

UN PARCOURS ...

[Simone Molina](#)

Syndicat National des Psychologues | « [Psychologues et Psychologies](#) »

2011/6 N° 220 | pages 6 à 11

ISSN 0297-6234

DOI 10.3917/pep.220.0006

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-psychologues-et-psychologies-2011-6-page-6.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Syndicat National des Psychologues.

© Syndicat National des Psychologues. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Un parcours ...



Simone Molina \*

*Au terme de quarante années de pratique dans divers services d'un centre hospitalier du sud de la France, il m'a paru important de répondre à la demande qui m'a été faite de témoigner de la pluralité possible des pratiques d'une psychologue en institution et de la permanence des fondamentaux au cours de ces années, en même temps que changeait le monde. C'est cette permanence que je souhaite souligner dans ce texte.*

*En France, depuis les années 70, la psychiatrie a été le lieu de travail d'un très grand nombre de psychologues cliniciens : lieu de stage d'abord, puisqu'il était question pour les enseignants d'ouvrir l'Université et de permettre aux étudiants une approche clinique. Dans ces années là, il n'était pas tant question de se former à une profession, même si ce fut le cas, que d'être en éveil et d'aborder la multiplicité des approches cliniques afin de les mettre en débat, puis à l'épreuve de la pratique. La parole avait un statut tout à fait singulier : dire, et débattre ardemment, venaient interroger le silence de nos aînés quant à l'histoire du milieu du XXème siècle. Dans les années qui suivent la Seconde guerre mondiale, le docteur Bonnafé évoquait déjà une surmortalité dans les hôpitaux psychiatriques et parlait de son expérience à Saint Alban, où il n'y eut pas de patients morts de faim durant la guerre. Mais il fallut attendre la publication de la thèse de Max Lafont<sup>1</sup> en 1987, alors qu'il l'avait soutenue en 1981, pour que soit porté sur la place publique ce scandale de la mort de 40 000 personnes hospitalisées en psychiatrie en France, morts principalement de faim.*

*J'ai donc eu cette chance de côtoyer des enseignants et des praticiens qui débattaient autant de la psychothérapie institutionnelle chère à François Tosquelles et à Lucien Bonnafé, que de la psychanalyse – laquelle était en effervescence depuis que Jacques Lacan avait décidé de créer son Ecole contre le diktat de l'IPA – que des théories venues d'Outre Atlantique – école de Palo-Alto et autres thérapies brèves – ou de statistique, de linguistique, d'éthologie, etc. Avoir l'esprit critique se conjugait donc avec une politisation du débat au sens du politique comment vivre ensemble. Or cette question du politique renvoie inmanquablement à une autre question : qu'est-ce que l'être humain ? Est-il essentiellement objet d'étude ou bien sujet de son désir ?*

*Je souhaite décrire cette pluralité des pratiques de psychologue et la nécessité de la maintenir dans notre métier mais aussi montrer en quoi elle est corrélée à ce qui se joue au niveau institutionnel et sociétal quant à la prise en compte du patient comme Sujet, et non comme objet de soin réifié.*

## L'institution psychiatrique, un peu d'histoire

En 40 ans, le Centre hospitalier où j'ai exercé a changé plusieurs fois de dénomination. Or nommer les choses – les cliniciens le savent bien – a des conséquences souvent insoupçonnées. De même, modifier le nom d'un établissement procède toujours d'une raison qui ne se laisse pas connaître immédiatement.

Pour l'être de langage qu'est l'homme, quel que soit le lieu où il vit sur la planète, l'après-coup est la règle. L'après-coup est ce qui nous permet d'entendre, de nous entendre, et aussi d'entendre ce qui bruisse autour de nous, alors que nous n'avions pas conscience que cela se produisait en nous, ou sous nos yeux. Nous sommes donc pris dans des fictions<sup>2</sup> et il importe que les cliniciens considèrent le langage comme porteur de

nos fictions, de nos fantasmes, de nos désirs et aussi du pouvoir que la langue confère à chacun de nous, certes, mais plus particulièrement aux décideurs politiques qui ont su de tout temps manier les fictions. Aussi est-ce seulement dans l'après coup qu'il nous a été possible de comprendre ce que signifiait la disparition du mot « psychiatrie » au fronton des établissements.

CQFD : être politisé, signifie donc non pas faire de la politique, mais être capable de lire dans les modifications actuelles ce qui s'énonce, à bas bruit, d'un avenir transformé, et avoir à cœur de l'énoncer afin de mettre en débat des hypothèses.

La modification de dénomination de l'Hôpital psychiatrique a trouvé son point d'acmé dans ce que l'on ap-

(1) « L'extermination douce » éditions de l'AREFPI, 1987  
[http://www.frenia-historiapsiquiatria.com/pdf/fasciculo%2011/SAMUEL\\_ODIER.pdf](http://www.frenia-historiapsiquiatria.com/pdf/fasciculo%2011/SAMUEL_ODIER.pdf)

(2) L'espèce fabulatrice. Nancy Huston. Actes Sud.

