

Extrait du En Mouvement Pour des Propositions !

<http://www.psychologuesenresistance.org/spip.php?article664>

DISPOSITIF CLINIQUE, CLINIQUE DU DISPOSITIF

- INTERCOLLEGE DES PSYCHOLOGUES HOSPITALIERS. -



Date de mise en ligne : jeudi 13 août 2015

Copyright © En Mouvement Pour des Propositions ! - Tous droits réservés

Un texte de base plus que jamais d'actualité pour faire avancer l'exercice de la psychologie. A faire circuler absolument

DISPOSITIF CLINIQUE,
CLINIQUE DU DISPOSITIF

René Clément¹

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

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

La "revendication clinique" du psychologue, à laquelle répond souvent le renforcement des "résistances à la clinique" de l'institution, est complexe et ambiguë ; il arrive même à certains collègues de devoir récuser les tentatives de l'institution de les enfermer dans un travail exclusivement clinique.

Comment donc éviter que cet idéal clinique ne devienne un piège et ne constitue un leurre, ou un évitement ? Comment démonter les rivalités imaginaires ?

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

16 Dispositif clinique,
res induites par cette "revendication clinique" ?

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

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

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

LES RAPPORTS CONFLICTUELS ENTRE LE CLINIQUE ET
L' INSTITUTIONNEL

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

Que les institutions du champ sanitaire et social ne fassent pas la part belle aux psychologues et à leur désir de travail clinique, c'est une évidence qui, pour être protéiforme, n'en est pas moins bien réelle. L'intitulé même des textes administratifs et juridiques qui définissent les missions et programment les dispositifs institutionnels sous le registre du "médico-social" occulte d'emblée la dimension du psychique, qui se trouve ainsi laminée selon les secteurs, soit par la prévalence du médical, soit par celle du travail social. À considérer la situation actuelle dans nombre d'institutions, on ne peut qu'être frappé par la masse et la diversité des obstacles qu'aura à rencontrer la pratique clinique du psychologue. Après avoir réglé la douloureuse question de la recherche d'emploi, celui-ci va découvrir rapidement, et souvent avec stupeur, que les problèmes de l'exercice professionnel ne s'arrêtent pas à l'obtention d'un poste, ou de vacances ; c'est parfois à un véritable "parcours du combattant" qu'il devra se soumettre pour honorer l'engagement de travail qui a pourtant présidé à son embauche ; arrivant en situation, sur le terrain, il découvrira bien vite que malgré sa "demande" supposée, l'institution clinique du dispositif 17

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

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

2/ La clinique "sous surveillance"

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

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

Dans ces cas, la place du psychologue est assignée à l'avance et les modalités de son travail étroitement prédéterminées. Les fonctionnements ainsi institués qui font une part congrue à la pratique du psychologue et définissent son exercice de façon restrictive ou négative² sont, de fait, dépendants de l'histoire de l'institution ; ils tiennent aux conflits qu'elle a connus et aux rapports de forces qui la traversent.

Les problèmes seront plus subtils lorsque la place et le rôle du psychologue ne seront pas préalablement codifiés, et que son champ d'exercice, non officiellement limité, dépendra en fait du bon ou du mauvais vouloir des autres

partenaires. Lorsque les monopoles de travail et la circonscription des "territoires professionnels" ne sont pas précisés par la loi interne de l'institution, le psychologue aura directement à faire alors avec la subjectivité des acteurs et

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

18 Dispositif clinique,

la pathologie des protagonistes.

Ainsi, dans tel service de placement familial, le psychologue souhaitant participer

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

3/ La clinique "obligée" et les demandes irrecevables

À ces limites restrictives qui font carcan et empêchent un libre exercice professionnel vient se surajouter un autre ordre de difficultés plus qualitatives.

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

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

4/ La clinique forclosée

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

d'hygiène mentale, et pour prétexte la nécessaire "extériorité" du psychologue...

On peut ainsi parler à propos de nombre d'institutions du degré zéro de tout travail clinique...

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

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

DE LA REVENDICATION CLINIQUE

À LA "CLINIQUE DE LA REVENDICATION"

1/ Les limites de la revendication clinique

Nonobstant les raisons "objectives" qu'ont les psychologues de se plaindre des obstacles et entraves mis par les institutions à leur exercice professionnel,

leur "revendication" fait néanmoins figure de symptôme et reste à analyser, ne serait-ce qu'en raison de l'inefficacité radicale de pareille position. Ce n'est pas parce que le psychologue "campe sous sa tente" que l'institution, même bonne fille, acceptera de changer quoi que ce soit à son fonctionnement !

