CHAPITRE III

PRESENTATION DE L'ENQUETE QUALITATIVE

Zahia Kessar, Blandine Boulenger

I RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ENQUETE QUALITATIVE ET CHOIX DES SITES :

L'objectif de l'enquête qualitative est de repérer les pratiques effectives des équipes et les situations concrètes dans lesquelles les activités des psychologues s'exercent. Il s'agit à travers les observations des interactions en situation d'examiner la réalité du travail dans les divers dispositifs, de cerner la demande externe, ainsi que la manière dont s'effectue la répartition du travail dans l'équipe, et les représentations qui la sous tendent. Il s'agissait en particulier d'étudier les représentations et conceptions du travail psychiatrique à l'œuvre, dans un contexte d'évolutions en cours et l'impact de ces évolutions sur la place occupée par les psychologues dans les équipes. A travers cette enquête qualitative il s'agissait également d'examiner les attentes et les représentations dont les psychologues sont l'objet et la façon dont ils se situent en rapport à ces attentes dans un contexte qui a changé.

Le choix des terrains correspond aux objectifs assignés à l'enquête qualitative, à savoir réaliser des observations sur des sites différenciés du secteur, et dans des structures représentatives des évolutions en cours dans le champ de la psychiatrie.

La logique qui a présidé au choix des terrains a été la suivante :

Pour une partie de l'enquête présentée dans ce premier chapitre, nous avons choisi de regrouper des structures dont l'activité se situe en rapport à l'urgence et à la crise, à savoir : un centre d'accueil et de crise, un centre d'accueil, un centre de crise. Ces structures nous ont conduit à nous intéresser aux services des urgences des hôpitaux généraux où les secteurs assurent les urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison.

Les travaux présentés en seconde partie de cette étude sur le terrain ont été réalisés auprès d'équipes oeuvrant en Centre Médico-Psychologique, et en service d'hospitalisation, du même secteur parisien. Nous avons souhaité élargir l'approche des nouvelles orientations prises par les équipes de secteur avec une association créée dans le cadre d'un CMP, et dont l'activité exclusivement en lien avec la justice, la conduit à recevoir un public transgressif

jusque là inconnu, ou presque, du secteur et à travailler selon des modalités nouvelles, dans des cadres théorico-pratiques renouvelés.

II- METHODOLOGIE :

1) L'observation :

Nous avons pu observer les interactions en situation dans certains de ces lieux : le centre d'accueil et de crise G, dans une moindre mesure au centre d'accueil et au centre de crise du secteur X. Nous avons dans certains sites observé des situations d'accueil puis les échanges et les élaborations cliniques autour des situations qui constituent une des dimensions importantes du travail des psychologues dans les équipes. Nous avons été présente lors d'échanges informels. Nous avons par ailleurs participé à des réunions cliniques où se discutaient les situations des patients.

Dans certains de ces lieux nous avons pu avoir des échanges avec les patients ou consultants du fait de notre présence prolongée ; toutefois et en accord avec les équipes nous ne les avons pas sollicités pour l'enquête.

2) Les entretiens :

L'objet de l'enquête qualitative était d'obtenir des regards croisés des divers professionnels sur les psychologues mais aussi de mieux cerner ce qu'il en était de la répartition du travail. Nous avons réalisé des entretiens enregistrés avec des psychologues, des infirmiers, des surveillants, des médecins généralistes et psychiatres. Les entretiens étaient semi-directifs laissant une large place à un discours plus libre sur la profession.

3) Méthode d'analyse pour les divers terrains:

Nous avons croisé les observations des faits et les propos entendus en situation avec les propos tenus après coup, lors des réunions de synthèse quotidiennes, des réunions cliniques, ou encore des entretiens individuels. Il s'agit de restituer le point de vue des différents acteurs et leur propre analyse des tensions en rapport à l'évolution de l'objet de la psychiatrie. Loin d'être une posture dans laquelle nous prétendrions détenir une vérité qui échapperait aux acteurs, il nous est apparu au contraire plus pertinent de rendre compte des critiques des professionnels impliqués dans le travail psychiatrique, à travers leurs propres discours.

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels pour leur accueil, pour nous avoir fait partager leurs expériences, permis d'observer leurs pratiques, et pour nous avoir fait part de

leurs réflexions et vécus sur le travail psychiatrique en évolution et sur la place des psychologues.

Nous préservons l'anonymat des lieux et des personnes en modifiant tous les prénoms, et en évitant les indications pouvant permettre d'identifier les lieux.

4) Présentation des résultats :

L'objet de l'étude étant « les transformations de la psychiatrie et la place des psychologues », dont nous avons fait l'hypothèse qu'ils sont des témoins privilégiés de ces transformations, nous partirons dans un premier temps des divers dispositifs retenus, de leurs missions spécifiques, de leur articulation au dispositif global. Les dispositifs sont des émanations des politiques de santé publique en psychiatrie et nous donnent des indications sur l'évolution de l'objet de la psychiatrie.

Nous examinerons ensuite de façon transversale l'activité des psychologues en rapport à l'activité des autres professionnels psychiatres et infirmiers, ainsi que les représentations à l'œuvre dans cette répartition. Enfin, nous analyserons les enjeux en rapport aux conceptions du travail psychiatrique et les tensions en rapport à l'objet et son évolution. Les tensions sont liées au dispositif et à ce qu'il induit mais aussi aux pressions externes qui résultent de la demande sociale et des politiques de psychiatrie publique.

Nous présentons dans un premier temps les résultats pour les sites suivants : le centre d'accueil et de crise, le centre d'accueil, le centre de crise, les urgences de l'hôpital général.

Dans un deuxième temps nous présentons les résultats pour : l'unité d'hospitalisation, un CMP, une association ayant pour objet une problématique définie en termes de comportement.

Cette logique correspondant à la répartition des terrains entre les deux chercheurs qui ont réalisé l'enquête qualitative.

ooo

CHAPITRE IV-

LES PSYCHOLOGUES DANS L'URGENCE ET LA CRISE

Zahia Kessar

I. PRESENTATION DES SITES DE L'ENQUETE ET DIFFICULTES RENCONTREES

1) Le centre d'accueil et de crise G.

Le centre d'accueil et de crise G ouvert depuis 1988, répond à la définition donnée par l'arrêté du 14 mars 1986 :« Les centres de crise sont des centres d'accueil permanents disposant de quelques lits, permettant des prises en charge intensives et de courte durée, pour répondre à des situations d'urgence et de détresse aiguës ». Emanant au départ d'un secteur la structure est aujourd'hui intersectorielle.

Ouvert 24 H sur 24, le centre d'accueil et de crise est situé dans un bâtiment dans lequel se trouvent également au rez de chaussée un Centre Médico Psychologique qui fonctionne en consultations uniquement et où sont suivis certains patients après leur séjours au CAC et à l'étage un hôpital de jour.

Le centre d'accueil et de crise G compte un psychologue à mi temps, qui exerce un autre mi temps au CMP situé au rez de chaussée.

2) Le centre d'accueil du secteur X.

Le centre d'accueil du secteur X a pour mission l'accueil des urgences psychiatriques, le centre fonctionne 24 H sur 24 mais en accueil seulement. Les hospitalisations sont renvoyées sur l'unité d'hospitalisation du secteur située dans le même bâtiment. A la différence du centre d'accueil et de crise précédent, le travail dit de crise c'est à dire d'élaboration du sens de la crise pour le patient puis d'organisation du suivi au long cours, se déroule au centre de crise, le troisième site de notre enquête.

Le centre d'accueil du secteur X compte un psychologue à temps plein.

3) Le centre de crise du secteur X

Le centre de crise du secteur X est situé à quelques kilomètres du centre d'accueil dans un bâtiment qui comprend également le CMP et l'unité de thérapie familiale du secteur X.

Fonctionnant en accueil de jour, le centre de crise a pour objet de faire émerger une demande de soins, et de mettre à jour la problématique du patient. Il s'agit, à partir d'un suivi intensif qui peut comprendre plusieurs entretiens par semaine voir chaque jour si nécessaire et durant en moyenne deux mois, de faire une hypothèse de crise c'est à dire repérer à travers le discours du patient ce qui revient de manière répétitive et peut être considéré comme ce qui est à l'origine de la crise. Après quoi le travail de crise s'arrête et le patient est orienté par exemple pour une psychothérapie au CMP.

Le centre de crise compte une psychologue à mi temps qui exerce un autre mi temps au CMP.

Le secteur X

Outre les structures précédentes, le secteur X compte une unité d'hospitalisation, une unité de thérapie familiale, un CMP, deux CATTP. Si nous nous sommes intéressée plus particulièrement aux structures ayant pour objet l'accueil en urgence et la crise, nous avons toutefois rencontré presque tous les psychologues du secteur. L'intérêt résidait dans le fait de saisir la diversité des activités, positionnements, fonctions et référents à l'échelle d'un même secteur.

4) Les urgences de l'hôpital général V :

Les premiers sites observés nous ont amenée à nous intéresser aux services des urgences implantés dans les hôpitaux généraux auxquels sont rattachés les secteurs dont dépendent ces structures. Les équipes de secteurs y assurent les urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison.

Nous n'avons pas trouvé d'unité d'urgence et de psychiatrie de liaison comprenant de psychologues. L'unité de psychiatrie de liaison de l'hôpital V auquel est rattaché le centre d'accueil et de crise G est composée d'infirmiers et de psychiatres du secteur. Il y a cependant une psychologue aux urgences de l'hôpital général. En effet, au moment de l'implantation de l'unité d'urgences et de psychiatrie de liaison dans les locaux, anticipant de deux mois la circulaire du 22 octobre 2001[26] *relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violence ainsi que de toutes les personnes*

[26] Circulaire DHOS/E1 N° 2001-503 du 22 octobre 2001 signée par Elisabeth Guigou, Marylise Lebranchu, et Bernard Kouchner alors respectivement Ministre de l'emploi et de la solidarité, Garde des sceaux et Ministre de la Justice et Ministre délégué à la santé.

en situation de détresse psychologique, qui prévoit le recrutement de psychologues aux urgences des hôpitaux généraux, une psychologue de l'hôpital général a été nommée aux urgences.

Nous avons choisi en examinant cette situation et de ne pas nous en tenir strictement aux psychologues appartenant institutionnellement à la psychiatrie publique et de passer outre le clivage psychiatrie et hôpital général. La raison en est que les dispositifs d'urgence et de liaison qui illustrent le rapprochement entre l'hôpital général et la psychiatrie, conduisent, notamment du fait des conventions entre hôpitaux spécialisés et hôpitaux généraux, à dépasser, quoique difficilement, ces découpages institutionnels.

Tous les sites observés sont situés dans le même département de la couronne parisienne répertorié comme l'un des plus pauvres de France.

Selon la typologie des secteurs de psychiatrie générale publiée en 1999 par la DRESS,[27] qui identifie 5 types de secteurs, le Centre d'accueil et de crise G et le service des urgences de l'hôpital V relèvent de secteurs plus portés sur l'ambulatoire, le CMP, et les urgences. Le secteur X auxquels sont rattachés le centre d'accueil et le centre de crise correspond dans la typologie aux secteurs tournés vers l'extra hospitalier et la réinsertion. Il s'agit selon la typologie d'un nombre réduit[28] de secteurs qui ont le plus développé des structures du type centre d'accueil, CATTP, hospitalisation à domicile et des structures de prise en charges « originales, rarement développées ailleurs ».

5) La négociation des terrains

La négociation du terrain n'a pas posé de difficultés majeures pour les trois premiers sites. En ce qui concerne le centre d'accueil et de crise G, nous avons dans un premier temps rencontré la chef de service responsable du secteur qui nous a mis en contact avec la psychiatre responsable du centre d'accueil et de crise G. Celle –ci d'accord sur le principe de l'enquête et d'une présence prolongée de notre part nous a demandé de venir présenter l'objet de la recherche à l'équipe au cours d'une réunion institutionnelle.

En ce qui concerne le secteur X nous avons rencontré le chef de service qui nous présenté l'ensemble des structures de son secteur et nous a mis en rapport avec les cadres des divers structures afin que nous puissions entrer en contact avec les psychologues et les équipes.

---

[27] Magali Coldefy et Frédéric Bousquet. Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999. Ministère de l'Emploi et de la solidarité-DRESS in Solidarité et santé N°2 2001

[28] 34 pour ce groupe contre 231 pour le groupe précédent.

Dans ces sites l'accueil a été particulièrement positif, témoignant de l'intérêt suscité par l'objet de l'enquête.
L'accès à l'unité d'urgences psychiatrique de l'hôpital général a été plus problématique.
Nous avons été mise en contact avec le surveillant de l'unité d'urgence psychiatrique et de liaison du SAU par un cadre du centre d'accueil et de crise G. Le surveillant nous a proposé de nous rendre sur place un jour où toute l'équipe ou presque serait présente. Lui même devait être présent mais il a été retenu ce jour là dans une autre structure où il assure également la fonction de surveillant.

La présentation de l'enquête a suscité des réactions spontanées de méfiance.
L'un des médecins présent nous a demandé de préciser le déroulement de l'enquête, ses finalités, et qui en était le commanditaire et le financeur. Tandis que nous expliquions qu'il y avait une partie quantitative et une autre qualitative dans différents sites représentatifs de la psychiatrie publique, le médecin a réagi au terme qualitatif et a demandé des précisions. Il a précisé que ce terme évoquait pour lui la démarche qualité et sa traduction dans la gestion administrative des structures de soins. Une gestion administrative indifférente à la réalité et à la spécificité du travail psychiatrique. Nous avons donc expliqué la différence entre enquête qualitative en sciences sociales et la démarche qualité liée notamment à l'accréditation dans les établissements de santé.
Puis le médecin a demandé quelles garanties ils avaient en tant que professionnels, quant à l'usage qui serait fait de ce qu'ils pouvaient livrer de leur réalité. Le médecin fit alors référence au rapport Piel et Roelandt, selon lui prétendument élaboré à partir des avis des professionnels de la psychiatrie.
Les préoccupations de ce médecin portaient sur un discours sur « le changement d'objet de la psychiatrie » véhiculé notamment par le rapport Piel et Roelandt et selon lequel le nouvel objet de la psychiatrie serait désormais la santé mentale jetant dans l'ombre la maladie mentale. Hostile à cette orientation qu'il qualifia de « santé mentaliste », ce médecin déclara que la maladie mentale existait bel et bien, que c'était là ce dont il s'occupait et que cela n'avait rien à voir avec de la santé mentale.

Nous avons rappelé que notre enquête n'était pas une évaluation, que le financeur était certes la Mission recherche du Ministère de l'emploi et de la solidarité, mais que la proposition de travailler sur les psychologues était le fait d'une équipe de recherche. Nous avons précisé qu'aucune préconisation ne nous était demandé, qu'il s'agissait d'un travail sociologique.

Cette description un peu longue de la rencontre nous permet de rendre compte des inquiétudes des professionnels quant à l'utilisation de la recherche, dans un contexte où les établissements de santé ont connu des audits et autres évaluations qui ont parfois conduit à des réorganisations dans des logiques vécues comme purement financières et gestionnaires.

Par ailleurs, le rapport Piel Roelandt[29] qui a suscité des réactions très vives et des désaccords de la part de bon nombre de professionnels de la psychiatrie est paru au début de notre enquête. La publication de ce rapport a nourri l'inquiétude voire la méfiance exprimée par le médecin vis à vis de toute étude sur la profession et l'usage qui peut en être fait.

Ces réactions qui concernaient les transformations de la psychiatrie nous mettaient dans le vif du sujet aussi nous n'avons pu que regretter de ne pouvoir réaliser des entretiens et des observations dans cette unité. Nous avons toutefois rencontré le surveillant avec qui un rendez vous avait été pris.

Quant à la psychologue du service des urgences, nous l'avons rencontrée sans aucune difficulté pour un entretien. Les choses ont été plus simples dans la mesure où nous n'avions pas le projet de réaliser une observation aux urgences générales.

II- LE DISPOSITIF D'URGENCES : LE TRAVAIL PSYCHIATRIQUE EN QUESTION

Le centre d'accueil et de crise et le centre d'accueil relèvent du dispositif des urgences psychiatriques.

L'urgence psychiatrique est apparue dans la circulaire du 15 juin 1979, signée par la ministre de la santé de l'époque Simone Veil dans un contexte de suppression de lits liée à la mise en place du secteur. Il était notamment question au départ d'assurer un accompagnement des psychotiques stabilisés en cas de crise ou ruptures de traitements et de répondre ainsi aux premiers effets de la déshospitalisation.

Avec la circulaire du 30 juillet 92, la psychiatrie est intégrée au volet urgence des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS). La circulaire met les secteurs en première ligne pour l'organisation des urgences psychiatriques. Les équipes de secteurs sont responsables de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des patients.

La psychiatrie se trouve donc dans l'obligation de travailler avec les centres hospitaliers avec lesquels diverses modalités d'organisation existent :

[29] Rapport de mission des docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt : De la psychiatrie vers la santé mentale. Juillet 2001

- Les centres Hospitaliers Spécialisés ouvrent une antenne au service des urgences des centres hospitaliers pour y assurer les urgences psychiatriques,
- Les secteurs implantent leur service d'urgence à l'hôpital général,
- Les médecins et infirmiers des secteurs se déplacent depuis une structure du secteur à la demande des urgences.

Les situations rencontrées dans le cadre des urgences psychiatriques sont très diverses : patients chroniques connus du secteur pour des reprises de traitements ou des angoisses, alcooliques chroniques, tentatives de suicides, HDT (hospitalisations à la demande d'un tiers), violences ou conflits conjugaux, ruptures familiales, troubles sur la voie publique. Devant la variété des situations il va s'agir dans un premier temps de cibler ce qui est du travail psychiatrique et ce qui ne l'est pas.

Cela étant, à la question : « faut-il répondre à toutes les demandes des urgences ? », au secteur X la réponse, souvent faite en référence à l'ancien chef de service, est de recevoir toutes les urgences même si cela soulève des interrogations comme l'illustre la discussion qui suit :

> « Nous on a choisi de répondre à toutes les demandes, A... l'ancien chef de service disait qu'il faut y aller même pour 5 minutes parce que on ne sait jamais » dit la psychologue. Une infirmière participant à la discussion évoque le cas d'un patient amené aux urgences par son frère qui a dit à l'infirmière et au médecin que le patient venait d'apprendre que sa femme le trompait. L'infirmière raconte qu'ils se sont au départ demandés si cela justifiait qu'ils le voient. L'infirmière raconte qu'elle s'est rendue aux urgences avec un médecin et qu'il s'est avéré que cet homme était un grand paranoïaque « d'où l'importance de voir ce qu'il y a derrière » conclut l'infirmière. Sa collègue, infirmière également, évoque le risque de tout psychiatriser et indique qu'elle demande des compléments d'information « il suffit qu'un patient soit porteur d'une ordonnance sur laquelle figure un médicament psy pour qu'on appelle l'accueil. Moi je râle ; dans ce cas je demande à en savoir plus ».

Ce dispositif inscrit dans le cadre de l'élargissement des missions de la psychiatrie à travers son rapprochement avec les urgences confronte les équipes de psychiatrie à l'influence de la réponse des urgentistes qui, selon les professionnels de la psychiatrie, raisonnent urgence, traitement et évacuation. A l'inverse de la logique des professionnels de la psychiatrie pour lesquels il s'agit de « subvertir la réponse de type urgentiste aux urgences » selon l'expression d'un chef de service. Selon le chef de service du secteur X, les urgences de l'hôpital général M, où les professionnels du centre d'accueil interviennent à la demande des urgences, ne

comprennent pas toujours ce qui est fait par les professionnels de psychiatrie c'est à dire évaluer, et « déployer l'urgence dans le temps ».

Le décalage entre la vision urgentiste et la vision psychiatrique soulève la question du symptôme et de sa mise en forme mais aussi la question du temps nécessaire à l'évaluation de la situation.

L'urgence en psychiatrie soulève des interrogations sur l'objet même de la psychiatrie et sur sa capacité à garder sa spécificité face à la demande des urgences générales. Et plus globalement face à la demande sociale qui s'adresse à la psychiatrie publique via les urgences.

Comment les équipes et les psychologues peuvent-ils se situer dans le travail d'urgence et dans le travail de crise qui peut s'ensuivre ?

1) L'accueil, l'évaluation l'orientation, la crise : les infirmiers en première ligne

Les missions :

Le Centre d'accueil et de crise G le centre d'accueil X, ainsi que les urgences, ont pour mission essentielle l'accueil en urgence, l'évaluation puis l'orientation des personnes reçues. Ainsi le Centre d'Accueil X répond à toutes les demandes urgentes aussi bien par téléphone qu'à l'accueil, à domicile, aux urgences de l'hôpital général M ou encore dans une autre institution d'où émane la demande.

Outre les missions précédentes, le Centre d'Accueil et de Crise G a une mission de « mise en forme du symptôme » selon les termes d'un psychologue et d'élaboration de la crise ce qui constitue la mission principale du centre de crise X. Il s'agit d'aider le patient à comprendre ce qui lui arrive pour envisager avec lui une prise en charge au long cours.

Les demandes :

Les urgences de l'hôpital général sont devenues le premier lieu par lequel transitent les patients accueillis au CAC. Ceux qui adressent le font en fonction d'une pré qualification des situations selon leurs propres critères qui ne sont pas nécessairement ceux de la psychiatrie.

Les patients peuvent aussi être adressés par des institutions débordées il s'agit dans les situations observées d'un foyer de l'éducation surveillée et d'une maison de retraite.

Ainsi, A…,16 ans envoyé par un foyer de l'éducation surveillé, a été adressé au CAC parce qu'il avait eu une conduite agressive verbalement (menaces d'incendier le foyer), et une violence sur les objets (chaises et tables renversées), mouvements que les éducateurs ne

parvenaient plus à contenir. Les infirmiers et psychiatres n'ont pu établir de diagnostic psychiatrique. Ce jeune présenté comme agressif, indiscipliné, révolté, potentiellement violent, est resté en hospitalisation 5 jours.

Certains patients viennent directement au centre d'accueil et de crise G et au centre d'accueil X. Il s'agit souvent d'habitués qui viennent lorsqu'ils sont en rechute après un arrêt du traitement, lequel coïncide souvent avec des difficultés économiques (épuisement des allocations) ou sociales (problèmes d'hébergement). Ces patients, déjà connus en pavillon avant l'existence des structures, viennent parfois d'eux-mêmes ou encouragés par un voisin logé dans le même hôtel, malade suivi lui aussi. Parfois ce sont les hôteliers qui appellent les structures pour signaler qu'un patient suivi depuis longtemps est « en crise ».[30] En dehors de ces habitués, rares sont les patients qui viennent d'eux mêmes.

Le centre d'accueil et de crise G, qui fonctionne avec une unité d'urgence psychiatrique implantée à l'hôpital, bénéficie en quelque sorte d'une première évaluation des situations aux urgences ce qui de l'avis du psychologue permet de rester dans les indications du centre d'accueil et de crise :

> « En fait le SAU (Service d'Accueil d'Urgence) a été crée juste avant les vacances, donc c'est récent, mais on se rend compte finalement que la fonction d'accueil et de crise- alors la crise ce serait une angoisse démesurée qui mériterait qu'on y mette des mots- ça ça continue à peu près à fonctionner comme ça. C'est à dire qu'on a un recrutement qui continue à être particulier au CAC qui transite pas forcément par les urgences. Nous dans l'ensemble on n'est pas trop mécontents que les urgences les prennent en considération parce que si tout transitait ici y compris les urgences, ce serait dramatique, ça demanderait un travail énorme. On est plutôt pour que ça passe par les urgences de l'hôpital M du moins cet aspect du travail. » (un psychologue du CAC).

La présence d'une unité d'urgence psychiatrique à l'hôpital général auquel est rattaché le centre d'accueil et de crise permet, selon le psychologue, de mieux orienter vers le CAC. Les autres professionnels du CAC notamment les infirmiers ne partagent pas cet avis et se vivent comme soumis à la pression des urgences, qui se serait même renforcée avec l'implantation de l'unité d'urgence psychiatrique. Selon des infirmiers rencontrés, l'équipe de secteur psychiatrique qui assure les urgences à l'hôpital subit elle même la pression des urgences ce qui la conduit à orienter en fonction du nombre de lits disponibles et non en rapport aux indications du CAC. Les infirmiers et psychiatres qui assurent ces urgences sont parfois perçus comme ayant perdu progressivement la culture psychiatrique du secteur.

---

[30] Il faut préciser qu'avec la fermeture de pavillons de nombreux patients sont sortis et ont pris des chambres dans des hôtels souvent vétustes situés dans la proximité des structures de secteurs qui ont été créées en remplacement des pavillons. Comme le dira Isabelle une infirmière du CAC « nous avons un pavillon entier de l'hôpital... qui est logé à l'hôtel C ».

Défini par le chef de service comme « une plaque tournante et un mode d'entrée dans les soins », le centre d'accueil X reçoit des demandes très diverses notamment de nombreux cas de violences conjugales et de ruptures familiales. Le secteur X n'a pas d'équipe permanente aux urgences de l'hôpital général auquel il est rattaché. Il bénéficie moins de ce premier tri des demandes auquel fait référence le psychologue du centre d'accueil et de crise G.

Un premier constat : dans les structures d'accueil et de crise observées, l'organisation du travail met en première ligne les infirmiers et les médecins. En effet ceux-ci sont présents sur une tranche horaire qui couvre la totalité du temps d'ouverture de la structure au public. En outre, l'orientation relève de la décision et de la responsabilité du médecin qui même s'il tient compte des avis de l'équipe et notamment du psychologue, a la responsabilité de décider d'une hospitalisation, d'une orientation vers le centre de crise ou le CMP. Les psychologues ont des horaires différents et font rarement l'ensemble de leur service dans un seul lieu.

Du point de vue de certains infirmiers rencontrés la présence moindre des psychologues rendrait difficile leur intégration au fonctionnement quotidien.

C'est le point de vue des infirmières exerçant du centre de crise, structure qui fonctionne en horaires de jour, qui considèrent que les suivis intensifs du centre nécessitent une présence en continue.

> « Sur la prise en charge à partir du moment où on s'y met on suit la personne du début jusqu'à la fin. Alors c'est soit deux infirmiers , soit deux infirmiers et le médecin, soit médecin infirmier, soit psychologue infirmier, ça dépend, c'est nous qui évaluons à savoir si il y a nécessité du médecin, nécessité d'un psychologue, mais ce qui fait la difficulté par exemple au centre de crise, c'est que le psychologue est là deux jours par semaine, nous on est là 5 jours par semaine, donc au niveau de la continuité y quelque chose qui se casse aussi, donc voilà, elle a une position un peu bâtarde la psychologue dans l'unité parce qu'elle est pas là tout le temps. Et puisque c'est nous qui sommes là à plein temps donc c'est plus ou moins nous qui la mettons sur des prises en charges. » (une infirmière du centre de crise).

A travers cet extrait il apparaît que l'organisation passe aux mains des infirmiers plus présents et que le travail du psychologue en dépende. Cette situation illustre un des effets d'une réalité répandue, décrite dans la partie quantitative de notre étude, dans laquelle les psychologues exercent rarement à temps plein dans un même lieu. Cependant on peut relever que le propos ci-dessus renvoie à une vision en rapport au travail infirmier avec son amplitude horaire propre. Ce propos peut s'expliquer par le fait que le travail du psychologue et des infirmiers soit peu différencié au centre de crise. On peut suggérer que l'objet spécifique de l'approche des psychologues détermine davantage leur intégration dans les équipes, et que celle-ci ne saurait dépendre seulement de leurs horaires.

1.1 La pratique des entretiens : enjeux et logique de la répartition

Dans les structures observées les entretiens d'accueil visant une évaluation pour orienter le patient peuvent être en principe réalisés aussi bien par les infirmiers, les psychiatres que les psychologues. Cela étant, les psychologues réalisent de fait assez peu d'entretiens et occupent préférentiellement dans ces structures une position dite institutionnelle.

Les entretiens se font le plus souvent à deux/ Psychiatre infirmier, deux infirmiers, infirmiers psychologue et médecins psychologues. Toutes les combinaisons sont possibles mais les plus fréquentes sont, pour le centre d'accueil : infirmier/médecin, et au centre de crise : deux infirmiers, infirmier/ médecin et infirmier/psychologue. Ceci dépend de la disponibilité et de la présence des uns et des autres.

Au centre de crise la répartition des entretiens a été longtemps la suivante : les infirmiers réalisaient les entretiens avec les patients et la psychologue les entretiens avec les familles. Cette logique de répartition était en rapport avec la présence en continue des infirmiers qui pouvaient dans le cadre du travail de crise voir un patient tous les jours. Les entretiens avec les familles pouvaient être envisagés sur rendez vous lors du temps de présence de la psychologue.

Cette répartition n'a pas été acceptée par deux psychologues qui ont travaillé par la suite successivement au centre de crise. En effet, celles-ci préféraient le travail d'entretien avec les patients.

Les infirmiers peuvent préférer, ce qui apparaît dans les extraits suivants, réaliser eux mêmes les entretiens et pouvoir bénéficier d'un appui de la part du psychologue qu'ils jugent plus utile par le regard extérieur qu'il apporte que dans la participation aux entretiens.

> « Personnellement pour moi M. G c'est une référence clinique, c'est à dire que quand je suis en difficulté avec un patient, je lui demande pas forcément de venir et qu'on le suive ensemble je lui demande ce que je dois faire, je comprends pas et donc il aiguille un peu, il aide à comprendre. Et en plus comme il est pas dans la prise en charge il a un regard plus objectif. » (une infirmière).

On retrouve dans cet extrait l'aide extérieure mise en rapport ici avec le fait de ne pas être dans la prise en charge.

> « Moi c'est vrai que là le psychologue actuel m'apporte beaucoup quand même quand on discute des patients en réunion, en synthèse, il apporte des éléments intéressants par rapport à l'analyse du patient. En entretien c'est différent, il m'apporte pas plus c'est vraiment dans l'analyse qu'il m'apporte le plus » (une infirmière).

CESAME - Centre Hospitalier
de Ste Gemmes S/ Loire
CENTRE DE DOCUMENTATION
B.P. 89
49127 LES PONTS DE CÉ Cedex

Comme l'exprime cette infirmière, c'est dans la lecture après coup du cas que le psychologue est attendu et non dans sa pratique d'entretien qui peut même parfois susciter des désaccords avec les infirmiers et médecins.

Ces désaccords portent sur la manière qu'ont les psychologues de faire des entretiens, mais aussi comme l'exprime ce propos d'un médecin sur le fait de réaliser les entretiens en individuel.

> « En principe tout le monde fait des entretiens. Mais d'après ce que je vois ici, les psychologues ont un statut tel que j'ai l'impression que eux s'autorisent à faire des entretiens en individuel alors que rares sont les autres soignants qui s'autorisent à ça. Ça c'est une première distorsion pas rapport au fonctionnement du service, de l'accueil et de la crise » (un médecin)

Les écarts que constitue au centre d'accueil et au centre de crise, le fait de voir les patients en individuel sont interprétés par ce médecin comme le signe d'une distinction qui traduirait le sentiment d'une compétence particulière de la part des psychologues dans la pratique des entretiens.

Pourtant, les infirmiers et psychiatres adressent des patients en particulier aux psychologues et leur reconnaissent donc cette compétence pour laquelle ils les sollicitent. Les psychologues s'interrogent sur les raisons et critères de ces demandes.

Voici l'hypothèse que fait un psychologue qui exerce plutôt une fonction institutionnelle mais à qui les soignants adressent certains patients :

> « Les membres de l'équipe quand ils ne se sont pas confrontés eux mêmes à leur propre ignorance inconsciente, donc à la psychothérapie et à la psychanalyse, eh bien je m'aperçois qu'ils me donnent des rendez-vous avec des gens névrosés. C'est plus facile pour eux de recevoir des psychotiques que des névrosés, des femmes battues, des dépressifs graves parce que ça met en jeu sa problématique... le psychotique il a ses rendez vous, on le revoit dans deux jours, dans 15 jours, il est au CMP, il a son traitement, c'est du solide ». (un psychologue de centre d'accueil).

Par ailleurs, certains psychologues font l'hypothèse que les patients pour qui les traitements chimiothérapiques ne font pas ou peu effets leur sont préférentiellement envoyés.

De l'avis des infirmiers rencontrés l'élaboration et les dispositions à la psychothérapie sont plus élevées chez les personnes identifiées comme « névrosées » que chez celles identifiées comme « psychotiques » dont la prise en charge est plus médicalisée. Ce qui justifie qu'ils adressent les patients dont ils identifient la structure psychique comme relevant de la névrose

au psychologue à qui il sera toutefois reproché, comme nous le verrons plus loin, d'y passer du temps.

Or, on peut relever que si les patients qui ont le plus d'aptitude à élaborer demandent plus de temps il y a une certaine contradiction dans le fait de les adresser au psychologue tout en lui reprochant d'y consacrer du temps.

A travers cette logique de répartition peut-on dire que les cas relevant de la névrose seraient du domaine des psychologues tandis que les cas psychiatriques dits « lourds » relèveraient des psychiatres et des infirmiers?

A titre de contre-exemple, dans ce secteur une psychologue de l'unité d'hospitalisation pratique les enveloppements, technique corporelle appelée aussi « pack », développée avec des patients qui n'ont pas accès à la parole et pour qui une approche corporelle peut selon les termes de cette psychologue « permettre une autre élaboration ». Il s'agit en particulier de patients chroniques présentant des pathologies psychiatriques lourdes auxquelles la psychologue dit s'intéresser plus particulièrement. Celle ci travaille peu en entretiens mais beaucoup à partir d'approches sollicitant les dimensions sensorielles et corporelles. Outre la participation à l'atelier piscine, la psychologue anime un atelier d'expression dit « groupe mouvement ». Elle a en charge également la coordination d'activités de peinture, de poterie et de théâtre qui sont animées par des professionnels de l'activité.

On le voit, cette pratique n'a plus rien à voir avec une activité conçue autour de la pratique des entretiens qui s'avère problématique avec les patients qui ont difficilement accès à la parole.

Néanmoins, les psychologues, pour qui la psychothérapie visant un changement, constitue le cœur de l'activité, peuvent ne pas être à l'aise dans le travail avec des patients atteints de pathologies psychiatriques lourdes. En témoigne le propos d'une autre psychologue du service exerçant en CMP :

> « Au début où je suis arrivée ici on m'a mis dans un foyer de post cure avec 15 ou 20 vieux chroniques, moi je peux pas. J'admire les collègues qui le font. Moi je peux pas je suis impatiente c'est pas assez gratifiant, j'ai besoin de voir avancer, moi je me sentais inutile, c'est déprimant. Au bout de 15 jours j'ai dit au chef de service il faut que vous me donniez au moins une demi-journée de consultations parce que sinon je crève. Je crois que en fait nous les psychologues, c'est peut être trop schématique, mais on traite les névrosés quand même en thérapie, qui peuvent être gravement handicapés ceci dit par une névrose même si c'est pas nos grands psychotiques.
>
> Ensuite des psychotiques lourds, la thérapie, moi je sais pas faire à un niveau vraiment de psychothérapie (...) C'est à dire plus la pathologie est lourde plus on a besoin de monde autour et mes patients les plus lourds, j'essaye de ramener du monde autour parce que y a

besoin d'un environnement favorable qui les aide aussi, donc c'est plutôt comme ça. C'est que les pathologies les plus lourdes sont les plus difficiles à soigner à guérir ou à stabiliser. Je parle de thérapie c'est à dire dans l'idée qu'il y ait un changement, que les gens puissent réellement changer, pas de stabiliser mais qu'ils puissent changer, aller mieux, mettre en place des choses dans leur vie qui leur permet de bosser de ré avoir un jules ou une Julie etc. quoi. ».

Ce large extrait renvoie à la conception même du travail psychiatrique pré organisé selon les catégories de la nosographie et l'expérience que chaque soignant a pu avoir avec ses patients. S'agit-il de viser un changement, une adaptation, de vivre avec sa pathologie comme on le ferait avec un handicap, ou encore de stabiliser ?

1.2 Les psychologues et l'urgence

Au centre d'accueil et de crise G et au centre d'accueil du secteur X la distance prise par les psychologues avec le travail d'accueil et d'entretien est également en rapport avec une manière différente de concevoir le travail d'accueil et d'urgence. Ainsi les psychologues peuvent y réaliser des entretiens sur un temps plus long et donc revoir les patients autant qu'ils le jugent nécessaire pour faire l'évaluation et orienter le patient.

Cette position génère parfois des tensions entre infirmiers et psychologues à qui il peut être reproché de faire les entretiens d'une façon non conforme aux indications du centre :

« C'est vrai que l'accueil c'est de l'urgence donc c'est de l'orientation simplement, donc on peut voir un patient deux trois fois mais on l'oriente très rapidement, c'est de l'urgence. Donc c'est vrai que quand le psychologue était engagé dans des suivis avec certains patients qu'il les voyait on savait même pas ce qui se passait, on se disait mais qu'est ce qu'il fait ? s'il veut faire du dispensaire, qu'il aille au dispensaire». (une infirmière).

De leur coté, les psychologues peuvent ne pas être à leur aise dans les limites imposées à ce type d'entretien qui leur apparaissent contraire aux objectifs du travail, comme l'exprime celui-ci :

« Pour un infirmier ça peut aller de soi, pour un psychiatre ça peut aller de soi, pour un psychologue ça va jamais de soi. C'est à dire que le travail d'accueil c'est peut être pas si évident que ça. Les entretiens il faut les faire sur un long temps. L'accueil ça peut durer très longtemps, oui mais on nous dit y a l'urgence. Ça aussi l'urgence c'est médical, c'est pas psychiatrique. Qu'est ce qui fait que quelqu'un à un moment donné décroche le téléphone et appelle l'accueil, pourquoi à ce moment là ? On n'est plus dans l'urgence là, l'urgence c'est avant. Et puis les entretiens il faut le temps de voir ce qui va se dégager. Comment je travaille moi ça fait problème pour l'équipe. J'ai beau expliquer ils comprennent pas forcément. C'est de voir des gens deux mois, trois mois, alors en ce moment y a une crise parce que c'est un entretien et aller hop on dirige. ça sert à rien ». (un psychologue du centre d'accueil).

C'est toute la conception du travail d'accueil qui est questionnée et celle de l'urgence en psychiatrie. Plusieurs psychologues et infirmiers rencontrés estiment que les patients arrivent aux urgences en situation de crise et qu'il faut du temps pour l'élaborer à l'accueil. La plupart pensent qu'il faut se garder d'une identification au modèle de soins des urgences générales qui ferait perdre tout son sens à la particularité du travail psychiatrique. Pour reprendre le mot du chef de service du secteur « subvertir l'urgence » ne semble pas toujours aisé y compris au centre d'accueil pourtant créé et implanté dans les locaux du secteur et où n'exercent que des professionnels de la psychiatrie.

Les tensions autour des entretiens d'évaluation et d'orientation tiennent aussi à la conception même du travail d'entretien davantage conçu par les psychologues en référence à leur formation et à leurs orientations dans une optique de suivi à visée psychothérapique.

Au centre d'accueil et de crise G le psychologue, qui exerce à mi temps au CMP, ne réalise pas d'entretiens avec les patients, mais participe à des présentations de patients, entretiens collectifs qui sont le plus souvent conduits par le psychiatre et un infirmier en présence de 5 ou 6 personnes (infirmiers, psychiatre, psychologue, stagiaires...). Le psychologue participe ensuite au travail d'élaboration autour du cas.

