychiatrique parce que celui-ci amènerait une baisse du taux d'occupation des lits, et donc une diminution des revenus hospitaliers. D'où une série de mesures adoptées par l'administration équivalent à un choix de psychiatrie. Parmi les dispositifs destinés à prévenir de tels détournements, il apparaîtrait souhaitable de créer une instance institutionnelle dans chaque centre regroupant l'ensemble des cliniciens qui lui soient attachés (cf b3d). Celle-ci qui pourrait recevoir le nom de « groupe des cliniciens » disposerait de droits juridiques. Il s'agirait de mettre au point une formule sans prétention à l'originalité puisque déjà expérimentée sous des formes proches, dont il conviendrait de ne pas faire toutefois une simple copie conforme, soit dans la fonction publique (C.M.C. commission médicale consultative des hôpitaux, assemblée générale des magistrats dans les tribunaux), soit dans certaines entreprises de presse (Société des Rédacteurs).

**δ — fonctions et droits du « groupe des cliniciens »**

- se doter de règles de fonctionnement,
- définir par période des objectifs et les moyens de les atteindre,
- établir un état des besoins en personnel clinicien et assurer l'embauche de celui-ci,
- définir des « postes de fonctionnement » en faisant que la responsabilité en soit assumée à tour de rôle par les cliniciens.

On appelle « poste de fonctionnement » des tâches telles que celles de la documentation de la formation des stagiaires, etc.

**γ — le poste de direction d'un C.P.C.**

Parmi les « postes de fonctionnement », un soin tout particulier devrait être accordé au poste de directeur. Tenant compte que cette fonction couvre l'ensemble du centre (personnel clinicien et personnel non clinicien) et l'extérieur défini par un espace géographique d'intervention, il reviendrait au groupe des cliniciens non de nommer le directeur mais d'établir une liste de noms de candidats choisis parmi ses membres et de la proposer au conseil d'administration. Le conseil d'administration, composé de représentants des pouvoirs publics, des élus, des personnels non cliniciens dans un rapport numérique à définir, présiderait à l'élection du directeur sur la base de cette liste. Le clinicien élu au poste de directeur aurait alors à mettre fin à ses activités le temps d'un mandat clairement limité (4 années par ex.) et à l'issue duquel il les reprendrait.

### C) DE QUELQUES INCIDENCES QU'ENTRAINERAIT LA REALISATION DES C.P.C.

#### 1. Un mouvement d'unification des cliniciens en un seul corps

Il est impossible de défendre une centration sur l'« intention clinique » sans, simultanément mettre en cause le morcellement statutaire fondé sur la prévalence soit du secteur d'exercice, soit de la médiation technique clinique. En d'autres termes, il serait nécessaire d'œuvrer à l'intégration de différentes catégories de travailleurs dont la seule raison d'être tient à une certaine histoire désordonnée de la distribution sociale de rôles exprimant des intérêts particuliers (ceux de secteurs publics ou du pouvoir médical par ex.) et de leur reconnaître la qualité de cliniciens à part entière. Ainsi, ne pas reconnaître que le psychomotricien ou que le psychologue scolaire de même que le conseiller conjugal ne sont pas avant tout des cliniciens, c'est faire à la fois une entorse à la logique des faits et c'est permettre qu'on continue à sous-payer des professions dont les conditions d'exercice sont finalement les mêmes que ceux des psychologues cliniciens. Cette revendication aurait à être légitimée par une exigence de formation initiale unique d'un niveau identique à celui du DESS du psychologue clinicien.

#### 2. D'autres conditions d'exercices pour le psychologue clinicien

Fondés par principe sur la recherche de solution à l'actuelle situation pleine d'insatisfaction des cliniciens, il va donc d'évidence qu'on pourrait attendre des C.P.C. une occasion d'améliorer grandement leurs conditions d'exercice; toutefois, il n'y a pas lieu de croire que cela mettrait un terme à des questions aussi lancinantes concernant le statut du psychologue telles que la protection du titre, le cursus universitaire, le code de déontologie, la nomination nationale ou les grilles indiciaires. Par contre, cela permettrait de dépasser ou de poser en de meilleurs termes certains problèmes tels que ceux de la notation, des horaires, de la compétence de l'embauche, de la maîtrise en personnel... Mais surtout, au bout du compte, c'est de la conception fondamentale qu'exprime l'idée même des centres, de leurs attributions et de leurs fonctionnements, qu'on serait en droit d'espérer un autre style d'argumentation propre à faire reconnaître le bien-fondé de la recherche d'un statut du psychologue clinicien. Enfin, on peut croire que celui-ci retirerait une stimulation intellectuelle importante, donc un plaisir plus grand aussi s'il était mis un terme à son isolement actuel et à son enlisement sur le terrain de son exercice.

#### 3. Retentissements périphériques sur le statut et sur l'exercice du psychologue

##### a) sur le débat public-privé

Le débat concerne plus crucialement l'exercice clinique dans sa fonction thérapeutique ou

d'évolution personnelle. A cause de l'absence de nombreuses conditions nécessaires à la constitution du cadre contractuel régissant la relation clinicien-consultant, beaucoup ont acquis la conviction qu'il n'y avait que la solution libérale pour répondre à ces nécessités. Du fait des exigences d'autonomie du fonctionnement contractuel généralisé à tous les niveaux dans les C.P.C., les prises en charge thérapeutiques obtiendraient de meilleures garanties, ce qui n'épuise pas toute la question de la circulation de l'argent à l'intérieur du centre, et notamment sur le point particulier de la reconnaissance des actes du psychologue par la SS et de leurs traductions dans la nomenclature en K.