\* Psychanalyste-psychologue clinicienne

pelle « la novlangue », terme repris à Georges Orwell dans son roman 1984. C'est une façon de se servir de la langue elle-même pour assigner à chacun une place et une seule dans une univocité redoutable parce qu'elle procède par banalisation. Si l'on en croit le logicien Bertrand Russell <sup>3</sup>, aucun problème ne peut être perçu et donc résolu, si on prend soin d'éliminer au départ toute possibilité de le poser. Ainsi, mettre en place des critères d'évaluation qui éliminent toute interrogation clinique, permet de faire passer à la trappe la clinique elle-même. Or, c'est toujours à partir d'une question que l'on se pose

*personnellement* que commence le travail psychique qui amène à une théorisation personnelle. Le second temps étant le partage avec un collectif. Aussi, alors que les psychologues cliniciens dans la Fonction publique ont statutairement une fonction de praticiens-chercheurs, ils ont encore aujourd'hui les moyens, que d'autres n'ont pas, ou n'ont plus, de refuser la soumission volontaire (hiérarchisation, protocolisation de leurs diverses pratiques) qui est aujourd'hui le corollaire de cette arme de soumission de la pensée dont parle Bertrand Russell.

## Quelques repères historiques concernant la psychiatrie

L'asile du 19<sup>ème</sup> siècle devenu en 1937 *l'hôpital psychiatrique* se transforme au cours du processus de sectorisation, vers 1970, en *établissement spécialisé en psychiatrie*. Puis il change de nom, jusqu'à devenir *centre hospitalier* dans les années 90, terme qui évacue toute référence à la psychiatrie. Suivirent alors dans une logique implacable, la suppression de la spécificité infirmière avec une formation de plus en plus technicienne, abandonnant la part de réflexion clinique sur un soin qui prend en compte la parole.

C'est en 1970 que les psychiatres, acceptèrent de renoncer à leur statut de médecins directeurs. Cette mesure s'accompagnait d'une augmentation de salaire très substantielle, mais aussi, l'époque étant à une réelle implication des citoyens dans la cité, d'un soutien des tutelles à la mise en place de la sectorisation. L'euphorie de la sectorisation dura environ 15 ans, entre 1968 et 1983, pendant lesquels il était évident pour nombre de soignants en psychiatrie, de toutes professions, d'entreprendre une analyse, tant était prégnante la réalité du transfert. Alors que des services demeuraient dans une psychiatrie asilaire, d'autres lieux, dont souvent la référence était la psychothérapie institutionnelle, se préoccupaient de l'accueil de la folie.

Puis en 1983, les médecins psychiatres sont placés, non plus sous la tutelle de la hiérarchie médicale, mais sous celle du Directeur administratif <sup>4</sup>. On sait aujourd'hui ce qu'il en est des missions de chef d'entreprises des Directeurs d'hôpitaux. Par ailleurs, implantés dans les années 1980, les hôpitaux généraux ouvraient des services pour, disait-on, être au plus proche des patients et déstigmatiser

la souffrance psychique. Nous en sommes aujourd'hui à la création d'un Institut du cerveau et de la moelle épinière, dont le professeur Agid se glorifie dans le film de Philippe Borrel *Un monde sans fous* ?

Dans cette évolution calamiteuse pour la psychiatrie de secteur, les années 90 ont donc été un tournant. Plus récemment, c'est au tour de la pédopsychiatrie, et des institutions pour enfants et adolescents, de se voir confrontés à la restructuration et aux protocoles. Dans ces années-là, ce qui m'interrogeait, alors que j'enseignais un module de pédopsychiatrie aux étudiants de l'IFSI, était la perméabilité de nombre d'étudiants à ce mode de pensée opératoire, et la difficulté pour ceux-ci de s'intéresser à une temporalité longue dans le soin. Or la notion de transfert va avec une temporalité longue et avec l'histoire refoulée.

La psychiatrie française a une longue histoire, aujourd'hui non enseignée, que l'on veut nous voir refouler. Le beau livre de Marie Didier *Dans la nuit de Bicêtre* qui raconte l'œuvre de Jean Baptiste Pussin <sup>5</sup>, ancien malade, devenu surveillant de Pinel en 1793 en témoigne. Quant à la psychiatrie moderne, telle qu'elle a été pensée avec la sectorisation dès la fin des années 50, on constate qu'elle est née de l'inventivité de psychiatres *politisés* – Lucien Bonnafé, François Tosquelles, - qui savaient ce qu'était l'hospitalité vis-à-vis des fous, et avaient mis en œuvre des solidarités effectives pendant la seconde guerre mondiale.