Le psychologue avait tenté de faire également des entretiens mais il y a renoncé :

> « Eh bien j'ai essayé un petit peu une fois, je me suis dit tiens je vais voir un peu ce qui se passe et ça a été d'emblée quelque chose d'un transfert parce que le psychologue c'est quelqu'un qui est repéré social, c'est quelqu'un à qui on parle donc si on laisse aller un peu les choses de cette façon là. on va immédiatement créer une situation de transfert donc c'est une situation de transfert par rapport à un thérapeute et plus par rapport à une équipe ce qui est tout à fait gênant par rapport au fonctionnement, puisque on tient beaucoup là haut à ce que ce soit un transfert sur l'équipe qui permette d'élaborer quelque chose. Et après, éventuellement, on souhaite que ça puisse déboucher sur une relation duelle mais pas au sein du CAC. » (un psychologue du centre d'accueil et de crise).

Ce propos renvoie à la question du transfert évoqué par plusieurs psychologues rencontrés comme un « outil de travail ». Mais aussi à la difficulté d'articuler une prise en charge individuelle au sein d'une institution et de gérer deux positions : une position institutionnelle et une position de psychothérapeute.

La référence forte à l'entretien psychothérapique liée à la pratique de suivis au CMP peut rendre difficile un positionnement différent dans une pratique d'entretien d'évaluation qui s'inscrit plus dans une visée d'orientation que dans une visée thérapeutique.

2) Les psychologues en deuxième ligne : Le travail institutionnel

Pour les psychologues qui exercent dans ces centres d'accueil et de crise, s'impliquer dans le travail institutionnel et dans le travail d'élaboration clinique est un peu une manière de mettre de la différence en termes d'activité là où il y en a parfois peu entre infirmiers et psychologues, sachant que le rôle institutionnel leur est traditionnellement dévolu.

Il en résulte une certaine logique pour les psychologues à intervenir en seconde ligne c'est à dire dans le travail d'élaboration et de compréhension après coup. Cette position d'analyse pour éclairer la situation, analyser le cas clinique, aider les professionnels à se situer dans la relation de soins est fortement appréciée comme une ressource précieuse tant par les médecins que par les infirmiers de ces structures. Elle fait partie des attentes explicites d'un des chefs de service vis à vis des psychologues qui lors de notre rencontre avait dit : « je compte sur eux sur le plan formation recherche, ne serait ce que pour autoriser les infirmiers à faire un travail psychothérapique en les suivant ».

Le fait qu'ils ne soient pas présents tous les jours et pas pris dans l'urgence du quotidien leur donnent de l'avis des membres de l'équipe une sorte d'extériorité qui légitime leur posture d'analyse. Cela suppose souvent en contrepartie qu'ils renoncent en quelque sorte aux entretiens avec les patients ce qui ne satisfait pas toujours les psychologues qui peuvent préférer le travail avec les patients.

> « Moi je dirai que la fonction du psychologue est d'essayer de faire en sorte que les uns et les autres puissent décrocher des liens du travail pour prendre un peu de recul et essayer de penser, chose qui n'est jamais facile, soit à cause des rythmes du travail, soit à cause de la pathologie des patients qui peut nous amener à bien souvent ne pas faire attention, à se poser un peu et à prendre un temps de recul et un temps de réflexion et laisser mûrir les choses ; donc le psychologue à mon avis, je verrai bien ça principalement comme fonction avoir une position un peu en recul et donc tirer certaines sirènes d'alarme en posant certaines question et en forçant un peu à cogiter voilà. »(un médecin)

Cette position d'être celui qui fait penser suscite des réactions ambivalentes de la part des autres professionnels. D'un coté, le psychologue peut être ainsi considéré comme celui qui sait, qui est garant d'une certaine capacité à questionner et à faire se questionner l'équipe, « à jeter le grain de sable pour sortir du ça va de soi » selon le propos d'un psychologue. D'un autre coté s'ils jugent cette position et cet apport des psychologues comme « vitaux » et « essentiels » les membres de l'équipe expriment aussi régulièrement des critiques en rapport au fait que le psychologue n'ait pas été confronté à la situation, et qu'il intervienne pour apporter une analyse du cas sans l'avoir vécu. On peut relever la position extrêmement contradictoire des infirmiers et médecins vis à vis du psychologue à qui il est précisément

demandé une aide parce qu'il n'était pas dans la prise en charge, et à qui il est reproché de conseiller alors qu'il n'y était pas.

D'après nos observations, ces critiques sont parfois liées au fait que certaines interprétations après coup des psychologues sont perçues comme des analyses d'en haut de la part du théoricien « qui sait lui ce qu'il faut faire sauf qu'il n'y était pas » (une infirmière), cela étant les infirmiers reconnaissent souvent que leurs critiques viennent également d'une difficulté à se remettre en question. Le savoir du psychologue dont on a besoin comme étayage clinique suscite de l'ambivalence.

Même s'ils suscitent parfois ces mouvements contraires et contradictoires, les psychologues sont attendus sur le travail l'institutionnel comme l'exprime ce médecin qui déplore pourtant que cette approche soit en recul :

> « Moi j'aurais volontiers imaginé que les psychologues étaient garants d'un certain type de fonctionnement institutionnel, d'un certain esprit institutionnel, d'un certain style de travail. Or ça c'est en train de s'amenuiser comme une peau de chagrin à vitesse grand V. Autrement dit tout ce qu'a pu être l'esprit de départ de la psychiatrie de secteur, tout ce qui était de l'ordre de la psychothérapie institutionnelle comme quoi c'est l'institution et le mode de fonctionnement qui soigne les patients et non pas une espèce de savoir, ça plus ça va moins on en entend parler, et les psychos sont de plus en plus en retrait pas rapport à tout ça » (un médecin).

Ce médecin exprime vis à vis des psychologues une attente qui ne peut dépendre que des psychologues. En effet, c'est toute la politique du secteur et les évolutions de la psychiatrie dont il est question, et ces évolutions ne peuvent dépendre des seuls psychologues.

La psychothérapie institutionnelle au sens de ce que Jean Oury a institué à la clinique de Laborde c'est à dire une pratique dans laquelle le fonctionnement institutionnel, le cadre sont conçus comme thérapeutiques, est en recul. Comme nous le verrons pour le service d'hospitalisation étudié au chapitre V, le développement de cette approche qui a correspondu avec l'introduction de la psychanalyse comme modèle dans le champ de la psychiatrie publique est aujourd'hui davantage revendiqué comme référence, voire comme grille d'analyse que comme pratique.

Dans les dispositifs d'accueil cette approche est de fait difficile à développer puisque les patients ne restent pas ou très peu de temps. Au Centre d'accueil et de crise et au centre d'accueil le travail est centré sur l'évaluation en vue d'orienter vers un suivi qui le plus souvent se fera en CMP. En outre, à travers l'accueil, les entretiens et l'orientation, le travail est davantage centré sur la personne ce qui est contradictoire avec l'idée d'une vie en institution conçue comme thérapeutique.

Les valeurs instituantes qui étaient à l'œuvre à l'époque des pavillons lorsque prévalait l'hospitalisation en intra, avant la création des structures développées sur le secteur sont en questionnement du fait de l'évolution des missions.

Cela ne signifie pas bien entendu qu'il n'y ait pas d'institution. En effet, quelque soit le travail réalisé celui ci se déroule dans une institution, avec une équipe, son fonctionnement et ses dysfonctionnements, son ambiance qui a des répercussions sur le travail.

> « Ma place à l'accueil c'est surtout d'être là pour que l'équipe tienne le coup, pour qu'il y ait un peu d'air, parce que la folie elle nous met toujours des peaux de bananes sous les pieds on croit avoir tout préparé et ça pète. C'est pour ça qu'il y a un travail de parole, de présence, comme dit Oury de travailler l'ambiance. Que l'on soit à 2, à 3 à 5, il faut que l'ambiance soit supportable (...) ça suppose de cultiver sa qualité d'être là » (un psychologue du centre d'accueil).

Lorsqu'ils évoquent le travail institutionnel les psychologues entendent le plus souvent une position de soutien de l'équipe non formalisée dans des temps et des espaces de travail particuliers comme un groupe de parole, une réunion de synthèse ou une réunion institutionnelle, même si les psychologues qui déclarent faire un travail institutionnel ont souvent des fonctions centrales d'animation ou en tout cas une présence considérée comme essentielle dans ces diverses réunions.

Le travail institutionnel consiste en un « être là » selon les termes entendus ou encore « d'être dans la circulation ».

Selon l'avis de plusieurs psychologues rencontrés la position institutionnelle suppose de prendre le temps qu'un lien d'échange s'établisse, voir de faire émerger une demande de parler de la part de l'équipe.

> « Il suffit qu'on s'installe autour d'une table et puis forcément c'est pas un temps qui est repéré en tant que tel, « le psychologue vient alors on va parler », on est là tous ensemble et je crois que ça s'est fait avec le temps. Je me souviens d'une stagiaire qui est arrivée et qui voulait absolument faire des groupes de parole. Elle est arrivée comme ça et elle s'est fait envoyer parce que c'était extrêmement intrusif, Il suffit peut être de faire en sorte que les gens aient envie de parler. Ils parlent tout le temps dès qu'il n'y a plus de patient et même après avoir vu un patient, ils parlent. » (le psychologue du CAC).

Cette fonction « d'être là » est tellement associée à l'être psychologue qu'il est parfois difficile de la formaliser.

> « Là on a assisté au départ d'une collègue qui était là depuis de nombreuses années à N. j'étais sensé la remplacer et je vois bien que c'est pas pareil, y a des liens qui sont créés, tissés, et elle avait une pace particulière, des échanges. ça c'est irremplaçable. On sent bien qu'il y a besoin de quelqu'un à cette place là, mais c'est pas forcément parce que quelqu'un va arriver il

va pouvoir faire les choses dans la continuité, c'est une autre histoire je pense. » (Le psychologue du CAC).

Cette position est parfois d'autant plus mal reconnue qu'elle n'est pas quantifiable. Dans une logique de l'acte, qui est une logique médicale, la temporalité psychique à laquelle renvoie la position de « l'être là » a parfois du mal à être comprise ou acceptée. Parler autour d'un café, demander comment ça va, peut être considéré comme relevant de ce travail institutionnel. Ce qui n'est pas toujours entendu.

Pourtant les changements qu'a connu récemment la psychiatrie, la reconfiguration des équipes, les réorganisations, l'évolution des missions, l'ensemble de ces phénomènes mettent particulièrement à l'épreuve les équipes et l'institution. Les infirmiers, surveillants et médecins ont évoqué des problèmes d'équipe, d'organisation du travail, de positionnements qui laisseraient entendre qu'un travail sur le fonctionnement et l'institution serait nécessaire.

Cela dit, la question soulevée est celle du sens de cette position et de ce travail institutionnel s'il n'est pas garanti et porté par le fonctionnement institutionnel et le projet. Si le projet du service ne soutient pas la nécessité de ce travail sur « l'ambiance » et ne le garantit pas, celui –ci a peu de chances d'être reconnu en tant que fonction qui peut être assurée par le psychologue.

2.1 La place du psychologue dans l'élaboration clinique

Situation1 : Une réunion clinique

Le centre d'accueil est implanté dans un établissement comprenant une unité d'hospitalisation, des salles où les patients peuvent participer à des activités de peinture, théâtre, avec des animateurs spécialistes de l'activité. La coordinatrice des activités est la psychologue qui s'occupe également d'un atelier journal. A l'entrée se trouve un petit bureau et un peu plus loin, le centre d'accueil qui est situé près de l'entrée de l'établissement. L'essentiel des demandes est reçue par téléphone dans la grande salle des transmissions. Le psychologue arrive, il y a là trois infirmiers une élève infirmière et la stagiaire psychologue. Le psychologue salue chacun lance quelques plaisanteries à l'attention d'une infirmière puis brusquement sérieux demande « comment ça s'est passé cette nuit » ? L'infirmière répond qu'il n'y pas eu de grosses difficultés comparée à la nuit précédente. Puis la discussion glisse sur le cas d'une patiente connue du service et arrivée deux jours plus tôt après avoir fait une

grave TS médicamenteuse. Une infirmière dit avoir été très éprouvée par cette situation dans laquelle la patiente a failli perdre la vie. Le psychologue recherche le nom de la patiente qu'il a déjà rencontrée il y a quelques années et dont il ne parvient pas à se rappeler le prénom et à qui dit –il il « pense depuis ce matin ».Le psychologue se met en quête du dossier de la patiente qu'il trouve dans un carton et il en entreprend la lecture.

Un peu plus tard dans la matinée a lieu, à la demande de l'équipe, une réunion clinique au sujet de cette patiente.

Sont présents à cette réunion, la surveillante, des infirmiers, le psychologue, le psychiatre responsable de service, un médecin de médecine générale. Une discussion s'engage sur les personnes qui devraient être présentes à la réunion, puis sur la nature de la réunion. Le psychologue évoque la nécessité de la différencier de la réunion institutionnelle, et de la réunion de service qui ont un autre objet, puis il évoque la nécessité que la réunion institutionnelle ait lieu chaque semaine le même jour de façon à la ritualiser.

La réunion dont il ici est question est une réunion clinique et porte sur la patiente. La réunion est animée par le chef de service de façon souple.

La surveillante et les infirmières relatent la situation et les éléments concernant la patiente à partir des contacts qu'elles ont pu avoir avec elle. Le psychiatre se tourne vers le médecin généraliste présent qui ne peut participer à toute la réunion, pour avoir son avis. Le médecin évoque la gravité de la tentative de suicide et le risque de séquelles graves. Puis le chef de service se tourne vers le psychologue et lui demande son avis. Le psychologue évoque ses contacts avec la patiente et émet une hypothèse sur son profil psychopathologique[31]. S'ensuit un échange à deux voix autour de la problématique de cette patiente entre le psychiatre et le psychologue évoquant l'un Lucien Israël, l'autre Charcot. L'exploration de la situation s'appuie sur l'histoire de la patiente, ce qui est connu touchant son entourage familial et ce qu'elle en dit, sur l'attitude qu'elle a vis à vis des divers membres de l'équipe, et sur son rapport aux médicaments et à l'institution soignante qu'elle connaît bien pour y être suivie depuis longtemps. Ces éléments sont repris et étayés à partir de grilles de lectures empruntées à la psychanalyse et à la thérapie familiale.

Puis, la discussion se déplace de l'exploration de la problématique de la patiente, qui a mobilisé tout particulièrement pour l'aspect médical le médecin au début de la réunion, puis

[31] Pour des raisons de « secret professionnel partagé » pour reprendre l'expression du chef de service nous ne pouvons relater dans les détails ce cas clinique qui deviendrait identifiable.

plus longuement le chef de service psychiatre et le psychologue sur les aspects psychopathologiques, vers le vécu des soignants par rapport à la situation.

Une infirmière évoque ainsi ce qu'elle a ressenti, une souffrance induite par cette patiente chez elle. Une autre infirmière abonde dans ce sens précisant que cette patiente suscite de la souffrance et pas de rejet comme cela peut arriver avec d'autres patients.

Puis une troisième infirmière évoque la souffrance et la difficulté qu'elle a rencontré face à un appel d'une jeune femme concernant son père. L'infirmière exprime une inquiétude en rapport au fait qu'elle ne sache pas si elle a bien fait. Le psychologue l'interrompt et propose de revenir à la discussion sur le cas auquel la réunion est consacrée de façon à voir ce qu'il faudrait décider.

Le médecin tente de réagir à la difficulté exprimée par les infirmières et évoque la distance nécessaire face à un échec possible. Une infirmière fait part de sa difficulté à entendre cela et parle de la culpabilité en cas d'échec.

Une discussion s'engage alors sur l'échec que peut représenter la mort d'un patient. Le psychologue et le psychiatre insistent sur la façon dont la patiente « tient l'équipe » avec ses tentatives répétées. Le psychiatre met en garde l'équipe contre la culpabilisation par cette patiente. Le psychologue évoque les sentiments contre transférentiels très importants des soignants avec cette patiente. Il fait référence aux « déterminants et déterminés » qui peuvent conduire au suicide et souligne l'importance pour l'équipe de se former à la psychopathologie. Puis le psychologue dit qu'il est possible d'avoir une parole forte vis à vis d'une personne qui parle de se suicider, « on peut lui dire qu'elle a le choix entre se suicider et venir à l'accueil,» dit –il.

Une infirmière dit effarée qu'il faut, pour pouvoir dire cela, une connaissance psychopathologique. Elle dit qu'elle ne prendrait pas cette responsabilité.

« il n'est pas psychologue pour rien » dit moqueuse une autre infirmière. « Tu n'a qu'à nous apprendre » enchaîne une autre infirmière à l'adresse du psychologue.

Le médecin modérant la provocation du psychologue devant l'effet produit insiste sur l'importance qu'un lien psychothérapique existe pour pouvoir dire ça. Puis il relate une anecdote concernant Lacan et un de ses patients qui menaçait de se suicider.

La réunion prend alors un tour plus résolutif et des propositions sont émises pour organiser une réponse adéquate pour cette patiente.

De l'avis du médecin et du psychologue la solution est dans la psychothérapie. Des modalités sont alors envisagées comprenant une phase d'hospitalisation séquentielle. La réunion se termine.

Au cours de cette réunion clinique le psychologue est sollicité sur l'analyse psychopathologique du cas dans une proximité et un partage de référents communs avec le chef de service. Si l'un et l'autre ont développé des orientations particulières, ils ont comme socle théorique commun la psychopathologie issue de la psychanalyse qui les rapprochent. Ils se situent tous deux dans le travail d'éclairage psychopathologique et dans l'aide à l'équipe autour de la question du contre- transfert. Le médecin chef de service sollicite régulièrement le psychologue sur la compréhension du cas valorisant ainsi sa position d'expert en psychopathologie en sollicitant ses ressources pour l'équipe.

Le psychologue semble ici être garant de la spécificité de la réunion « clinique » qu'il différencie d'une réunion « institutionnelle » ou « de service » en rappelant au début de la réunion leurs fonctions spécifiques. Son intervention pour recentrer sur le cas clinique est de ce point de vue révélatrice.

Le discours du psychologue mettra l'accent sur le détachement dont doit faire preuve l'équipe pour ne pas être « prise en otage » par la patiente. Son discours tendra tout au long de l'analyse du cas et des vécus des professionnels, à défendre un regard « différent » sur la maladie mentale et donc sur le patient. Il n'aura de cesse au cours de la réunion de défendre l'idée d'une subjectivité qui s'exprime dans le registre de la pathologie. Il s'en explique au cours d'un entretien le jour même :

> « Avec la psychanalyse et puis l'institutionnel on découvre que la psychose ou la schizophrénie c'est pas une maladie, c'est une position subjective, choisie par un sujet » (le psychologue).

conception qui conduit à une certaine vision du travail psychiatrique dont il s'explique ainsi :

> « Si on met le doigt dans l'aide, dans la compassion, d'abord c'est refouler toute la pulsion de haine et de sadisme qu'il y a dans le soins et puis c'est faire dépendre l'autre de son propre vouloir ». (le psychologue).

Cette conception l'amène à se positionner d'une façon différente des soignants, quelque peu décalée et à les aider par cette lecture à adopter une distance face aux situations, tout en interrogeant « leur désir de soignant » selon les termes du psychologue.

2.2 Le psychologue dans le travail de crise

Situation 2 : l'élaboration d'une « hypothèse de crise »

Dans la salle de transmission du centre de crise se trouve l'équipe au complet, deux infirmières la psychologue, et le médecin qui exerce également au centre d'accueil et qui doit arriver. Une des infirmières évoque son impression d'un manque de cadre et d'un adressage au centre de crise de patients pour qui cela ne semble pas être une bonne indication. Elle cite en exemple une dame qui lui paraît ambivalente vis à vis des soins, l'infirmière s'interroge aussi sur le cas d'une autre femme très phobique qui ne sort pas de chez elle et qui nécessite des visites à domicile. L'infirmière en arrive au cas d'une troisième patiente qui a fait de nombreuses TS, qui a un fort caractère et qu'elle trouve elle aussi ambivalente par rapport aux soins. L'infirmière demande à la psychologue si elle veut bien la voir. La psychologue acquiesce puis regarde le nom de la patiente et s'exclame « Ah c'est elle qui a épuisé tout le dispensaire il y a quelques années ». L'infirmière dit ne plus savoir quoi proposer.

La patiente vient d'arriver, elle attend dans le hall. Avant l'entretien l'infirmière prend le dossier et reprend les diverses étapes de son parcours psychiatrique.

Puis les deux infirmières et la psychologue partent faire l'entretien.

De retour de l'entretien le travail d'élaboration clinique pour trouver l'hypothèse de crise s'ébauche.

Les infirmières se disent un peu découragées. L'une d'elle déclare ne pas parvenir à faire d'hypothèse de crise. L'autre dit sa difficulté à se mobiliser devant une personne qui selon ses termes « n'élabore pas ». « ça donne pas envie, on ne sait pas comment accrocher » dit l'infirmière. Les deux infirmières se déclarent peu enthousiastes. Une des infirmières évoque sa difficulté avec cette patiente qui fait des plaisanteries d'un goût qu'elle trouve douteux. Elle ajoute qu'il est sans doute préférable que ce ne soit pas elle qui la prenne en charge car cela lui « renvoie des choses » « ça me fait avancer c'est sûr, mais je suis trop collée et en tout cas, elle, la patiente ça ne la fait pas avancer ».

La psychologue dit qu'au contraire cette femme lui est apparue différente des fois précédentes.

Puis elle reprend le propos sur l'envie des infirmières et lance « bon alors si on dit qu'on n'a pas envie, que cette femme est moche, antipathique… qu'est ce qu'on fait ? ». Elle ajoute que la patiente est très déprimée et « dé narcissisée » et qu'il faut trouver « une accroche ». La psychologue évoque une phrase répétée par la patiente qui pourrait être le fil à tirer, l'hypothèse de crise, elle indique une autre piste possible se dégageant du discours de la patiente.

Un nouveau rendez vous est prévu avec la patiente dans deux jours pour poursuivre le travail d'exploration engagé. Les discussions se poursuivront dans cet intervalle.

Le soutien dans le travail clinique et les étayages apportés par la psychologue apparaissent là aussi à différents niveaux : l'exploration du cas et le questionnement sur ce que renvoie la situation. De l'avis des infirmières et de la psychologue rencontrées le travail de crise suppose tout particulièrement d'être formé à la psychopathologie. C'est une prise en charge lourde qui suppose de comprendre la situation et d'être outillé pour ça. Cela signifie comprendre la psychopathologie mais aussi de l'avis des psychologues de savoir faire avec le contre transfert c'est à dire ce que suscitent les situations. Cela suppose de s'être confronté à la psychothérapie et à l'analyse ou selon le mot du psychologue du centre d'accueil d'avoir « un rapport à la psychothérapie ». Le fait d'avoir fait une analyse est considéré comme indispensable pour tous les psychologues rencontrés. C'est moins souvent le cas pour les infirmiers moins que cela ne l'a été par le passé selon les avis recueillis.

> « L'analyse c'est pas un énorme pourcentage d'infirmiers. Ceux qui auront le plus fait et qui seront le plus en analyse c'est plus en pédopsychiatrie chez les enfants. C'est souvent demandé par le médecin chef, ce qui ne se passe pas en secteur adulte. Mais y en a qui l'ont fait, qui le font, mais pas tous. » (une infirmière du centre de crise).

Dans un contexte où les infirmiers sont de plus en plus en première ligne, le fait qu'ils soient moins souvent passés par un travail psychanalytique ou psychothérapeutique, condition qui apparaît aux yeux de nombreux professionnels importante voire nécessaire pour la pratique, peut les conduire à être d'autant plus demandeurs vis à vis des psychologues.

Cette question renvoie à celle du soutien à l'équipe infirmière. Outre l'éclairage clinique, les psychologues seraient dans les équipes des soutiens pour prendre de la distance face aux situations. Pour les psychologues c'est le travail sur soi qui permet de « gérer le contre transfert »et de pouvoir travailler face à certaines demandes difficiles.

Les infirmiers évoquent plus spontanément leurs difficultés et leur souffrance. Nous avons peu entendu les psychologues parler de leur souffrance face aux situations rencontrées avec les patients. La difficulté, les affects qu'elles mobilisent leur apparaissent inhérents au travail clinique et il convient « de s'en débrouiller grâce au travail sur soi qu'on a pu faire » et ses propres supervisions à l'extérieur.

2. .3 La souffrance des soignants

> « quand on parle de souffrance psychique, de santé mentale, on oublie complètement la souffrance des équipes soignantes, et quelle souffrance c'est de voir revenir les mêmes personnes, on s'investit, on les accompagne, on invente, on crée, on y croit. Et puis ils sortent, ils reviennent, (...) et là y a un épuisement, une fatigue, c'est extrêmement éprouvant, physiquement et psychiquement. » (une psychologue).

La souffrance des équipes soignantes est de plus en plus reconnue comme inhérente au travail et comme devant faire l'objet d'une réponse de la part de l'institution. La prise en charge de la souffrance des équipes est largement dévolue aux psychologues. Elle passe par des temps plus ou moins formels d'élaboration clinique autour des positionnements face aux situations, mais aussi par des groupes de parole, qui à la différence de la réunion institutionnelle ou de service ne comptent que des infirmiers.

Au centre d'accueil et de crise G le groupe de parole est animé par le psychologue à raison d'une matinée par semaine.

La centration du travail dans ces groupes de parole est souvent la relation avec le patient. Or, celui-ci est pris en charge par une équipe si bien qu'il est souvent difficile de parler de la relation avec le patient sans aborder le fonctionnement d'équipe, dans lequel peut se trouver impliqué le psychologue. Les psychologues, mais aussi les infirmiers évoquent le caractère problématique de cette situation. La solution adoptée parfois est de recourir à un psychologue extérieur au service, mais c'est une pratique minoritaire dans les sites observés.

Dans cette fonction d'aide et de soutien les psychologues buttent également sur l'expression d'un mal être en rapport avec des logiques organisationnelles sur lesquelles ils ne peuvent agir.

Comme l'a relaté un psychologue, il n'est pas toujours aisé de ramener le débat sur le patient en fonction de ce que le psychologue peut traiter en apportant un éclairage clinique, lorsque

les difficultés liées à l'organisation du travail ou au manque d'effectifs, deviennent envahissantes.

3) Une place à prendre ou à trouver

Dans les trois sites qui ont à voir avec l'accueil, l'évaluation et l'orientation, le psychologue construit sa place en fonction des réalités et des places des autres professionnels infirmiers et médecins, qui sont plus clairement définies. La place des psychologues se construit par rapport à leur propre conception du travail mais aussi par rapport à une demande de la part de l'équipe.

> « Le psychologue c'est un peu lui qui a défini sa place. Parce qu'au départ il était pas tellement prévu pour ça(l'institutionnel) ; il était aussi prévu pour les prises en charge de l'accueil, pour aider, pour quand on fait des orientations, il peut aider dans les orientations parce qu'il a une connaissance en plus...il a du bagage... Donc au départ c'était pas ça et c'est lui qui a défini un peu son rôle. C'est pas qu'il l'a imposé, parce que on peut pas dire imposer, mais essayé d'amener les gens à ce qu'on l'utilise dans ce sens là. Et là, après les choses ont été un peu plus redites effectivement sur la définition de son rôle parce que on était un peu paumés, on savait pas ce qu'il faisait, on comprenait pas trop. » (une infirmière).

L'organisation du travail au sein d'une structure est en principe conçue en rapport avec la mission de l'institution. De ce point de vue, la façon dont sont « utilisés » les psychologues dans les structures d'accueil et de crise qui ont une mission centrale d'accueil, d'évaluation et d'orientation traduit une certaine logique de gestion des demandes qui font toutes l'objet d'une réponse.

Il y a 10 ans un débat existait dans le champ de la psychiatrie visant à dire que les Urgences n'existaient pas en psychiatrie. Le développement de l'accueil de toute demande et de son évaluation rompt avec cette logique. Ce qui crée un nouvel objet de tension en rapport avec l'intensité de la pression externe pour les professionnels. Les psychologues ne sont pas toujours à l'aise avec cette demande externe et avec la rapidité et le temps de l'urgence.

Il en résulte que les psychologues sont, dans ce cadre, attendus pour aider l'équipe à faire face au travail quotidien, à comprendre les situations d'un point de vue psychopathologique, et à se situer en rapport au vécu des situations.

Cette position de celui qui soutien l'équipe, aide à comprendre, interroge le travail peut donner aux psychologues, l'impression d'exercer une fonction et une responsabilité sans en avoir le statut et sans reconnaissance, tout en occupant une place de « fou du roi ».

C'est surtout en rapport à la place des médecins que la question se pose:

« Il est évident que la position non médicale fait qu'on est une mouche du coche, quelqu'un qui est comme le fou du roi, quelqu'un qui est dans la pensée dans l'élaboration du pourquoi et du comment de tout ce qu'on fait. Parce que en psychiatrie on fait beaucoup on peut ne faire que faire, c'est là que nous intervenons peut être. » (une psychologue).

Cette position de « fou du roi » est considérée par certains infirmiers comme étant à l'origine d'une certaine liberté laissée aux psychologues dans l'organisation de leur emploi du temps et de leur travail :

« Les psychiatres laissent faire les psychologues, ça les arrange parce que les psychologues remuent la merde quand il le faut c'est la raison pour laquelle les psychiatres ferment les yeux. » (un infirmier).

Certains psychologues peuvent trouver que cette place de « fou du roi » présente des limites et ont exprimé une certaine amertume de ne pouvoir être reconnus comme responsables d'unités sous prétexte qu'ils ne sont pas médecins comme l'exprime cette psychologue :

« Moi je vois comment fait le chef de service. Il essaie de nous flatter mais à la fois, il sait pas comment il va faire parce qu'il a reçu un modèle où la médicalisation des responsabilités était une évidence et actuellement y a plus assez de médecins et il sait qu'il y a un certain nombre de psychologues qui pourraient prendre un certain nombre de responsabilités, mais pas d'ordre médical bien entendu. Or, il s'agit, quand même, d'un service entièrement médical. Donc y a un paradoxe, y a pas assez de médecins et pas assez d'infirmiers, et y a quelques psychologues encore qui sont capables de faire des choses. Alors est ce qu'on va continuer à avoir ce rôle de psychologues tranquillement, ou est ce qu'il va nous donner des responsabilités ? J'ai eu un moment difficile il y a un certain nombre d'années quand j'ai quitté l'accueil crise où j'étais, y a eu des intervalles où y avait pas de médecins, on attendait le médecin, et ou je me suis sentie extrêmement responsable.

Et à ce moment là je me rappelle que j'ai dit au chef de service que je voulais partir de l'accueil crise parce que je me sentais dans l'incapacité d'être responsable de cette unité alors qu'il n'y avait qu'un médecin qui pouvait l'être dans son esprit. Tant qu'on serait pas comme dans les pays anglo saxon avec une certaine capacité de prendre des responsabilités, y compris dans le service médical, eh bien il valait mieux que j'ailles travailler dans un autre endroit où j'aurais mon rôle. Et c'est comme ça que j'ai été travaillée à K. (une psychologue).

Des psychologues qui ont parfois, du fait d'une absence des médecins, occupé une fonction importante de soutien et apporté un cadre à l'équipe, peuvent vivre le fait que cette fonction ne soit pas reconnue dans un statut, comme un manque de reconnaissance. C'est ce que semble révéler le propos ci dessus. Cela étant, selon nos observations et à travers les échanges avec les psychologues rencontrés, ceux –ci sont minoritaires. Nous avons davantage rencontré des psychologues qui considéraient qu'ils n'avaient rien à gagner à être responsables d'unités, ou à avoir des fonctions d'encadrement, qui risqueraient de les éloigner de la clinique et de la psychopathologie, mais aussi de leur faire perdre une certaine liberté.

Certains des psychologues rencontrés éprouvaient davantage une amertume en rapport au fait qu'ils avaient été des moteurs pour la création de structures dans le cadre de la politique de

sectorisation et qu'ils étaient aujourd'hui plus ou moins évincés des lieux de décisions, ou d'espaces de réflexion au profit des médecins davantage reconnus.

Ainsi dans un des lieux observés, des réunions cliniques qui avaient lieu au niveau du secteur et auxquelles participaient tous les psychologues ont été remplacées par des réunions médicales, comme le relate une psychologue :

> « Avant elles étaient pas médicales ces réunions, tous les psychos y allaient. C'est vrai que y a un truc moi qui m'a touchée parce que je faisais vraiment partie de ceux qui géraient le service, qui faisaient partie de tous les projets qui étaient en cours, des choses comme ça. Non pas que j'ai été vexée, mais je me suis quand même sentie dépossédée de quelque chose. (...) C'est pas seulement qu'on était associés, on était absolument dedans. (...) Parce que les médecins ne suffisent pas. C'est pas vrai, Ils ont eux une manière de fonctionner qui fait que même s'ils ont des idées, il faut arriver à les argumenter, à les alimenter. y a tout un autre travail qui enveloppe une idée qui, en fait, était le fait des psychologues. A part les psychologues qui sont là depuis récemment, les autres ont tous été dans le coup de tous les projets. Et dans la mise en place. » (une psychologue).

A travers ce long passage est posée la question du poids croissant du modèle médical en psychiatrie qui met à mal les psychologues qui restent, dans les lieux observés, des défenseurs de l'orientation psychanalytique très présente dans l'esprit du secteur. Les psychologues qui ont été des moteurs dans la création de projets peuvent vivre avec amertume le recul de leurs orientations et l'influence croissante du modèle médical en psychiatrie.

Une des illustrations de cette influence croissante du modèle médical est la demande de tests. Dans le cadre des structures d'accueil où se pratique un travail d'évaluation, la pratique de tests qui pourraient permettre d'affiner le diagnostic peut être attendue notamment de la part des médecins.

> « Ce qui est tout à fait caractéristique ici c'est qu'il y a toute une partie du travail du psychologue qui est totalement inexistante alors qu'ils sont formés pour. En principe y a des formations pour les psychologues qui leur permettent de faire des évaluations diagnostique, voir par exemple si un patient est détérioré ou pas.(...) Ici les tests ne sont jamais faits, le test ne fait pas partie du bilan d'entrée. Un patient qui entre ou qui entre en contact avec nous, il peut être vu par un généraliste, il peut être vu par l'assistante sociale, il peut être vu par le médecin pour un traitement, vu par des infirmiers pour des entretiens, mais il ne sera jamais vu par un psychologue pour faire une série de tests, chose que je trouve assez aberrante, comme si le test était désuet, superflu, y a aucun travail spécifiquement et techniquement de psychologue. (un médecin).

Il peut arriver que des médecins s'adressent à d'autres services pour solliciter le rare psychologue qui fait des tests et fait de « bons comptes rendus » (un médecin). A cette demande les psychologues répondent souvent : les tests certes mais pour quoi faire ? S'il s'agit d'appliquer une batterie de tests comme examens complémentaires cela n'a pas grand sens pour bien des psychologues qui considèrent que le cœur du travail n'est pas dans une technique diagnostique mais dans l'élaboration clinique.

La question de patients ayant des détériorations mentales se pose parfois. Elle se pose d'autant plus dans les services de psychiatrie les plus médicalisés. C'est le cas de l'unité d'hospitalisation psychiatrique dont dépend le centre d'accueil et de crise G et où le psychologue du CAC est amené à intervenir.

> « C'est très fortement médicalisé, en ce moment on se préoccupe beaucoup de savoir si y a pas des atteintes neurologiques, alors c'est vrai qu'il y a les scanner, les électro encéphalogrammes, et puis y a aussi des tests. Alors c'est vrai que personne n'a encore songé, personne n'en a parlé, mais moi je sais bien qu'on sait faire ça. Faudrait que je m'y replonge, mais je sais que ça existe, qu'il y a des batteries de tests, enfin des tests qui sont assez fiables, avec lesquels on peut poser sérieusement poser la question d'une détérioration mentale par exemple, alors c'est vrai que je suis allé une fois, et sur une dizaine de patients présentés y en avait cinq pour lesquels on s'est posé la question. .. » (un psychologue du centre d'accueil et de crise).

La valorisation d'une certaine technicité et l'influence du modèle médical semblent remettre au goût du jour la demande de tests. Cependant, si le psychologue cité ci-dessus semble prêt à se replonger dans les tests, la plupart des autres que nous avons rencontrés étaient peu enclins à la pratique des tests.

III- L'INTERFACE PSYCHIATRIE ET MEDECINE GENERALE : LE TRAVAIL PSYCHIATRIQUE AU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL GENERAL

L'implantation d'unité d'urgences psychiatriques par des centres spécialisés aux urgences des CHU et des CHG est liée au constat d'une augmentation importante d'urgences psychiatriques aux urgences de ces établissements. Le décret du 30 mai 97 met l'accent sur la nécessité de la présence d'un psychiatre et d'un infirmier ayant une expérience en psychiatrie 24 heures sur 24.

La psychiatrie de liaison répond avec l'activité d'accueil et d'orientation des urgences psychiatriques à des objectifs complémentaires. Le SAU et les lits porte constituent les urgences psychiatriques. L'objet de la psychiatrie de liaison est l'intervention à la demande des services médicaux pour le soutien et l'accompagnement des patients atteints d'une affection somatique et hospitalisés dans un service de soins généraux, en particulier dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique. L'accompagnement concerne les patients, leur entourage et se fait le plus souvent à la demande des soignants et des médecins.

Dans l'hôpital général M auquel est rattaché le secteur X, les psychologues ne participent pas au travail de liaison qui est assuré par les médecins et les infirmiers. Chaque médecin du secteur est référent pour un des services de l'hôpital général. Les médecins et infirmiers du

Centre d'accueil assurent la liaison au service des urgences. Le psychologue du centre d'accueil ne participe pas à ce travail de liaison aux urgences.

Quant à l'hôpital général V avec lequel travaille le centre d'accueil et de crise G il a obtenu il y a quelques années le statut de SAU, ce statut l'oblige à assurer 24heures sur 24 l'urgence pour toutes les pathologies y compris psychiatriques. Avec l'obtention du statut de SAU l'hôpital a pu bénéficier de crédits qui ont permis d'implanter une unité d'urgence psychiatrique avec des locaux qui lui sont propres et qui est située à proximité du service des urgences de l'hôpital. Celle –ci ne compte pas de psychologue.

Dans les deux cas observés, les psychologues du secteur ne sont présents ni dans le travail de liaison ni dans le travail d'accueil en urgence développés à l'hôpital général.

Toutefois, dans l'hôpital auquel est rattaché le centre d'accueil et de crise G et où a été implantée par le secteur une unité d'urgences psychiatriques, une psychologue a récemment été recrutée aux urgences. Elle dépend institutionnellement de l'hôpital général cependant sa situation est à noter car inédite. Il y a en effet des psychologues dans divers services de l'hôpital général : en maternité, en néo nat en médecine interne, en pédiatrie mais rarement aux urgences. Le recrutement aux urgences de cette psychologue a anticipé de quelques mois la circulaire « relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique »[32]. La circulaire prévoit la mise en place de postes de psychologues pour renforcer les possibilités d'accueil. Leur mission est ainsi précisée : « Ces professionnels apporterons aide et soutien à toutes les personnes victimes de violences, et d'une façon générale, aux patients et familles qui présentent une situation de détresse psychologique. Ils mettront en place les liens indispensables avec les secteurs de psychiatrie, les autres services de l'établissement, avec leurs collègues des services publics de protection de l'enfance et des associations d'aide aux victimes ». Il est ainsi prévu de recruter 100 psychologues sur l'ensemble du territoire.

La psychologue recrutée au service des urgences de l'hôpital général côtoie les infirmiers et psychiatres de l'unité d'urgences psychiatrique implantée par le secteur mais les modalités de leur collaboration étaient, au moment de notre rencontre, en cours d'élaboration.

[32] Circulaire DHOS/E1 N° 2001-503 du 22 octobre 2001 signée par Elisabeth Guigou, Marylise Lebranchu, et Bernard Kouchner alors respectivement Ministre de l'emploi et de la solidarité, Garde des sceaux et Ministre de la Justice et Ministre délégué à la sa

1) le psychiatrique et le psychologique

L'unité d'urgences psychiatriques intervient sur demande des urgentistes. Le psychiatre n'intervient qu'en seconde intention après que le bilan médical ait été réalisé. A ce moment là l'urgentiste demande un avis psychiatrique au même titre qu'il peut demander l'avis d'un autre spécialiste.