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

3 Petit Larousse.

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

La dimension de souffrance impliquée dans les modalités d'expression de la revendication clinique donne à penser que la plainte du psychologue va au-delà d'une légitime revendication professionnelle. Il s'y joue aussi - d'abord ?

- une question d'identité et de reconnaissance, dont l'enjeu porte sur l'être même du psychologue et l'atteint dans son désir professionnel.

2/ Les nuées de l'idéalisation clinique

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

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

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

clinique du dispositif 21
LA REVENDICATION CLINIQUE
ET SES AVATARS INSTITUTIONNELS

1/ Un peu d'étymologie

Le mot avatar vient du sanscrit avatara qui signifie "descendre du ciel sur la terre"⁴ ; c'est le nom donné aux différentes incarnations des dieux de l'Inde, telles que les raconte, par exemple, le Mahābhārata ; il signifie par extension transformation, métamorphose, changement, le plus souvent en mal⁵. Cette

notion peut donc évoquer une sorte de pérégrination, d'odyssée qui me semble pouvoir rendre compte de maints trajets professionnels. Dans un contexte plus "judéo-chrétien", on sait que la dégradation du divin à l'humain s'accompagne par ailleurs de déréliction, de passion et de chemin de croix...

2/ L'idéal clinique et les confusions idéologiques

Si l'on considère que l'essentiel du travail clinique consiste, pour un psychologue, en une implication relationnelle dans un travail d'écoute de la souffrance psychique du patient - adulte ou enfant -, on peut, me semble-t-il, assimiler espace clinique, espace de la souffrance psychique et espace du thérapeutique. C'est cet espace d'écoute du psychique qui constitue pour le psychologue et pour le patient un espace potentiel de travail et d'élaboration. Quelles relations d'inclusion cet espace clinique nécessaire au travail du psychique entretient-il avec l'institution et ses différents acteurs ? Quelles valeurs, quels idéaux, quels modèles de référence sous-tendent pareilles représentations du travail clinique ? Dans quelles identifications symboliques ou imaginaires⁶ le désir professionnel du psychologue trouve-t-il à se fonder ?

4 Petit Larousse.

5 Idem.

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

22 Dispositif clinique,

Être "tout thérapeute"

Il semble bien que l'idéal du moi du psychologue se constitue électivement à partir de la notion de psychothérapeute⁷, avec une dimension de surmoi extrêmement marquée.

Dans la hiérarchie interne (et inavouée ?) de la profession, les fonctions et le "titre" de psychothérapeute fonctionnent comme nec plus ultra, et les institutions confrontées à la pathologie "lourde" sont souvent préférées aux institutions d'aide ou de prévention qui sont supposées fournir un matériel clinique moins "riche" et n'impliquent pas la pratique labellisée de la psychothérapie. Le premier avatar des idéaux du moi du psychologue et la "dégradation" qu'aura à subir son idéal clinique seront consécutifs au fait que l'institution le contraindra à devoir se vivre comme un "pas encore", un "pas tout à fait" ou un seulement futur "tout-thérapeute", l'idéalisation et le renoncement à ces nobles fonctions le conduisant à vivre de façon persécutive l' institution.

La confusion par rapport à la psychanalyse

Concernant la majorité des collègues pour qui la référence à Freud est essentielle et fondamentale, il faut mesurer l'importance des effets engendrés par la confusion entre la psychanalyse, entendue comme corpus théorique concernant la vie psychique, et la psychanalyse considérée comme technique et pratique de la cure, confusion que j'ai évoquée par ailleurs⁸.

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

8 R. Clément, Les psychologues entre la tentation analytique et la prise de

pouvoir institutionnelle, Cahiers de l'ANREP, 1984, 1/2, pp. 11-16 ; Guérir de la psychanalyse ?, L'Imparfait, 1985, n° 4 : Psychanalyse et guérison, pp. 41-53.

clinique du dispositif 23

Psychologie clinique, psychothérapie et psychanalyse

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

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

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

"Face au psychanalyste, le psychologue clinicien découvre ainsi qu'il ne peut exister que d'attester son droit à l'infidélité. (...) Entre le transfert freudien et l'implication clinique (...) les rigueurs de la cure orthodoxe et les cheminements multiformes de la relation psychothérapique, c'est la guerre. (...)