##### b) sur la formation initiale

En contribuant à remanier l'identité du psychologue et en participant de façon active et réfléchie à la formation pratique des étudiants, les centres seraient en droit d'espérer une impulsion des praticiens sur les orientations et les méthodes des instituts universitaires.

c) sur les identités des catégories professionnelles voisines partageant avec le psychologue une attente à l'égard de la démarche clinique : assistant social, éducateur, médecin..., tant il est vrai que l'indifférenciation fonctionnelle des pratiques a été et se trouve encore très marquée sur le terrain. Chaque catégorie serait à même alors de mieux légitimer son identité.

### D) QUEL AVENIR POUR UN TEL PROJET ?

Il n'eût guère été possible d'oser nous représenter un tel projet si nous n'avions été encouragés par ce que nous considérons comme des signes susceptibles de conforter nos propositions. Ils sont de deux ordres :

- les premiers se manifestent par des tentatives de regroupements aux figures multiples,
- les secondes tiennent dans la reprise des

réflexions à propos du statut de la clinique.

Des tentatives de regroupements des psychologues : nous avons évoqués dans notre préambule l'influence déterminante qu'on produit sur notre désir les informations en provenance des lieux de regroupement. Ces lieux ne se voulaient pas identiques quant aux objectifs et aux moyens d'action. Parmi ceux-ci, le lieu syndical a obtenu un regain d'intérêt, ce qui signifie que les psychologues se reconnaissent de plus en plus collectivement. Phénomène qui peut paraître d'une extrême banalité pour des catégories professionnelles dont l'histoire est déjà longue, et pour qui le point de vue syndical est intégré comme une évidence. On conviendra qu'il reste beaucoup à faire, surtout si l'on considère le reproche adressé à la démarche syndicale de ne pas être en mesure, conjointement aux revendications d'allure quantitative, d'élargir la réflexion à l'identité du psychologue.

C'est sur ce point d'insuffisance que des

collègues se sont regroupés localement ou régionalement. Notre position serait de dire que les deux points de vue ont à s'éclairer mutuellement sous peine, pour le point de vue syndical de manquer d'arguments de fond, et pour le point de vue « identité du psychologue » de demeurer dans les « nues » afin d'échapper aux réalités des luttes revendicatives.

Notre projet exprime des partis-pris quant au statut et aux fonctions du psychologue clinicien : il prétend modifier considérablement ses conditions d'exercice ; il n'est pas pour cela un projet syndical ; ce qui veut dire conséquemment qu'il resterait à réfléchir sur la logistique qui paraîtrait la plus apte à le faire accepter. Cette étape nous semble prématurée au moment même où nous espérons d'abord recueillir les échos qu'il aura produit.

Ce projet ne concerne pas l'ensemble des psychologues. Il s'adresse clairement aux cliniciens. La difficulté provient de ce qu'il n'est

pas aisé d'établir des critères de distinction : qui est clinicien, qui ne l'est pas ? Il n'est pas plus aisé de circonscrire la clinique alors même que nous avons fait allusion à des interventions concernant les petits groupes ou les institutions. Nos pratiques nous y conduisent quand nous répondons aux demandes de groupes de soignants. Qu'il soit donc bien clair que la « clinique sociale » est entièrement intégrée à notre projet et que, de ce fait, nous proposons une partition dans le champ de la psycho-sociologie. Cette partition doit s'opérer sur une base qui, pour nous, conditionne la définition de la clinique à savoir l'existence d'une demande portée effectivement, après analyse, par le sujet objet du clinicien. Nous entrons par ce biais dans le domaine de la théorisation dont nous pensons avoir montré la nécessité. Tout ce qui participe à un approfondissement de la réflexion sur le statut de la clinique dans sa scientificité comme dans son unicité le cimente profitablement.

## **ACTUALITÉ PSYCHOLOGIQUE**

**UNIVERSITE PARIS-NORD  
JOURNEES D'ETUDE ORGANISEES  
PAR L'INSTITUT DES SCIENCES  
PSYCHOSOCIALES ET NEUROBIOLOGIQUES  
74, rue Marcel-Cachin - BOBIGNY  
Année universitaire 1982-1983**

1. LA VIE ONIRIQUE.  
Samedi 6 Novembre 1982.
2. MYTHES, RITUELS ET THERAPIES  
Samedi 11 Décembre 1982.
3. LES TECHNIQUES CORPORELLES  
Samedi 12 Novembre 1983.
4. L'ECHEC SCOLAIRE  
Samedi 19 Février 1983.
5. LES CONDUITES DE DEUIL  
Samedi 12 Mars 1983.
6. LE « CAS SOCIAL » EN PEDIATRIE  
Samedi 23 avril 1983.
7. PSYCHOSOMATIQUE  
Samedi 7 Mai 1983.
8. LES CONDUITES ORDALIQUES  
Samedi 18 Juin 1983.
9. LA FAMILLE CONTEMPORAINE  
Samedi 30 octobre 1983.
10. L'INCESTE  
Samedi 3 Décembre 1983.