C'est aussi à la demande du médecin des urgences que la psychologue des urgences intervient.

Le médecin et les infirmiers des urgences peuvent ainsi demander aussi bien à la psychologue de leur service qu'au psychiatre et aux infirmiers de l'unité de psychiatrie sauf dans les cas où une prescription s'avère nécessaire.

Or, toutes les demandes adressées ne relèvent pas de l'urgence psychiatrique comme l'explique ce propos du surveillant de l'unité d'urgences psychiatriques :

> « il y a de plus en plus de demandes. L'urgence est de plus en plus utilisée comme un CMS, il y a de plus en plus de souffrances psychologiques masquées, il y a sous jacent un état de mal être. On ne peut pas dire qu'il s'agit d'une pathologie psychiatrique mais... c'est là que le psychologue interviendra préférentiellement. » » Soit c'est un vrai problème de psychiatrie et à ce moment là dans l'immédiat c'est inutile que cette personne voit le psychologue parce que c'est un problème de psychiatrie qui va nécessiter une prescription médicale et qui va en général déboucher sur une hospitalisation ici, donc ça sert à rien ou ça paraît pas urgent ou utile d'aller mettre un entretien de psychologue au milieu de tout ça. A l'inverse je trouve que dans les prises en charge de souffrances psychologiques, tout ce qui est problèmes post traumatiques dus aux agressions etcetera. Y a peut être une écoute et une sensibilité du psychologue qui va être un peu différente du psychiatre. Bon c'est pas toujours vrai parce qu'il y a des psychiatres qui sont très sensibles à ça mais y en a d'autres qui vont dire « c'est pas de la psychiatrie », ou « j'ai pas le temps ». Je pense que le psychologue est plus disponible pour traiter ce type de prises en charges quitte à ce qu'il demande au psychiatre après de le voir pour faire une petite prescription d'anxiolytiques passagers. (le surveillant de l'unité d'urgence et de liaison du secteur).

Les psychiatres sont moins nombreux et sont les seuls habilités à prescrire. Le peu de temps dont ils disposent les cantonne parfois dans la prescription. La disponibilité du psychologue est un argument souvent avancé pour solliciter son intervention sur des problèmes relationnels qui ne nécessitent pas de prescription.

La présence d'une psychologue aux urgences conduit à opérer une différenciation entre ce qui serait psychiatrique et ce qui serait du ressort du psychologique. Comme l'illustre le propos du surveillant. La psychologue aurait ainsi en charge la souffrance psychique, terme qui engloberait l'ensemble des difficultés d'ordre familiales, conjugales, les violences, les stress post traumatiques, les deuils.

Dans le cas rencontré le médecin des urgences sollicite de plus en plus la psychologue lorsqu'il lui apparaît qu'il s'agit d'une souffrance qui ne nécessite pas de prescription. La

psychologue a en quelque sorte créé sa place en faisant connaître peu à peu ce qu'elle pouvait apporter et en « suscitant une demande » de la part de l'équipe des urgences.

> « Il y a les situations pour lesquelles on fait appel à moi, et il y a mon oreille qui traîne. Quand j'entends ce qu'un médecin peut dire ou ce que peut dire une infirmière, je leur dit est ce que vous ne pensez pas que je pourrais rencontrer la personne, qu'en pensez vous ? Et ils me disent : « ah ben oui c'est vrai, c'est une idée ! ». Et il se trouve que bien sur il y a à chaque fois une souffrance psychique qui est là. Hier c'était une alcoolique, une personne en détresse mais qui allait être renvoyée dans ses pénates de la même façon qu'elle était venue si je n'avais pas été alertée par ce que j'entendais. Par contre, il y a des médecins qui ont une oreille aussi, y a pas que les psy qui ont une oreille, et qui entendent qu'il y a peut être quelque chose d'autre que du médical, que du corporel pur, et que le psychique et le corporel, eh bien ça ne fait qu'un, et que si j'ai mal à la tête, eh bien il y a peut être eu des choses hier ou avant hier ou dans les mois qui ont précédés, qui font que répétitivement j'ai mal à la tête. Donc ils me disent écoute, moi je n'y vois rien, est ce que toi tu verrais, est ce que tu veux bien aller écouter cette personne ? Je réponds oui bien sur. » (Une psychologue des urgences de l'hôpital général).

Dans la situation observée, les professionnels de l'unité d'urgence et de liaison peuvent intervenir sur les mêmes patients, voire successivement auprès des mêmes patients, ce qui suscite parfois des conflits de territoires. Un autre objet de tension réside dans le fait que contrairement à la logique des urgences qui consiste à ne voir les patients qu'une seule fois, la psychologue revoit les patients, soit dans le service où ils sont hospitalisés, soit après qu'ils soient sortis. La psychologue peut en effet, lorsqu'elle le juge nécessaire proposer à un patient de revenir la voir. Ce fonctionnement, qui n'était pas prévu, résulte de sa propre initiative et de sa conception de ce qu'elle peut faire pour les patients rencontrés aux urgences. Certains peuvent ainsi y revenir pour obtenir les coordonnées d'un thérapeute, ou encore, dans un cas, une famille, dont un des membres est décédé aux urgences et qui a été accueilli par la psychologue, peut y revenir pour parler avec elle du décès.

La répartition entre ce qui relèverait du psychologique et le psychiatrique, à laquelle fait référence le surveillant dans le propos cité précédemment n'existe pas dans les faits, d'où les conflits de territoires.

En effet, cette séparation entre ce qui serait psychologique et ce qui serait psychiatrique se fait principalement en référence au fait que le psychiatre prescrive, or la réponse psychiatrique ne se résume pas à la prescription. Et réciproquement les psychologues revendiquent un savoir psychiatrique qui ne se réduit pas à un savoir médical. Plusieurs des psychologues rencontrés revendiquaient cette connaissance des pathologies psychiatriques, dans la mesure où les classifications et la psychopathologie sont largement issues de la théorie psychanalytique à laquelle ils se réfèrent dans leur immense majorité. Par ailleurs, nous avons pu observer que certains psychologues, qui avaient une longue expérience en psychiatrie,

s'appuyant sur leur connaissance des médicaments et de leurs effets, intervenaient parfois auprès d'un médecin pour lui suggérer de prescrire un autre médicament que celui qui avait été initialement prescrit. Le plus souvent cette demande était en rapport avec le fait que le traitement en cours rendait le patient « apathique » et réduisait, de ce fait, son aptitude à élaborer dans le cadre de la psychothérapie engagée avec le psychologue.

Le fait de prescrire et le fait de réaliser un suivi psychothérapique peuvent être considérés comme incompatibles. C'est le point de vue d'une psychologue :

> « Je sais pas bien pourquoi, les psychiatres ne peuvent pas reconnaître qu'ils sont médecins, qu'ils fonctionnent avec des ordonnances, et qu'ils donnent des médicaments. Et certains seront le même qui donne des médicaments et le même qui écoutera. Moi je pense pas qu'on puisse être les deux à la fois, ça les arrange bien. Pour moi ? c'est hors de question. Ou je suis celle qui écoute ou je prescris (...) Alors bien plus quand il est question de psychisme et de l'écoute. Si j'écoute, j'écoute, je peux pas avoir la casquette de celui qui prescrit et qui donne des médicaments. De toutes les façons pour moi il est hors de question de prescrire. Mais prescrire quoi ? dix séances de thérapie ?
>
> Et puis où est l'intimité de l'autre ? ça veut dire qu'on va se faire rembourser ses séances de thérapie ? ça se passe comme ça en Allemagne. Je trouve ça tout à fait inquiétant.»

Ce propos, qui tend à radicaliser la différence entre les psychiatres qui prescriraient et les psychologues qui auraient comme fonction l'écoute et la psychothérapie, nous paraît, dans le contexte où il a été tenu, lié à des enjeux de définitions de territoires. Notamment avec le psychiatre de l'unité d'urgence et de liaison, décrit par son surveillant comme étant précisément « beaucoup dans l'écoute », et avec lequel les modalités de travail étaient en discussion.

2) L'évolution des missions : le relationnel et la souffrance psychique

Les missions de la psychiatrie incluent désormais la prise en charge des troubles psychiques divers, mais aussi des situations définies en termes de « mal être » ou « souffrances psychiques » qui ne correspondent pas aux tableaux classiques de la psychiatrie.

En effet, la prise en charge des situations de détresse psychologiques, des difficultés de vie, des stress du malade et de son entourage est inscrite dans les missions des urgences psychiatriques et de la psychiatrie de liaison.

Certains professionnels de la psychiatrie souhaitent prendre en charge ces situations qui ne relèvent pas de la pathologie psychiatrique avérée mais qui permettent de diversifier les patients rencontrés par rapport à ceux suivis dans les structures du secteur. Ainsi, avant l'ouverture de l'unité d'urgence et de psychiatrie de liaison, il était question d'y affecter des personnels du centre d'accueil et de crise G. Certains de ces professionnels étaient intéressés

par la perspective de rencontrer d'autres types de patients que les chroniques qui sont hospitalisés de façon récurrente au CAC.

A l'inverse certains infirmiers de secteur psychiatrique déploraient une situation où « on fabrique des pathologies, ce qui fait que la psychiatrie est devenue un véritable fourre tout ». (une infirmière du CAC) et critiquaient la psychiatrie d'urgence et de liaison comme étant dans la réponse à toute demande et contraire à la durée nécessaire au travail psychiatrique.

> « On va être avec nos rollers et on va arriver avec nos gyrophares. C'est ce qu'on attend de nous et nous ce qu'on voudrait c'est que les patients puissent élaborer quelque chose de ce qui leur arrive et qu'on puisse organiser un suivi en prenant le temps » (...)
>
> « On nous dit qu'on devrait aller à trois heures du matin écouter les gens. Il ne s'agit pas de recevoir tout et n'importe quoi, il s'agit de donner le temps aux gens d'élaborer quelque chose » (une infirmière du centre d'accueil et de crise).

Si certains professionnels du Centre d'Accueil et de Crise voient dans ce développement de la psychiatrie de liaison une perspective nouvelle pour la psychiatrie, la plupart la critiquent comme une trahison de l'esprit même de la psychiatrie, voir comme un moyen pour les médecins et soignants des services généraux de ne pas assumer la part de relationnel qui leur revient.

Pour certains infirmiers de secteur psychiatriques et pour les psychiatres c'est un moyen pour les soignants de l'hôpital général, de plus en plus techniciens, de ne pas assumer leurs responsabilités en renvoyant sur les infirmiers et psychiatres la partie relationnelle de la situation de soin.

Certains infirmiers du CAC estiment qu'ils sont ainsi considérés comme des « spécialistes de la relation » chargés de prendre en charge ce qui fait obstacle à l'efficacité, et à la rentabilité des soins.

> « On est dans une société de technologie de pointe, de robotisation, le relationnel fait peur il est considéré comme une perte de temps du coup on relègue ça à la psychiatrie. Quelqu'un qui souffre, parce qu'on se sent dans l'incapacité de répondre on fait appel à l'infirmier psychiatrique. Un homme saoul qui dit des choses insupportables parce qu'il est saoul, on appelle le psychiatre de garde. Quelqu'un arrive et dit j'ai perdu un enfant, pof le psychiatre ...l'image du psychiatre, c'est entendre quelque chose d'insupportable » (une infirmière de secteur du centre d'accueil et de crise).

2.1 Les psychologues et la « souffrance psychique »

L'attente que les psychologues traitent préférentiellement des stress liés à des difficultés de vie suscite des désaccords chez certains d'entre eux. Il n'est pas certain que les psychologues conçoivent leurs missions comme étant de prendre en charge les situations relevant de la « souffrance psychique » que leur renverraient les médecins et les psychiatres.

De l'avis de certains psychologues, la souffrance consécutive à une agression, à une violence subie, ne nécessite pas nécessairement l'intervention d'un psychologue comme l'exprime le propos qui suit :

> « La question du relationnel et de la souffrance psychique c'est très problématique pour moi parce que le relationnel il est partout, la souffrance psychique elle est partout. Moi je peux pas prendre n'importe qui en charge, je ne peux prendre que les gens avec qui je trouve un problème et vous voyez arriver des gens qui ont un deuil, qui ont vécu un braquage etc. avec lesquels on n'arrive pas à se faire poser aucune questions, avec aucune problématisation à faire. Alors si on est là pour les consoler moi je sais pas faire ça si on est là pour problématiser quelque chose et trouver une porte d'entrée pour que quelque chose se passe dans un temps plus ou moins long et qu'il y ait un travail d'élaboration qui se fasse oui je prends » ' C'est perçu comme une indication, « ils souffrent ». Mais le travail du psychologue c'est pas la souffrance. C'est pas qu'on se fiche de la souffrance, mais toutes les souffrances ne sont pas un problème psychologique. Elles sont un problème moral, elles sont un problème existentiel elles sont pas forcément un problème psychologique au sens d'une problématique psychologique qui est à l'origine de cette souffrance ». (un psychologue).

Le risque de voir le travail psychiatrique, et notamment celui des psychologues, se transformer en une vague écoute[33], sans demande véritable en rapport à la résolution d'un conflit ou d'une problématique psychique, dans une visée de « consolation », et qui viendrait pallier l'absence d'étayage social des personnes accueillies, inquiète bon nombre de professionnels de la psychiatrie. Ces derniers craignent une dilution de la psychiatrie dans la souffrance psychique considérée comme une « catégorie fourre tout ». Selon ce point de vue, toute souffrance ne requiert pas une réponse psychiatrique, et y répondre comporterait le risque de psychiatriser le social ou le mal être de la civilisation.

D'après nos observations, la notion de « souffrance psychique » est utilisée pour qualifier les situations qui ne peuvent être clairement caractérisées sur le plan psychiatrique. La « souffrance psychique » est ainsi le terme générique utilisé pour qualifier un mal être, mais plus encore un certain type de situations. On peut en effet observer, à travers ses usages et ses avatars, que cette notion englobe certaines des préoccupations sociales majeures de notre époque : la précarité, l'exclusion, la maltraitance, le lien social, la violence, les conflits conjugaux, qui sont ainsi traduites dans le langage de la santé mentale.

En cela, la notion de « souffrance psychique » exprime un aspect de la demande sociale adressée aujourd'hui à la psychiatrie notamment via les urgences.

La souffrance offre ainsi des perspectives d'action nouvelles à la psychiatrie mais elle comporte aussi le risque d'une dilution de la psychiatrie d'une part, dans la médecine

[33] Sur cette question voir le rapport d'étude N°4 du CRESP (Centre de Recherche sur les enjeux contemporains en santé publique) *« La souffrance et l'écoute : une gestion locale des inégalités sociales »*, Bobigny, 2001.

générale, et d'autre part, dans le social par la diffusion d'une certaine culture psychologique dans l'espace social.

En psychiatrie, la demande est considérée comme un préalable nécessaire au soin. Les urgences permettent de passer outre cette question. Certains professionnels de la psychiatrie estiment que les urgences permettent de toucher de nouveaux publics qui ne se seraient jamais adressés à la psychiatrie mais qui ont une souffrance psychique qui nécessite une prise en charge et ce même s'ils ne formulent pas de demande. Les psychologues peuvent adopter des positions éthiques qui consistent à ne pas voir la personne si elle ne formule pas de demandes. Ces positions sont parfois incomprises lorsque les patients sont considérés par les membres de l'équipe comme étant dans l'incapacité de formuler une demande.

2.2 La demande sociale et la mission de service publique

Le secteur X est un secteur qui a développé des partenariat divers tant avec les associations de familles, qu'avec la mission locale ou l'éducation nationale. Citons une psychologue du service :

> « Je trouve qu'ici y a une vraie réflexion de santé publique au sens d'une politique de soin, comment être le mieux possible, le plus près possible des gens, le plus à même de répondre à leurs besoins, traiter la souffrance psychique etc. Ça a toujours été d'une grande ouverture vers l'extérieur. (...).

Critique vis à vis des collègues psychologues hostiles à une réponse au plus près de la demande et qui selon elle travaillent, notamment au CMP, dans une structure publique comme dans un cabinet privé, la psychologue défend l'idée d'ouverture sur les besoins de la population.

> « Je pense que la formation ne prépare pas vraiment à être psychologue de service publique, c'est à dire, quand même, que les idéaux c'est être Freud dans son cabinet privé et pas du tout bosser en équipe au service d'un public en ayant une réflexion sur qu'est ce que c'est qu'une politique de la psychiatrie, c'est à dire comment on conçoit le rapport aux usagers, comment on conçoit notre boulot. Moi je pense que c'est souvent des pratiques assez fermées alors que pour moi le travail de secteur c'est l'inverse.
>
> Moi je trouve compliqué dans un boulot comme ça de ne pas être en relation avec des partenaires. Ça m'est arrivé d'avoir un chef de service avec qui c'était interdit de rencontrer les gens de l'école. Alors lui il avait complètement inversé le raisonnement ; c'était pour pas psychiatriser les problèmes, c'est terriblement ambitieux en plus. Moi ça me paraissait évident qu'on devait être au service, bon ce qui me paraît important aussi c'est la prévention on doit avoir ces missions là. » (une psychologue du secteur X).

Il s'agit ainsi de s'ouvrir et de répondre à l'expression de nouveaux besoins et de nouvelles demandes dans une optique de prévention pour être au service de la population, et ce au nom de l'esprit de service publique.

Cette optique s'inscrit dans les orientations de la politique de psychiatrie publique depuis la circulaire de 1990[34] selon laquelle les politiques publiques ont désormais pour objet la santé mentale entendue dans une acception large incluant désormais la souffrance psychique, et non plus seulement la lutte contre les maladies mentales. Cette orientation qui permet un élargissement des missions et du champ d'intervention de la psychiatrie ne fait pas l'unanimité : Citons un autre psychologue du secteur X, l'un des plus anciens dans le service :

> « Maladie et santé c'est pas du tout pareil. Etre en bonne santé, c'est par rapport à une idéologie de la normalité et de s'acoquiner avec la médecine générale. Moi je préfère la folie. » (...) Déclarer que la psychiatrie, ça y est, ça sort de l'hôpital, avec au milieu un psychiatre qui dit « je suis à votre service » bon, c'est gentil mais ça crée des besoins et je crois que quand on est dans une position analytique de penser que le sujet de l'inconscient choisit une structure et une position existentielle dans la vie, on peut l'accueillir.
>
> Alors après effectivement les problèmes économiques, de civilisation et tout ça on n'est pas obligés de collaborer à ça. ». (un psychologue du secteur X).

Comme le relèvent Alain Erhenberg et Anne Lovell,[35] la « souffrance psychique » a fait son entrée dans « l'agenda politique ». Rappelons que c'est en lien avec la question de l'exclusion que cette notion apparaît dans le champ social, politique et sanitaire. [36]

La traduction en termes de santé mentale des effets des inégalités et de questions sociales est aujourd'hui nécessaire pour légitimer l'action publique. Si elle permet d'ouvrir de nouveaux débouchés pour la psychiatrie, cette « sanitarisation de la question sociale »[37] , suscite de la méfiance chez les professionnels qui craignent que le travail psychiatrique n'y perde sa spécificité. Ils peuvent pour cela être accusés de manquer de souplesse et de ne pas s'adapter à l'évolution des demandes.

La réponse aux nouvelles demandes passe souvent par la création de nouveaux dispositifs, opérant parfois par le biais associatif, et définissant en termes de santé mentale des problématiques jusque là définies dans un autre langage, et relevant d'un autre domaine d'intervention. Nous en aurons un exemple dans la partie suivante avec la prise en charge par la psychiatrie d'auteurs de délits et crimes sexuels adressés par la justice.

---

[34] Circulaire N°90-5 du 14 Mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. Direction Générale de la santé

[35] ERHENBERG (A) et LOVELL (A) (sous la direction de), *Les mutations de la psychiatrie*, Paris, Odile Jacob, 2001(introduction)

[36] LAZARUS (A), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport interministériel, Paris, 1995.

[37] FASSIN (D), *l'Espace politique de la santé*, Paris, PUF, 1996

CHAPITRE V

DE LA PSYCHIATRIE GENERALE AUX CIBLES SPECIFIQUES

Blandine Boulenger

I PRESENTATION DES SITES

Nous présentons ici une partie de l'étude qualitative, effectuée dans deux secteurs psychiatriques situés pour l'un d'entre eux à Paris, pour l'autre en couronne parisienne.

Les équipes qui ont accepté de participer à cette étude ont constitué pour nous des portes d'entrée pour l'appréhension de problématiques qui animent actuellement l'activité professionnelle des soignants en psychiatrie de secteur. Les thèmes que nous présentons plus bas émanent des entretiens que nous avons menés avec ces soignants ainsi que de séquences d'observation passées sur les lieux de soins.

Notre acceptation sur les sites étudiés s'est faite selon des modalités qui tendaient le plus possible vers une immersion dans la réalité quotidienne des soignants. Néanmoins et souvent pour des raisons d'ordre pratique, et de disponibilité des soignants, notre présence dans les murs s'est organisée autour des entretiens que nous menions avec les soignants. Malgré la charge de travail importantes de ces équipes, nous avons trouvé des intervenants ouverts et curieux de l'étude que nous leur présentions, et intéressés pour apporter leur témoignage et leurs réflexions à une étude qu'ils ont parfois interprétés comme un espoir de changement. Intéressés également pour avoir des retours sur l'étude engagée, et ainsi avoir une vision plus globale de leurs positions, situations, dans le champ psychiatrique. Nous avons pris l'engagement de communiquer aux équipes les résultats de l'étude. Nous tenons à remercier ces équipes pour leur participation et les chefs de service pour la facilitation de notre travail dont ils ont fait la preuve.

1) La couronne parisienne : un Centre Médico-Psychologique, une association.

Créé en 1984, ce CMP est une émanation de la politique de secteur déployée à partir d'une structure hospitalière d'origine, un centre hospitalier psychiatrique. L'analyse des activités actuelles du CMP gagne à être mise en relief par une mise en contexte et une perspective historique, comprenant l'analyse des différentes branches et structures liées au déploiement de

la politique de secteur. En cela, le CMP et les structures annexes qui l'entourent sont une illustration des modifications qu'a connues la psychiatrie ces trente dernières années. L'équipe est pluridisciplinaire. Comme les autres membres de l'équipe, les psychologues sont amenés à s'inscrire dans les différentes missions du centre. Le travail des psychologues a évolué, dans un mouvement qui suit plus ou moins les évolutions du centre, et les créations de structures annexes. Sont rassemblées actuellement, dans l'ordre de leur création :

a) une unité de lits dits "aigus", Centre Hospitalier Spécialisé

b) une unité constituée de structures dites "intermédiaires"

- Un restaurant thérapeutique, géré par une organisation associative.
- Un hôpital de jour à vocation intersectorielle.
- Un foyer de post cure, intra muros hospitalier.

c) Une association que je propose d'appeler ABC.

Au sein même du CMP, le dernier déploiement de cette activité associative est un élément qui rend compte des dernières orientations de l'équipe, mais aussi de l'évolution de la psychiatrie et de son objet. Cette association est en effet le fruit d'une orientation prise par le chef de service vers un partenariat avec la justice. Elle témoigne d'un changement de public, avant la lettre (antérieur à la loi de 1998) : les patients sont des personnes auteurs de délits ou crimes sexuels, adressés à la structure par les magistrats, et sont très majoritairement sous obligation de soins ; cette structure témoigne également d'une nouvelle gestion de l'activité psychiatrique, par un autofinancement, qui a en l'occurrence des répercussions sur le fonctionnement global du CMP ; et enfin, elle rend compte de l'adoption par l'équipe de nouveaux référentiels théoriques et de pratiques cognitivo-comportementalistes dont nous avons vu qu'ils sont minoritaires dans les CMP (partie quantitative). Ces modèles cohabitent néanmoins et pour le cas présent avec une démarche psychanalytique adoptée par certains soignants.

d) Une autre association a été créée, dont nous mentionnerons seulement l'existence.

Dans la même orientation que l'ABC, elle s'adresse non aux agresseurs, mais aux agressés, et se situe dans la veine de la victimologie. On y dénomme et traite des « victimes de traumatismes sexuels ».

La pluralité d'activités dans les murs du CMP, dont l'ABC est une illustration, entre en résonance avec la pluralité de l'équipe, en matière de professions, de choix théoriques, et de

pratiques. Face à ces changements de grande envergure qu'a connu l'initiale activité hospitalière, chaque praticien a dû se positionner dans ses choix, parfaire sa formation, s'accoutumer aux choix structurels. Les enjeux mobilisés pour chaque profession, et bien sûr aussi, pour les psychologues, sont ainsi importants. L'équipe apparaît d'emblée comme un foisonnement, autant par les objets qui l'occupent, que par l'activité et les positions professionnelles et personnelles. Ces institutions sont représentatives des changements importants que la psychiatrie connaît et des modifications en termes professionnels qu'ils engendrent. Les tensions, scissions, et débats qui sont d'emblée apparents dans l'équipe nous ont semblés une mine pour notre analyse des redéfinitions des pratiques et des positionnements des professionnels au sein des équipes pluridisciplinaires. Les évolutions d'ordre institutionnel sont ainsi combinées aux modifications des pratiques des psychologues et de leurs collègues.

2) Paris : un service d'hospitalisation du secteur psychiatrique, un CMP.

La localisation géographique du service hospitalier de psychiatrie où nous avons effectué cette partie de l'étude n'est pas sans importance. La psychiatrie de secteur parisienne rencontre de grandes difficultés, qui s'expliquent par une conjonction de facteurs : d'une part, la redistribution de moyens financiers sur les autres départements de la couronne, depuis 1995, ces départements étant « jugés plus pauvres » que Paris : un bilan général de la situation hospitalière réalisé en 1996 montre que la région Ile De France est significativement moins dotée que la moyenne nationale, environ 20% de moins. De plus, ces cinq dernières années, la psychiatrie de secteur de Paris à perdu environ 10 % de ses moyens[38]. Il faut ajouter qu'à Paris, les équipes de psychiatrie sont confrontées à des problèmes qui trouvent à s'exprimer dans la capitale de manière beaucoup plus forte qu'ailleurs dans l'hexagone.

La psychiatrie de secteur parisienne est en crise, et nous en aurons les échos directs lors de nos rencontres avec les soignants sur le service hospitalier parisien. Un mouvement social qui a concerné une partie de l'équipe soignante a par ailleurs entravé la possibilité de rencontrer certains d'entre eux, cette situation constituant à elle seule un indicateur de dysfonctionnements et tensions au coeur de l'équipe soignante, qui trouvent leur source dans les orientations politiques nationales et régionales qui touchent ce secteur.

[38] Ces données émanent du « livre blanc de la psychiatrie de secteur à Paris », décembre 2001, (SOMEPSY), document réalisé de manière collégiale. Ont participé à son élaboration des soignants en poste, médecins, infirmiers, assistantes sociales, des 5 centres hospitaliers psychiatriques desservant les 20 arrondissements de Paris.

Dans ce contexte de tensions extrêmes, nous rencontrerons des soignants[39], essentiellement psychiatres et psychologues, dont l'activité est répartie entre :

- un service d'hospitalisation psychiatrique
- un Centre Médico-Psychologique
- une consultation « adolescents », qui se déroule sur le CMP
- un CATTP et appartement thérapeutique
- placements familiaux thérapeutiques.

L 'équipe est constituée de psychiatres, psychologues, et infirmiers. Nous avons travaillé en collaboration avec les psychologues dont l'activité s'est, au fil des années, majoritairement distribuée sur le CMP, situé dans la zone ouest de Paris, c'est-à-dire une zone qui ne figure pas parmi les plus défavorisées socialement. Ce secteur est représentatif des changements et évolutions qui s'opèrent actuellement sur le secteur psychiatrique parisien, ainsi que de ses difficultés actuelles de fonctionnement.

II LA PSYCHIATRIE : HISTOIRE ET CULTURES

1) D'une histoire à l'autre

Sans vouloir entrer ici dans une perspective historique, nous présentons deux récits, d'une psychologue et d'un psychiatre qui rappellent combien ont été importantes les mutations opérées par la psychiatrie, ces deux dernières décennies. Ces soignants évoquent un passé récent, une expérience professionnelle très fraîche dont la mémoire les éprouvent encore émotionnellement. Ces récits nous donnent également une idée de la distance parcourue d'un point de vue d'une éthique de soin en psychiatrie. Concernant la place des psychologues dans les services hospitaliers, les commentaires actualisés viendront nourrir la réflexion.

> "J'ai connu l'ancien médecin chef d'ici, le Dr D. à un séminaire... à l'hôpital L., on a sympathisé... il était médecin chef à l'époque à l'hôpital de rattachement... je lui ai dit que je cherchais du boulot... Il m'a dit 'moi, j'ai pas de psychologue dans mon service je me porte très bien sans psycho, y'en a eu 2 qui ont mis la zizanie, qui ont été à couteaux tirés avec les infirmiers, je ne veux pas d'histoire, mais si tu veux venir travailler là bas, tu es la bienvenue...'
>
> Donc en arrivant là-bas, il fallait faire 90 Kms pour aller là-bas, c'était alimentaire, c'était hallucinant, je suis tombée dans un truc absolument hallucinant... un bâtiment en briques rouges style usine, en plein champ de betteraves, à B. 10 Kms de D.L., une annexe.... au milieu des champs de betteraves, 2 énormes bâtiments sans doute du 19e siècle, ce sont 2 services de psychiatrie... quand on entre dans ce bâtiment, on entre dans le poste des infirmiers, et ensuite une salle de 100 lits... 6 ou 8 mètres de haut, des plafonds, des énormes

[39] Nous entendrons par « soignant » toutes les personnes impliquées dans le soin aux malades.

fenêtres avec des barreaux partout... 100 lits,... et à l'étage, 2 autres salles de 50 lits.. un service de 200 malades....

C'était militaire,... y'avait de tout... c'était le bout du monde et le bout de l'horreur... c'était en 1978, à pas croire que ça pouvait exister... c'était fou, un truc de fous, l'institution était folle...

200 patients tous neuroleptisés, au maximum... des ateliers dans la journée où ils faisaient comme en prison des travaux de manutention et d'empaquetage avec un travail plus ou moins obligatoire pour tous les valides... les lits faits au carré, la surveillante qui passait avec ses bottes noires... quand le lit était pas bien fait elle arrachait, foutait tout par terre, 'refaites votre lit'... les patients tremblants devant elle... la discipline de fer...

Moi, on m'avait dit de pas faire de mouvement, j'en ai fait très peu, le moins possible...

y'avait une patiente, qui agonisait dans un lit, c'était absolument atroce, au milieu du dortoir, des autres patients, inconsciente, très mal mais encore vivante, j'avais demandé

si on pouvait un peu l'isoler, mettre un paravent, ou qu'il y ait quelqu'un prés d'elle, 'oh , mais vous rêvez, on n'a pas le temps de s'occuper de ça... ils s'en foutent de toutes façons, ils ont l'habitude'. Tout était banalisé, les émotions étaient arasées, ...les malades étaient à peine considérés...

Ca a duré quelques années, en 1985, le service a déménagé à L. avec 50 patients... on en a laissé 150 la bas...le Dr D. était arrivé, quand on lui a proposé le déménagement à L., il a pris les 50 patients qui correspondaient au secteur, les autres étaient hors secteur.... on est venu qu'avec 50 personnes... ça paraissait le rêve tout d'un coup... des chambres individuelles, de 2 lits, c'était inimaginable... on m'aurait fait rentrer au Hilton, j'aurais été aussi émerveillée...".

Le témoignage qui suit est apporté par un psychiatre :

« Supprimer l'hôpital psychiatrique ne veut pas dire supprimer la psychose ... la morbidité de la schizophrénie est considérable, elle est l'équivalent en psychiatrie de la sclérose en plaques en neurologie, et dans notre secteur, il y a 450 schizophrènes, il faut ajouter les maniaco-dépressifs, les paranoïaques, etc. etc. alors on sait que l'évolution de la schizophrénie avec ou sans traitement est à peu près la même, 1/3 connaît une évolution de pseudo rémittence, 1/3 se stabilise ou 1/3 s'aggrave... alors pour ce tiers qui s'aggrave sur notre secteur il va falloir des lieux de prises en charge puisque, même dans les perspectives les plus psychogénétiques de la schizophrénie ou surtout même dans ces perspectives où c'est la famille qui est en cause dans la folie, on ne voit pas comment on va réintégrer ce sujet dans une famille qui a constitué la folie et qui rejette le fou....

Donc si y'a pas de lieux spécifiques pour les prendre en charge, c'est pas leur famille qui est en partie l'artisan de ce trouble, je ne dirai pas totalement, mais en grande partie qui va les prendre en charge et les aider...

j'en ai encore eu le cas il y a deux jours avec la mère d'un de mes patients qui s'est présentée dans le service pour me voir elle avait pris rendez-vous, elle voulait surtout ne pas rencontrer ce patient qui est un jeune homme de 32 ans, qui en est à sa 2e hospitalisation, la première était à la suite d'un incendie dans des circonstances mystérieuses, il avait probablement mis lui même le feu à son appartement, maintenant il vit chez sa grand-mère et son père, qui s'est réfugié chez sa grand-mère et il a été ré-hospitalisé après des menaces à l'égard de sa grand-mère et des troubles du comportements il a été hospitalisé à XXX., et ils nous l'ont envoyé... il est dans le service depuis un mois, il dit qu'il est employé de banque... en fait il n'a pas eu la possibilité de se trouver une compagne, il a un apragmatisme, c'est un beau garçon, ... mais il a un apragmatisme sexuel complet, il n'a jamais eu de relations sexuelles, et ce garçon est coupé du monde, du monde extérieur,....

et sa mère.. qui en a très peur, elle me l'a avoué, voulait me voir, après ... et tout le discours de la mère et de l'homme qui l'accompagnait a consisté essentiellement à dire qu'ils ne pouvaient pas s'en occuper qu'ils en avaient peur, qu'ils aimeraient bien qu'il aille mieux, mais qu'ils ne pouvaient pas faire grand chose pour lui mais tout en même temps contestant l'idée même que nous pourrions le faire sortir parce que si nous le faisions sortir, il allait de

nouveau agresser sa grand-mère et à nouveau agresser sa mère qui était en face de moi et qui avait pour souci essentiel de ne pas le rencontrer.... elle est venu là par devoir me faire savoir qu'elle existait et qu'elle était mère, mais c'était une démarche tout à fait formelle et défensive de sa part, alors comme elle s'est mal renseigné, elle a sonné à la porte de l'unité et elle est tombée directement sur son fils, au lieu de s'adresser directement à ma secrétaire et de venir me voir là où se trouve mon cabinet, ... on aurait pu faire le point et que j'organise une rencontre, qui aurait eu lieu en ma présence, ce qui aurait été dédramatisant, c'est comme ça que les choses ont évoluées, mais initialement, elle ne voulait pas le rencontrer et elle est tombée sur lui, elle est arrivée au secrétariat catastrophée...

j'ai fait venir le garçon mais il n'a rien dit, et quand je lui ai dit qu'il pouvait rentrer dans l'unité , que je l'ai congédié, je lui dis à ce moment là, un peu comme un père, mais écoutez faites vos adieux à votre mère, embrassez là, et à votre oncle, et c'est ce qu'il a fait , il s'est approché de sa mère et il l'a embrassé mais c'était sur ordre pourrait on dire.... donc avec une famille comme ça quel allié peut on avoir, thérapeutique et de réadaptation, aucun !

« .... il y a un certain nombre de patients qui ont besoin d'un toit, d'un encadrement, d'une institution, d'être pris en charge à tous points de vue pour la propreté, la vie quotidienne, pour les démarches sociales, les recherches de travail, pour tout tout tout, .. ils ne peuvent pas se prendre en charge, ils ne peuvent pas s'assumer, le monde leur fait trop peur et tout est trop dangereux pour eux....

et il est question de fermer l'hôpital psychiatrique... ».

2) La confrontation des cultures

Nous avons rencontré trois chefs de service de psychiatrie, dont deux témoignent d'une expérience de 40 ans en psychiatrie et qui parviennent au terme d'une carrière effectuée dans la fonction publique. Nous retracerons ces témoignages, non dans leur linéarité, mais pour ce qu'ils nous disent des changements qui se sont opérés dans ce domaine, dont ils ont été les acteurs, mais aussi les critiques, et parfois les farouches opposants.

Comme en a témoigné la psychologue citée, la mise en place de la politique de secteur a impliqué une ouverture du milieu asilaire. Mais le modèle du secteur, comme le dit une psychologue,

« c'est pas simplement moins de lits d'hôpital... »

la loi sur le secteur, c'est aussi,

« mettre en place un grand projet de prévention de soins et de post cure ambulatoire de l'alcoolisme de la toxicomanie et des maladies mentales, qui est écrit noir sur blanc dans la loi du 31 décembre 85, la loi sur le secteur » (Dr S).

Comme le remarquent R. Castel [40], et d'une autre manière, A. Ohayon[41], si les grands traits de l'histoire de la psychiatrie ont été tracés par les lois les décrets et autres circulaires, la loi sur le secteur constituant bien sûr l'un des gros marqueurs, les tonalités sont ensuite données par les hommes qui dirigent les services et les équipes. Mais s'il est des hommes qui décident des

[40] R. Castel, *La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse* , 1981, Ed. de Minuit, Paris.
[41] A. Ohayon, *L'impossible rencontre*, La Découverte, Paris, 1999.

couleurs, d'autres anticipent le mouvement en organisant la mise en place d'orientations qui sont seulement esquissées par les administrations.

La plupart des psychiatres ont participé activement à la mise en place de la politique de secteur, et d'ailleurs, la psychiatrie communautaire, la nouvelle psychiatrie de secteur reprend intégralement la vocation de service public de la structure asilaire. Citant Bonnafé, Castel rappelle que « la nation doit l'éducation aux gens qui en font partie, ... elle doit l'appareil de protection de la santé mentale, elle doit le mettre à la portée de l'usager ».[42]

Nous avons rencontré des chefs de service de psychiatrie de secteur qui sont représentatifs de cultures différentes dans leur rapport au service public, à la mission de celui-ci et sa responsabilité dans la gestion de la santé mentale des citoyens. Les différences de positions s'articulent autour de trois grandes conceptions qui ont traversé la psychiatrie : l'aliénisme, la psychanalyse, et le secteur.

Quel rapport les soignants entretiennent-ils avec le secteur public dans lequel ils inscrivent leur action ? Question fondamentale s'il en est une, car les soignants en psychiatrie de secteur doivent composer entre l'application des politiques publiques en matière de santé mentale et la manière dont ils vont penser le soin, en termes d'éthique. Les contradictions et tensions qui sont au cœur de ces deux pôles (éthique du soignant - politiques publiques) nous donnent d'intéressantes indications sur la manière dont la psychiatrie de secteur évolue, c'est-à-dire à travers les aménagements et compromis que les soignants mettent en place pour la poursuite d'un travail dans des conditions sans cesse en mouvance.

Ainsi, le Dr D. parle de son "engagement dans le service public » ; il évoque

> « le devoir des psychiatres qui était de soigner en dehors de l'Hôpital psychiatrique et d'assurer ce relais qu'était le secteur... tâche gigantesque qui nécessitait un courage, un engagement personnel, une foi véritable en l'homme et en la mission de service public et thérapeutique de l'aliéniste".

« Entrer en psychiatrie », pourrait-on ajouter comme on entre en religion, ou comme on entre en guerre, ces deux « corps » l'église et l'armée.

La métaphore guerrière est ainsi utilisée pour décrire le délitement de la psychiatrie, dont le Dr D. est à la fois le témoin, et selon lui, la victime, depuis plusieurs décennies. Les valeurs défendues et portées par ce chef de service sont en effet celles du service public versus psychiatrie.