Les réserves du psychologue clinicien à se dire psychothérapeute signifient bien qu'il mesure la difficulté de théoriser sa position en se référant à un corpus analytique qui le rejette mais dont il faut bien qu'il s'inspire sans prétention charismatique"¹¹.

Ginette Michaud va critiquer cette conception qui privilégie l'implication et assigne à la psychologie clinique la psychothérapie comme objet spécifique..

On parle dès lors en effet de psychothérapie et non plus de psychologie clinique.

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

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

11 J. Gagey, op. cit., p. 5, cité par G. Michaud, op. cit., p. 67.

24 Dispositif clinique,

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

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

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

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

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

?

3/ Violence de l'institution et rapports de pouvoirs

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

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

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

13 G. Michaud, op. cit., p. 68.

clinique du dispositif 25

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

Le psychologue désarmé

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

Impuissance et masochisme originaire

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

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

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

26 Dispositif clinique,

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

au pouvoir ?

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

QUESTION DE DISPOSITIFS

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

Les préalables du travail institutionnel

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

L'espace clinique interne

À défaut de pouvoir fonder d'emblée son travail clinique sur la demande positive de l'institution, nécessairement ambivalente à son égard, sur quoi le psychologue étaiert-il son désir professionnel, autrement que sur un espace clinique en lui ? Cet espace clinique interne se constitue à partir de l'élaboration psychique réalisée au travers de la mise en travail de sa "pathologie" personnelle. La relation psychique et mentale au symbolique qui en constitue le ressort s'élabore à partir d'un rapport travaillé à la castration. Avant de chercher à faire surgir des demandes impossibles, le psychologue pourra alors, en s'appuyant sur cet espace clinique intra-psychique, composer avec la réalité des transferts positifs et négatifs à lui adressés, autrement que sur un mode séducteur, persécutif ou victimisé. Travailler l'imaginaire sans devenir menaçant ni être soi-même menacé, c'est ce que permet l'appropriation interne de la dimension du symbolique.

clinique du dispositif 27

L'institution malade du symbolique

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

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

La place du travail clinique dans le dispositif pluridisciplinaire

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

Cette conception s'oppose à une vision synchronique du dispositif pluridisciplinaire,

où le rôle du psychologue n'est plus d'intervenir en dernier recours ; la prise en compte de la dimension psychique et la visée thérapeutique du travail clinique ne s'opposent pas à la visée administrative, sociale ou éducative, même si elles s'en différencient spécifiquement ; elles n'ont donc pas à en être séparées. C'est dans la mesure où le psychologue prend en compte la dimension institutionnelle et les différents registres de réalités que gèrent les autres partenaires, que l'institution peut elle-même mettre en place un dispositif pluridisciplinaire articulant les différences et les spécificités de chacun, et inclure dans son projet la prise en compte de la dimension psychique per28

Dispositif clinique,
mettant une élaboration thérapeutique institutionnelle.

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

En résumé

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

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

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

clinique du dispositif 29

Le facteur temps

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

- la temporalité propre au psychologue lui-même, qui tient à son histoire tant personnelle que professionnelle. L'expérience du travail institutionnel et clinique ne s'invente pas et se transmet difficilement. La façon de travailler

n'est pas la même lorsqu'on débute ou qu'on bénéficie du recul de dix ou vingt ans de carrière ;

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

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

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

Mais le facteur temps peut s'entendre aussi comme le temps de l'élaboration, de la symbolisation et du deuil. C'est le paramètre nécessaire et indispensable qui permet que se travaille la reconnaissance de la limite et de l'impossible, tant au niveau individuel que groupal. C'est grâce à lui que du nouveau et du neuf émergent, et que peut se modifier le poids des déterminismes. Pris
30 Dispositif clinique,
comme tel, il est partie intégrante du dispositif clinique qui nécessite toujours une durée d'élaboration.

2/ Les différents registres du dispositif

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

Les dispositifs juridiques comme étayage symbolique

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

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

Les dispositifs professionnels

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

clinique du dispositif 31

CONCLUSION

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

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

32 Dispositif clinique,

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