> "On a été critiqués par nos propres responsables, par notre propre tutelle, comme l'infanterie en 1916 était victime du tir de sa propre artillerie... c'étaient nos propres chefs qui nous tiraient dessus, du temps où ces gens du ministère nous ont disqualifiés et trahis et

[42] Lucien Bonnafé, discussion sur « les institution et l'organisation de secteurs psychiatriques », livre blanc de la psychiatrie française, t. I,165, t. II, 1966, t. III, 1967, Ed. Privat, Toulouse.

abandonnés... la réforme hospitalière et la mise en place de l'agence régionale ont achevé ce travail de destruction de l'hôpital public et de démantèlement de la psychiatrie". Le Dr D. fait ici référence aux actes posés par les pouvoirs publics : suppression de l'internat de psychiatrie, suppression du diplôme d'infirmier en psychiatrie, suppression magistrale de lits d'hospitalisation et enfin, annonce de la fermeture des hôpitaux psychiatriques.

Le Dr D. a cru au secteur, il l'a défendu, il a participé à sa mise en place. Le sentiment de trahison est nourrit par les conditions de travail actuelles. En 1984, le Dr D. crée le CMP, après ce qu'il décrit comme un "combat acharné" avec la mairie. Il signera avec la mairie un bail de 99 ans, pour un loyer symbolique de 30 frs.

Le Dr L. est issu d'une génération plus récente, dont la carrière se développe dans une position beaucoup plus incisive, plus active, dans son rapport au service public. Ce rapport est davantage vécu comme une lutte contre l'immobilisme administratif et la revendication d'une initiative individuelle. Le Dr L. passe le concours de psychiatre des hôpitaux,

"sous les conseils d'un ami à (son) père, psychiatre connu, et qui m'a dit, passe le cadre, ça te fera une quille, et tu verras si tu fais un mi-temps".

Son intérêt pour la psychanalyse ne trouve pas dans les institutions psychanalytiques, l'opportunité d'une intégration et d'une reconnaissance. Mais son réseau personnel l'amène à pratiquer l'expertise judiciaire, activité qu'il développera très rapidement. Les valeurs défendues par ce chef de service sont celles d'une grande flexibilité, d'une souplesse d'adaptation, pour lui-même et plus tard, pour les membres de son équipe. En 1987, le Dr L. est responsable d'une "unité d'entrée". Il reçoit une des unités de 22 lits "aigus". Dans un contexte conflictuel, notamment avec le responsable de secteur, mais aussi avec la DASS, il "troque" selon son expression, cette unité, en échange de moyens financiers pour ouvrir les structures dites "intermédiaires".

"C'était l'époque où on pouvait troquer en gros, le deal s'est fait dans un contexte houleux, j'étais dénoncé comme trublion du service public..." (Dr L.)

Malgré une résistance interne à son service, il réduira au fil des années les lits d'hospitalisation. S'ouvrent vers 1990, le restaurant thérapeutique, l'hôpital de jour, et le foyer d'hébergement ou de post-cure, qui fonctionnent désormais sur un mode associatif.

Garantir une forme de liberté dans l'exercice de sa fonction, c'est aussi refuser d'intégrer des structures où la marge de manoeuvre pourrait se réduire. Stratégiquement, il s'agit de développer par une implantation progressive une activité partenariale avec la justice, et ceci dans le cadre du CMP, c'est-à-dire en utilisant les moyens humains internes au CMP, ainsi

que les locaux de la structure[43]. Si la métaphore militaire est utilisée aussi par le Dr L., c'est donc dans une toute autre optique :

> "J'ai une intelligence pour occuper le terrain, un peu comme un art militaire... je prends position et puis je recule plus, en attendant l'ambiance... J'ai un côté joueur et entrepreneur, mais le public, ça fonctionne pas comme ça... il y a du mou dans le public, du retard à l'allumage, de la résistance au changement, lenteur, opposition... Je m'intéresse à comment les entreprises privées se réorganisent,... c'est comme ça qu'on va développer le service, et il faut mélanger séduction et fermeté... si je veux faire un grand service ... je le prépare dès maintenant... ma thèse, c'est que je suis persuadé qu'on peut gérer les psychotiques lourds de manière plus économique, au sens clinique du terme...".
>
> et encore :
>
> "quand j'ai une idée, je suis prêt à tous les compromis pour y arriver... je suis prêt à toutes les souplesses, et si j'avais attendu les tutelles, j'attendais jusqu'à Mathusalem...".

3) Les psychologues : un espace de parole à l'épreuve de l'institution.

3. 1.Désinstitutionalisation

Comme pour les autres professions du secteur psychiatrique, le rapport que les psychologues entretiennent au service public se décline selon l'évolution de leur fonction. Nous abordons ici la manière dont les psychologues articulent leur exercice et ses changements avec une conception de ce qu'est ou de ce que doit être un service public de santé mentale dans ses différenciations et particularismes au regard d'une pratique clinique en exercice privé.

D'une manière générale, les psychologues rencontrées sur les deux secteurs (population exclusivement féminine) nous font part d'un exercice professionnel qui s'est peu à peu recentré sur les lieux de consultation, c'est-à-dire les CMP. Ce qui ressort comme tendance est peut-être le reflet d'un mouvement plus global de la profession, mais c'est aussi le retentissement d'une politique publique de santé mentale : en effet, si les psychologues sont moins présents dans les lieux de vie, les services d'hospitalisation, ou encore, les CATTP, ils semblent suivre en cela un mouvement de désinstitutionalisation dans la prise en charge du soin mental, au sein même du service public. Difficile aujourd'hui de travailler en service hospitalier de secteur psychiatrique, et de soutenir une pratique qui fasse sens, d'un point de vue du soin. Ce qui manque pour soutenir une pratique qui serait vécue et portée par l'institution ?

> « C'est l'utopie... par exemple, avec les patients psychotiques hospitalisés au long cours, y'a pas d'idéologie, d'utopie pour soigner ces gens là... actuellement, on est dans une non pensée du soin, on ne pense pas ce qui est proposé à l'intérieur (de l'hôpital), mais on pense sans cesse à ce qu'il va falloir proposer à l'extérieur, c'est-à-dire qu'il faut trouver des lieux pour ces gens là, et on les soigne pas à l'intérieur (du service) mais il ne peut y avoir un extérieur que s'il est dialectisé avec un intérieur... concrètement, cela se traduit par un bordel innommable, le médecin est là pour trouver un ailleurs à la sortie, point. Y'a toute une perte

[43] Rappelons ici que la circulaire de 1990 encourage à un partenariat multiple, et impose donc des choix.

d'une pensée psychodynamique. Les psychologues préfèrent très largement travailler au dispensaire, et faire des psychothérapies elles ont très largement abandonné le travail institutionnel » (Danièle, psychologue).

Et cette psychologue de poursuivre :

« On ne soigne plus les psychotiques, on les rétablit bon an mal an, pour qu'ils puissent aller ailleurs se faire suivre, et ailleurs, où ça ailleurs ? y'a rien qui est ouvert pour que ça soit possible ailleurs ! ça veut dire qu'on les retrouve en prison, dans la rue, c'est ça l'ailleurs des psychotiques ! ».

L'utopie selon cette psychologue, ce serait articuler le soin à la psychose : penser le soin de la psychose.

L'utopie, c'est peut-être aussi une période, celle de la création du secteur, mais aussi celle de sa mise en place, toujours décrite comme une période féconde. Dépassant une certaine forme d'idéalisation d'un passé, les soignants parlent d'une cohésion d'équipe autour d'un projet de soin pour les patients, qui organisait les rôles et les fonctions de chacun, dans un espace de création, qui autorisait les conflits, voire, s'en nourrissait :

« On avait un rôle très important, y'avait moins de conflits, on était dans une phase de création et la place de chacun était moins conflictuelle, cette époque (70/80) c'était un bouillonnement de réflexions, qui a plus que totalement disparu... on nous demandait plus de travail institutionnel, y'avait plus de demande des infirmiers qu'on travaille en commun, y'avait aussi l'ergothérapie, alors j'ai fait pas mal de travail avec les infirmiers, ce qui n'est plus le cas maintenant... les médecins étaient dans des enjeux de création, maintenant, ils sont dans des enjeux de pouvoir, où tout ce qui est donné à l'un sera retiré à l'autre » (Caroline, psychologue).

La difficulté pour les psychologues de maintenir et soutenir une intervention à l'hôpital est mise en exergue par les psychologues eux-mêmes et par les responsables des services, psychiatres.

En psychiatrie, en dehors d'un travail institutionnel, la logique de soin s'individualise. Chaque patient est alors « traité » dans son individualité, dans un contexte où les techniques médicamenteuses se diffusent à grandes envolées médiatiques, qui véhiculent des représentations qui avaient peut-être été battues en brèche dans les années 70/80 : une conception de la maladie mentale incurable. Les prétentions thérapeutiques des psychotropes se limitent à une visée adaptative et comme le rappelle Me J, psychologue en CMP :

« l'évolution de la psychiatrie par rapport aux substances médicamenteuses, c'est les nouveaux programmes Alliance, et aussi PACT, qui veulent être une ouverture sur la connaissance de la maladie, mais qui peuvent aussi enfermer le patient dans un discours, ...

on voit des patients pour lesquels les neuroleptiques retard sont prescrits, et dans la tête des médecins c'est ad vitam eternam, et on explique au patient qu'il faut surtout pas qu'il arrête, qu'il faudra jamais arrêter, y'a plus aucune idée de l'évolution du patient, je dis pas qu'il faut arrêter les médicaments , mais c'est quand même...

j'ai eu un patient psychotique qui a été suivi par un psychiatre ici, et j'étais très embêtée, je me disais quel travail je peux faire, avec l'idée que le médecin a... et finalement le patient il est arrivé à ce qu'on lui change son neuroleptique maintenant, il le prend en comprimés, mais ça a été une bagarre... et je me suis dit, ça va être épouvantable pour le patient, il va être pris entre l'enclume et le marteau ! et finalement, il était tellement mal avec les effets secondaires de son neuroleptique retard que le médecin a pris peur, le médecin a finit par lui changer...».

Ce témoignage illustre comment les psychologues peuvent se sentir étrangers à une démarche psychiatrique lorsque celle-ci se définit exclusivement en termes médicamenteux.

Mais surtout, ce qui est latent ici, c'est que pour travailler ensemble, les soignants ont besoin d'une conception commune, d'une approche thérapeutique différenciée et complémentaire de la pathologie mentale et du psychisme, dans leur dynamisme, et non exclusivement leur chronicité pathologique.

La disparition ou l'émoussement de la spécificité des formations des infirmiers et des psychiatres, ainsi que la perte d'influence de la psychanalyse en psychiatrie, contribue à creuser un décalage entre ces psychologues de formation analytique, leurs compétences psychothérapeutiques et leurs conceptions psychodynamiques, décalage d'avec une approche psychiatrique basée sur la prescription de psychotropes, qui prétend faire l'économie d'une réflexion d'équipe autour du patient.

Pourtant, historiquement, non seulement les deux options thérapeutiques, chimiothérapique et psychodynamique n'ont pas été étrangères l'une à l'autre, mais ainsi que le souligne G. Swain : « Le moment où la panoplie complète des neuroleptiques et des antidépresseurs va se déployer massivement dans la pratique psychiatrique et la transformer est aussi celui où l'orientation psychanalytique et l'option institutionnelle y deviennent dominantes ».[44]

E. Roudinesco rend très bien compte de mouvements que nous avons pu observer et dont les psychologues rencontrés sont les acteurs contemporains, nous la citons :

« En principe, un équilibre aurait dû être maintenu entre le traitement par les psychotropes et la psychanalyse, entre l'évolution des sciences du cerveau et le perfectionnement des modèles significatifs d'explication du psychisme. Mais ce ne fut pas le cas. A partir des années 1980, tous les traitements psychiques rationnels, inspirés par la psychanalyse, furent violemment attaqués au nom de la progression spectaculaire de la psychopharmacologie. Au point que les psychiatres eux-mêmes s'en inquiètent beaucoup aujourd'hui et critiquent durement ses aspects nocifs et pervers. Il redoutent en effet de voir leur discipline disparaître au profit

[44] G. Swain, « Chimie, cerveau, esprit et société, paradoxes épistémologiques des psychotropes en santé mentale », 1987, in *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1994, p.269.

d'une pratique hybride qui réserverait, d'un côté, l'hospitalisation à la folie chronique, pensée en termes de maladie organique et rattachée à la médecine, et renverrait, de l'autre, aux psychologues cliniciens les patients qui ne seraient pas assez fous pour relever d'un savoir psychiatrique entièrement dominé par les psychotropes et les neurosciences. »[45]

Au CMP, il est patent que s'opère une certaine répartition dans l'adresse des patients. Schématiquement, sont dirigés vers les psychologues les demandes qui relèvent de psychothérapies et dont l'intervention en terme de prescription n'est pas nécessaire. Sont adressés aux psychiatres les demandes qui relèvent d'une compétence médicale, pharmacologique. A l'hôpital, il arrive que les patients soient vus par l'un et l'autre des soignants :

> « Je vois certains patients à certaines conditions, je vois des patients quand les médecins sont embêtés à un moment donné, ils m'en parlent, je leur demande de m'expliquer pourquoi ils ont pensé que ça pourrait être intéressant que je rencontre les patients et je dis oui ou non en fonction de ce que j'entends de leur demande, ... en général, c'est quand il y a des enjeux transférentiels que eux ne peuvent pas traiter de leur position en étant médecin prescripteur, c'est extrêmement difficile de traiter et le transfert et la prescription, y'a l'idée que introduire un psychologue c'est permettre une parole qui soit complètement différente, qui soit dégagée des enjeux, du cadre d'hospitalisation... c'est souvent des patients jeunes, et aussi des patients qui sont dans le passage à l'acte, mais en un an ils (les médecins) ont dû me demander une dizaine de fois, et pour 6 d'entre eux, j'ai trouvé que c'était pas pertinent» (Sophie, psychologue).

Un point de vue infirmier sur la manière dont on travaille (ou pas) avec les psychologues vient confirmer une partition des patients selon les pathologies :

> « On travaille pas beaucoup ensemble, généralement, les cas qu'elles ont en thérapie, on les suit pas ces gens là... sauf si au décours des entretiens, la psychologue se rend compte que la personne va très mal, elle interpelle un psychiatre : y'a telle personne qui va mal, je la vois en psychothérapie, il faut que j'ai un avis de psychiatre, et elle a certainement besoin d'un traitement.. ça peut arriver que la psychologue nous dise : ce serait bien que tu puisses aller chez telle personne, pour voir comment ça se passe à la maison.... L'échange il est à ce niveau là, mais au niveau du travail réel, y'a pas.. » (une infirmière du CMP).

3.2 Individualisation.

La prise en charge des patients s'est individualisée à l'hôpital[46] certes, mais cet effet est renforcé par l'expansion de la prise en charge ambulatoire. A Paris, on note une augmentation

---

[45] E. Roudinesco, « L'homme comportemental », in *Pourquoi la psychanalyse* ?, Paris, Fayard, 1999, p. 49.

[46] Ce qui ne veut pas dire que la population se fait moins hospitaliser en psychiatrie : pour la seule ville de Paris, ces dix dernières années (1989/2000) :

- le nombre de malades hospitalisées s'avère quasiment constant (-1%)
- le nombre d'entrées à l'hôpital a connu durant cette période une augmentation très importante : +34%. Pour 38% des cas, il s'agit de nouveaux patients
- La durée moyenne de séjour a diminué de 57% (passée de 73 jours à 32)

de la prise en charge ambulatoire de plus de 56 % ces dix dernières années[47]. En désertant les services hospitaliers pour se tourner vers les CMP, les psychologues se dirigent vers les services où elles ont le sentiment de trouver une place, d'autant plus aisément que la demande est croissante dans les CMP...

> «On est trois psycho ici, on s'est toutes les trois repliées sur le dispensaire, en se disant qu'on investirait l'hôpital à tour de rôle, et y'a l'arrivée de X., qui a commencé à faire des choses à l'hôpital, aussi parce qu'elle est pas prise dans l'histoire du service, une certaine lassitude... on a chacune les thérapies au dispensaire et un rôle dans l'une des unités... » (Caroline, psychologue).

et que la position institutionnelle est extrêmement difficile à soutenir pour les psychologues dans un service hospitalier dans le contexte que nous décrit Me L, psychologue :

> « Le système de référence existait avant, il y a 3, 4 ans, mais les choses se sont délitées, avec l'arrivée de nouveaux médecins sans doute, mais aussi à cause de la charge de travail, pour accueillir quelqu'un il faut qu'on vire quelqu'un d'autre, c'est la réalité, les infirmiers, ils arrêtent pas de bosser, c'est des patients très lourds, ça commence par les toilettes, c'est des patients qui peuvent ne pas savoir manger, se laver, marcher, y'a tout un côté nursing très important, à côté de ça, y'a le traitement, les entretiens, la gestion des patients entre eux, la gestion des familles, la gestion de ceux qui font des allers et retours, la gestion des clashs, et y'en a, et des patients qui sortent d'U.M.D.[48], qu'on peut être amené à sangler sur un lit pendant... c'est ça la réalité de ce service là... ».

A la surcharge du service d'hospitalisation, le contexte de haute tension dans lequel les infirmiers évoluent et parent souvent au plus urgent, s'ajoute l'ambivalence d'un chef de service psychanalyste à l'égard de la présence des psychologues dans le service, et dont nous relatons ici le témoignage :

> « J'ai toujours buté dans ce service là au niveau des psychologues... on a eu des groupes de travail, sur la fonction du psychologue dans l'intra, et bien, je ne suis jamais arrivé à faire en sorte que les psychologues trouvent leur place dans l'intra... alors c'est vrai qu'en plus, elles sont en nombre insuffisant, elles sont débordées de thérapies, et puis venir ici, pour... ces thérapies, elles les font au dispensaire » (Dr K, chef de service hospitalier).

Ces éléments ne facilitent sans doute pas une fonction institutionnelle pour le psychologue, fonction qui néanmoins est loin de se définir en creux, même si elle n'est pas toujours synonyme « d'acte » ; comme nous le dira cette psychologue qui assure une fonction institutionnelle en service d'hospitalisation :

> « une journée par semaine sur l'intra, ça inclut la réunion de synthèse, une présence flottante dans les équipes, les réunions dites institutionnelles, ou on parle avec les infirmiers de leurs difficultés à travailler dans ce lieu là, des réunions sur la prise en charge des adolescents hospitalisés, une fois par mois, et une réunion avec l'équipe autour d'un patient qui sort

[47] Livre blanc... op. cit.
[48] Unité pour Malades Difficiles

d'U.M.D., meurtrier, donc, sur la possibilité pour l'équipe de travailler avec cet homme là... j'ai un temps de formation avec les stagiaires psycho, et une réunion sur des textes psychanalytiques... l'écoute flottante, ça peut être un peu la position du fou du roi. ... il dit la vérité, en faisant croire à une blague, et à bon entendeur salut... c'est une position extrêmement risquée, c'est une façon de réintroduire l'inconscient au niveau des patients, ou au niveau de l'équipe... c'est risqué aussi parce que quand on dit écoute flottante, c'est une présence qui n'a pas de visée pré-organisée, mais je suis pas sûre que je puisse encore avoir cette place là maintenant, les gens se sentent très vite attaqués par une intervention, je pense que c'est pour ça que mes collègues sont partis, parce que quand ça peut plus être entendu, ça devient une position intenable, parce que le psycho, quand il est là avec une attention flottante, il ne fout rien ! tout le monde est en train de courir partout et il fout rien, à part dire des choses sur ce qui est en train de se passer ! ».

Abandonner cette position institutionnelle, c'est aussi faire le jeu d'une gestion quantitative de l'activité en psychiatrie, qui en passe notamment par l'implantation du PMSI psy dans les services psychiatriques.

« Se replier vers le dispensaire », pour les psychologues, c'est dans la majorité des cas rencontrés, se centrer sur une activité quasiment exclusivement psychothérapique, individuelle. Un temps minoritaire est très souvent maintenu au sein des structures dites « intermédiaires », et cela quelquefois de manière symbolique. La répartition de ce temps d'intervention est bien sûr négocié avec les chefs de service, et reste au cœur d'enjeux de pouvoir, parfois inscrits dans des conflits plus ou moins ouverts. Ce chef de service développe la manière dont les psychologues vont résister à un travail en intra-hospitalier, en mettant en avant une éthique qui relèverait de la psychanalyse, argument interprété par ce praticien comme alibi idéologique :

« un groupe de travail, qui est une étude de texte psychanalytique qui alternent avec des cas cliniques : les psychologues ne viennent pas, mais il y aurait dû y avoir un groupe de travail ou de réflexion où les psycho auraient pu parler de leurs cas, mais par exemple le groupe de parents, les psycho ne peuvent pas y participer parce qu'elles peuvent rencontrer les parents de leurs patients ! je pense que ça tient à une position idéologique, à ce titre, comme elles sont psychanalystes psychothérapeutes, en fin de compte, elles peuvent rien faire parce qu'elles risquent d'entacher leur travail ! mais quand on veut pas prendre ce risque là qui est un risque minimal, et bien on reste dans son cabinet, on vient pas travailler en institution ! » (Dr L. chef de service d'hospitalisation).

Les psychologues parlent d'un « repli vers le CMP », et à un autre niveau, on peut entendre également une forme de repli du soignant sur lui-même et sur sa pratique. Pour ces psychologues d'orientation analytique, l'absence d'un travail institutionnel d'équipe, signifie aussi que d'autres échanges autour des patients n'ont pas toujours de raison d'être, d'un point de vue d'une logique de soin. Comme le rappelle ce chef de service,

« l'intérêt de l'institution c'est qu'on porte ensemble, et d'une manière partagée le poids de la problématique d'un sujet, je parle pour les psychotiques, parce qu'une psychologue qui a une phobique en thérapie, qui n'est jamais hospitalisée, ça ne regarde qu'elle ! ».

Et en effet, les psychologues confirment ces dires, il n'y a pas de motif de communiquer à l'équipe autour de patients qui ne sont pas pris en charge par d'autres soignants. Comme le

« choix du silence» est fait aussi quand les patients sont concernés par une prise en charge dans l'institution, on peut alors entendre au delà des discours les difficultés dont les cliniciens font l'économie par le silence, comme les enjeux de pouvoir sous-jacents lorsque est mis en avant le secret professionnel.

> « c'est la chose la plus délicate qui soit de rendre compte de sa pratique » (une psychologue).

A travers la question de la communication autour des prises en charge individuelles se cristallisent de nouveaux enjeux interprofessionnels, des enjeux de pouvoir, des enjeux de définition des pratiques et d'identité professionnelle, notamment entre psychologues et infirmiers. S'il est en effet une profession fragilisée par les refontes et ce que nous appelons ici les « transformations de la psychiatrie », c'est bien la profession d'infirmier de secteur psychiatrique. Autant l'équipe médicale médecins/infirmiers prend place et fonction précisément définies en milieu hospitalier, autant les rôles de chacun sont en redéfinition en extrahospitalier.

L'analyse de cette psychologue de CMP tend à rendre compte de la redistribution des professionnels dans les différents sites d'intervention thérapeutique :

> « il y a eu comme une façon de retransporter l'hôpital dehors, les médecins, ils se sont refait leur truc avec les infirmiers, sans beaucoup penser... dans le secteur adultes, à partir du moment où il fallait faire sortir les malades, fallait faire sortir les équipes aussi, objectif qui n'était pas mauvais, mais les faire sortir pour faire quoi, dans beaucoup de services, ça n'a pas été pensé... dans les services enfants, là y'a pas d'infirmiers parce que y'avait pas de lits ! et là, y'a plein de psycho ! parce que y'a beaucoup de consultations, y'a des groupes, y'a de la recherche, et beaucoup de choses qui se mettent en place... ».

Infirmiers et psychologues

Les infirmiers du secteur psychiatrique vivent de plein fouet les mutations à l'œuvre dans ce champ et ce depuis la disparition de la formation spécifique à l'exercice infirmier en psychiatrie, en 1992. Comme en témoigne cet infirmier, qui a été diplômé en 1990,

> « on voyait que la psychiatrie était en train de changer, de perdre un peu de sa spécificité, de se noyer un peu dans la masse, et c'est vrai que ce diplôme n'était pas là pour arranger les choses, nous étions stressés, l'extrahospitalier c'était comme une soupape, ou les choses bougent beaucoup... c'était le flou artistique le plus complet avec ce diplôme, nous avions des élèves qui nous regardaient comme des dinosaures, et j'avais l'impression d'une dévalorisation des structures, des soignants, de l'approche de la maladie mentale, de la problématique et de nos patients, des patients, mais on se disait mais qu'est-ce qu'on fout là ! alors y'avait cette passerelle des trois mois, où on nous disait vous allez travailler en service de médecine et ensuite vous irez en réanimation, on savait très bien qu'en trois mois... c'était un leurre, et on se leurrait, certains se leurraient et ils l'ont fait d'aller dans les hôpitaux généraux, et je vous avoue que moi, ce qui m'intéresse c'est d'être en psy ! » (un infirmier du CMP).

La plupart des infirmiers que nous avons rencontré nous ont témoigné de leur engagement, de leur désir de travailler dans ces services de psychiatrie, qu'ils soient IDE[49] ou ISP[50].

Nous avons rencontré des gestions très différentes du rôle des infirmiers qui correspondent dans tous les cas à une refonte des fonctions des infirmiers en extrahospitalier. La diversification, voire l'élargissement des fonctions des infirmiers psychiatriques est patent. Il s'agit d'une profession en redéfinition, dont l'identité est en souffrance, et qui est repensée par chacun des soignants, d'une manière plus ou moins heureuse, dans une tentative de combinaison des exigences des services et des intérêts personnels. Très sollicités et en sous nombre en intra-hospitalier où leur présence est fondamentale auprès des patients, leur rôle apparaît beaucoup plus flou dans les CMP, particulièrement ceux où les consultations individuelles constituent la majorité de l'activité du service. Il n'est donc pas étonnant que la fonction infirmière soit aujourd'hui une fonction à la charnière d'autres professions, et que les définitions des pratiques infirmières soient largement soumises à l'orientation du service, donc aux mouvements déterminés par le chef de service.

Bien que les propos des infirmiers aient été fort riches, nous les reprendrons ici dans l'unique mesure où ils nous parlent des transformations en cours dans leurs attributions et fonctions, reflets des mutations plus générales dans le champ psychiatrique. Nous nous y intéressons aussi dans la mesure où les conflits entre infirmiers et psychologues posent la question de la délimitation de leurs compétences, et de leurs champs d'intervention respectifs. De nombreux infirmiers nous ont fait part de la manière dont ils élargissent leur champ de compétences, par des formations complémentaires à leur formation d'infirmier DE ou leur formation d'infirmier psychiatrique. Les Diplômes Universitaires créés en profusion gagnent leur préférence, plutôt que des cursus long et généralistes ; le cursus universitaire de psychologie par exemple n'est pas investi par les infirmiers. En revanche, sur ce site, les formations à la systémie, la victimologie, ou encore à la criminologie sont prisées des infirmiers (quand elles leur sont accessibles, bien entendu) ; elles répondent à une demande du service dans lequel ils sont impliqués, elles leur sont accessibles et elles présentent l'intérêt d'être courtes ; les applications sont directes, sur leur lieu de travail[51].

---

[49] Infirmier Diplômé d'Etat

[50] Infirmer de Secteur Psychiatrique.

[51] Cette propension à la spécialisation résonne avec une tendance actuelle à une « segmentation » au sein même des formations de psychologues ; certains intitulés de DESS laissent penser à une balkanisation d'une formation qui a été conçue sur une base généraliste philosophique pour évoluer vers une approche segmentée de l'humain et de sa psyché.

Isoler une pratique psychothérapeutique dans l'institution c'est du point de vue du psychologue autoriser une parole du patient à émerger dans ce contexte, c'est du point de vue du chef de service fonctionner en « électron libre », cela peut sembler aussi camper dans des postures systématisées et ainsi trahir la nécessité de défendre un domaine d'exercice psychothérapeutique.

Dans l'un des CMP, les infirmiers se sont vus confié la responsabilité des « premiers accueils », c'est-à-dire qu'ils reçoivent en binôme les personnes qui appellent le dispensaire pour avoir un rendez-vous avec un psychologue. Les personnes sont dans un second temps reçus par un psychologue. Dans l'autre CMP, les infirmiers pratiquent des entretiens « d'évaluation » des personnes qui consultent en injonction de soin, et sont impliqués dans le cadre de prises en charge groupales. Ces deux situations fort différentes qui renvoient toutes deux à la diversification des fonctions infirmières ont provoqué des débats voire des conflits dans les équipes, conflits aux ramifications multiples dont nous n'analysons pas le détail ici, mais dont les points communs conduisent les psychologues à défendre ce qui est selon eux de leur spécificité, comme l'indique cette psychologue évoquant la situation des premiers entretiens faits par les infirmiers :

> « Je pense qu'il y a tromperie, parce que pour pouvoir entendre quelqu'un comme ça non connu (du service), qui fait une demande, .. si vraiment la personne va très mal, qu'on soit infirmier ou secrétaire, etc.... à la limite, le bon sens veut qu'on l'adresse à un médecin, mais quand il s'agit de thérapie, il me semble, sans faire des défenses corporatistes, il me semble qu'il faut être à même de pouvoir entendre la demande et la recevoir, il faut être en position de soi-même, de la prendre, de l'assumer ! ce sont des gens (les infirmiers) qui ne sont pas dans une perspective thérapeutique, ils sont pas dans cette fonction là ! je veux bien qu'il y ait des infirmiers thérapeutes, mais qu'ils soient reconnus comme pouvant soutenir un transfert thérapeutique, là, ils le subissent, sans l'avoir analysé, et c'est là où il y a tromperie...et le chef, il leur a donné une... il leur a fait plaisir, en leur disant 'vous êtes thérapeutes' d'une certaine façon, il l'a pas dit comme ça, mais ' vous êtes capable d'entendre et de soutenir une position thérapeutique', eux en ont été très gratifiés... ».

Nous citons maintenant une psychologue d'un autre CMP :

> « les infirmiers, quand ils arrivaient à l'ABC, ils étaient couronnés psychothérapeutes, à partir de maintenant, vous n'êtes plus infirmiers, vous êtes psychothérapeutes,.. mais ça ne veut rien dire, .. et on prend pas des gens en psychothérapie comme ça sans savoir ce qu'on fait, c'est une vraie responsabilité ! ».

Cette question du thérapeutique, et de l'activité psychothérapeutique, voire de l'utilisation politique ou stratégique du titre de « psychothérapeute » fait nœud dans les équipes que nous avons rencontrées, et ceci quelles que soient leurs activités. C'est dire combien il faut situer ces débats dans le contexte actuel, où la formation des psychologues est mise en débat national dans une perspective européenne, et où le titre de psychothérapeute l'est également

d'un point de vue législatif. Contexte propice s'il en était pour ce qui est dénoncé par les psychologues comme une stratégie démagogique des chefs de service, et une instrumentalisation des infirmiers où ils figureraient dans des conflits latents entre psychologues et chefs de service, et où ils occuperaient des rôles que les psychologues eux-mêmes hésitent à prendre, comme par exemple répondre aux sollicitations concernant « les nouvelles demandes » adressées à la psychiatrie de secteur (cf. plus bas).

Certains infirmiers témoignent de leurs difficultés relativement à ces fonctions nouvelles qu'ils sont amenés à occuper et qui leur valent parfois ce titre de « psychothérapeute » . Cette infirmière relate la manière dont elle a été amenée à occuper une place qu'elle n'a pas trouvée, et à laquelle elle a choisi de renoncer :

> « j'ai suivi pendant trois ans des... (patients) et j'ai préféré arrêter, je manquais de supervision, et d'un point de vue déontologique, je me sentais pas, j'avais pas de retour médical... de la manière dont ça m'avait été présenté, j'avais compris que je les voyais toujours avec un médecin, ... j'avais pas de formation de crimino (criminologie), j'avais pas du tout fait ça, donc je pouvais travailler qu'avec ce que je savais faire, et c'est quand même des responsabilités particulières, je me sentais désarmée, ou j'avais l'impression que j'avançais pas, je suis allée au bout des trois ans d'obligation de soin et j'ai choisi d'arrêter... c'était très très dur, j'avais l'impression d'être manipulée tout le temps, et je n'avançais pas avec ce type là, il se posait en victime, de la société, de sa fille, ... moi quand je sais pas où je vais, par respect pour les gens, je préfère dire je sais pas faire, qu'ils soient vus par des gens qui savent certainement mieux faire que moi, parce que,... c'est ça la déontologie, je peux pas faire ce que je sais pas faire, parce que y'a des vies en jeu, des enfants, par honnêteté... je trouvais pas ma place » (une infirmière).

Cet autre infirmier pratique « l'évaluation » : il reçoit des personnes qui se présentent au CMP (dans le cadre de l'association ABC), en injonction de soin. Quelques entretiens doivent permettre à l'infirmier de procéder à une évaluation dont l'objectif est d'émettre un diagnostic (opéré selon de grilles de lecture proposées par le psychiatre chef de service), et de présenter le patient en réunion, où là il sera orienté sur une prise en charge groupale :

> « Mon travail n'est pas de faire une thérapie, je fais une évaluation, je recueille, j'écoute, mais je ne veux pas faire croire au patient que sa thérapie a vraiment commencé, cela c'est le travail des psychologues, des psychiatres et mon travail aussi ! mais avec eux, psycho et psychiatres, je dis pas que je ne peux pas commencer et faire une thérapie,... et l'entretien infirmier, nous avons notre spécificité, mais je pense qu'avec les gens que nous recevons, je pense que après ce travail de recueil de données, c'est important de passer ces personnes aux psycho et psychiatre ».

Nous ferons l'hypothèse que le flou identitaire autour de la fonction des infirmiers au CMP peut conduire à la tentation de colmater avec des interventions présentées comme technicistes (l'expression « recueil de données » est à ce titre significative). Les formations dont nous avons parlé sont elles aussi « technicisantes » ; et pourtant les nouvelles tâches que les

infirmiers sont amenés à assumer, et dont ils témoignent ici renvoient à une capacité d'écoute de l'autre et dans tous les cas, mettent l'intervenant dans une situation où la relation est à la base du travail opéré.

La redéfinition des pratiques infirmières se modélise selon une modification plus générale du travail en psychiatrie de secteur ; nous pouvons aussi l'étudier à travers le prisme de la demande sociale adressée au champ psychiatrique, et voir comment les acteurs de la psychiatrie organisent une réponse aux appels du corps social, malade de l'exclusion, de ses intolérances, et de ses déviants.

III LE SOIN PSYCHIATRIQUE, ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE

1) Le bien-être et les listes d'attente au CMP

Pour mieux comprendre comment cette évolution s'est opérée, nous proposons de jeter un regard sur la manière dont effectivement les soignants se positionnent par rapport aux sollicitations « nouvelles » à l'égard de la psychiatrie. Les missions de la psychiatrie ont évolué avec le secteur, et les demandes adressées au secteur ont également évolué.

Les orientations que prennent les services, impulsées par leur hiérarchie constituent les bases dont disposent les soignants pour organiser la réponse aux demandes ; dans un second temps, ce sont les marges de liberté professionnelle qui vont permettre aux uns et aux autres de se positionner dans des choix qu'ils feront coïncider avec leurs options personnelles.

Au CMP les psychologues on l'a dit, sont confrontés à une recrudescence des demandes de suivi psychothérapique émanant de la population générale, qui renvoie sans doute à un psychologisme ambiant, et à une vulgarisation des techniques de développement personnel, dans un mouvement d'expansion de modalités contemporaines du « souci de soi » (Foucault, 2001)[52]. La demande arrive directement au CMP :

> « Vers les psychologues, c'est frappant, 'je veux voir un psychologue', même s'ils savent pas très bien ce que c'est qu'un psychologue, ... y'a une différence homme femme, pour les femmes, c'est plus facile de demander à parler, être entendue, écoutée, on a des demandes de femmes qui se rendent compte confusément que y'a quelque chose à comprendre autour de leur mal être qui a parfois des conséquences graves sur leurs enfants, etc.... et ça, ça a changé, ça leur est beaucoup plus facile, ces demandes là, on les avait pas y'a 15 ans, y'a aussi tout le réseau, elles entendent parler de nous, à la mairie, une copine, une collègue, ça ça marche beaucoup, chez les jeunes ça marche aussi beaucoup comme ça, je pense que c'est quelque chose qui a beaucoup évolué dans la population, l'idée que en parlant et en étant écouté, ça peut aller mieux, une espèce de truc comme ça, et ça alimente une demande qui est plus lente chez les hommes, mais qui finit par arriver... je pense à des hommes qui viennent une fois, et qui reviennent 6 mois après... » (une psychologue du CMP).

[52] M. Foucault, *L'herméneutique du sujet,* Ed. Gallimard Seuil 2001.

Ces demandes d'écoute renvoient à une perception diffuse mais certaine d'une notion de santé mentale, qui s'est très élargie, puisqu'elle inclut l'idée floue de « bien-être »[53]. L'adresse au CMP ne suppose plus une pathologie mentale avérée, a contrario, on peut même avancer que dans certains CMP bien identifiés par leur environnement comme lieu de consultation psychothérapique, les demandes devenant majoritairement celles de personnes ne relevant pas d'un suivi psychiatrique au sens médical du terme, et les psychologues opèrent une certaine réception des demandes qui posent question :

> « une patiente qui avait demandé au téléphone un rendez-vous, je vois arriver une dame psychotique, ça ne faisait pas l'ombre d'un doute, complètement stabilisée, et qui me dit, je veux une psychanalyse, j'étais un peu étonnée, et puis elle me raconte sa trajectoire, qui n'avait pas de problèmes financiers, qui était inscrite dans des groupes, la maison de jeunes du 16e, elle faisait de la poterie, dans des milieux normaux, elle faisait un peu étrange, mais bon...
>
> je me suis dit, je vais pas perdre du temps, y'a d'autres patients, je voyais pas ce que des entretiens pouvaient lui être utiles, je lui ai dit, qu'elle pouvait voir une assistante sociale pour trouver d'autres choses complémentaires aux choses qu'elle s'était déjà trouvé, je l'ai envoyé voir une assistante sociale...
>
> c'est peut être quelqu'un qui y'a 20 ans, je l'aurais peut être écouté plus, je me serais dit, j'ai le temps, en plus elle était pas inintéressante, elle écrit un livre, elle est pas publiée, mais j'aurais pu peut être faire un travail intéressant avec cette femme, alors que là je me suis dit, elle est pas dans un état de détresse, elle a organisé sa vie, elle peut avoir quelque chose en plus, elle vient demander quelque chose, je l'ai envoyé à l'AS qu'elle lui trouve des conférences, des machins, en milieu normal, puisqu'elle était dans un milieu normal...
>
> en pensant que j'allais pas faire évoluer sa situation fantastiquement, mais après, je me suis dit, j'ai pensé qu'elle allait emboliser du temps, je me serais jamais dit ça y'a quelques années ».

Si comme le dit cette autre clinicienne, psychologue en CMP, « la psychose, c'est le fleuron de la psychiatrie », il n'en ressort pas moins que :

> « ceux qui frappent ici (au CMP) ne sont pas des psychotiques... la plupart, c'est des problématiques névrotiques plus ou moins lourdes qui interpellent plus ou moins lourdement l'entourage, des problèmes sociaux qui peuvent recouvrir des problèmes névrotiques, et vice et versa et puis vous avez des psychotiques, là y'a aucun doute... des gens hallucinés, transparents,... mais y'a plus de mal être, de mal être transgénérationnel, ils étaient peut-être là avant mais on les entendaient moins, là c'est beaucoup plus...parce que y'a l'effet des médias aussi, avant quand on avait des problèmes avec son père, je caricature, on se faisait un ulcère, et on finissait avec son ulcère, maintenant, on va consulter, on pousse la porte d'un CMP... ».

De nombreuses études ont montré l'interaction entre l'expression d'un trouble mental et le contexte socioculturel dans lequel il émerge. Le CMP est par excellence la structure qui va se trouver à l'interface d'une modélisation sociale des troubles mentaux et la réception de cette modélisation dans le grand public, et l'expression d'une demande de ce même public qui peut

[53] Nous renvoyons ici à la définition qu'en donne l'OMS, « état de bien être bio-psycho-social ».

être autant extensive que l'est la définition de la santé actuellement. Dans ce contexte, les psychologues du CMP se trouvent en première ligne pour faire face à la gestion de ce qui constitue des listes d'attente aux portes du CMP. C'est à ce niveau que se profile une crise de sens pour les soignants, la notion même de liste d'attente pouvant être en contradiction avec la conception qu'ils ont du service public au sein duquel ils oeuvrent.

Des stratégies sont donc trouvées, qui suscitent de nouveaux conflits, aux endroits même où la notion de service public est discutée :

> « On n'est pas d'accord pour qu'il y ait une liste d'attente et y'en a pas parce que on se dit que même si nos listes sont pleines, qu'on est surbookées, de toutes façons, les patients on les voit, quitte à lui dire, on peut pas se revoir avant un mois et demi, on est deux à faire ça, systématiquement, pour les gens qui nécessitent pas spécifiquement un médecin » (une psychologue en CMP).
>
> « C'est le boulot du service public, et on devrait être en mesure de proposer des psy en privé, parce que quelqu'un qui cherche à rencontrer un psy, il est face à une forêt où il a aucune balise pour s'y retrouver, alors le dispensaire a un rôle là, même au téléphone, les gens nous le disent. je voudrais rencontrer un psy mais je sais pas comment faire... » (une psychologue en CMP).

2) La demande sociale : un « appel d'offre à la folie » ?[54]

L'abandon des structures d'accueil asilaires, c'est aussi le renvoi des patients malades mentaux dans l'espace de la cité, et c'est aussi la psychiatrie dans la cité.

Concrètement, cela prend la forme de modalités d'intervention qui n'ont pas l'approbation de l'ensemble des soignants. Il s'agit là aussi d'une interaction complexe entre une offre de soins et une demande pas toujours si évidente en termes de soins...

La première modalité d'intervention qui fait nœud pour les uns et les autres, c'est la visite à domicile. La position des soignants relativement aux visites à domicile est très différente dans les deux CMP où nous avons réalisé l'étude. Mais la préoccupation commune aux soignants est celle de la conception du soin qui sous-tend une politique. Un chef de service nous dira :

> « je pense qu'il vaut mieux attendre et rencontrer d'une façon ou d'une autre les patients, et générer chez eux un désir de venir nous rencontrer, plutôt que de leur apporter la becquée entre guillemets à la maison et je crois que ça fait appel d'offre c'est à dire que la famille, dès que y'aura quelque chose qui ira pas bien va appuyer sur le bouton, l'équipe mobile va y aller et le patient subira, alors y'aura pas de travail , avec les patients ce qui est important c'est qu'on puisse arriver à ce que le patient élabore avec nous sa problématique, dans la rencontre, alors que là on va arriver, on va lui donner ce qu'il faut, et non...
>
> si c'est un jeune schizophrène de 20 ans, c'est faire intrusion, viol, violation de son domicile, il peut vous envoyer balader, ou s'il est chez les parents, ils vont au contraire vous appeler toutes les 5 minutes et du point de vue économique, de l'hôpital, ce n'est pas rentable .. à faire trop de social, ce qui est une très bonne chose, on risque d'y perdre notre âme de psy, pour résumer.... ».

[54] un psychiatre interviewé.

Comme en écho, nous citons cette infirmière en CMP qui trouve très bien sa place dans une action très centrée sur l'aide sociale :

> « je fais beaucoup de social, parce que on n'a pas d'assistantes sociale alors une des orientations ça a été de développer le réseau et on est content ça marche bien, on travaille avec les assistantes sociales de L., on fait un bon boulot, on se rencontre régulièrement, on fait des synthèses sur les patients qui leur posent problème qui sont pas forcément des cas psy mais qu'on va voir ensemble pour des évaluations, ça s'est vraiment beaucoup développé, et nous parallèlement quand on a des patients qui ont de très gros soucis sociaux ils sont très vite dirigés et ça permet d'éviter l'enkystement des situations parce qu'avec la maladie mentale, y'a toute la misère sociale qui suit dans les trois quarts des situations, c'est quand même rare qu'on ait des malades mentaux très riches et qu'il y ait pas de soucis sociaux !
>
> On a surtout développé énormément les visites à domicile et la prévention de la rechute. Dès que les patients sortaient, hop on était sur eux ! on se présentait, on expliquait que si on venait chez eux régulièrement, ils avaient pas l'habitude, y'en avait certains pour qui ça se faisait mais c'était pas systématique alors ça a beaucoup bouleversé les habitudes des autres soignants ».

S'il est des situations où l'on retrouve la tentation d'un clivage entre le travail des uns et les aspirations des autres, c'est autour de ce qui concerne la situation sociale des patients.

Comment faire concilier la position du chef de service que nous citons plus haut avec la réalité de vie des patients qui, à Paris et région parisienne, est parfois catastrophique socialement ? comment respecter une telle éthique de soin quand les postes d'assistantes sociales ne sont pas pourvus ou en nombre insuffisant ?

Dans les faits et dans la réalité quotidienne des uns et des autres, ce qui apparaît est l'option de « garder » des patients plus longtemps en hospitalisation, quitte à ce que la durée d'hospitalisation fasse contresens d'un point de vue du soin psychique :

> « Il devrait y avoir des lieux d'accueil... nous ici on a des patients qui nous encombrent parce qu'on ne peut pas leur trouver un lieu, ... j'ai beaucoup de respect pour l'homme, de compassion pour les gens qui souffrent et qui sont dans la rue, mais quand un SDF prend le plis de venir ici, on le psychiatrise à tort ! quand un patient dépasse le temps efficace d'hospitalisation ou il se passe des choses, le temps qui court après devient un temps négatif c'est un temps qui de bon avant devient mauvais, parce que le patient sait qu'il n'a plus sa place ici, l'équipe est déplacée de sa fonction soignante, et ça fait des clashes alors...on a vu une dame;... elle vient, encore, elle délire ! de bon ça devient mauvais, parce que les patients soit ils clashent, ou bien ils font ce qu'on voyait avant, sur des temps d'hospitalisation sur des années, on peut n'être fou que pour justifier qu'on reste ! c'est un appel d'offre à la folie, mais ça, ça n'est pas entendable par certains... » (un chef de service d'hospitalisation).

Mais sur le secteur, hors hospitalisation, ce sont les infirmiers qui assument une fonction sociale auprès des patients démunis. Selon leur personnalité, leur sensibilité politique ou tout simplement leur sensibilité individuelle aux situations de détresse, les infirmiers vont s'autocritiquer dans la manière dont ils gèrent ces situations, mais le plus souvent, ils

justifient leurs actes par l'absence de choix devant la misère. On aboutit néanmoins à des situations paradoxales ; si l'on a pu dire que le délitement du lien social était compensé par une politique psychiatrique de réseau, on peut se demander jusqu'où les carences en équipement sociaux vont impliquer les soignants dans leur perception du « soin global » :

> « j'insiste pour qu'il (le patient) se douche on a les moyens ici de faire en sorte qu'ils soient propres, y'a des patients qui ont l'eau mais pas de salle de bains, juste un évier, alors on leur propose, venez le matin, ça dérange personne, vous pouvez faire votre linge, on a une douche ici (au CMP). » (une infirmière au CMP).

La confusion des rôles est prégnante lorsque les infirmières occupent en plus de leurs fonctions soignantes auprès des patients, une fonction d'assistante sociale :

> « j'aide tous les patients à faire leur dossier COTOREP, leur demande d' AAH, de maison de retraite, tout ce qui devrait être fait par l'assistante sociale, s'il y en avait une, les dossiers RMI, les dossiers CMU, on avait besoin d'être aidés ! » (une infirmière en CMP).

Pour illustration de positions diamétralement opposées, nous relevons le discours de ce chef de service, psychiatre :

> « la réalité du patient , en tant que psy, ça n'est pas mon problème, c'est une caricature, mais nous ce qui nous intéresse c'est la réalité psychique du patient, la réalité ça ne devrait pas être notre problème, alors évidemment, il nous est arrivé d'attacher des patients, ce qui est horrible, on fait des injections, on donne des neuroleptiques bien sur, mais quand on en est à s'emmêler les pinceaux avec la réalité, on y perd, alors il faut évidemment essayer de louvoyer entre les deux, on a ici, tiens, ...il a fugué... on a un patient qui est plus ou moins dément, qui est ici depuis des années, il fait la manche depuis, il a pas 60 ans, il fait la manche depuis toujours, il est là parce qu'on lui trouve pas de place ! alors là comme il avait, il a une allocation, il est sorti pour faire la manche parce qu'il pouvait plus acheter ses cigarettes, une infirmière lui a donné 200 Frs pour qu'il s'achète ses cigarettes, alors que c'est défendu de donner 200 Frs, elle le sait très bien, alors, quand on plonge dans la réalité, ça l'empêche pas de fuguer, de mourir, parce qu'il fait très froid dehors » (chef de service hospitalier).

Cette infirmière nous donne l'exemple d'un dialogue de sourds entre les tenants d'un travail sur la réalité psychique - qui serait le propre du spécialiste de la psyché - et la réalité d'un travail infirmier, réalisé dans une proximité des conditions de vie des patients, et favorisant une sensibilité et une propension à l'aide sociale, qui dans le cas présent font effectivement appel d'offre :

> « des fois je dis à mon chef de service, vous me donnez un demi salaire d'assistante sociale en plus parce que j'en ai marre, mais ça fait partie de la prise en charge globale, on peut prendre le patient comme ça et lui dire, on va vous donner vos médoc, on va venir vous voir , mais vous allez être expulsé demain, mais qu'est-ce que vous voulez que j'y fasse, parce que sa maladie, ça interfère, si on les aide pas à régler ça ils vont être encore plus malades ! on a eu une dame qui est arrivé dernièrement, qu'on connaissait pas qui était déprimée au possible, elle a vu le psychiatre pour sa dépression, le psychiatre devait s'absenter, donc il dit je veux pas la laisser trois semaines sans entretiens, il faut la voir en entretien infirmier, on apprend la semaine d'après qu'elle était expulsée à la fin du mois de mars ! on n'allait pas la laisser

comme ça, et le psychiatre il savait pas qu'elle allait être expulsée, elle lui avait pas dit ! elle osait pas le dire, et on a mis tout de suite la batterie, AS, dossier... et la situation se règle bien... et on peut pas laisser quelqu'un comme ça et faire abstraction, on va soigner le symptôme, mais si on regarde pas ce qu'il y autour,... » (une infirmière en CMP).

Parmi les évolutions que connaît la psychiatrie, nous voudrions mentionner avec les soignants que nous avons rencontrés l'importance croissante des hospitalisations d'office et la manière dont les équipes de psychiatrie de secteur sont sollicitées pour gérer l'urgence, ceci tant en service d'hospitalisation qu'en CMP[55]. Les développements précédents sur l'urgence psychiatrique rejoignent les questions et situations posées par l'internement. Nous citons le témoignage éloquent de cette infirmière de CMP au sujet de ces demandes d'intervention qui renvoient à des situations sociales souvent dramatiques, déployées dans un climat de violence dans laquelle sont immergés les soignants.

Le discours de cette infirmière tend vers le factuel, il s'agit pour elle de relater un épisode de sa vie professionnelle et la manière dont l'équipe réagit à l'urgence, mais il s'agit aussi de se distancier d'un vécu émotionnel fort. On s'attachera à entendre les silences - dont il est évidemment difficile de rendre compte dans cette retranscription – qui nous informent sur la difficulté éprouvée par cette soignante quant à la violence de la situation trouvée ainsi qu'à la nature de l'intervention de l'équipe. Ce type de situation pousse l'intervention psychiatrique à l'acmé de son paradoxe, au carrefour périlleux du soin et du contrôle d'autrui par la force et la contrainte. Le débat doit rester ouvert sur ce paradoxe bien connu, entre ce qui relève de la psychiatrie de secteur, des services sociaux, et d'une intervention policière, afin que l'internement sous contrainte soit l'objet d'une mise en pensée et ne soit pas réduit à un déploiement de force et à un passage à l'acte musclé.

L'urgence est en effet peu propice à la pensée, et c'est pourquoi il faudra focaliser l'attention sur la manière dont vont se développer les réponses psychiatriques à la demande « urgente », mais aussi à la place que les psychologues vont prendre dans ces réponses alors que nous voyons que ces psychologues sont en peine à maintenir des positions institutionnelles dans leurs services. La situation rapportée ici par cette infirmière est à ce titre intéressante dans le sens où elle fait intervenir une collègue psychologue, qui perd sur l'instant toute entière spécificité.

---

[55] Dans Le livre blanc de la psychiatrie de secteur à Paris (op. cit.), les auteurs écrivent leur difficulté à connaître exactement les statistiques de l'internement en France. Les différentes publications à ce sujet sont de méthodologie différente qui les rendent incomparables. Néanmoins, à Paris, l'on sait que l'internement psychiatrique connaît une augmentation très importante : en 2000, plus d'un patient hospitalisé sur 5 l'est en hospitalisation d'office alors qu'en 1989 il ne s'agissait que d'un patient sur 10. Les hospitalisations à la demande d'un tiers ont suivi la même évolution. Ce qui permettrait d'affirmer qu'à Paris, en 2001, « un peu moins d'un patient sur deux est en hospitalisation sans consentement ».

Nous citons l'infirmière :

> On fait toutes les hospitalisations d'office, 90 %, c'est l'équipe infirmière et un médecin qui les faisons, la semaine dernière on a eu un signalement mairie, donc des assistantes sociales. pour une dame qui n'allait pas bien, qui était délirante, qu'elle avait surtout un bébé de 2 ans. et c'est la maman qui appelait en disant qu'elle avait peur pour sa fille, pour le bébé, que sa fille menaçait de se suicider, et donc on a essayé de rentrer en contact avec cette dame qui voulait pas nous voir, on a pris contact avec son généraliste qui l'avait vue trois mois avant et qui avait vraiment constaté qu'elle avait besoin de soins psy mais qui n'avait rien fait pour autant, qui ne nous avait pas contacté et la semaine dernière devant l'immédiateté de l'urgence....
>
> une puéricultrice de la PMI a réussi à rentrer et la dame avait enjambé la fenêtre, on a été obligé de faire ce qu'on a appelé une hospitalisation d'office, donc certificat au maire, réquisitoire d'H.O., et là c'est branle bas le combat, la mairie envoie la police l'ambulance, et dans le meilleur des cas, nous on est sur place... C'est ce qui s'est passé la semaine dernière, des fois c'est très violent, là ça s'est fait très tranquillement... on est monté le médecin et moi. elle a pas voulu nous ouvrir mais on a réussi à ouvrir la porte finalement, et au bout d'une heure de négociation elle a accepté de venir avec nous, on lui a expliqué qu'on voulait pas en venir à la force, ...
>
> ça a duré une heure, où on avait ce petit gamin qui était là... bouh... et j'ai dû rester devant les fenêtres une heure que j'avais refermé en rentrant parce que c'était dans un tout petit réduit de 25 m2 mais y'avait quand même 2 fenêtres et on était au 3e étage, et c'était une situation très délicate parce qu'il a fallu placer cet enfant tout de suite, et ... et voilà quoi...
>
> et ça c'est aussi nous les 3/4 du temps parce quand il faut intervenir en urgence, que ce soit à D. ou à R., les gens appellent ici, c'est vraiment le poste clé, quoi, les urgences on attend pas la prochaine réunion de synthèse, pour savoir qui va faire l'urgence, on a eu l'appel le mercredi soir, le jeudi c'était réglé, quoi, d'autant plus qu'il y avait danger pour une femme et un enfant très jeune... l'AS s'était mis en contact avec la PMI qui avait contacté l'ASE et l'enfant a été tout de suite placé en placement d'urgence en attendant que quelqu'un de la famille ou ...
>
> donc ça aussi c'est nous, ça arrive pas souvent heureusement, et y'a les urgences , on a eu une jeune femme qui est arrivée ici pour se suicider, elle était suivie, mais elle allait très mal, c'était un gros appel à l'aide, elle s'est coupé la carotide, là c'était vraiment l'urgence pompier, SAMU... là elle va mieux, mais bon... l'été dernier, y'en a eu 2 le même jour des urgences de ce type là, y'a des moments ou on est tout seul pendant l'été, c'est vraiment dur! dans ces cas là, c'est le rapport de force, la dame en question a commencé à me taper dessus, j'ai été obligée de la contenir, de me défendre pour pas qu'elle me massacre quand même , heureusement, j'avais ma collègue psychologue qui était là, qui est venue m'aider enfin bon histoire de la tenir, qu'on médique et qu'on l'envoie à l'hôpital, mais bon,... donc là, c'est le rapport de force, ça arrive qu'on soit obligé de contenir le malade violemment, avant de pouvoir commencer les soins. » (une infirmière de CMP).

Protéger autrui de sa propre violence et d'une autodestruction, et protéger la société des individus identifiés comme dangereux ou potentiellement dangereux : si cette formule « ramassée » peut rendre compte à sa manière d'une certaine part de l'activité psychiatrique, le développement qui suit nous donne une illustration d'un type d'intervention réalisée à partir de l'identification de certains individus par leurs comportements délictuels ou criminels.

IV UNE PSYCHIATRIE VOLONTAIRE POUR L'INJONCTION ? LE CONTROLE DE LA RECIDIVE.

Le titre ambigu que nous avons choisi préfigure les questions que nous allons aborder ici, ainsi que la complexité qui les caractérise. En effet, parmi les situations « nouvelles » que peuvent rencontrer les soignants en psychiatrie de secteur, et qui posent le problème du consentement du patient, se trouve l'application de la loi du 17 juin 1998, sur le suivi socio-judiciaire avec obligation de soins.[56]

Comme nous l'avons déjà stipulé, l'intervention psychiatrique se trouve parfois dans un dilemme que pose la mise en place d'un soin sans le consentement du malade. Cette question a été traitée jusqu'à nos jours dans le cadre d'une référence à une catégorisation propre à la psychiatrie, et qui renvoie aux spécificités de ce champ d'intervention et de théorisation, c'est-à-dire la folie et la maladie mentale. Tant que la psychiatrie traite des personnes catégorisées par elle comme malades mentales, le problème que pose l'absence de consentement du patient est résolu par une légitimation de l'intervention basée sur la notion d'irresponsabilité du malade, et surtout, sur un principe de soin suite au diagnostic posé. Avec les agresseurs sexuels, nous sommes dans un cas de figure différent. L'obligation de soins dans le cadre de la loi sur le suivi socio-judiciaire s'adresse à des personnes identifiées non par la psychiatrie mais par la justice, catégorisées et condamnées pour leurs actes délictueux ou criminels à connotation sexuelle. Sur quelles bases les soignants vont-ils légitimer (ou pas) leur intervention auprès des agresseurs sexuels, c'est ce que les soignants nous diront au CMP où nous avons effectué l'étude. Plus avant, nous tenterons d'identifier ce que cette intervention va produire comme remaniement dans les modalités de penser le travail des psychologues, ainsi que dans leurs interactions avec les membres de l'équipe.

1). Les psychologues et le suivi socio-judiciaire : des soignants « hors la loi ».

Rappelons le, d'un point de vue pénal, le suivi socio-judicaire est polymorphe ; il repose sur trois volets :

- une peine d'emprisonnement avec sursis (volet le plus « classique»),
- une mesure de sûreté, qui répond à un souci de défense sociale,
- une mesure d'obligation de soin, qui vise l'efficacité de la sanction.

Ce détail permet de visualiser comment est intriquée l'action du système pénitentiaire et l'action du soignant qui va intervenir dans le volet 3 du système de sanction. Ici, il n'est plus question de s'interroger sur « psychiatrie et contrôle social », l'articulation du soin et du

[56] Nous renvoyons pour plus de détails aux textes suivants : Loi n° 98-468 du 17 juin 1998, décret n° 99- 571 du 7 juillet 1999, décret n° 2000-412 du 18 mai 2000.

répressif est manifeste, elle contraint les intervenants en psychiatrie à repenser une éthique du soin qui se trouve là sur un fil.

Précisons qu'en 2002, l'application de la loi sur le suivi socio-judiciaire reste problématique ; en effet l'écart est grand entre ce que les textes prévoient et la réalité des applications, et ceci jusqu'à mettre des équipes « hors la loi » dans ces prises en charge d'agresseurs sexuels. Nous reprenons ici la question soulevée par A. Ciavaldini[57] relativement à la grande ambiguïté qui caractérise l'absence de mention des psychologues dans ces textes. « Dans le corps de la loi et ses différents décrets d'application régissant l'obligation de soins, il n'est question que de « médecin », coordonnateur ou traitant. Dans les faits, peu de médecins de ville vont répondre à cette demande - (ils évoquent un manque de formation spécifique, par exemple) - et ce sont principalement aux équipes de secteur psychiatrique que va échoir la majeure partie du suivi de ces personnes. Compte tenu des problèmes de carences en effectif, on peut estimer qu'une large part serait à priori dévolue aux psychologues, qui ne sont pas stipulés dans la loi. Un tel cadre juridique et une telle logique légale, en excluant les psychologues, prive le système de santé, qu'il convoque par ailleurs, de plus de la moitié de son potentiel de soins psychiques ». L'auteur voit ici « l'institution d'une hégémonie médicale du soin psychique, la loi altérant l'identité professionnelle des psychologues qui voient leurs compétences psychothérapiques implicitement remises en cause ».

Le suivi socio-judiciaire associé à l'obligation de soin est en effet une nouvelle demande qui est adressée aux psychiatres. Les freins patents à une réponse efficiente vis-à-vis de la loi sont d'abord la spécificité de cette demande, qui concerne des personnes non volontaires pour une démarche de soin, à quoi s'ajoute la chute démographique des psychiatres sur l'hexagone, et une forte carence en psychiatres de secteur public. Le législateur, en excluant de la sorte les psychologues des prises en charge, non seulement ne reconnaît pas la réalité du travail psychothérapique effectué sur le terrain par les psychologues, mais, en faisant valider par un médecin les prises en charge réalisées par les psychologues, met ces derniers dans une situation doublement délicate au regard de la loi. En effet, si l'obligation de résultat n'apparaît évidemment pas en clair pour ce qui concerne la prise en charge des agresseurs sexuels, la pression sociale autour des questions de délinquances sexuelles est telle que l'on peut s'interroger jusque où peut aller la vindicte en matière de responsabilité du soignant, en cas de récidive de son « patient » pédophile, par exemple.

[57] « Pour une légitimité des prises en charge des agresseurs sexuels », A. Ciavaldini, in Le journal des psychologues, décembre 2001, janvier 2002, n° 193.

Ce préambule nous conduit sur le terrain, dans un dispensaire de service public que nous avons déjà présenté, et plus particulièrement au cœur d'une association que nous nommerons LYS, créée dans le cadre de ce dispensaire. LYS constitue un des quelques exemples en France d'une structure de soins qui ont proposé aux magistrats une possibilité de mise en place de l'obligation de soin dans le cadre du suivi des agresseurs sexuels, et ceci avant la lettre, c'est-à-dire que l'activité de LYS a débuté avant même que la dite loi soit votée. Ainsi, LYS s'inscrit dans une demande sociale concernant la gestion de la délinquance sexuelle, et même la devance. L'existence de LYS et sa reconnaissance auprès de certains magistrats la constitue partenaire potentiel de ces acteurs « justice », sans pour autant que LYS ne bénéficie d'aucune "officialisation", reconnaissance, ou prise en charge par cette Administration.

C'est sur la base d'un réseau personnel avec certains magistrats que le Dr L. reçoit des "transgresseurs sexuels" au CMP. L'activité se développe peu à peu, dans un contexte social propice, une médiatisation de la délinquance dite « sexuelle », et une certaine instrumentalisation politique de l'insécurité.

Paradoxalement, et malgré le contexte législatif actuel, LYS est "tolérée" par la tutelle de santé mais non soutenue. Là aussi, il faut spécifier que si « l'intention » de soins émane du Ministère de la Justice, il est du ressort du ministère de la Santé de fournir les moyens humains nécessaires à sa mise en œuvre.

Concrètement, les soignants – psychiatres, psychologues, infirmiers - dégagent de leur temps pour cette activité. Autant de personnels engagés au CMP qui feront le choix de diversifier leur activité, de se tourner vers un nouveau type de population, et un nouveau type de demande. Dans le cadre associatif, l'engagement de psychologues vacataires suivra.

Lors de nos premiers passages au CMP, nous avons d'emblée été avertie de l'existence de deux équipes, et non d'une seule, oeuvrant dans les murs du CMP. En effet, l'activité classique du CMP et l'activité de LYS s'effectuent dans les mêmes locaux, selon des modalités bien différentes, et impliquent des positions professionnelles différenciées de la part des soignants, ce qui n'est pas sans soulever nombre de questions.

Les discours des soignants sur l'activité de LYS gagneront à être analysés en référence à leur pratique au CMP, dite de "psychiatrie classique". Ce n'est en effet que par un jeu d'allers et retours entre ces deux champs, que l'on perçoit les enjeux en cours.

2) Du CMP à LYS, ou du « patient » à « l'agresseur » .

On l'a déjà dit, la question des nouvelles demandes adressées à la psychiatrie condense à elle seule un grand nombre des débats autour de la psychiatrie et de son devenir. Nous n'allons pas ici débattre du bien-fondé de la loi sur le suivi socio-judiciaire, ce qui équivaudrait à une analyse sociologique de la gestion pénale des délits et crimes sexuels. En revanche, les soignants rencontrés ont posé le problème de la définition du « public » reçu, qui se trouve au centre d'enjeux importants et rassemble également des motifs de conflits.

Les demandes qui s'adressent à LYS proviennent de magistrats, ou encore de soignants pénitentiaires, quand il s'agit de personnes ayant connu une période de détention. Il s'agit de personnes condamnées à un suivi socio judiciaire ou sous obligation de soins, les contextes juridiques de ces obligations de soin pouvant être variés.

A LYS ces personnes sont dénommées et rassemblées pour les interventions sur la base de leurs actes : pères incestueux, exhibitionnistes, pédophiles,... et ces différentes "catégories" sont rassemblées sous l'appellation de "transgresseurs sexuels". Ce public suscite de nombreuses réactions chez les soignants du CMP : rejets, peur, voire fantasmes latents de contaminations des autres patients ("de nos patients", ceux du CMP). La stigmatisation sociale qui touche ces consultants résonne avec la transgression mais aussi la monstruosité, c'est la stigmatisation de ceux qui commettent « le crime des crimes », le crime sur enfant.

Mais ces réactions s'étendent également aux soignants qui s'impliquent sur LYS, dans un amalgame contaminant qui assimilerait ce public aux orientations sexuelles condamnées, aux soignants qui s'impliquent auprès d'eux : ceux-ci sont l'objet de sentiments ambivalents, mêlés d'admiration et de suspicion, de la part des soignants "CMP". L'idée que cela doit leur plaire "quelque part", de travailler avec ces populations révulse, mais aussi intrigue. Ce que nous pourrions appeler un "phénomène d'attraction/répulsion" est patent, d'autant que les soignants sont sollicités par le chef de service, pour participer à l'activité de LYS.

Le public de LYS tend à constituer une surface de projection pour des conflits qui sont d'ordre institutionnel, pour des questions où chacun est concerné personnellement, dans son déroulement de carrière, dans des positions éthiques, déontologiques, voire morales.

Le point commun de ces consultants est l'absence de demande, qui émanerait d'eux-mêmes. La demande émane d'un tiers, et cet élément condense à lui seul de nombreuses contradictions, tensions, et débats chez les soignants. Car ce qui est en jeu ici c'est la possibilité même d'établir une relation thérapeutique avec le consultant sous obligation de soin. L'auteur d'agression sexuelle qui, au sortir de la prison vient consulter au dispensaire de secteur, est souvent porteur de la demande d'un autre : celle du juge ou de l'agent de

probation. Pour ce condamné récemment libéré, le psychiatre de secteur est rapidement englobé dans la nébuleuse persécutrice de tous ceux qui l'empêchent de jouir de la liberté retrouvée. C'est dire que l'établissement d'une relation thérapeutique authentique ne va pas de soi. Comment construire un espace de confidentialité avec le patient tout en maintenant un travail de partenariat avec la justice ?

A leur arrivée au CMP, les personnes consultant à LYS sont reçues par un ou deux membres de l'équipe, souvent infirmiers, pour "évaluation". En termes institutionnels, on peut faire le parallèle entre l'évaluation confiée aux infirmiers à LYS, et les premiers accueils également réalisés par les infirmiers au CMP dont nous avons précédemment parlé. L'évaluation consiste en un ou plusieurs entretiens "d'exploration" dont l'objectif (théorique) est de déterminer avec la personne dans quel type de prise en charge elle va s'inscrire. L'évaluation est pratiquée et formalisée par un système de grille, document conçu en interne, et à usage interne au service. Lors de la réunion hebdomadaire de l'équipe, les soignants communiquent les résultats de l'évaluation et répartissent les demandes en fonction des groupes existants. La prise en charge de ces personnes est essentiellement groupale. Il nous sera dit que lors des entretiens d'évaluation, le maximum est fait de la part du clinicien pour inciter le consultant à accepter une prise en charge groupale. Les consultations individuelles sont restreintes au minimum, et quand elles ont lieu, une incitation à rejoindre les groupes est faite par le soignant. Précisons que les suivis socio-judiciaires, ou les obligations de soins s'étalent sur des durées de 6 mois à 3 ans.

Les modalités de prises en charge sont essentiellement groupales. Les motivations qui nous sont données pour cette primauté donnée au travail de groupe renvoient à une possibilité d'accueil élargie. Chaque groupe (hormis le psychodrame qui contient 3 à 4 personnes), peut admettre entre 10 et 15 personnes. La nature du travail réalisé est également évoquée : on insiste sur la fonction de prévention de la récidive, et du traitement de la récidive. La fonction "thérapeutique" de ces groupes, lorsqu'elle est évoquée, est fortement mise en doute par les soignants eux-mêmes. En fait, cette fonction thérapeutique n'apparaît pas en tant que telle dans les objectifs. Il y a ici collusion entre une démarche clinique et un mode de pensée qui appartient à la justice, ou au champ social en général.

3) Stratégie institutionnelle et choix des acteurs.

D'un point de vue institutionnel, le discours hiérarchique porté par Dr L est le suivant : la psychiatrie évolue, et doit faire face à de nouvelles demandes. L'activité « classique » de la psychiatrie, nommée sur le service "psychiatrie générale", est amenée à disparaître. De plus,

cette activité n'appelle pas de nouveaux fonds, il y a donc nécessité de pallier les déficits publics par des moyens nouveaux, en matière de financement mais donc aussi en matière de mission et de public. En fonction de ces éléments, chaque membre de l'équipe, qu'il soit psychologue ou infirmier, doit se positionner, à savoir, s'il est prêt ou non à travailler auprès des "transgresseurs sexuels". D'une manière générale, la réponse individuelle des soignants s'opère dans une tension entre la représentation que chacun se fait de son travail, de ses compétences, de son désir de soignant, et de la pression interne à redistribuer les attributions de chacun. Certains infirmiers évoqueront un sentiment d'incompétence, non seulement face à la spécificité du public (spécificité supposée, supposition émanant de la désignation de ce public comme transgressif), mais aussi face aux techniques employées avec ce public (techniques de groupe, et approche comportementaliste).

Dans les discours, les résistances des membres de l'équipe CMP se condensent autour de la spécificité du public de LYS. Cette spécificité "justice", qui est connotée en termes psychiatriques à la perversion ou aux « troubles de l'orientation sexuelle » appelle des arguments du type "on n'est pas formés à ça".

Comme le dit cet infirmier :

> « on va être amené à prendre en charge des groupes, c'est le projet médical, nous en tant qu'infirmier on suit le projet médical, moi je suis pas spécialiste des groupes donc là on aura besoin d'une formation, c'est clair !.... mais pour LYS... je ne me sens pas suffisamment... je pense que je serais trop touché par ce que j'entendrais, je pense pas pouvoir le supporter, honnêtement.. ça me serait très difficile de garder mon calme, bon, c'est mon boulot, je le ferais, mais si c'est pour rentrer chez moi trop mal, à ne plus pouvoir lâcher mon fils dans la rue ! c'est même pas la peine... alors s'il le faut, on le fera, mais alors, bien, bien formé... ».

Et pourtant, ce même infirmier dira :

> « j'ai fait pas mal de formations, j'essaye d'en faire à peu près tous les ans, mais à chaque fois j'ai été déçu.. je crois que le problème de la psy, c'est que y'a pas de réponses particulières, précises... ».

Des formations sont en effet proposées au personnel qui le souhaite. Néanmoins, le corpus théorique qui renvoie à ces questions en psychiatrie est faible, et d'ailleurs les soignants de LYS travaillent et se forment selon des contenus élaborés par l'équipe elle-même.

Dans la même veine, une collègue infirmière :

> « l'aspect agresseur, victime... ce doit être particulier de travailler avec des pédophiles, j'ai un enfant... je ne sais pas si je peux travailler avec des violeurs, je ne pense pas...bien sûr, les gens qui travaillent à LYS, je pense qu'ils font des formations, il faut savoir s'y prendre, mais c'est pas ça qui change votre personnalité ».

Ces soignants mettent en évidence une distinction importante des différents volets « formation » qui peuvent intervenir dans la relation à leur patient. La diversification du travail infirmier en psychiatrie de secteur se fait d'autant plus facilement que les nouvelles tâches attribuées ont une valence technique importante. Ces témoignages rendent compte de la nécessité pour le soignant d'en passer par un travail sur soi afin d'être en mesure de surmonter dans son travail des difficultés relatives à sa propre situation psychique.

Dans les faits, l'existence de LYS a remodelé la répartition des activités, et aussi les spécificités de chacun, jusqu'à provoquer un certain flou dans les attributions, voire les identités professionnelles des uns et des autres. Le signe le plus patent de cette redéfinition des attributions est en effet illustré par les infirmiers qui ont connu en participant à LYS un élargissement de leurs responsabilités, une reconsidération de leur place et fonction au sein de l'institution, et pour certains d'entre eux, une valorisation professionnelle et personnelle.

> Cette situation a pu inciter à attribuer d'une manière indifférenciée le titre de "psychothérapeute", aux infirmiers et aux psychologues de LYS, notamment en vue de présentation du service sur l'extérieur. Les infirmiers amenés à diversifier et élargir leurs tâches et responsabilités se désignent eux mêmes parfois comme psychothérapeutes ; cette infirmière, formée à la victimologie se présente ainsi :
>
> « Je suis thérapeute, sur le groupe au même titre que mes collègues, nous faisons ce que fait un thérapeute sur un groupe hein... on essaye d'aider les gens à verbaliser, on essaye de maintenir le groupe, voilà !... thérapeute, quand on parle de thérapeute, il semble que la définition, c'est à partir du moment où on est dans la position, dans la relation d'aide, on est dans la position de soignant, on est thérapeute ».

Et cette soignante ajoute :

> « disons qu'on a enlevé le psy, de psychothérapeute, pour ménager la susceptibilité des psychologues ! qui sont eux psychothérapeutes, qui se revendiquent comme tel en tous cas ! ».

Le flou identitaire qui caractérise la fonction d'infirmier psychiatrique aujourd'hui favorise des débordements : cette infirmière témoigne de sa difficulté à maintenir ses repères professionnels : « le travail d'infirmier il est assez mal délimité.. on empiète sur beaucoup de gens... on peut être amené à aller faire des déménagements,... aller chez un patient pour réparer une télé, ça permet le lien, c'est clair que c'est l'avantage, mais je suis pas là pour ça, et je suis pas spécialiste, y'a des gens pour ça ! ».

Dans ce contexte, nommer chacun « psychothérapeute » comme cela a pu se présenter sur le service peut valoir de tentative de gommer les différences identitaires des soignants, par une uniformisation "vers le haut", c'est-à-dire, vers une fonction "thérapeutique". Néanmoins cette position a levé des enjeux de reconnaissance professionnelle, et de différenciation, de part et d'autre. Pour les psychologues, la défense de leur formation et de leurs compétences est en jeu. Pour les non-psychologues, il y va de la reconnaissance de leurs nouvelles

attributions, et de leurs responsabilités dans l'animation des groupes. Pour le responsable du service, il s'agit d'une volonté de présenter l'activité aux partenaires "justice", d'une manière lisible, unifiée, en cohésion avec une démarche de soins et reconnue comme telle.

L'enjeu pour les psychologues peut être également d'ordre clinique, et de défense d'une certaine pratique et d'une certaine déontologie. Car au delà d'une dénomination des acteurs par l'attribution d'un titre, les questions posées par ces nouvelles pratiques psychiatriques s'étendent à l'objet même du travail réalisé.

4) La redéfinition du référentiel d'intervention au dispensaire

L'activité de LYS a donc modifié le paysage au CMP, de par la spécificité du public accueilli, mais aussi de par la nature du travail réalisé, qui impose une refonte des représentations quant à la mission même de soignant.

Nous l'avons dit, le public est qualifié non pas par la psychiatrie elle-même, mais par la justice. Les consultants sont appréhendés en premier lieu au regard de leurs actes, répréhensibles par la loi. Ce schéma échappe aux modalités classiques d'adresse à la psychiatrie. Le champ psychiatrique perd en cela l'antérieure pratique de qualification de son public, par une classification nosographique qui lui est propre.

LYS a ainsi adopté - comme cela s'est déroulé concernant d'autres demandes et d'autres publics (celui concerné par la grande précarité par exemple) - un nouveau référentiel, afin de répertorier ces consultants en fonction de critères et catégories, ceci dans un après coup de la stigmatisation sociale des consultants (exemple : notion de « personnalité immaturo-névrotique »).

L'obligation de soin comme modalité d'adresse aux soignants bouleverse les références de base d'une tradition de soin en santé mentale. La notion de contrainte, ou d'obligation, oblige les soignants à repenser leur position éthique vis à vis du consultant. La référence à la contrainte en psychiatrie se fait jusqu'à nos jours dans un renvoi à la notion de dangerosité, pour soi-même ou pour les autres. Avec ces nouveaux publics, les soignants sont amenés à constater que dans la grande majorité des cas la folie ne fait pas partie des tableaux cliniques, ces consultants étant dits relever de structures névrotiques, voire perverses, ceci selon la catégorisation classique utilisée en psychiatrie.

Il s'agit donc d'admettre, pour penser l'action à mener auprès de sujets « agresseurs sexuels », que l'objet de l'intervention concerne bien une notion de dangerosité qui a trait au contrôle de l'activité sexuelle de ces patients. Si cette activité est dite « perverse », et renvoie à une structuration psychique perverse, elle sera alors d'un point de vue psychanalytique désignée

comme inaccessible au changement. On voit que cette lecture peut s'allier à une modification de la structure même de l'intervention, non plus pensée en terme de soin, mais en terme de contrôle d'un potentiel de répétition de l'acte dit dangereux.

Le bouleversement des référents en place a donc lieu dans l'acceptation d'une collusion entre les intérêts de la psychiatrie et ceux de la justice, ceci au point d'amener les soignants en psychiatrie à modéliser leur action en fonction des critères propres au contrôle social de la délinquance et criminalité sexuelles.

Comme en témoigne une psychologue de LYS, le contrôle de la récidive par exemple est identifié comme objectif principal des actions menées :

> « dans le soin aux agresseurs sexuels, je vais pas les transformer quoi, je vais pas les... je vais essayer de leur apporter quelque chose qui va les empêcher de récidiver, c'est quand même ça le but, je vais pas faire devenir un pédophile hétérosexuel non, par contre, pour qu'il récidive plus, si on peut l'orienter vers une homosexualité avec des partenaires jeunes, ... ce n'est pas quelqu'un qui vient, que je vais soigner, sinon, il faudrait une analyse pendant 15 20 ans, le but, c'est qu'il récidive plus, et d'abord on a un temps déterminé, en 2 ans, qu'est-ce qu'on peut faire... quelqu'un qui veut être que dans le soin, ça me paraît compliqué avec l'obligation de soin ».

On peut se demander alors comment soutenir que l'obligation soit celle d'un « soin » ?

La dénomination de "psychothérapeutes" à l'adresse des soignants inscrits dans ce type de démarche, comme cela est couramment le cas - la situation s'est posée au CMP d'une telle désignation collective des intervenants – semble encore renforcer une confusion sur la nature du travail réalisé, et maintenir davantage l'ambiguïté sur celle-ci.

D'importantes questions éthiques et déontologiques sont ici posées, dont les prolongements concernent aussi le contrôle de l'effectuation du soin obligé. Les juges doivent en effet obtenir la délivrance des certificats de présence aux groupes. Comme le stipule la loi, la présence d'un tiers (médecin coordonnateur) qui ne soit pas le thérapeute effectuant le suivi, mais qui produit cette attestation de présence est très importante. Une psychologue de LYS en témoigne :

> « Je leur délivrais moi-même l'attestation au début, sans trop avoir réfléchi. Je me suis aperçu que cette fameuse attestation vidait complètement de son sens la démarche des sujets parce qu'ils viennent pour le papier. Ils venaient pour avoir la paix avec la JAP... et tant qu'ils pouvaient fournir ce papier, on leur demandait plus de compte ».

Comme le dit un des infirmiers de LYS,

> « la plupart qui viennent sont des dénégateurs jusqu'au bout, et la plupart viennent pour le papier que nous établissons, et qu'ils donnent à leur agent de probation ».

Selon une des psychologues, le fait qu'un tiers délivre cette attestation permet de contrer une confusion entre soignants et acteurs du système judiciaire. De plus, l'attestation de suivi non délivrée par le soignant qui effectue le soin présente aussi l'avantage de ne pas renforcer une forme de décharge de responsabilité des juges :

> « ce fameux papier, pour les juges aussi ça signifie avoir la paix avec ces sujets transgresseurs, pour les juges, le fait qu'ils viennent nous voir régulièrement, qu'ils apportent le papier régulièrement, ils pensaient qu'ils étaient surveillés... hors nous ne les surveillons pas... c'est au JAP et au contrôleur judiciaire de passer suffisamment de temps avec le sujet pour le faire parler de ce qu'il fait et de repérer ces éléments là, (qui tendent vers la récidive) » (une psychologue de LYS).

Les consultants de LYS n'ont pas de demande. Cet élément qui découle du précédent, (la notion de contrainte) contribue à un basculement des repères pour une pensée sur l'intervention des soignants. La notion de demande de soin en santé mentale est centrale, ceci pour des motifs qui fondent le concept même de soin, et la possibilité même de sa mise en oeuvre. Là encore, ce sont des questions éthiques qui sont posées.

Le soin en santé mentale repose sur la possibilité de faciliter pour le sujet l'accès à sa responsabilité, l'accès à son propre mode de fonctionnement psychique ou mental, qui conditionne sa place dans le monde, en tant que sujet. La demande émanant de ce sujet est l'élément fondateur d'une telle démarche de soin, qui par définition ne peut se faire en dehors du sujet, mais bien avec son désir de se responsabiliser au regard de sa propre existence.

Proposer une intervention soignante en dehors de cette demande initiale constitue une contradiction majeure qui est posée ici comme inscrite dans le déroulement normalisé du service.

La contrainte gagne les soignants qui s'enferrent parfois dans cette modalité d'intervention, comme le dit ce psychiatre :

> « d'ailleurs de fait, nous sommes quasiment condamnés avec nos déviants puisque ça nous oblige à un suivi, ça nous oblige à faire des attestations pour le JAP, ou pour l'agent de probation, après chaque consultation ou après chaque groupe, nous faisons des attestations qui valent, en respectant le secret médical bien entendu... sauf à ce que nous ayons connaissance d'une récidive, auquel cas nous sommes obligés de le faire savoir au magistrat, ce qui nous met dans une relation de double lien avec les patients, avec les sujets, qu'il faut plus appeler des sujets que des patients parce qu'ils ne présentent pas de maladie mentale, ce sont des troubles de la personnalité ».

Les soignants décrivent leur épuisement, leur incapacité à travailler, dans un contexte de soin individuel. Les consultants expriment en effet une relative docilité face à la contrainte (en se rendant aux rendez-vous fixés), mais n'offrent pas de possibilité d'accès à des contenus psychiques ou à des vécus d'ordre émotionnel ou affectif.

« (en entretien individuel) certains délinquants sexuels étaient un peu usants, ' ouais, je viens parce que le juge me l'a dit !', y'avaient ceux qui acceptaient le jeu, ceux qui se laissaient faire, et d'autres qui résistaient plus, y'avait une usure de ceux qui les recevaient en entretien et donc ce qui fait que rapidement y'a des trucs qu'on a fait en couple de thérapeute, et après y'a eu un basculement vers les groupes » (un psychiatre de LYS).

La difficulté de ces suivis individuels constitue une pierre d'achoppement qui soulève la nécessité de repenser l'intervention par les activités de groupes, assimilées par certains soignants à un "travail pédagogique".

Le cognitivo-comportementalisme

C'est que les référents théoriques à l'œuvre au CMP et à l'annexe sont variés. Ils sont le reflet des changements intervenus dans les formations préparant par exemple à la profession d'infirmier (de la spécialisation psychiatrique à l'infirmier DE), mais aussi à la profession de psychiatre. A un second niveau, cette diffluence dans les référents théoriques renvoie également à la diversification des fonctions.

La mise en place de LYS a eu pour conséquence d'introduire des référents théoriques, existant par ailleurs, et a aussi suscité la création de références internes à l'institution, diffusées ensuite à l'extérieur. Ces diverses références cohabitent, non sans altérer une cohésion d'équipe, avec les référents analytiques, classiquement dominants au CMP. Le fait qu'il existe "deux équipes", passe aussi par cette divergence de références.

On retrouve là l'expression d'un phénomène plus étendu dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie : la supplantation des référents théoriques psychanalytiques, (avec ses extensions en terme de psychothérapie institutionnelle) par une référence croissante aux techniques cognitivo-comportementalistes. Il ne s'agit pas en l'occurrence d'un passage de l'un à l'autre de ces référents. L'influence de ces références théoriques se fait selon les deux structures, c'est-à-dire, selon deux "missions" différenciées, et deux publics distincts.

La référence psychanalytique domine en effet parmi les soignants oeuvrant au CMP, le soin est alors pensé en terme individuel, et on rencontre des extensions, en terme "d'écoute", ou encore de "thérapie d'écoute", qui renvoient à ce que R. Castel a pu déceler comme phénomène de diffusion du référent psychanalytique, dans diverses formes de thérapie toutefois éloignée de la pratique analytique.

Les soins infirmiers sont pensés par les soignants là aussi en fonction de leur formation debase, spécialisée ou pas. C'est surtout le degré de technicité de leur pratique qui est l'objet d'une représentation différente (Les infirmiers DE mettent davantage l'accent sur cette technicité de "l'acte infirmier"). Néanmoins, les infirmiers psychiatriques (ancienne école)

renvoient de manière plus ou moins explicites à la thérapie institutionnelle, et à ses présupposés, même s'ils ne sont plus dans une pratique qui y correspond. C'est alors la valence relationnelle qui est dominante dans leur travail. Ces infirmiers insistent sur le lien qu'ils entretiennent avec leurs patients, sur l'attention qu'ils portent à l'aménagement de leur vie quotidienne.

On retrouve chez ces infirmiers les mêmes flottements dans leurs attributions que ceux précédemment rencontrés dans le dispensaire présenté plus haut. Ce soignant en parle ainsi :

> "... Dans le cadre de la psychiatrie générale, je vois quelques patients en suivi d'écoute...pour les aider, je contacte des AS , la banque de France pour un dossier de surendettement,... C'est d'ailleurs un sujet que j'avais vu dans le cadre d'une problématique incestueuse, le couple a divorcé et ils se retrouvent avec deux dossiers de surendettement, là c'est plutôt un suivi social qu'un suivi d'écoute ceci dit ça fait quand même trois mois, non trois ans, que je le vois une fois par mois ! ».

Le changement de public et d'objet provoqué par l'activité de partenariat avec la justice a donc amené l'équipe à changer de référent théorique et à conduit à de nouvelles pratiques.. La référence dominante pour les activités de LYS sont les techniques cognitivo-comportementalistes, issues des pratiques canadiennes auprès de transgresseurs sexuels, même si elles ne font l'unanimité dans l'équipe. Ainsi, certains soignants maintiennent dans leur discours ou dans leurs pratiques leur référence analytique.

Selon les soignants, l'adoption de ces techniques comportementales est liée à la particularité de ce travail avec les agresseurs sexuels : les objectifs de l'intervention, sa finalité, formulée non en terme de soin, mais en terme de gestion de la récidive. En termes de pratique, cela signifie qu'une "écoute empathique" ne permet pas de lever les résistances et les dénis des actes. Les soignants expriment la nécessité d'être directif, de lever les discours, notamment autour des actes commis. Ecoutons cet infirmier :

> « Autant on peut être dans une situation d'écoute tranquille de type analytique avec les sujets qu'on reçoit dans le cadre de la psychiatrie générale, autant dans le cadre de l'ABC, les sujets, s'ils ne nient pas, s'ils ne sont pas dans le déni, ils vont minimiser le passage à l'acte alors moi personnellement, j'utilise plutôt les actions anglo-saxonnes, je vais leur pointer, sinon, il se passera rien ! ».

Au niveau des actions de groupes,

> « on travaille sur le passage à l'acte, c'est comportementaliste de toutes façons, donc le passage à l'acte est disséqué au tableau, ça se fait en groupe, donc au bout d'un temps X tout le monde aura décortiqué son passage à l'acte, et suite à ce passage à l'acte, la personne doit arriver à trouver quelle est sa situation à risque, à partir du moment où elle sait quelle est sa situation à risque, elle peut arriver à mettre en place des éléments pour ne pas se trouver dans cette situation et comment ne pas passer à l'acte, voilà. » (une infirmière).

Au CMP, les psychologues ont une activité bien identifiée par l'équipe, de consultation thérapeutique, individuelle, qu'ils mettent en oeuvre selon leur formation, leur parcours, et leur éthique professionnelle et personnelle. Ils ont en charge plus particulièrement des consultants présentant des problématiques névrotiques, mais pas uniquement. Certains d'entre eux suivent en psychothérapie des patients accompagnés sur le versant médicamenteux, par un psychiatre. D'un point de vue institutionnel, les psychologues sont, selon les responsables, "la profession montante". La chute de la démographie des psychiatres se fait sentir sur la structure, et les psychologues sont en première ligne pour supplanter ces absences. Les psychologues constituent dans ce cadre la profession référence pour "asseoir" une pratique, et sa reconnaissance sur l'extérieur.

Les psychologues sont ainsi l'objet d'ambivalence. La mise en cause de leur statut et de leur formation, profilée par l'éventuelle réglementation sur les psychothérapeutes, mais aussi l'homogénéisation (souhaitée par les non psychologue), des fonctions dans le cadre de LYS, entraîne, de la part de certains autres soignants, une propension à banaliser les compétences du psychologue, ainsi qu'une tendance à l'auto attribution de ces compétences.

Il semble que devant ce qui est considéré par certains psychologues comme des attaques à leur identité professionnelle, les formations complémentaires et personnelles qu'ils ont suivis prennent une dimension défensive, quant à leur place dans l'institution, et à une éthique de soins. Par ailleurs, la formation psychanalytique devient dans ce cadre un enjeu important, tant parce qu'elle est le signe d'une particularité propre au psychologue (dans certains cas), que parce qu'elle apporte une base pour à certaines pratiques de soins, et les arguments pour la défense d'une certaine éthique des soins.

ooo

CHAPITRE VI

DES PSYCHOLOGUES ET DES PSYCHIATRES

Anne Golse

Dernier volet de notre recherche, à l'échelon plus global de la profession. Il nous semblait important de prendre du recul sur ce qui se vit concrètement au jour le jour dans les secteurs pour tenter de cerner des enjeux plus globaux au niveau de la professions de psychologue et notamment de sa confrontation au monde médical de la psychiatrie. En effet, forts des données issues des deux autres terrains, nous voulions interroger des psychiatries et des psychologues ayant des mandats représentatifs ainsi que d'autres qui n'ayant plus de mandats pouvaient cependant rendre compte de l'évolution de ces deux professions concrètement engagées dans le champ de la psychiatrie publique. Cependant notre intention n'était en rien de réduire cette partie de l'enquête à des enjeux professionnels mais plutôt de chercher à comprendre comment les enjeux actuels de ces deux professions peuvent nous aider à comprendre les transformations en cours.

Le problème qui s'est posé à nous était à l'évidence le morcellement des organisations professionnelles des psychologues. En effet, il existe environ 300 syndicats et associations de psychologues cliniciens. De plus la profession est actuellement portée par un dynamisme revendicatif sous forme d'un collectif national des psychologues de la fonction hospitalière. Face à cette diversité, nous avions fait le choix de rencontrer deux représentants du SNP, syndicat ayant la plus forte représentativité même s'il ne pouvait pas à lui seul représenter la diversité des groupes professionnels. Mais à côté, nous avons rencontré trois autres psychologues dont l'ancienneté dans la profession et dans le champ de la psychiatrie publique permet de prendre un peu de recul historique pour voir les transformations à l'oeuvre.

Du côté des psychiatres, la question de la représentation ne se posait pas dans les mêmes termes quant à la représentation syndicale. Mais nous avons surtout fait le choix de l'aborder différemment. Nous n'avons pas cherché à rencontrer des représentants syndicaux. Pour être au cœur des enjeux de la psychiatrie publique, nous avons fait le choix de rencontrer des psychiatres ayant des mandats représentatifs autres puisque nous avons rencontrés un

représentant de la Conférence des Présidents de CME de CHS ainsi qu'un psychiatre ayant assumé un mandat dans cette Conférence et donc des psychiatres et chefs de service élus par leurs collègues de leur hôpital de référence et chargés de les représenter auprès de leur Ministère de tutelle. Un tel choix nous permettait de rencontrer des psychiatres des CHS, qui représentent encore la plus grande part de la psychiatrie publique après avoir incarné l'essentiel de son histoire.

A l'évidence le sujet était et reste d'actualité. En effet, quand nous avons commencé à prendre des contacts avec la Conférence des Présidents de CME de CHS, nous avons appris que, parallèlement au groupe de travail sur « L'évolution des métiers en santé mentale », qui commençait ses travaux, Le Président de cette Conférence avait proposé au SNP des rencontres entre ces deux organisations pour aborder les questions de la place des psychologues dans le champ de la psychiatrie publique ou du moins d'une grande partie de celle-ci, les CHS. Ceci confortait notre choix mais rendait plus complexe notre travail car nous ne voulions pas interférer avec ce qui devait se traiter dans ces réunions. C'est ainsi que nous avons pris la décision de retarder cette partie de la recherche.

Que ce soit avec les psychologues ou avec les psychiatres, nous avons ainsi effectué une série d'entretiens qui ont chacun environ trois heures ainsi qu'un grand nombre d'échanges téléphoniques échelonnés sur plusieurs mois[58].

C'est ainsi qu'au fil des entretiens se sont vérifiés un certain nombre d'éléments déjà dégagés dans les deux premières parties de la recherche, à savoir un rôle propre au psychologue mais aussi une variabilité de la répartition des entretiens entre les différents intervenants en psychiatrie publique, auxquelles il faut ajouter un repérage externe de plus en plus forte des psychologues comme interlocuteurs privilégiés. Ces entretiens ont également permis de mettre à jour quelques éléments organisateurs de ce que l'on pourrait nommer un paradigme psychologique qui s'affirme et se différencie de ce qui est nommé comme « le médical », le fait que la transversalité n'empêche pas un sentiment d'appartenance à l'institution psychiatrique et un attachement au secteur mais qu'en même temps les imaginaires professionnels contrastés sont porteurs d'un déplacement des conflits. Mais surtout il est apparu que l'ouverture de la psychiatrie publique avec les nouvelles missions, l'augmentation et les transformations des demandes externes, le redéploiement des compétences sous-jacent amène les psychologues à occuper une place de plus en plus importante au sein de la psychiatrie publique mais s'accompagne d'un déchirement des

[58] Toutes les citations des deux premières parties sont tirées des entretiens réalisés avec les psychologues, ceux de la troisième partie des entretiens réalisés avec les psychiatres.

psychiatres entre la médicalisation complète de leur profession ou le maintien des enjeux posés avec l'invention du secteur.

I. Repartition du travail et demandes externes

Les psychologues ont désormais pour fonction essentielle de faire des entretiens. Cette place leur vient de deux sources différentes : l'une interne par répartition interne du travail entre les différents intervenants, l'autre par la demande externe.

Tous les psychologues que nous avons rencontrés font état d'une demande accrue en CMP Comment s'organise la répartition des demandes ? La réponse est variable d'un secteur à l'autre voire d'un CMP à l'autre et notamment de consultations psychologiques : «il y a une demande énorme du public, on est quasi aspirés, la demande de psychologue est partout », « on est submergé de demandes dans les CMP, les gens veulent voir un psychologue » En terme de quantité ce serait massivement les psychologues qui seraient sollicités : « à 80 % sur les fiches infirmières c'est marqué psychologue ». Il semblerait que cette demande vienne d'une identification forte du psychologue et de sa spécificité. En effet les gens qui consultent savent pourquoi ils veulent voir un psychologue

> « En CMP, il y a beaucoup de populations non malades qui pourrait aller en libéral mais qui n'a pas de solvabilité d'où le CMP »
>
> « Les psychologues ont un degré de liberté pour travailler la question du lien, c'est pour çà qu'on vient nous voir ».

Mais de manière explicite c'est la différence par rapport au psychiatre qui est posée :

> « Pourquoi un psychologue ? Il y a 1000 raisons. Psycho, c'est pas la folie, quelqu'un avec qui causer...socialement c'est de plus en plus repéré comme quelqu'un à qui on peut causer »
>
> « de plus en plus le public fait la différence, la demande ne se fait pas par ignorance mais parce qu'ils ont des repères par rapport à nous, on rencontre un psychologue pour nouer quelque chose de relationnel, pour lui parler, être écouté et entendu »
>
> « Avec le psychologue on sait que pas de médicaments, pas d'hospitalisation »
>
> « J'ai pas besoin d'un psychiatre, un psychologue suffira ».

A travers certains dires, le psychologue parait plus facile d'abord car on ne craint pas ses pouvoirs :

> « Avec le psychologue, ils savent qu'ils peuvent claquer la porte, ne pas revenir, alors qu'avec le psychiatre... ».

Les psychologues veulent être clairement identifiés mais il semble cependant à les écouter que la répartition actuelle du travail montre l'existence de zones de compétence

commune avec les psychiatres ou du moins d'une demande plus indifférenciée ou d'un principe de répartition moins clair qu'il n'y parait :

> « Dans la réalité, ce sont les secrétaires qui font la répartition, en fonction du planning, plein, pas plein... si une personne demande plutôt un psychiatre ou si elle est plutôt fixée sur un psychiatre, ou si on peut lui coller un psychologue... ou s'il demande un psychologue... Les CMP où il y a systématiquement entretien avec l'infirmier, çà se développe, parce que les rendez-vous sont pleins, l'infirmier voit si c'est urgent ou pas urgent, c'est une extension de l'évaluation faite par les secrétaires,... la répartition soulage le PH en envoyant vers le psychologue les personnes dont les troubles ne sont pas psychiatriques ».
>
> « C'est l'infirmier qui voit systématiquement, qui dit : c'est pour le psychiatrie, c'est pour le psychologue ».
>
> « On a une population en augmentation à prendre en charge, on va demander au psychologue, on va pas attendre qu'il y ait un traitement médical, il peut y avoir un traitement sans médicament, çà s'accepte de plus en plus ».

Les autres demandes adressées au psychologue en interne montre que les critères de répartition sont variables. Des psychiatres vers les psychologues, on peut repérer plusieurs possibilités. Il peut se faire que l'indication se fasse selon une bipartition « psychiatre/médicament, psychologue/entretien » :

> « Pourquoi on m'envoie des gens ? Pourquoi un tel et pas un tel ? Le psychiatre voit quelqu'un, il met un traitement médical en place. Si çà se prolonge, il le passe au psychologue parce qu'il a l'impression que les entretiens sont nécessaires et que le traitement est calé...; des fois... des gens arrivent après avoir été longtemps suivi par le psychiatre..., tout d'un coup il s'en débarrasse. Est-ce que c'est parce que ce sont des cas légers ? En partie. J'ai l'impression que ce sont des cas où la chimio a peu d'effets qu'il vaut mieux un travail psychologique soutenu »
>
> « Dans certains secteurs, c'est souvent pareil, le psychiatrie pour le renouvellement du traitement tous les mois, ou deux mois...le psychologue pour ceux qui demandent à parler ».

Mais de manière plus claire ceci peut s'énoncer sous forme d'orientation vers une psychothérapie :

> « Parce qu'il se fait une idée que cela serait bien s'il faisait un travail sur lui ».

Cependant l'indication peut parfois paraître plus diluée :

> « On met un diagnostic. C'est terminé. On l'envoie au psychologue pour qu'il soit pas seul dans son coin ».

Dans cette répartition, il arrive que les indications ou les renvois circulent dans l'autre sens, des psychologues vers les psychiatres,

> « S'il n'y a pas obligation pour consulter un psychologue d'une ordonnance du médecin, par contre il y a devoir de renvoyer sur un médecin quand quelque chose relève de sa compétence ».

Ceci s'effectue selon deux axes : fonction de prescription et pouvoir de décision en ce qui concerne l'hospitalisation.

> « Il peut y avoir un traitement strictement biologique. Cà peut être le psychologue qui renvoie vers le psychiatre parce qu'il voit que cela relève d'un traitement chimiothérapique classique, que c'est médical. »
>
> « Je suis capable d'avoir une impression psychodynamique et de voir si il y a besoin qu'il y ait un acte médical ...la question de l'hospitalisation peut se poser... ».

Par ailleurs, les entretiens infirmiers, qui se répandent de plus en plus pour faire face aux demandes amènent ceux-ci à transmettre certains cas

> « Quand le pouvoir transférentiel commence à être pesant... Un infirmier suit quelqu'un, il en parle à personne, tout d'un coup : tu pourrais voir X... il a perdu la distance, il l'envoie sur le paratonnerre... ».

Mais en même temps, les psychologues sont partagés sur la question des entretiens infirmiers et notamment des entretiens d'orientation. En effet, le positions semblent clivées. Certains expriment une crainte :

> « La crainte là dedans des collègues : si on allait leur apprendre à être un peu psycho ».

Pour d'autres, l'entretien infirmier et l'entretien psychologique ont chacun leur propre dynamique, pour d'autres encore, la relation transférentielle commence à se nouer dès le premier entretien ce qui rend difficile de dire à quelqu'un d'aller voir quelqu'un d'autre. Ce qui amène certains psychologues à dire que l'analyse des pratiques et la supervision deviennent centrales dans ces orientations de travail :

> « Il est intéressant de leur dire : on va vous aider à être au clair dans la relation transférentielle ».

A travers la répartition du travail et la montée des demandes externes qui identifient les psychologues, on voit apparaître une place et une fonction qui ne sont pas exemptes d'ambiguïté, pour eux au cœur de la psychiatrie publique. Il s'agit maintenant de cerner sur quoi se fondent cette place et cette fonction.

II. LES PARADIGMES PSYCHOLOGIQUES

Il semble que l'on puisse repérer deux fondements de le la fonction du psychologue : une construction de l'objet de la psychologie clinique et une théorisation de la place particulière au sein du dispositif. Ces deux fondements de l'action du psychologues, que l'on retrouve dans de nombreux manuels de psychologie clinique (Pédinielli, 1994; Schmid-Kitsikis, 1999...) se définissent de deux manières : d'une manière différentielle par ce que

n'est pas la psychologie et dans ce cas on retrouve la distinction d'avec la médecine à laquelle est assimilée la psychiatrie, mais également un définition positive par ce qu'elle est.

1) Une définition de la psychologie clinique par l'objet

Pour les psychologues cliniciens, l'objet de leur intervention ne peut en rien se confondre avec l'objet de la psychiatrie. Il ne se laisse pas seulement saisir en creux en arguant d'un simple système d'opposition signifiante : « c'est pas médical, c'est psychologique ». En effet, si pour une part cette opposition garde sa pertinence, elle ne peut à elle seule organiser la fonction du psychologue qui se définit par le fait qu'elle a un objet positif qui ne se réduit pas à cette négativité de ne pas être médical :

> « J'ai envie de répondre plutôt côté psychologue et psychologie... On a tendance tout le temps à définir la psychologie par rapport à la psychiatrie en disant vous êtes pas ceci, vous n'e^tes pas cela. C'est pas du médical, c'est pas du psychiatrique... Il faut arrêter avec ce jeu là. On a à placer ... à resituer notre discipline comme discipline complémentaire ».

Les psychologues que nous avons rencontrés se mettent sous le signe de cette différenciation. Ils mettent en avant le fait que la psychologie fait partie des sciences humaines et non des sciences médicales et qu'en cela elle excède le seul champ de la santé. De ce fait leur objet s'affranchit de la barrière normal/pathologique et de la visée médicale du symptôme et de la maladie.

Cette différence entre la psychiatrie et la psychologie clinique s'origine dans le fait que la psychiatrie est avant tout une médecine. Cette assimilation se fait selon plusieurs lignes. En premier lieu, comme nous venons de le voir, une assimilation classique de l'objet de la médecine à la maladie,

> « Le médecin est là pour le symptôme, pour faire tomber le symptôme, pour réduire le délire ».

En second lieu, un rabattement sur le somatique et l'anatomopathologique :

> « Le médecin est là pour donner un diagnostic médical dans la logique anatomo-clinique »

Enfin une assimilation de l'acte médical à la fonction de prescription.

Par contre l'objet positif des psychologues, qui a été reconnu par le décret de 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique, est étranger au savoir médical. En effet il est stipulé que le psychologue est là pour traiter « les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité »[59].

[59] Décret de 1991.

Il n'y a plus de zones de recouvrement possible On le voit l'altérité existe à condition de considérer la psychiatrie comme une autre médecine et non comme une médecine autre ou encore par la reconnaissance du statut professionnel des psychologues. A la limite peu importent les transformations de la médecine et le fait qu'elle a tendance à s'abstraire de la limite normal/pathologique qui l'a fondée, la différence constituée en essence, c'est que l'acte médical et l'acte psychologique ne sont pas fondés sur les mêmes paradigmes fondamentaux. Ils mettent en oeuvre des logiques complètement différentes : logique classificatoire du médecin et logique dialectique du psychologue :

> « Le diagnostic au sens classique de la médecine, il y a un tableau qui est extérieur... et la personne elle va venir s'inscrire dans une case de ce tableau. C'est une forme d'objectivation. La logique dialectique n'est pas pré-établie. Elle est immanente à l'acte lui-même, à la relation, à l'inter quelque chose... c'est une caractéristique fondamentale. Le psychologique, c'est ce travail d'inter quelque chose, sinon c'est de la médecine... ».

Même si un nouvel objet se dessine avec la souffrance psychique, qu'un territoire commun se fasse jour sous le terme de réalité psychique, il n'y a pas rabattement d'un acte sur l'autre puisqu'ils ne sont pas de même nature et que l'opposition fondatrice est en vérité non pas normal/pathologique, qui garde concrètement dans l'adresse au psychologue une certaine pertinence dans les indications, mais subjectivité/objectivité. La pratique médicale renvoie à un corpus de connaissance et à une objectivation des troubles alors que la pratique du psychologue va viser la subjectivation de l'individu. De là des positionnements différents : alors que « le médecin se passe de sa position personnelle, il est pas obligé de créer une relation qui va entrer en ligne de compte », chez le psychologue le « travail d'inter quelque chose » mobilise chez lui « un savoir, un savoir-faire et un savoir-être ». La différence tiendrait en quelque sorte à l'investissement particulier de l'entretien que fait le psychologue : il travaille avec sa subjectivité et ce qui est mobilisé dans l'entretien, « cet inter quelque chose » est l'intersubjectivité. Dans un cas la relation est requise, dans l'autre elle est en quelque sorte facultative. Bien évidemment il ne s'agit pas de nier que toute facultative qu'elle puisse être, elle n'en a pas moins une existence :

> « le chef de service... il prend en compte la souffrance... il a un profond respect pour le psychotique ».

Mais le médecin en quelque sorte garde une certaine liberté de construire cette relation, de la maintenir séparée de ce qui fait la réalité essentielle du travail médical. A l'opposé, le psychologue ne semble pas pouvoir s'abstenir de cette relation qui est le fondement même de son travail :

« La position du psychologue, c'est se mettre dans ce qu'il dit ».

Ce fondement différent, l'investissement du relationnel et de sa propre subjectivité fait pour partie l'originalité et la spécificité du psychologue : le nécessaire travail sur soi.

> « la circulaire de 92, le travail sur soi-même est un élément essentiel. Le premier outil du psychologue, c'est lui-même, donc il faut qu'il travaille sur lui »
>
> « Le psychologue doit faire un travail sur lui-même, sur sa dimension psychique, un travail d'élaboration... c'est le nœud du truc »
>
> « je ne vois pas comment un psychologue peut aider quelqu'un s'il n'est pas au clair avec ce qu'il est, sa situation, ses implications. C'est une exigence ».

Dans cette différence de construction disciplinaire, les objectifs sont eux aussi différents. Le psychiatre est là, dans la logique de restauration médicale, « pour faire tomber le symptôme, ... pour soulager, guérir » là où le psychologue, à partir d'une rencontre intersubjective, tente de

> « trouver en l'autre les ressorts qui le font fonctionner, de créer une relation permettant suffisamment d'extériorisation pour que les freins à l'activité psychique et affective tombent ».
>
> «Notre travail c'est l'autonomie de la personnalité, tenter de subjectiver un peu l'autre, qu'il soit psychotique ou autre »
>
> « Non pas réduire le délire mais écouter le délire pour aider la personne à y faire face »
>
> « Mon but n'est pas de dire que le symptôme s'arrête, le délire du psychotique je l'entend, je me bats avec lui ... mais ma perspective n'est pas une perspective médicalisée au sens où... je ne travaille pas dans une logique de restauration d'un état initial ».

En cela le psychologue « n'est pas dans le soin, il produit des effets de santé comparables aux soins » mais c'est aussi en cela que ce qu'il fait est non réductible à une médecine voire à un travail d'auxiliaire médical : la relation ne peut pas se prescrire. En même temps, cette différence permet voire contraint à un travail en relative complémentarité :

> « Le dosage des médicaments des psychotiques, des anxiolytiques chez un dépressif, on sait que si le dosage n'est pas bon... tout le travail psychique va s'arrêter, on bloque... ».

2) La demande et le travail sur soi

S'il est vrai que la relation, outil de base du psychologue ne peut se prescrire, quel est le fondement de cette rencontre nécessaire ? Il semble que pour les psychologues rencontrés tout s'articule autour de la demande. Mais le terme ici n'est pas à prendre dans le sens d'un recensement des demandes comme nous l'avons fait plus haut mais comme le moteur d'une quête qui pousse quelqu'un à venir solliciter une écoute attentive et, en même temps, comme la limite de l'action du psychologue.

> « On est avant tout avec un individu qui se bat, que ce soit contre la maladie, contre sa situation sociale... Le fait que je reçois quelqu'un, c'est quelqu'un qui se bat avec son truc ».

Ce qui est alors mis en avant c'est la notion de travail sur soi, la nécessaire élaboration personnelle. L'indication de ce fait n'est pas celle de faire un diagnostic mais celle de travail:

> « l'indication, c'est quand on a du mal à dire, c'est la personne qui la pose. C'est pas le médecin qui la pose, c'es ce qu'il va entendre d'une demande de travail que cette personne aura envie de faire ».

Cependant l'indication, qui est en fait demande de travail sur soi est en même temps sa limite. En effet, si l'envie de rentrer dans une interrelation purement subjective est absente, si le désir de changement n'existe pas, si la personne préfère rester passivement l'objet de soin dans une vision de sa souffrance qui reste purement extérieure à elle, il n'y pas de travail possible. Même la présence de la souffrance psychique ne suffit pas pour justifier le travail du psychologue :

> « La psychologie, c'est pas la souffrance, c'est pas qu'on s'en fout, mais toutes les souffrances ne sont pas un problème psychologique »
>
> « Le deuil, c'est pas que çà relève pas, c'est pas des demandes »
>
> « Il ne faut pas tout psychologiser ».

Parfois les psychologues ont l'impression d'une incompréhension de leur action :

> « Si la personne ne veut pas se mettre au travail, c'est au psychologue de faire le travail, il n'y a pas idée que c'est une interrelation complexe »
>
> « On a à poser nos limites : on ne peut pas faire çà, on ne sait pas faire çà. C'est très mal vécu par les psychiatres quand on dit « je suis incompétent » mais il faut le dire parce qu'on est mis à toutes les sauces. Tout ce qui est psychique n'est pas psychologique ».

On voit ainsi un couple d'oppositions se construire. D'un côté le médecin est là pour faire le diagnostic de la maladie dont est passivement porteur l'individu alors que le psychologue, avec la notion de demande et de travail sur soi est au service de quelqu'un qui rentre dans une démarche active. Alors que c'est au nom d'un savoir qui lui préexiste que le médecin est appelé à objectiver les troubles du patient, le nécessaire travail sur soi du psychologue vient en quelque sorte garantir sa prise en charge. L'absence de problème fait que action du psychologue s'arrête. Un clivage s'introduit ainsi entre le malade potentiellement passif face au médecin et le malade nécessairement actif face au psychologue. Une telle position ne se soutient que d'un autre élément clé de la fonction du psychologue : sa position a-hiérarchique et le fait qu'il soit en situation de non-pouvoir par rapport au patient. Son pouvoir c'est de ne rien pouvoir et de ce fait de permettre la rencontre. Si complémentarité il y a, elle se fonde sur une dissymétrie dans ce registre.

3) Une définition du psychologue par sa place

Pour les psychologues que nous avons rencontrés, le psychologue occupe une position originale dans le dispositif de soins psychiatriques. En effet, le fait que « la psychologie [soit] une discipline autonome sur la palette des sciences » fonde l'extraterritorialité du psychologue : « la place d'extériorité est nécessaire au travail qu'on fait ». Son intervention qui se justifie par le fait qu'elle a un objet positif en propre mais pas de territoire particulier, l'amène à travailler dans des secteurs aussi différents que l'école, le travail, les soins somatiques, la psychiatrie... Dans les hôpitaux et les secteurs psychiatriques, il n'est ni personnel médical ni personnel paramédical. « Il n'est pas dans le soin même s'il contribue aux soins ». Telle est la place que lui reconnaît le statut de 91. Ce que le psychologue appelle la transversalité de sa fonction, permet « de se décoincer du dispositif médical ».

Cette place a valeur d'élément de structure car c'est elle qui permet le travail du psychologue, en le plaçant « hors médical » et « hors pouvoir » par rapport aux patients. En effet, il semble là qu'il y ait symétrie puisque sa place hors médical permet le fait qu'il soit hors pouvoir par rapport au patient et de ce fait soutient l'instauration de la relation particulière qui les lie tous les deux. Mais c'est également cette place particulière qu'il occupe qui fonde l'interdisciplinarité du travail, cette « pluralité dialoguante » au sein de l'équipe, tout comme elle fonde un certain modèle de travail près des infirmiers. C'est sa place en creux par rapport au modèle du savoir-pouvoir psychiatrique qui vient trouer cet espace plein et inscrire la possibilité de la rencontre.

> « Quelques soient les références théoriques, le fait d'être placé à un endroit tel que psychiatre ou psychologue renvoie automatiquement à des positions et fonctions différenciées. C'est pas le fait qu'il soit plus malin, c'est la fait de sa position qui est déterminant ».

Mais cette place doit se construire activement :

> « J'ai toujours refusé dans la pratiques... même si pression pour çà, de recevoir systématiquement en intra tous les patients. Je n'étais pas d'accord... parce que on était là pour offrir autre chose aux patients. Il rencontrait son psychiatre, son interne. On était là justement pour lui offrir un champ, une ouverture autre, une envie de venir parler de soi, de se positionner comme çà. Ou les malades s'adressaient directement à moi et j'en parlais avec les médecins quand même, ou bien c'était les médecins qui me demandaient. C'est une expérience personnelle ».

Cette place particulière du psychologue dans l'équipe, construite sur l'extériorité permet un travail particulier près des équipes comme de se dégager des enjeux de contre-pouvoir :

> « Ce qui fait le travail du psychologue près de l'équipe, c'est cette place institutionnelle particulière, c'est pas l'être du psycho que l'effet de sa place. C'est le deuxième objet propre

du psychologue : sa place institutionnelle, c'est pas qu'il est meilleur qu'un autre mais il est implicitement chargé d'une réflexion... parce que le psychiatre a la pression de l'équipe ».

En opposition à cette vision de la place du psychologue, celle de psychiatre apparaît comme contrainte :

« C'est le boulot des psychologues de faire vivre l'interdisciplinaire. Pourquoi ? Par ce que les médecins,ils sont vite collés dans des trucs, des positions hiérarchiques, des responsabilités... on voit comment çà se retourne contre les médecins. Il sont attaqués, on leur dit : justifiez ce que vous avez fait selon les normes. C'est grave parce que les structures de soins vont de plus en plus vers des trucs comme çà, des injonctions directives ».

« Ils sont pris malgré eux dans une logique gestionnaire et comptable de la psychiatrie »

« La pénurie de psychiatres les resserrent du côté de la fonction prescriptive »

« La fonction psychothérapique du médecin existe mais en général... il est chef de service ...ou d'antenne Il y a quelque chose de la hiérarchie qui passe ».

D'ailleurs, peu importe que les choix théoriques soient identiques et que de ce fait des zones de recouvrement existent. Le psychiatre ne peut pas de la même manière que le psychologue travailler sur l'intersubjectivité :

« Je fais la différence entre le statut professionnel de psychologue et les compétences possibles, c'est pareil pour la psychiatrie. Le psychiatre/psychanalyste et le psychologue/psychanalyste, ils ont les mêmes compétences sauf que ce qui fait la différence, c'est le statut professionnel. Le statut de psychologue il a cet avantage... quelque soit la base de référence théorique, c'est un phénomène de structure, d'institution. Le psychologue n'a pas de pouvoir ... pour encadrer les infirmiers, il ne note pas, il n'a pas de position hiérarchique. Par rapport aux malades, il ne prescrit pas de chimio, il ne signe pas d'admission ni de sortie. Il peut donner son avis. C'est la différence radicale. La différence essentielle, c'est la position institutionnelle. L'absence de pouvoir hiérarchique, c'et çà qui lui donne ses potentialités, c'est en quoi il est utile ». C'est ce qui fait la différence entre le psychiatre et le psychologue et même si le psychologue n'est pas analyste. Même ceux qui ne sont pas analystes sont placés devant les mêmes phénomènes ».

On le voit la place commande le travail du psychologue car c'est cette place qui fait que quelque chose soit possible dans le registre psychologique.

« La position du psychologue est la même quelque soit le courant théorique, cognitiviste ou psychanalytique, chacun utilise la méthode qui lui convient ».

« Si on nous dit de prendre une place dans l'institution avec un poids hiérarchique, on retombe dans un joyeux mélange, on perd la place spécifique ».

« on a plus de possibilités que le psychiatre... qui est une place verrouillée... à qui on demande tellement d'efficience, il faut que le symptôme tombe, il faut ... il faut..., les psychologues sont moins pris là-dedans ».

Pour les psychologues, la limite du psychiatre est la contrainte administrative forte qui pèse sur lui et le renforcement de la logique prescriptive. Sa liberté de s'engager dans la relation a son envers : son absence de liberté par rapport à l'ordre médical et l'institution dans laquelle il est immergé. Le code s'inverse : là où le psychologue éprouve son indépendance

comme extériorité et absence de pouvoir, le psychiatre éprouve la contrainte. Là où le psychiatre s'éprouve libre, le psychologue construit sa contrainte, qui est contrainte individuelle de travail sur soi, à être outil de travail sur soi chez l'autre. Dans le fond, dans cette représentation, la place dans la structure commande la contrainte et la liberté, elle assigne à l'objectivation ou à la subjectivation tout comme elle permet de gommer ce qu'il en est de la proximité du travail des psychiatres libéraux, qui s'engagent de la même manière que le psychologue de secteur psychiatrique puisqu'1/3 seulement des entretiens donnent lieu à prescription.

On voit deux axes se dessiner construits comme système d'opposition psychiatre/psychologue : axe pouvoir/non-pouvoir et un axe subjectivité/objectivité.

Cependant cette position semble fragile. A cela nous pouvons repérer plusieurs raisons. En premier lieu, cette place que les psychologues repèrent comme la leur au sein du dispositif, se construit au nom de l'intersubjectivité et non d'un savoir qui pourtant existe même s'il vient d'ailleurs, même non dit. Le « savoir-être » souvent revendiqué ne peut faire oublier « le savoir et savoir-faire » qui l'accompagnent. Ensuite, c'est une position individualisante qui a vite pour effet possible de tomber dans l'individualisme que tous les psychologues rencontrés dénoncent comme un défaut des psychologues. Enfin, les psychologues se retrouvent engagés dans une institution qui s'est pour l'essentiel fondée sur l'existence d'un savoir si ce n'est d'un pouvoir. D'où cette impression qui nous a été confiée de toujours devoir construire et reconstruire sa place par rapport à l'équipe car, réalité ou fantasme; l'équipe peut mal vivre le travail du psychologue. Elle leur reproche notamment le fait qu'il n'y a pas de retour car le psychologue met en avant le fait que l'intersubjectivité le lie de manière particulière au patient :

> « Souvent on reproche au psychologue de ne pas donner en retour. Ce qui entraîne des réactions en retour : puisque vous voulez rien me dire, je ne vous dirais rien non plus… ».

Cependant cette place semble inscrite structurellement car l'intersubjectivité se fantasme plus qu'elle ne peut se dire ou s'entendre.

> Il y a des endroits ou le psychologue est très partageux mais néanmoins quoiqu'on fasse cela sera toujours vécu par les équipes qu'il y a toujours quelque chose que le psychologue ne veut pas dire mais qu'il sait forcément… Il y a un espèce de fantasme qui s'installe de… de problème d'équipe…La réalité n'est pas toujours celle énoncée ».

Mais a contrario, toute tentative du psychologue de se situer dans le pouvoir en prenant par exemple des responsabilités organisationnelles aurait pour effet de lui faire quitter le pôle subjectivité.

On comprend que dans une telle représentation les zones de recouvrement possibles des deux professions posent problème. La tendance syndicale du SNP est donc de différencier au maximum les deux professions. Chacun, si tant est que c'est possible, étant en quelque sorte assigné à une place construite si serrée que des cloisonnements étanches les séparent. De ce fait, un certain nombre de problèmes ne peuvent que se poser aux psychologues. Nous en avons repérés deux qui tiennent d'une part à la question du diagnostic et d'autre part au sentiment d'appartenance qui viennent contredire la volonté d'extraterritorialité et du seul travail sur l'intersubjectivité. Les psychologues se retrouvent en fait face à un dilemme voire à un paradoxe.

Il est vrai que pour les psychologues que nous avons rencontrés, et qui ont longtemps travaillé dans la psychiatrie publique ou y sont immergé depuis longtemps, le sentiment d'appartenance à l'institution est fort. Ils l'expriment de différentes manières.

En premier lieu, même si tous reconnaissent l'individualisme des psychologues, certains mettent en avant l'intégration particulière qui est la leur près des équipes soignantes :

> « Ils restent perçus de manière bizarre mais en même temps il y a une grande intégration dans les équipes et une grande singularité dans les équipes... il y a encore plus qu'avant une grande proximité avec les équipes. Sa place est considérée, sa parole est prise en compte mais c'est quelque chose de particulier ».

Plus profondément, ils se sentent appartenir à ce milieu psychiatrique, à la question de la folie et du soin, à l'histoire de la psychiatrie publique. Une histoire qui s'est écrite à plusieurs dans une temporalité qui ne parlait pas encore de complémentarité mais d'idéologie commune ;

> « 30 ans de psychiatrie, j'ai vu évoluer les rapports, la tradition H. Ey, quand on apprenait le H. Ey, la tradition humaniste... le boulot qu'on a eu c'est de vider l'asile, de commencer le secteur... Moi j'ai jamais connu de tensions avec les médecins puisqu'on travaillait... c'est la même génération, on était soixante-huitard, on venait pour caser l'asile, on était plein de bonnes résolutions... les débats à l'internat ne finissaient pas, c'était des trucs d'idéologie politique à fond... on avait une connivence, le problème c'était d'arriver à faire ... »
>
> « Souvent on était engagé dans une révolution de la psychiatrie... on revenait le soir avec le médecin-chef pour faire des réunions de groupe ».
>
> « Je suis arrivé à Charcot en 73, il y avait encore la mouvance de la psychothérapie institutionnelle... Quand je suis arrivée on déjeunait avec les patients, il y avait beaucoup de convivialité. ..J'était la première psycho, ensuite il y en a eu d'autres... les internes restaient longtemps... ils étaient tous en psychanalyse. Et petit à petit, on s'est mis à voir les patients individuellement parce que aussi notre travail qui se mettait en route comme çà.... Manger avec les malades, c'était sympa mais ... çà nous suffisait pas, on avait envie de faire autre chose...Parallèlement, on a commencé à monter un dispensaire... Et puis là-dessus l'administration a repris les choses en main. Le repas thérapeutique a été supprimé.... Cà s'est fermé comme çà... ».

Enfin ce sentiment d'appartenance qui vient de manière nostalgique parler du déclin de la clinique psychiatrique et de l'ambition thérapeutique de tous, qui vient dire la fin du secteur et la remédicalisation de la psychiatrie. Finie l'époque des grandes discussions cliniques.

> « On a été un peu maboule de prétendre guérir les schizophrènes »
>
> « On a vu des vrais mélancolique, des grandes manies... »
>
> « On passe à côté de schizophrènes parce qu'on en a pas vu en HP. De fait cela a été traité différemment et on ne connaît plus la violence. Tout d'un coup elle pète au nez ».
>
> «Maintenant le diagnostic est une syndromologie... Une étude serait à faire ... historique. Des diagnostics posés par rapport aux patients dans les dossiers. Il n'y a plus de paranoïa nulle part. C'est étonnant...Maintenant i y a un appauvrissement de la clinique. Les discussions passionnées, je m'en souviens... On était tous férus de H. Ey, des distinguos, ...Maintenant c'est syndrome anxio-dépressif, il faut voir les diagnostics maintenant... ».

Ce qui est remis en cause, dans le fond, c'est l'existence d'un langage commun dans laquelle les psychologues pouvaient se reconnaître car il empruntait à la psychopathologie.

> « Les jeunes psychiatres n'ont pas de formation du tout en psychologie »
>
> « Il y a actuellement une reneurologisation, rebiologisation et resomatisation de la fonction de psychiatre, une remédicamentisation qui va dans le sens de la remédicalisation ».
>
> « Il y a un effet de la remédicalisation... depuis 91, ils n'ont plus du tout la même formation ».
>
> « les psychiatres se sont retirés de la parole... ».

De fait, la formation actuelle des psychiatres, qui permet une séparation claire sur le principe, vient pointer la perte de quelque chose de commun.

> « Le reflux de la psychanalyse chez les psychiatres en formation, la montée de la génétique et de la neurologie qui ont ramené la psychiatrie dans le champ médical, c'est un courant profond de remédicalisation de la psychiatrie »
>
> « L'influence grandissante de la neurologie et de la génétique qui ramène d'un point de vue épistémologie de la science la psychiatrie dans le champ médical naturalise... on voit bien çà à travers un tas de pathologies où on dit « la psychanalyse n'a plus rien à dire dessus, c'est génétique », l'autisme, la psychose, la schizophrénie... c'est un courant très profond. C'est çà la remédicalisation de la psychiatrie ».

Ce qui dit là c'est cette histoire commune dans le secteur comme si quelque chose est actuellement en voie de sédimentation et de séparation, comme si quelque chose de déliait et amenait chacun à suivre des chemins qui se séparent après l'ouverture qu'avaient représentés pour tous l'aventure du secteur et la rencontre de la psychanalyse.

> « L'orientation actuelle, très DSM chimio... le reste c'est du blabla, des fredaines, il dit »
>
> « Maintenant les jeunes psychiatres les mécanismes de défense de la personnalité, c'est pas leur problème... le potentiel dynamique, c'est pas leur problème... leur problème c'est l'évaluation ».

Mais peut-être aussi est-ce l'histoire d'une génération qui s'écrit car la profession de psychologue pourrait être touchée à sa manière :

« Il y a un a-théorisme chez les jeunes qui se met en place. Ils deviennent empiristes même si la psychanalyse reste forte, toutes les pratiques sont bonnes, question d'opportunité et de circonstances ».

De la même manière, la différence de statut qui assigne chacun à une place particulière, peut être vécue douloureusement. En effet, la connivence qui peut exister entre ceux qui partagent les mêmes affinités théoriques ne suffit pas à gommer les dimensions conflictuelles qui demeurent :

« Au niveau des références cliniques, on a plein de plateformes de rencontre où les choses pourraient bien se passer. Quand on se rencontre dans les colloques de psychothérapie, là c'est autre chose. C'est un échange, on est dégagé de la fonction d'injonction du médecin... Cà se passe en général très bien. C'est terrible parce que les qualités qu'on peut nous reconnaître à certains psychologues d'un travail clinique, psychothérapiques dans les colloques ou ailleurs ne sont plus reconnues sur le terrain. Il y a à se confronter à la hiérarchie et alors là le médecin revient à l'injonction ».

Autre point qui met à mal les représentations que les psychologues se font de leur position, la question du diagnostic. On vient déjà de voir comment ceux que nous avons rencontrés ne peuvent pour le moins éviter la zone de compétence commune qu'est la psychopathologie, voire d'objectivation dont le diagnostic est porteur, mais cette question resurgit aussi avec la fiche patient. Et là la position des psychologues se clive. Faut-il ou peut-on faire un diagnostic psychiatrique ? Tel est le dilemme puisque là s'inscrirait une zone non plus de compétences communes fondé sur une discipline commune mais une incursion dans le domaine réservé du médecin. La passion diagnostique est éteinte, reste le pragmatisme de chacun, son articulation avec le reste de l'équipe, le besoin de faire reconnaître le travail effectué, voire les transformations actuelles dans la répartition du travail...comme le fait de rentrer dans une possible logique de substitution, vers laquelle, dans la réalité, pousse le PMSI.

« Je suis obligée de remplir la fiche psychiatrique... d'ouvrir un dossier. Avant je ne spécifiais pas, je me suis fait rentrer dedans par l'administration. Est-ce qu'on fait un diagnostic médical ? On a été un peu Tartuffe là-dedans... on a dit que les diagnostics, parce que souvent on en reparle, on peut dire que cela a été posé après une discussion psychiatre/psychologue voire avec les infirmiers. Les psychologues sont habilités à faire des diagnostics, on a été embauchés parce qu'on avait un diagnostic complémentaires à celui des psychiatres il ne faut pas le nier... j'ai des collègues très puristes qui en veulent pas. Il y a même des fois où il y a besoin d'énoncer un diagnostic de l'ordre de la pathologie mentale,que ce qu'il fait là c'est pas du désordre mais de la pathologie mentale, qu'on va travailler comme çà et que cela veut peut-être dire voir un psychiatre ».

« L'autre jour, le médecin me dit « il y a un problème. Vous les psychos, vous voyez énormément de monde depuis un certain temps mais vous ne mettez plus les diagnostics ; parce qu'avant on les mettait, j'en mettais, il y avait un collègue qui en mettait pas ; je mettais, dans les classifications CIM, un truc qui engage à rien : dépressif... ou je ne sais pas quoi...

sauf quand le gars venait avec son symptôme... on en mettait le minimum donc on en mettait un... Mais il y a plusieurs collègues qui m'on dit « à la réflexion... on n'est pas apte à poser un diagnostic ». De faire çà on entretenait le silence là-dessus que dans la file active il y a un nombre de plus en plus important de gens vus par les psychologues et pas par les psychiatres. C'est une part importante. Ils se sont rendus compte que sur X patients vus en CMP, il y avait 1/3 qui avait un diagnostic, les autres n'en avaient pas, parce qu'ils étaient vus que par des psychologues. Ils n'avaient jamais vu de médecin... Kouchner avait introduit un budget prévention dans la psychiatrie. C'est le problème... parce que si on dit « c'est pas des malades » alors qu'on sait très bien que le fait de les voir çà évite... une médicalisation... ou peut-être une hospitalisation... Et puis on ne peut rien mettre puisqu'on n'est pas médecin. Mais il y a la concurrence interservices, il faut faire du chiffre ».

On le voit chez les psychologues, la représentation qu'ils se font de leur place est loin d'être aussi univoque qu'ils le voudraient.

III. LES PSYCHIATRES ET L'ORGANISATION DES SECTEURS

Du côté des psychiatres chefs de secteur, toute question sur la place des psychologues et les zones de compétences qu'ils partagent éventuellement avec eux, va amener pour l'essentiel un discours de chef de secteur. Il est vrai que le déclin du nombre de psychiatres, mais surtout l'accroissement des missions et de la logique gestionnaire et comptable dans laquelle les chefs de service doivent entrer amène du côté de ce type de discours. Mais de la même manière, les positions ne peuvent pas être homogènes. Et là aussi, existent des contrastes voire des contradictions pour le moins difficiles à réduire entre des positions de cliniciens et de chefs de secteur. A ce niveau les soucis actuels dépassent de beaucoup la question de la place des psychologues : c'est plutôt la place des psychiatres qui leur semble actuellement en jeu.

Du point de vue des psychiatres que nous avons rencontrés, il existe actuellement une hétérogénéité forte des pratiques sectorielles. Chaque secteur a en quelque sorte un équilibre particulier dans l'articulation des différents intervenants de l'équipe : psychiatres, psychologues, assistants sociaux et infirmiers. Cette grande hétérogénéité des pratiques renvoie à chaque fois à une définition particulière du travail. D'où l'importance qu'il y aurait actuellement de recenser les pratiques et les équilibres.

« Les premiers entretiens faits par des infirmiers ? C'est à clarifier par le médecin...Dans les CMP c'est claire... la secrétaire reçoit si quelqu'un demande un rendez-vous, cela dépend du protocole (...) quand le premier entretien est fait par un infirmier... qui reçoit la demande, il est chargé de renvoyer au médecin ce qu'il en est ».

De fait le débordement de la file active fait que les médecins psychiatres ont tendance à déléguer une partie de leurs prérogatives

« certains psychiatres confie l'activité de consultations en CMP avec accès direct sans contrôle du service S'il y des pépins, le chef de service est responsable d'une activité qu'il ne contrôle pas ».

Cependant, face à la demande externe, quand il n'existe pas de modèle précis de qui fait le premier entretien, il y a un « code de bonne conduite » qui veut que cela soit d'abord le psychiatre qui reçoit la demande. Dans ce cas, le psychiatre commande l'entrée dans le dispositif. En cela on peut dire qu'il y a maintien du modèle hospitalier.

A partir de là il existe un modèle de travail souvent repéré, celui de la complémentarité : psychiatre 1 fois par mois, entretien psychologique une fois par semaine ou plus quand nécessaire :

« C'est une tendance plus forte chez les jeunes médecins qui ont résolu leur problème avec la psychanalyse et qui sont dans une fonction médicale traditionnelle de savoir-pouvoir ».

Dans ce cas on a un partage clair entre la fonction de prescription chimiothérapique et le suivi, à visée psychothérapique ou non, par le psychologue.

Cependant il existe un autre modèle de travail des psychiatres : les rendez-vous une fois par semaine où le psychiatre se maintient dans une zone de proximité avec le travail du psychologue : le modèle du suivi voire de la psychothérapie. Sa liberté est là d'investir son travail comme il pense nécessaire entre une fonction plus médicale ou une fonction plus repérée du côté de l'intersubjectivité, le psychiatrique ne peut pas se réduire à la seule séquence diagnostic, prescription de chimiothérapie. Mais là, le « diagnostic » est amère. Ce qui, pour certains, a fait la chair de leur travail se maintient difficilement :

«Les psychiatres refusent de se plier à une évolution logique : l'expertise. Exemple : je fais un diagnostic de schizophrénie, je revois dans 3 mois. Pendant ce temps là psychologues et infirmiers prennent le relais... les médecins se sentent dépossédés de leur rôle de thérapeutes...».

1) Quelle place pour les psychologues?

Il est vrai que le secteur, tel qu'il a été défini par ceux qui l'ont inventé, leur semble porteur de cette diversité car l'« l'esprit du secteur » est « une équipe/un territoire et une idéologie commune ». De ce fait le psychologue se définit en premier par son appartenance au secteur. Il ne peut pas s'affranchir de cette appartenance. Ceci a deux conséquences. En premier lieu, il ne peut pas être question de créer des centres de psychologie clinique qui soustrairaient le psychologue à cette équipe et écartèleraient la prise en charge des patients. Ce serait signer la perte de l'esprit du secteur. En second lieu, le psychologue doit accepter de travailler en cohérence avec les choix thérapeutiques du secteur :

« Il y a eu un psychologue intérimaire qui voulait faire de la thérapie familiale. avec une glace sans tain. J'ai dit non, pas question... parce que ce n'est pas l'option ... ».

Dans ces conditions il n'y a pas d'extraterritorialité possible du psychologue qui a pour fonction comme les autres de « faire tourner la boutique ».

Cette vision du secteur est sous-tendu chez les psychiatres par une représentation de leur place de chef de service qui emprunte à ce que l'un d'entre eux a nommé « un savoir-pouvoir », dans une représentation traditionnelle du médical et de la responsabilité médicale. D'une part, c'est de la responsabilité du médecin chef de secteur que d'organiser l'activité du secteur :

« il organise l'activité du secteur,... le nombre de gens en CATTP, de qui organise la prise en charge en CMP... ».

De plus il peut déléguer la responsabilité d'une structure à un autre médecin. De ce fait, également l'accès direct des demandes externes aux psychologues dépend de la volonté du médecin d'organiser le travail de cette manière.

D'autre part, la construction de l'espace médical a pour effet de créer une hiérarchie technique fondée pour l'essentiel sur la prescription médicale mais qui en même temps se décline en fonction de la diversité que nous avons vue auparavant. Il peut en être ainsi à propos des tests comme des psychothérapies, dans des équilibres à faire et à refaire au jour le jour. Tout est dans le fond affaire de nuance et d'arrangement locaux, de connaissance et d'affinité mutuelle.

Si les psychologues sont comme les autres engagés concrètement dans l'activité des secteurs, quelle place occupe-t-il au sein de celui-ci ? Pour les psychiatres, on peut repérer trois dimensions principales dans leur activité professionnelle :

« prendre en charge le patient en individuel ou en groupe et en plus aider les infirmiers à élaborer leur métier et travail quotidiens... C'est une aide parce qu'ils ont pas compétence sur la technique infirmière... l'infirmier n'a pas le rôle qu'a le psychologue...qui est là pour aider dans la relation au patient ».

Cependant il n'y a que peu de définitions des actes que l'on pourrait qualifier de psychologiques.

« souvent leurs tâches ne sont pas définies... quand ces tâches sont définies, ils ont l'autorité sur leurs méthodes pour accomplir ces tâches... avec une reconnaissance implicite de capacité en psychothérapie... ».

Ceci est d'autant plus souligné du côté des psychothérapies que l'on est là dans une zone de possible compétence commune mais surtout que cette compétence est reconnue

principalement aux médecins. C'est ainsi que dans certains lieux, la psychothérapie s'exerce sous responsabilité médicale.

> « rien ne permet de dire que les psychologues sont aptes à faire des psychothérapies... le seul texte est de l'Ordre des médecins pour qui a psychothérapie est un acte médical... il n'y a pas de reconnaissance des psychothérapies par les psychologues. Quand on travaille avec un psychologue qu'on connaît, tu peux y aller ».
>
> « Il y a d'excellents thérapeutes parmi les psychologues, à qui je peux envoyer en confiance ».

Dans cette représentation d'un espace psychiatrique organisé selon ces modalités, les psychologues ne s'inscrivent pas toujours facilement. Les représentations des psychiatres que nous avons rencontrés sont complexes et souvent chargées d'ambivalence. S'il est vrai qu'en terme d'activité, ils participent pleinement au secteur ; la collaboration avec eux reste souvent difficile car ils veulent être indépendants :

> « ils ne jouent pas le jeu... »
>
> « ils sont incernables... »
>
> « ils ne veulent rendre de compte à personne... »

Ainsi il leur est souvent reproché leur volonté de ne pas être médical ni paramédical, qui les maintient à l'écart :

> « Il est intéressant d'être hors champ... ils sont utiles... ils renvoient des choses... mais c'est difficile quand ils sont hors champ en permanence... tout le temps cette ambiguïté ».

Dans certains cas ce qui leur est également reprochés c'est leur individualisme qui fait que le travail ne s'articule pas ou ne se partage pas toujours bien entre les psychologues d'un même secteur...

> « ils ont toute liberté pour déterminer qui voit les entrants, il y a souvent des problèmes parce que tous disent être débordés par les suivis qu'ils font... c'est à l'autre... des fois il faut que je remette les choses à plat ».

Dans certains cas revient également le reproche d'avoir quasiment une activité de libéral en CMP.

Ainsi ce qui ressort est une difficulté de travailler ensemble comme s'il fallait encore et toujours négocier autour des zones d'incertitude que crée le fait que les psychologues ne sont pas personnel médical, qu' « ils ne sont pas dans le raisonnement médical » et que dans le fond ils refusent de se faire absorber par le fonctionnement médical et le modèle qui reste celui de la hiérarchie hospitalière.

La question du diagnostic est là aussi, comme pour les psychologues, révélatrice des tensions et contradictions entre les psychiatres chefs de service. En effet, il y a une grande hétérogénéité des positions. En premier lieu, d'un point de vue légal, le diagnostic

psychiatrique est un acte médical et dans ce sens « les psychologues ne sont pas habilités à faire des diagnostics ». Cependant là n'est pas la question dans la réalité. Plus prosaïquement la question tourne pour certains autour de la compétence des psychologues à faire un repérage diagnostique. Pour certains psychiatres, cette question rejoint le fait qu'ils ne sont pas habilités car dans le fond ils ne savent pas faire un diagnostic. Pour d'autres psychiatre, cela dépend du psychologue : « un psychologue fait bien, un autre ne voit pas les problèmes ». Pour d'autres encore,

> « les psychologues sont capables de faire des diagnostics, même si légalement non… ceux qui ont une grande expérience clinique… oui ».

Mais dans ce cas la compétence n'est pas liée à la formation mais à cette expérience sur le terrain :

> « les psychologues débutants, ils ont une formation généraliste quand ils sortent de la fac… ils apprennent plus sur le tas en fonction des lieux où ils sont, les psychiatres en formation, on leur apprend à faire des diagnostics ».
>
> « les vieux psychologues sont très bons… celui avec qui je travaille quand je lui demande de voir quelqu'un ou qu'il m'adresse des gens… l'indication est jamais fausse ».

A la condition d'ajouter ce qui fait l'irréductibilité de la position de psychiatre : l'articulation du somatique et du psychique :

> « Les symptômes font sens pour nous dans un domaine à la fois somatique et psychologique. Ainsi un signe de confusion mentale peut être référé selon les cas à une intoxication à l'oxyde de carbone, à un traumatisme… ou à un traumatisme psychologique… ».

Dans ce « l'indication est jamais fausse » se trouve contenu cette capacité à renvoyer ce qui est l'impossible de la position du psychologue, ce qui est le point de butée pour son travail, qu'il ne peut que renvoyer au psychiatre. Certes la fonction chimiothérapique, le pouvoir d'hospitaliser mais également et surtout ce en quoi l'homme est aussi un corps.

De toute façon, à l'évidence, même si les psychologues n'ont pas légalement le droit de faire un diagnostic, même si la compétence leur est reconnue et l'indication jamais fausse, dans certains cas, il reste difficile d'obtenir que certains fassent part des diagnostics qu'ils font… alors que dans d'autres lieux à l'évidence il y a des arrangements locaux pour que les diagnostics soient inscrits sur la fiche patient comme nous l'avons vu précédemment.

Dans cette représentation de la place des psychologues et de celle des psychiatres chefs de service, on peut retrouver les axes de la représentation énoncés précédemment pour les psychologues mais construits autrement. En effet, ces deux axes qu'étaient l'axe

pouvoir/non-pouvoir et l'axe subjectivité/objectivité sont ici utilisés séparément pour penser deux dimensions qui s'articulent entre elles. Le premier sert, dans une vision traditionnelle de l'organisation médicale, à définir la ligne qui sépare les psychiatres des psychologues, soumis au pouvoir organisationnel et prescriptif du médecin. Le deuxième axe, subjectivité/objectivité sert à caractériser la psychiatrie comme tension irréductible entre ces deux pôles. La psychiatrie ne se caractérise par seulement par une fonction médicale classique mais en tant que médecine de la psyché, elle est prise radicalement dans cette tension entre objectivation des troubles et subjectivité de la relation. Ce sont tous les professionnels, y compris les psychologues, qui sont dans cette tension inhérente à ce milieu. Mais c'est là également que résident les enjeux graves qui pèsent sur la psychiatrie tirée du côté de la fonction prescriptive ou expertale.

Il nous faut ajouter que le couple contrainte/liberté, dont nous avions montré qu'il organisait la représentation chez les psychologues, s'articule ici autrement. En effet, les psychiatres envient aux psychologues leur liberté - et notamment celle de pouvoir faire de la clinique sans se soucier de l'organisation des services et de la responsabilité de la boutique : « faire tourner la boutique » n'est pas pareil que d'en avoir la responsabilité. Le psychologue est libre dans le sens où il est libre de faire de la clinique alors que, pour les psychiatres, le temps qu'ils peuvent y consacrer s'amenuise dangereusement au profit d'une contrainte de plus en plus lourde. Pour certains le modèle psychiatre/chimiothérapie, psychologue/suivi en entretiens est un effet de la complexification du travail et de la contrainte organisationnelle qui pèsent sur eux plus qu'un choix systématique. Et non seulement les psychiatres éprouvent la liberté du psychologue mais de plus ils l'envient. Rien ne vient mieux le symboliser que la représentation du temps FIR comme espace d'absolue liberté de ne rien faire. IPeut-être est-ce pour cela qu'ils accentuent la contrainte, ce qui pourrait être en même temps un aveu de faiblesse ?

On voit ainsi une profonde dissymétrie apparaître entre les deux modèles de représentations, qui restent porteuses d'une certaine conflictualité, tant au niveau de la réalité quotidienne qu'au niveau des discussions entre les deux professions, même si des rapprochements peuvent s'esquisser, des zones de compétences communes se repérer. La liberté et la contrainte s'éprouvent dans une trop grande altérité pour pouvoir être rapidement porteuses d'une entente. Par ailleurs (De la psychiatrie, 1994), les psychiatres sont confrontés à la menace possible que représente l'autonomisation des infirmiers (loi hospitalière de 1991)

et de psychologues (décret de 1991). En ce qui concerne les infirmiers, la menace peut paraître moindre car ils sont moins perçus dans une altérité malgré leur autonomie de fait puisque l'organisation des soins infirmiers relève de l'infirmier général. En revanche, pour les psychologues, la menace identitaire est alimentée par la proximité de l'objet de ce corps professionnel autre et les zones de compétence partagées.

2) Les psychiatres à la croisée des chemins

Il est vrai que, chez les psychiatres, ce qui ressort le plus nettement c'est la menace qui pèse sur leur identité et leur métier. De fait, ceux que nous avons rencontrés sont fortement identifiés au champ psychiatrique et au secteur tel qu'il est issu de la pensée de leurs prédécesseurs. Ils ont créé le secteur. La question qui est la leur est par certains aspects celle de l'héritage tant du point de vue organisationnel que de celui des valeurs qui avaient animé le secteur. C'est pour cela qu'ils réaffirment une psychiatrie du sujet contre toute tentative de les transformer en experts qu'ils ne veulent pas être (De la psychiatrie,) dans une seule logique d'objectivation. Mais en même temps, ils se sentent disparaître comme généraliste de la psyché.

La logique de santé publique, la chute programmée de la démographie médicale, la lourdeur de la gestion administrative des secteurs, amènent leur discipline à être transversale, comme dans les services d'urgence ou à réserver leurs interventions de manière ciblée, ce qu'ils tentent de refuser au nom du fait qu'ils sont, comme leurs prédécesseurs, les généralistes de la psyché. En même temps les psychiatres ne peuvent se résoudre à ne plus être à cette place comme à devoir renoncer à être psychothérapeutes. Cette représentation du médecin fortement identifié à l'institution psychiatrique qui s'incarne de manière exemplaire sous le terme de responsabilité, voire d'une « éthique de la responsabilité », est intéressante car c'est un reste de la construction du premier socle de la psychiatrie avec l'ordonnancement asilaire puis l'organisation sectorielle, qui en garde l'essentiel de manière dynamique pour le mettre au service de la désinstitutionalisation. Mais la dynamique du secteur s'essouffle et la vision un médecin-chef, un secteur, une équipe, une idéologie, n'est plus tenable face à une série de phénomènes. Les demandes externes croissent, les enjeux se déplacent : il s'agit maintenant de redistribuer le travail en interne et de gérer la diversité des sites et des postures professionnelles. Une hiérarchisation douce, à l'intérieur de la psychiatrie, qui installerait les psychiatres en deuxième ligne, sur le modèle des autres spécialités, en mettant les psychologues et les infirmiers en première ligne aggraverait le problème. D'où peut-être cette

nécessité de rester maître de la prescription et du soin contre toute réalité du partage actuel du travail entre les différentes professions.

Mais au bout du compte, il se pourrait que le psychiatre en ne renonçant pas à incarner - au nom du fantasme asilaire - l'identité du secteur et son équipe soudée autour de lui perde la clinique. Il se trouverait en position d'organisateur voire de prescripteur de chimiothérapie.

En fait les psychiatres semblent à la croisée des chemins. En effet, le généraliste de la psyché pourrait bien avoir vécu. Cette place est, on l'a vu, menacée par l'afflux des demandes, l'accroissement des responsabilités administratives. La baisse de la démographie médicale pèse au quotidien. La perte de l'internat spécifique des hôpitaux psychiatriques et du CES de psychiatrie, l'importance donnée dans la formation aux neurosciences au détriment de la psychopathologie, le reflux de la psychanalyse viennent aussi attaquer cette position de généraliste. Face à la perte imminente ou consommée de ce rôle imaginaire, les tiraillements sont de plus en plus grands entre ceux qui veulent continuer à repérer le psychiatre comme ayant à faire à la totalité bio-psycho-sociale de l'individu et ceux qui acceptent (ou veulent) recentrer la profession sur le seul biologique. Pour ces derniers il n'y a pas d'ambiguïté. De plus leur vision laisse la place à un dynamisme professionnel. Leur logique les pousse du côté d'une transformation des psychiatres. Ils deviendraient

> « superviseurs de chimiothérapie, en techniciens supérieurs qui contrôlent le travail des généralistes mis en première ligne. Il y aurait redistribution au sens de supervision... pas au niveau chimio de base, parce qu'il ne faut pas être grand clerc pour le faire mais dans les cas ultra. La psychiatrie réintègre la médecine de pointe».

Dans une logique purement économique, une telle position serait avantageuse car il y aurait assez de psychiatres en deuxième ligne pour répondre aux demandes dans ce registre. Le reste serait renvoyé aux autres professionnels dans un partage clair. La clinique s'en trouverait réduite et quelque chose du fait psychiatrique viendrait à se perdre, qui veut que la subjectivité ne soit pas seulement un effet du fonctionnement du système nerveux mais qu'elle a aussi à voir avec la question du sens et du monde commun.

Pour les premiers, en revanche, qui au nom de la tradition, entendent rester dans une clinique du sujet, les choses sont plus complexes Plus responsables et chefs que spécialistes puisque se voulant précisément généralistes, ils se trouvent acculés à perdre cette position qu'ils veulent conserver, du fait notamment des nécessités de l'encadrement au sein d'un contexte global modifié (autonomisations des professions, expression de la demande... cf. supra). Selon le choix opéré le psychiatre est comme en position de renoncer à la clinique : ou bien il accepte d'être expert au cœur d'un système ou d'un réseau, ou bien il le refuse et il se trouve en

position d'organisateur en danger de ne plus pouvoir légitimer par la clinique l'idéologie du du secteur qu'il incarne et l'organisation qu'il produit. Même si le rapport Piel Roelandt comme les psychiatres d'exercice public au sein de la commission sur l'évolution de soins en santé mentale veulent rappeler que les psychiatres entendent rester maîtres du destin de la psychiatrie, il semble que cela soit difficilement tenable. La recherche menée par C. Thiry-Bour et A. Pidolle (2001) est là pour le démontrer : 25 % des psychiatres, dont surtout des chefs de service, parlent de quitter le service public.

Ces représentations que nous venons de dégager sont, il nous semble, un donné important des discussions actuellement entre le SNP et la Conférence des Présidents de CME de CHS. En effet, ces discussions portent sur des points que nous avons sans cesse évoqués tant ils sont au cœur des enjeux actuels des deux professions : le libre accès au psychologue dès qu'il y demande de rendez-vous avec le psychologue, la responsabilité du chef de secteur et le temps FIR. Elles mobilisent d'une part le dynamisme d'une profession, celle des psychologues, appelés par la demande sociale à occuper une place de plus en plus importante au cœur du dispositif de la psychiatrie publique. Leur revendication de leur autonomie professionnelle du fait de leur différence d'avec le monde médical et le travail sur soi comme garant de l'intersubjectivité s'opposent du côté des psychiatres, à la crainte de la hiérarchisation douce, au nécessaire renoncement à incarner l'idéologie du secteur, plus mythique que réelle, même et surtout à l'intérieur de leur profession.

Par un curieux mouvement de l'histoire, il semble que l'« anomie » se soit déplacée. Il y a 25 ans E. Flath parlait de l' « anomie » des psychologues. En fait, il aurait été plus juste de parler de marasme et de dépression :

> « Il y a 25 ans, ceci s'accompagnait de dépression parce que les psychologue se sentaient seuls. Le psychologue était celui qui forgeait sa place d'où ce côté un peu marginal et conflictuel, un peu à côté de l'institution, soit parce qu'il y en avait pas avant soit parce qu'il se mettait en position particulière » (un psychologue).

En quelques années, on assiste à un retournement complet. C'et la psychiatrie et surtout le psychiatre qui est en crise. Son malaise est considérable alors qu'il est face à des choix qui vont cliver la profession si ce n'est la faire éclater.

> « Il y a un problème identitaire des psychiatres des hôpitaux, ils ont peur... ils se sentent disparaître... ils refusent de se plier à une évolution logique » (un psychiatre).

Dans la fragilisation actuelle de la profession de psychiatres, que peuvent en attendre les psychologues ? Un transfert de compétences, comme cela l'a été proposé à l'Ordre des médecins ? Un partage clair de la fonction médicale et de la fonction psychologique et non l'altérité conflictuelle actuelle ? La tendance biologisante peut paraître séduisante au premier abord qui laisse des pans entiers aux psychologues et infirmiers.

> « On voit bien la tension actuelle du côté des psychiatres, ... une petite poignée se technicise. J'ai entendu un de ces psychiatres dire 'quand va-t-on arrêter de parler du XIX° siècle' en parlant du secteur. .. Ces psychiatres vont appuyer les psychologues, c'est clair, c'est simple. La psychiatrie réintègre la médecine et la médecine de pointe avec la neurobiologie et la neurochirurgie qui revient...Et puis tout ce qui est le côté animation, réhabilitation psycho-sociale, c'est le psycho et les cadre infirmiers qu'on va réorienter vers la gestion, l'animation d'équipe... Il n'y a plus de problème d'interaction puisque c'est clair. ... Ils veulent des psychologues, ils appuient les centres de psychologie clinique pour se concentrer sur la recherche, la pratique chimio, neuro-bio. Le reste, c'est beau, c'est respectable mais c'est pas notre champ (...). La contradiction c'est çà : la psychiatrie ultra-clinique, nous on fait dans le bio, vous vous faites le psycho et d'autres le social. L'emboîtement est terminé, on travaille ensemble, complémentairement mais chacun son objet ».

Pas sûr car quelque chose pourrait se perdre de la tension nécessaire entre objectivation et subjectivation qui se lient de manière originale dans le fait psychiatrique et rien ne vient garantir à terme un retour en force de l'objectivation au sein de la psychologie, qui a jusqu'à aujourd'hui lié son destin à la psychanalyse : tests[60], techniques « technicisantes »[61]... Peut-être vaut-il mieux une tension dialectique porteuse de vitalité même si elle reste conflictuelle.

Cependant l'histoire n'est pas écrite :

> « Le XII° congrès mondial de psychiatrie, qui s'est tenu du 26 au 29 août, a permis d'entériner un souci croissant de ses membres d'un retour à la clinique, au rapport entre soignant et soigné, alors que leur discipline a tendu, depuis plusieurs années, à se focaliser sur le médicament en éclipsant le rôle du psychothérapeute, fondé sur la relation au malade. (...) La création, au sein de l'AMP, d'une section « psychanalyse e n psychiatrie » sur l'initiative du Française Daniel Kipman qui la préside, est également significative de ce que le président sortant, (...), qualifie de « rééquilibrage » d'une approche trop biologique de la maladie mentale. La création de cette section témoigne également du poids plus grand de la psychiatrie française au sien d'une institution où sa présence a longtemps discrète » (Le Monde, 03-09-02, Le XX° congrès mondial de psychiatrie redonne la priorité au lien entre praticiens et malades).

Pour tous la question de l'avenir pourrait être celle de l'héritage.

ooo

[60] Cf. chapitre IV
[61] Cf. chapitre V

CONCLUSION

La profession de psychologue, au sein du service public de psychiatrie, peut-être parce qu'elle est récente, apparaît comme emblématique des transformations et des enjeux en même temps qu'elle est probablement une charnière des transformations et qu'elle pourrait devenir un des lieux des enjeux de et dans l'institution.

Elle est emblématique en ce sens que, autour d'elle et après elle, l'institution psychiatrique est passée d'un modèle médical centré sur la maladie à un modèle habité indirectement par la problématique plus large de la santé mentale. La transformation, d'un modèle à l'autre, a eu pour conséquence que le malaise identitaire aurait bien pu quitter la profession pour se répandre, à des titres différents chez les psychiatres et les infirmiers.

En effet, pour une part, la profession psychiatrique, telle qu'elle a été construite dans l'hospitalisation et maintenue dans la dynamique du secteur de psychiatrie générale, se trouve face à des choix qui de toute façon lui font quitter ce qu'elle a été et ne peut plus prétendre être, et l'amène progressivement à reconnaître, transmettre ou délaisser des pans entiers du travail au psychologue. Pour une autre part, la profession infirmière, souvent mise au centre du dispositif dans les nouveaux lieux de la psychiatrie publique et soumise aux exigences de l'entretien infirmier et de la relation, s'en trouve fragilisée et de ce fait peut en arriver à demander de l'aide au psychologue pour la soutenir dans ce travail.

Toutefois il est manifeste aussi que les psychologues, co-contributeurs de la sortie vers le secteur, restent pour une part ambigument et tacitement pour partie sur les rives du diagnostic pathologique en même temps que les plus anciens sont dans une nostalgie de ce monde commun qui se défait sous l'impact des transformations de l'institution et de l'augmentation forte des besoins dans un contexte de réduction des effectifs.

De ce fait même la profession apparaît aussi comme une charnière des transformations. Décalée d'un passé qui l'avait promue en position de collaborateur du

diagnostic, elle est dans un présent difficile à formuler mais qu'elle occupe spontanément quand la profession psychiatrique y voit incertitude et perte d'identité.

Découplé de l'opposition normal/pathologique, arrimé à une certaine clinique de la subjectivité, le psychologue, mieux que le psychiatre, se sent moins déconcerté par ce qu'on appelle les nouvelles demandes faites à la psychiatrie publique, qui s'incarnent de manière exemplaire dans le décalage entre « psychiatriser » et « psychiser » ou « c'est pas de la psychiatrie mais c'est quand même pour nous ». Ces demandes, qui ont pour socle commun ce qui a été paradigmatisé sous le nom de souffrance psychique, expression et champ même de la subjectivité, et qui ont pour effet de casser la représentation imaginaire de l'institution et l'organisation auparavant centrées sur la personne du médecin, sont des demandes de mieux-être. De fait le psychologue est appelé par ces nouvelles demandes qui l'identifient comme un interlocuteur privilégié au sein de la psychiatrie publique et le mettent en première ligne. Sa construction imaginaire d'un hors pouvoir au service de la relation et du travail sur soi, qui rompt avec l'ancien modèle de la passivité du patient, inaugure une prise en charge individualisante comme réponse aux désordres de la subjectivité et à la désaffiliation

Cette représentation est requise par les transformations de l'individu contemporain qui doit être dans une perpétuelle construction de soi et une perpétuelle adaptabilité à un monde de plus en plus ouvert et donc de plus en plus inconnu. Même au cœur de la relation, cette représentation est au service de cette nouvelle exigence normative de production de soi et de bien-être, qui suscite le désarroi chez ceux qui se sentent en défaut par rapport à elle. En cela, le psychologue se trouve en charge de produire l'individu.

Alors même que le travail sur l'adaptation n'est pas sans leur poser un problème éthique, les psychologues, désormais en premier rang des demandes, vont devoir se confronter à des problématiques foncièrement adaptatives - voire d'adaptabilité - au nom précisément de la souffrance psychique. Au moment où il advient qu'on s'interroge sur les « pathologies en rapport avec la non-demande » et que les obligations de soin se répandent, que les modèles de santé publique sont de plus en plus prévalents, ils peuvent se trouver en difficulté par rapport au socle de la subjectivité pensante et agissante qui les occupait transnosographiquement.

En cela, les psychologues pourraient comme les autres professions devenir le lieu des enjeux de la psychiatrie publique. Ayant quitté un certain malaise identitaire, ils pourraient être gagnés par l'angoisse des incertitudes. C'est pourquoi il est intéressant de continuer à observer l'évolution de leur métier et des représentations qui les habitent ou qu'ils suscitent.

Cette observation pourrait être extérieure mais aussi intérieure à l'institution. Autrement dit, il n'est pas exclu que, devenus partenaires à part entière, les psychologues puissent avec les autres professions du champ devenir les locuteurs d'une discussion dialectique sur les enjeux mêmes de cette institution, à savoir :

- qu'est-ce que la psychiatrie publique ?
- quels sont ses savoirs et champs d'action légitimes ?
- Comment se positionne-t-elle dans le champ social et singulièrement que dit-elle aux Pouvoirs publics et à ses tutelles ?

Il se pourrait que ces questions se posent aujourd'hui avec une certaine acuité et une certaine urgence.

ooo

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu, D, (1979) La psychanalyse au service de la psychologie, *Nouvelle revue de psychanalyse,* tome 20, Gallimard.

Association Nationale des Présidents et Vice-présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres hospitaliers de psychiatrie, *De la psychiatrie*, Les Bulletins d'Information Spécialisés, Nantes, 1994.

Barazer C., Ehrenberg C. (1994), La folie perdue de vue, *Esprit*, Octobre.

Bonnafé L. (1965), Discussion sur « les institution et l'organisation de secteurs psychiatriques », *Livre blanc de la psychiatrie française*, tome I, Privat, Toulouse.

Bonnafé L. (1966), Discussion sur « les institution et l'organisation de secteurs psychiatriques », *Livre blanc de la psychiatrie française*, tome. II, Privat, Toulouse.

Bonnafé L. (1967), Discussion sur « les institution et l'organisation de secteurs psychiatriques », *Livre blanc de la psychiatrie française*, tome III, Privat, Toulouse.

Castel R. (1976) *L'ordre psychiatrique*, Les Editions de Minuit, Paris.

Castel R. (1981) *La gestion des risques*, Les Editions de Minuit, Paris.

Castel R. (1991), De l'indigence à l'exclusion : la désaffiliation, in J. Donzelot, *Face à l'exclusion*, Esprit, Paris.

Chiland C. (1983a), *L'entretien clinique*, PUF, Paris.

Chiland, C. (1983b), Avant-propos, *Psychologie française*, mars, tome 28-1.

Chopart J N (2000), *Les mutations du travail social*, Dunod.

Ciavaldini A. (2002), Pour une légitimité des prises en charge des agresseurs sexuels, in *Le journal des psychologues*, décembre 2001, janvier 2002, n° 193.

Coldefy M., Bousquet F., (2002) Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999, *Solidarité et santé*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, N°2.

Coldefy M., Bousquet F. (2002), Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999, *Etudes et Résultats*, n° 163, mars, DREES.

Ehrenberg A, Lovell A. (sous la dir.) (2000), *La maladie mentale en mutation*, O. Jacob, Paris.

Ehrenberg A. (1998), *La fatigue d'être soi*, Ed. O. Jacob, Paris.

Evans R.G., Stoddart G., *Producing health, consuming health care*, Institut canadien des recherches avancées, Toronto, Canada.

Fassin D (1996), *l'Espace politique de la santé,* Paris, PUF.

Favez-Boutonnier J. (1959), *La psychologie clinique, Objet, méthode, problèmes*, tome I-II, Paris, CDU.

Fédida P. (1977), *Le concept et la violence*, UGE, 1977.

Foucault M. (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.

Foucault. M. (1976), Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ?, *Dits et Ecrits, tome 3*, Gallimard, Paris, 1994.

Foucault M. (2001), *L'herméneutique du sujet*, Seuil/Gallimard, Paris.

Furtos J (1999), Problème d'identité et partenariat dans le champ de la précarité sociale, in Minard M; (sous la dir.), *Exclusion et psychiatrie*, Erès, Ramonville Saint-Agne, 1999.

Goffman E. (1968, *Asiles*, Ed. de Minuit, Paris.

Golse A. Vers une médecine de la santé, *Les sciences humaines dans la médecine, la médecine dans les sciences humaines, Mana*, Revue du Laboratoire d'analyse socio-anthropologique du risque, n° 6, 1er semestre 1999, Université de Caen.

Guillec G. (1982), Questionnement de l'identité professionnelle des psychologues cliniciens, *Bulletin de psychologie*, Tome XXXVI, n° 358.

Guillec G. (1990), De l'identité professionnelle des psychologues à l'histoire de leur groupe, *Bulletin de psychologie*, Tome XLII, n° 394.

Héry P. (1990), Entre exclusion et inclusion : le psychologue clinicien, *Bulletin de psychologie,* Tome XLII, n° 394.

Jaeger M. (1994), L'infirmier en santé mentale : un professionnel ?, in Aiach P., Fassin D, *Les métiers de santé*, enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Anthropos Economica.

Jaeger, M (2000), *L'articulation du sanitaire et du social,* Dunod, Paris.

Kuhn T. (1983*), La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, Paris.

Lagache D. (1949a), Psychologie clinique et méthode clinique, in *Œuvres complètes*, tome I, Paris, PUF, 1977.

Lagache D (1949b), *L'unité de la psychologie*, PUF, Paris, 1949.

Lagache D. (1946), Psychologie clinique et délinquance juvénile, in *Œuvres complètes*, tome I, PUF, Paris, 1977.

Lanteri-Laura G. (1984), Entretien avec G. Lanteri-Laura, *Synapse,* n° 4.

Lanteri-Laura G. (1998), *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Editions du temps, Paris.

Murard L, Fourquet F. (1979). *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Recherches n° 17.

Ohayon A. (1999), L'impossible rencontre, Psychologie et psychanalyse en France 1919-1969, La découverte, Paris, 1999.

Pédinielli J. L., *Introduction à la psychologie clinique*, Nathan, 1994.

Perse J. (1968), L'examen psychométrique en clinique : du bon et du mauvais usage des tests mentaux, *Bulletin de psychologie*, Tome XXI, n° 270.

Plichart P. (1999), Psychiatrie : médecine ou science humaine/sociale ?, *Les sciences humaines dans la médecine, la médecine dans les sciences humaines, Mana*, Revue du Laboratoire d'analyse socio-anthropologique du risque, n° 6, 1er semestre, Université de Caen.

Pons P. (2002), Le XII° congrès mondial de psychiatrie redonne la priorité au lien entre praticiens et malades, *Le Monde*, 3 septembre.

Prévost C.M. (1968), *Psychologie clinique*, PUF, Paris.

Reynaud M. (1995), Faut-il toucher au secteur de papa ?, *Synapse*, mars.

Rhizome (2002), *L'avenir de la psychiatrie publique*, avril.

Richelle M (1973), *Pourquoi les psychologues*, Dessart et Mardaga, Bruxelles.

Roudinesco E. (1999), L'homme comportemental, in *Pourquoi la psychanalyse* ?, Paris, Fayard.

Samacher R., George M.C. (1990), Pratiques et évaluation des modes d'intervention des psychologues de psychiatrie de secteur, *Bulletin de psychologie*, Tome XLII, n° 394.

Schmid-Kitsikis E., *Pour introduire la psychologie clinique*, Dunod, 1999.

Setbon M. (1996), Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique, *Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque*, *Revue française des Affaires sociales*, n° 2, avril-juin.

Sfez L. (1995), *Le mythe de la santé parfaite*, Seuil, Paris.

Sivadon P. Duron J. (1979), *La santé mentale, la recherche de l'équilibre personnel et social dans la vie quotidienne*, Privat, Toulouse.

Swain G., Chimie, cerveau, esprit et société, Paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale, in *Dialogues avec l'insensé*, Gallimard, Paris, 1994, pp 263-281.

Thiry-Bour C, Pidolle A., (2000), Enquête sur les conditions de travail des P.H., *L'information psychiatrique*, n° 10, décembre.

Widlöcher D. (1983), Un autre psychiatre dans un autre hôpital général, *Psychologie française*, n° 28-1.

THESES

Flath E., *Le métier de psychologue : une profession anomique*, Thèse de 3° cycle, EHESS, 1986.

Girard P. (1980) *Représentations et pratiques sociales de l'institution psychiatrique*, thèse en vue de l'obtention d'un doctorat de 3ème cycle, Institut de Sociologie, Université de Caen.

Golse A (2000), *Le lien psychiatrique comme lien social généralisé, Analyse sociologique des transformations récentes de la psychiatrie publique*, Thèse de sociologie, Université de Caen.

Sicot F. (1995), *Maladie mentale et pauvreté, Le rôle de la pauvreté dans la construction sociale de la maladie mentale*, Thèse en vue du doctorat de Sociologie et d'Anthropologie, Université de Franche-Comté, 1995.

LITTERATURE GRISE

Appel de Bondy (2001), *Pour la psychiatrie de secteur, en son 40°anniversaire.*

Monnier (2001), *Rapport du Docteur Monnier devant le Conseil National de l'Ordre des médecins.*

SOMEPSY (2001), *Livre blanc de la psychiatrie de secteur à Paris*, décembre.

RAPPORTS DE RECHERCHE

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CC-OMS) (1994), *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, 16 mars – 29 mars 1993*, juillet 1994.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CC-OMS) (1999), *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, 16 mars – 29 mars 1998*, août 1999.

Pidolle A. (1993), *Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique*, MIRE-ARP-CHS de Lorquin.

Centre de Recherche sur les enjeux contemporains en santé publique (CRESP) (2001), *La souffrance et l'écoute : une gestion locale des inégalités sociales,* Rapport d'étude N°4, Bobigny.

RAPPORTS OFFICIELS

Lazarus A. (1995), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher,* Rapport interministériel, Paris.

Piel E., Roelandt J.L. (2001), *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Direction Générale de la .Santé (2002), *Rapport du groupe de travail sur « L'évolution des métiers en santé mentale »: recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé.*

SESI (1998), Service des statistiques et des systèmes d'information (SESI), *Les secteurs de psychiatrie générale en 1995*, Documents statistiques, n° 304, mai.

LOIS, DECRETS ET CIRCULAIRES

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Décret n° 71-988 du 31 décembre 1971 relatif au recrutement et à l'avancement des psychologues des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics.

Loi n ° 85-772 du 25 juillet 1985 relative à la profession de psychologue.

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Circulaire n° 90-5 du 14 Mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. Elisabeth Roudinesco, « L'homme comportemental », in *Pourquoi la psychanalyse* ?, Paris, Fayard, 1999

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

Circulaire DH/FH3/92 n° 23 du 23 juin 1992 relative à l'application du décret n° 91-129 portant statut particulier des psychologues de la Fonction publique hospitalière.

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998, décret n° 99- 571 du 7 juillet 1999, décret n° 2000-412 du 18 mai 2000.

Circulaire DHOS/E1 N° 2001-503 du 22 octobre 2001 signée par Elisabeth Guigou, Marylise Lebranchu, et Bernard Kouchner alors respectivement Ministre de l'emploi et de la solidarité, Garde des sceaux et Ministre de la Justice et Ministre délégué à la santé.

ooo

ANNEXES

QUESTIONNAIRE
RESULTATS

Les transformations de la psychiatrie publique
Les pratiques des psychologues

Questionnaire

Laboratoire d'analyse socio-anthropologique du risque
Université de Caen
septembre 2001

Situation professionnelle

1. Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous la ou les structures dans lesquelles vous travaillez, votre temps de travail dans le mois écoulé et votre ancienneté dans le(s) postes occupé(s) (mettre une croix dans les cases correspondantes).

Lieux de travail	Temps de travail clinique		Ancienneté dans le poste
	Temps complet	Temps partiel (précisez le nombre d'heures ou de demi-journées)	
Service d'urgence d'un hôpital général et/ou unité de psychiatrie de liaison			
Hôpital de jour			
Association dépendant d'un secteur psychiatrique et/ou structure interinstitutionnelle prenant en charge un public spécifique			
Centre d'accueil et de crise			
Service d'hospitalisation psychiatrique			
CATTP			
CMP			
Autre structure (publique ou privée) relevant de la psychiatrie.....			
Autre structure (publique ou privée) ne relevant pas de la psychiatrie (ex : organisme de formation).....			
Activité libérale			

2. Combien y a t-il de psychologues dans le secteur ou l'association au sein duquel ou de laquelle vous travaillez ?

.....

3. Existe t-il un collège de psychologues au sein de l'établissement où vous travaillez ?

Oui ☐
Non ☐
Ne sait pas ☐

4. Comment s'effectue la répartition des tâches entre vous et vos collègues ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Les entretiens et le travail auprès des patients

5. Combien d'entretiens avez-vous réalisés dans la semaine écoulée ?

.....

6. Quelle est la nature de ces entretiens ?
(plusieurs réponses possibles)

- Premier accueil ☐
- Soutien ☐
- Diagnostic et évaluation ☐
- Orientation ☐
- Thérapeutique ☐
- Groupe thérapeutique ☐
- Groupe de soutien ☐
- Autre : précisez ..... ☐

7. Certains de ces entretiens sont-ils effectués en collaboration avec un autre membre de l'équipe ?

Oui ☐
Non ☐

8. Si oui, lequel ?

.....

9. Combien d'heures par jour et par semaine consacrez-vous à ces mêmes entretiens ?

- Premier accueil .....h/jour .....h/semaine
- Soutien .....h/jour .....h/semaine
- Diagnostic et évaluation .....h/jour .....h/semaine
- Orientation .....h/jour .....h/semaine
- Thérapeutique .....h/jour .....h/semaine
- Groupe thérapeutique .....h/jour .....h/semaine
- Groupe de soutien .....h/jour .....h/semaine
- Autre : précisez .....h/jour .....h/semaine

10. Parmi ces mêmes entretiens, quels sont ceux qui sont individuels et ceux qui sont collectifs (famille, proche, travailleur social, autre intervenant médico-social) ?

	Individuel	collectif
- Premier accueil	☐	☐
- Soutien	☐	☐
- Diagnostic et évaluation	☐	☐
- Orientation	☐	☐
- Thérapeutique	☐	☐
- Groupe thérapeutique	☐	☐
- Groupe de soutien	☐	☐
- Autre : précisez	☐	☐

11. Ces entretiens ont-ils lieu sur le même site ?

Oui ☐

Non ☐

12. Si non, sur quels sites ?

- Service d'urgence d'un hôpital général ☐
- Unité de psychiatrie de liaison ☐
- Hôpital de jour ☐
- Association dépendant d'un secteur psychiatrique et/ou d'une structure interinstitutionnelle prenant en charge un public spécifique (SMPR...) ☐
- Centre d'accueil et de crise ☐

- Service d'hospitalisation psychiatrique ☐
- CATTP ☐
- CMP ☐
- Autre : précisez ..... ☐

Les réunions

13. Dans le mois écoulé, à quels types de réunions avez-vous été amenés à participer ? (plusieurs réponses possibles)

	internes à la psychiatrie	avec des psychologues et des intervenants extérieurs	avec uniquement des intervenants extérieurs
- Equipe	☐	☐	☐
- Synthèse	☐	☐	☐
- Régulation	☐	☐	☐
- Supervision	☐	☐	☐
- Groupe Balint	☐	☐	☐
- Groupe de parole avec des professionnels	☐	☐	☐
- Autre : précisez.....	☐	☐	☐

14. S'il s'agit de réunions internes à la psychiatrie et/ou avec des intervenants extérieurs et des psychologues, quelles sont les structures représentées ?

- Service d'hospitalisation à temps complet ☐
- CATTP ☐
- CMP ☐
- Autre : précisez..... ☐

15. Si vous participez à des réunions, quelle distinction faîtes-vous entre des réunions de régulation, de supervision et de synthèse ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

16. Combien de temps (en heures) avez-vous passé en réunion dans le mois écoulé ?

- Equipe .....h/mois
- Synthèse .....h/mois
- Régulation .....h/mois
- Supervision .....h/mois
- Groupe Balint .....h/mois
- Groupe de parole avec des professionnels .....h/mois
- Autre : précisez ....h/mois

17. Par qui est animé chaque type de réunion ?

- Equipe .....
- Synthèse .....
- Régulation .....
- Supervision .....
- Groupe Balint .....
- Groupe de parole avec des professionnels .....
- Autre : précisez .....

18. Quel est votre rôle au sein de chaque type de réunion ?
(plusieurs réponses possibles)

- Aide au diagnostic ☐
- Aide à l'orientation ☐
- Etude des cas ☐
- Animation et conduite de la réunion ☐
- Régulation des relations dans l'équipe soignante et gestion des conflits ☐
- Autre : précisez..... ☐

19. Hormis les entretiens et les réunions, quelles autres tâches êtes vous amenés à effectuer ? (plusieurs réponses possibles)

- Préparation des dossiers (pour la COTOREP ou autres institutions) ☐
- Passation de tests et bilans ☐
- Elaboration de projets institutionnels ☐
- Rédaction des rapports de synthèse et autres réunions ☐
- Animation d'ateliers thérapeutiques ☐
- Autre : précisez ..... ☐

20. Parmi ces mêmes activités, quelles sont celles qui sont menées individuellement et celles qui sont effectuées collectivement ?

	Individuellement	Collectivement (précisez avec qui)
- Préparation des dossiers (pour la COTOREP ou autres institutions)	☐	☐.....
- Passation de tests et bilans	☐	☐.....
- Elaboration de projets institutionnels	☐	☐.....
- Rédaction des rapports de synthèse et autres réunions	☐	☐.....
- Animation d'ateliers thérapeutiques	☐	☐.....
- Autre : précisez	☐	☐.....

21. Existe t-il un projet d'institution de secteur et /ou par structure ?

Oui ☐
Non ☐
Ne sait pas ☐

22. Si oui, en tant que psychologue avez-vous participé à son élaboration ?

Oui ☐
Non ☐

23. Effectuez-vous :
(plusieurs réponses possibles)

	Oui	Non
- Des activités de prévention (suicide, conduite addictive...)	☐	☐
- Des activités de formation (auprès de travailleurs sociaux, infirmiers)	☐	☐
- Des activités d'information (auprès du public)	☐	☐
- Autre : précisez	☐	☐

24. Quelles orientations de travail aimeriez-vous développer ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'accueil et les caractéristiques du public

25. Si un patient demande à consulter un(e) psychologue, y a t-il accès en première intention ?

Oui ☐
Non ☐
Ne sait pas ☐

26. Si non, par qui doit-il passer à l'intérieur de l'équipe ?

- Le psychiatre ☐
- L'infirmier ☐
- Le travailleur social ☐
- Autre : précisez..... ☐

27. Qui oriente le patient vers le psychologue en interne et en externe ?

En interne :

- Un psychiatre ☐
- Un collègue psychologue ☐
- Un infirmier ☐
- Autre : précisez..... ☐

En externe :

- Un travailleur social (assistant(e) sociale, éducateur(trice), animateur(trice) RMI...) ☐
- La famille ☐
- Le CHRS ☐
- Autre : précisez..... ☐

28. Est-ce le patient qui prend rendez-vous lui-même ?

Oui ☐
Non ☐
Ne sait pas ☐

29. Si non, qui prend rendez-vous pour lui ?
.....

30. Comment utilisez-vous votre tiers temps ?
(plusieurs réponses possibles)

- Information ☐
- Recherche ☐
- Formation ☐
- Publication ☐
- Groupe de travail ☐

Votre formation

31. Si vous avez exercé une autre profession avant d'être psychologue, quelle était – elle ?

.....

32. Si vous avez exercé comme psychologue auparavant, quel poste occupiez-vous ?

.....

33. Quels sont les diplômes universitaires qui vous ont permis d'exercer comme psychologue ?
(plusieurs réponses possibles)

- Maîtrise ☐
- DEA ☐
- DESS ☐
- Doctorat ☐
- Autre : précisez..... ☐

34. Intitulés : .....

35. Avez-vous effectué une formation ou des formations complémentaires ?

- Oui ☐
- Non ☐

36. Si oui, à quel moment l'avez-vous ou les avez-vous suivies ?

- A la fin de vos études ☐
- Durant votre recherche d'emploi ☐
- En formation continue ☐
- Autre : précisez ..... ☐

37. De quel type de formation complémentaire s'agit-il ?

- DESS ☐
- DEA ☐
- Doctorat ☐
- Diplôme universitaire (DU) ☐
- Formation d'un organisme privé ☐
- Autre : précisez ..... ☐

38. Dans quels domaines ?

thérapeutique :

- Psychanalyse ☐
- Thérapie familiale ou systémique ☐
- Programmation neuro-linguistique ☐
- Analyse transactionnelle ☐
- Thérapie cognitive ☐
- Thérapie comportementale ☐
- Thérapie de groupe ☐
- Thérapie émotionnelle et corporelle (relaxation, sophrologie, training autogène, bio-énergie, gestalt-thérapie, thérapie primale...) ☐
- Autre : précisez le ou les intitulés ..... ☐

technique :

- Tests projectifs ☐
- Tests psychométriques ☐
- Entretien ☐
- Autre : précisez ..... ☐

pathologie :

- Alcoologie ☐
- Toxicomanie ☐
- Géronto-psychiatrie ☐
- Autre : précisez le ou les intitulés ..... ☐

39. A quel courant ou obédience théorique vous rattachez-vous ?

.....
.....

40. Département dans lequel est situé votre ou vos lieu(x) de travail :
.....

41. Vous travaillez dans un secteur : rural ☐
urbain ☐
semi-urbain ☐

42. Remarques et suggestions

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESULTATS

Question 1. Lieux d'intervention des psychologues sondés

Lieux d'intervention des psychologues	Fréquence
Service d'urgence-unité de psy. liaison	7
Hôpital de jour	22
Association dépendant d'un secteur- struct. interinstitu.	7
CAC	1
Service d'hosp. psy.	26
CATTP	7
CMP	57
Autres struc. psy.	24
Activité libérale	12
Formation-recherche *	7
Expertises judiciaires *	1

* : Ces deux rubriques constituent la catégorie "autres structures non-psychiatriques".

Question 1. Temps de travail des psychologues par lieux d'intervention

Service d'urgence/psychiatrie de liaison

Temps de travail	Fréquence
0%	2
5%	2
10%	1
50%	1
60%	1
Total	7

Association

Temps de travail	Fréquence
0%	1
25%	1
50%	3
100%	2
Total	7

Hôpital de jour

Temps de travail	Fréquence
0%	1
7%	1
8%	1
10%	3
14%	1
20%	4
25%	2
30%	1
40%	2
50%	5
75%	1
Total	22

Service d'hospitalisation psychiatrique

Temps de travail	Fréquence
0%	1
6%	1
10%	1
13%	1
20%	2
25%	2
30%	3
35%	1
38%	1
40%	2
50%	5
60%	1
75%	2
80%	1
100%	2
Total	26

CAC : 0

CATTP

Temps de travail	Fréquence
0%	1
4%	1
10%	1
20%	1
30%	2
50%	1
Total	7

CMP

Temps de travail	Fréquence
10%	1
20%	1
25%	5
30%	4
35%	1
40%	2
50%	19
53%	1
60%	2
63%	1
65%	1
75%	1
80%	5
85%	2
100%	11
Total	57

Autres struct. relevant de la psychiatrie

Temps de travail	Fréquence
0%	2
5%	1
15%	1
20%	1
30%	1
35%	2
40%	1
47%	1
50%	6
95%	1
100%	7
Total	24

Question 1. Ancienneté dans le poste par lieux d'intervention

Service d'urgence/psychiatrie de liaison

Ancienneté (en années)	Fréquence
0	2
1,5	1
5	1
8	1
Total	5

Association

Ancienneté (en années)	Fréquence
0	1
1,5	1
3	1
8	1
9	1
Total	5

Hôpital de jour

Ancienneté (en années)	Fréquence
0	1
1	2
1,5	1
2	2
3	3
4	2
5	1
8	2
14	1
17	1
20	1
Total	18

Service d'hospitalisation psychiatrique

Ancienneté (en années)	Fréquence
0	1
0,6	1
0,75	1
0,8	1
1	1
1,5	2
	3
2,5	1
4	1
9	1
15	2
17	1
19	1
20	2
25	1
27	2
Total	22

CATTP

Ancienneté (en années)	Fréquence
0	1
0,2	1
2	2
5	1
14	1
Total	6

CMP

Ancienneté (en années)	Fréquence
0	1
0,75	1
1	1
1,5	1
2	5
2,5	1
3	1
4	3
5	2
6	2
7	1
8	1
8,5	1
9	1
10	1
12	1
14	1
15	4
17	1
18	1
20	3
21	1
22	1
24	3
24,7	1
25	3
30	2
34	1
Total	46

Autres struct. relevant de la psychiatrie

Ancienneté (en années)	Fréquence
0	2
1	1
2	1
3	2
4,5	1
5	1
10	4
11	1
12	1
14	1
17	1
20	2
26,8	1
27	1
Total	20

CESAME - Centre Hospitalier
de Ste Gemmes S/ Loire
CENTRE DE DOCUMENTATION
B.P. 89.
49137 LES PONTS DE CÉ Cedex

Question 2. Nombre de psychologues dans l'association ou le secteur au sein duquel ou de laquelle travaillent les psychologues sondés

Nombre de psychologues	Fréquence
1	3
2	13
3	16
4	13
5	10
6	9
7	2
8	3
10	1
12	2
14	1
15	2
40	1

Question 3. Existe-t-il un collège de psychologues ?

Oui	62
Non	16
Non-réponse	1
Total	79

Question 5. Nombre d'entretiens réalisés (dans la semaine écoulée)

Nombre d'entretiens	Fréquence
2	1
5	1
6	1
9	3
10	2
12	3
13	3
14	1
15	5
16	2
17	1
18	4
20	13
21	2
22	3
23	1
24	2
25	4
27	4
28	4
29	1
30	7
31	1
32	1
33	1
37	1
38	2
40	1
45	1
Total	76

Question 6. Nature des entretiens réalisés

Nature des entretiens	Fréquence
Premier accueil	43
Diagnostic-évaluation	22
Orientation	9
Thérapeutique	69
Soutien	48
Groupe thérapeutique	28
Groupe de soutien	5

Question 7. Certains de ces entretiens sont-ils effectués avec un autre membre de l'équipe ?

Oui	32
Non	46
Non-réponse	1
Total	79

Question 9. Nombre d'heures (par semaine) consacrés aux entretiens

Premier accueil

Nombre d'heures	Fréquence
1	9
1,5	1
2	8
3	12
4	4
Total	34

Soutien

Nombre d'heures	Fréquence
0,75	1
1	1
2	7
3	6
3,5	1
4	3
5	4
6	4
8	2
10	1
11	1
12	1
Total	32

Diagnostic et évaluation

Nombre d'heures	Fréquence
0,5	1
1	1
2	3
3	1
4	3
5	2
7	2
12	1
15	1
Total	15

Orientation

Nombre d'heures	Fréquence
0,5	1
1	1
2	4
4	1
7	1
10	1
Total	9

Thérapeutique

Nombre d'heures	Fréquence
1	2
1,5	1
4	1
4,5	1
5	2
8	1
10	7
12	4
13	3
14	1
15	9
16	6
17	1
18	3
19	1
20	11
21	1
24	1
26	1
32	1
Total	58

Groupe thérapeutique

Nombre d'heures	Fréquence
1	6
1,5	3
2	5
3	6
10	1
15	2
20	1
Total	24

Groupe de soutien

Nombre d'heures	Fréquence
1	2
2	2
3	1
Total	6

Question 10. Caractère individuel ou collectif des entretiens réalisés (en fréquence)

Nature des entretiens	Caractère des entretiens		
	Individuel	Collectif	Non-réponse
Premier accueil	37	5	37
Soutien	45	1	33
Diagnostic	17	3	59
Orientation	10	2	67
Thérapeutique	63	1	15
Groupe thérapeutique	4	22	53
Groupe de soutien	1	7	71

Question 11. Les entretiens ont-ils lieu sur le même site ?

Oui	48
Non	31
Total	79

Question 12. Si non, sur quels sites ?

Psychiatrie de liaison	4
Hôpital de jour	8
Association	7
CAC	1
Service d'hospitalisation psy.	17
CATTP	3
CMP	26

Question 13. Types et compositions des réunions auquelles les psychologues ont participé

Types de réunion	Compositions des réunions		
	Internes à la psychiatrie	*Avec des psychologues et des intervenants extérieurs*	*Avec uniquement des intervenants extérieurs*
Equipe	58	14	6
Synthèse	52	15	11
Régulation	13	2	4
Supervision	12	11	8
Groupe Balint	1	0	0
Groupe de parole avec des professionnels	9	6	6

Question 14. S'il s'agit de réunions internes à la psychiatrie et/ou avec des intervenants extérieurs et des psychologues, quelles sont les structures représentées ?

Service d'hospitalisation à temps complet	42
CATTP	21
CMP	48

Question 25. Si un patient demande à consulter un(e) psychologue, y a t-il accès en premi intention ?

Oui	49
Non	29
Ne sait pas	0
Non-réponse	1
Total	79

Question 26. Si non, par qui doit-il passer ?

Le psychiatre	25
L'infirmier	16
Le travailleur social	3

Question 27. Qui oriente le patient vers le psychologue en interne et en externe ?

En interne :

Un psychiatre	63
Un collègue psychologue	40
Un infirmier	38

En externe :

Un travailleur social	46
La famille	27
Le CHRS	21

Question 28. Est-ce le patient qui prend rendez-vous lui-même ?

Oui	70
Non	7
Ne sait pas	0
Non-réponse	2
Total	79

Question 30. Comment utilisez-vous votre tiers temps ?

Information	43
Recherche	48
Formation	67
Publication	21
Groupe de travail	49

Question 33. Quels sont les diplômes universitaires qui vous ont permis d'exercer ?

Diplômes	Fréquence
Maîtrise	17
DEA	17
DESS	75
Doctorat	4

Question 35. Avez-vous suivi une ou des formations complémentaires ?

Oui	76
Non	2
Non-réponse	1
Total	79

Question 36. Si oui, à quel moment l'avez-vous ou les avez vous suivie(s) ?

A la fin de vos études	41
Durant votre recherche d'emploi	11
En formation continue	50

Question 37. De quel type de formation complémentaire s'agit-il ?

DESS	4
DEA	9
Diplôme universitaire	17
Formation d'un organisme privé	47

Question 38. Dans quels domaines thérapeutiques s'effectuent les formations complémentaire

Psychanalyse	64
Thérapie familiale/systémique	15
PNL	1
Analyse transactionnelle	3
Thérapie cognitive	2
Thérapie comportementale	1
Thérapie de groupe	14
Thérapie émotionnelle et corporelle	16

Question 38. Dans quelles techniques d'investigation s'effectuent les formations complémentaires ?

Tests projectifs	17
Tests psychométriques	7
Entretiens	13

Question 38. Dans quels domaines de la pathologie s'effectuent les formations complémentaires ?

Alcoologie	12
Toxicomanie	11
Géronto-psychiatrie	6

Combinaison des différents lieux d'intervention des psychologues sondés

CMP	Serv.d'hosp.	Hôp. jour	Aut. struc.	Assos.	Psy. liais.	CAC	CATTP	Fréquence
1								16
			1					12
	1							3
				1				1
	1		1					1
		1	1					2
			1		1			1
1			1					6
1	1							8
1		1						8
1					1			2
1				1				1
1	1						1	1
1	1		1					2
1	1			1				1
1	1	1						5
1	1	1	1					1
1		1					1	3
1	1	1					1	1
1	1				1			1
1	1	1			1			1
				1			1	1
15	11	7	7	4	4	0	4	Total = 78

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 1
INTRODUCTION 3

CHAPITRE I 5
LES TRANSFORMATIONS DE LA PSYCHIATRIE 5
I Une crise de croissance et une complexification 5
1) Une file active en expansion, des trajectoires de patients qui se complexifient 8
2) Une diversification des demandes et des missions 11
3) Une autre diversité du paysage psychiatrique : sa diversité intersectorielle 13
II Une crise conceptuelle 16
1) Un nouvel objet consensuel ? 17
2) Une nouvelle politique psychiatrique 19
III Un nouveau métier ou des nouveaux métiers 22
1) Le personnel 23
2) Les pratiques 26
IV Pourquoi les psychologues 29
1) Une profession anomique ? 29
2) Une place difficile à construire 33

CHAPITRE II 39
DE L'ACTIVITE DES PSYCHOLOGUES 39
I. Déroulement de l'enquête sur le terrain et difficultés rencontrées 40
I.1. Choix de l'échantillon 40
I. 2. Constitution des listes de psychologues 41
I.3. Elaboration du questionnaire 42
I.4. Envoi du questionnaire et traitement 43
II. Présentation des résultats de l'approche quantitative 43
II. 1. Lieux d'intervention des psychologues 45
II- 2 La répartition du travail entre les psychologues 48
II. 3. Le travail auprès des patients 49
II.4. Les réunions 52
II 4.1. La participation aux réunions 52
II. 4. 2. Synthèse, régulation et supervision 54
II. 4. 3. Animation des réunions 57
II. 5. L'accueil du public 59
III. Des pratiques dans des lieux d'exercice 61
III. 1. Un seul lieu d'intervention : des psychologues « monosites» 62
III- 1.1. Le CMP comme unique site d'intervention 63
III.1.2. Les services d'hospitalisation 64
III.1.3. Les psychologues exerçant en milieu pénitentiaire 66
III.1.4 Des lieux atypiques et des pratiques marginales 67
III.2. Deux lieux d'intervention dont le CMP 69
III.3. Deux lieux d'intervention hors CMP 72
III.4. Trois ou quatre lieux d'intervention : des psychologues «multisites» 74
IV. La formation des psychologues 78
V Des aspirations des psychologues 81
VI. Interprétation et discussion des résultats 84

CHAPITRE III 89
PRESENTATION DE L'ENQUETE QUALITATIVE 89
I Rappel des objectifs de l'enquête qualitative et choix des sites : 89
II- Méthodologie : 90
1) L'observation : 90
2) Les entretiens : 90
3) Méthode d'analyse pour les divers terrains: 90
4) Présentation des résultats : 91

CHAPITRE IV- 92
LES PSYCHOLOGUES DANS L'URGENCE ET LA CRISE 92
I. Présentation des sites de l'enquête et difficultés rencontrées 92
1) Le centre d'accueil et de crise G. 92
2) Le centre d'accueil du secteur X. 92
3) Le centre de crise du secteur X 93
4) Les urgences de l'hôpital général V : 93
5) La négociation des terrains 94
II- Le dispositif d'urgences : le travail psychiatrique en question 96
1) L'accueil, l'évaluation l'orientation, la crise : les infirmiers en première ligne 98
1.1 La pratique des entretiens : enjeux et logique de la répartition 101
1.2 Les psychologues et l'urgence 104
2) Les psychologues en deuxième ligne : Le travail institutionnel 106
2.1 La place du psychologue dans l'élaboration clinique 109
2.2 Le psychologue dans le travail de crise 113
2. .3 La souffrance des soignants 115
3) Une place à prendre ou à trouver 116
III- L'interface psychiatrie et médecine générale : Le travail psychiatrique au service des urgences de l'hôpital général 119
1) le psychiatrique et le psychologique 121
2) L'évolution des missions : le relationnel et la souffrance psychique 123
2.1 Les psychologues et la « souffrance psychique » 124
2.2 La demande sociale et la mission de service publique 126

CHAPITRE V 128
DE LA PSYCHIATRIE GENERALE AUX CIBLES SPECIFIQUES 128
I Présentation des sites 128
1) La couronne parisienne : un Centre Médico-Psychologique, une association. 128
2) Paris : un service d'hospitalisation du secteur psychiatrique, un CMP. 130
II La psychiatrie : histoire et cultures 131
1) D'une histoire à l'autre 131
2) La confrontation des cultures 133
3) Les psychologues : un espace de parole à l'épreuve de l'institution. 136
3. 1.Désinstitutionalisation 136
3.2 Individualisation. 139
III Le soin psychiatrique, entre l'offre et la demande 146
1) Le bien-être et les listes d'attente au CMP 146
2) La demande sociale : un « appel d'offre à la folie » ? 148
IV Une psychiatrie volontaire pour l'injonction ? Le contrôle de la récidive. 153
1) Les psychologues et le suivi socio-judiciaire : des soignants « hors la loi ». 153
2) Du CMP à LYS, ou du « patient » à « l'agresseur » 156
3) Stratégie institutionnelle et choix des acteurs. 157
4) La redéfinition du référentiel d'intervention au dispensaire 160

CHAPITRE VI 166
DES PSYCHOLOGUES ET DES PSYCHIATRES 166
I. Répartition du travail et demandes externes 168
II. Les paradigmes psychologiques 170
1) Une définition de la psychologie clinique par l'objet 171
2) La demande et le travail sur soi 173
3) Une définition du psychologue par sa place 175
III. Les psychiatres et l'organisation des secteurs 181
1) Quelle place pour les psychologues? 182
2) Les psychiatres à la croisée des chemins 187

CONCLUSION 191
BIBLIOGRAPHIE 194
ANNEXES
TABLE DES MATIERES