Pour Lucien Bonnafé, la psychiatrie de secteur se définissait par opposition à la psychiatrie traditionnelle, qui était d'être un lieu d'enfermement, mais aussi de rejet du

(3) Bertrand Russell, *Science et religion*, Folio.

(4) « J'étais alors un jeune médecin chef de secteur, écrit Jean Paul Bossuat, Psychiatre à Montfavet. Avant cette date, le directeur me déclarait : « je suis à votre service pour vous aider à mettre en place votre projet thérapeutique ». Juste après la nouvelle loi, ce fut : « je vous aiderai si vous soutenez ma politique ».

(5) Ancien tanneur, il arriva malade à Bicêtre en 1771, où il fut soigné, puis guérit, et commença à travailler à l'hospice. Progressivement, il fut promu surveillant dans le service des aliénés agités.

En 1793, il travailla en tant que surveillant de Pinel, qui remarqua que sa façon de procéder avec les aliénés était très efficace : Pussin était très humain avec les malades, et lorsque ceux-ci étaient libérés de leurs chaînes, ceux-ci se comportaient bien.

Lorsque Pinel fut par la suite muté à la Salpêtrière, il demanda au ministre de l'intérieur que Pussin le suive, afin de pouvoir bénéficier des services de « police intérieure » de ce dernier, ce qui fut accordé.

corps social. Dans un entretien <sup>6</sup> en 2000 Lucien Bonnafé expliquait : « *A Saint Alban, avec François Tosquelles, nous avons beaucoup étudié la folie du point de vue des relations qui s'établissent entre les personnes. (...) Car quand quelqu'un est en train de perdre la tête, ce qui pose problème, c'est bien sa relation avec ses semblables !* » Pour la psychiatrie désaliéniste il s'agissait donc « *d'aider les autres à mieux faire, (...) avec la gaucherie, mais aussi à aider la famille, les voisins...* ». Mais la nécessité de lieux d'accueil stables pour la folie n'était pas contestée, contrairement à ce que prétendait l'antipsychiatrie.

Aujourd'hui, dans les peurs actuelles des politiques, il s'agit de protéger les voisins en enfermant le Fou dit « dangereux » à l'hôpital ou en prison, ou bien en inventant un soin sous contrainte à domicile ! Ce qui est mis à mal aujourd'hui est donc cette idée d'hospitalité et d'accueil de la différence qui semblait aller de soi pour nombre de soignants jusqu'au milieu des années 90.

Tandis que se menait à l'université une bataille pour

## Des pratiques plurielles

J'ai exercé plusieurs fonctions dans des services différents, en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte. En pédopsychiatrie, j'ai travaillé en tant que psychologue institutionnelle, puis psychanalyste auprès d'enfants. Dans divers lieux de l'hôpital et plus particulièrement au Forum intersectoriel des ateliers à création artistique, j'ai occupé une fonction de régulatrice d'équipes soignantes. Par ailleurs, j'ai été coordinatrice entre les ateliers de création et des lieux culturels (Scène nationale de Cavaillon, mais aussi d'autres lieux plus modestes) en même temps que je soutenais le travail clinique et de théorisation des ateliers auprès des équipes (Infirmiers et artistes). J'ai participé durant vingt ans à un séminaire mensuel intitulé « *Psychose et création* » et dont les écrits théoriques ont fait l'objet d'une publication <sup>7</sup>, après avoir été présentés pour certains lors de divers colloques.

Dans le cadre d'associations de recherches psychanalytiques <sup>8</sup>, j'ai contribué à l'organisation de divers colloques et rencontres publiques au cours desquelles les équipes et des patients pouvaient être partie prenante. J'ai également enseigné à l'IFSI depuis 1993 afin de faire entendre ce qu'il en est d'une clinique vivante, qui toujours doit pouvoir être théorisée avec d'autres et donc en équipe, si l'on veut grandir dans sa profession – quelle qu'elle soit – et mettre au travail les clivages inhérents à toute dynamique de groupe et toute prise en charge des patients psychotiques. Ma formation d'animatrice d'ateliers d'écriture m'a conduite à enseigner dans le cadre d'un D.U alors

maintenir des enseignements cliniques face à la montée en puissance du comportementalisme, les psychologues cliniciens n'ont pas été protégés par leur statut hospitalier des attaques, conjointes souvent, d'une part des directions et d'autre part de certains psychiatres avec lesquels ils travaillaient pourtant. Mais, dans les lieux où la réflexion et la cohérence du soin était portée par d'autres psychiatres refusant les rivalités malsaines, et par des cadres de santé soutenant les équipes pluridisciplinaires et n'ayant pas renoncé à leur fonction soignante, ce statut a permis de tenir un cap, qui est aujourd'hui fortement contesté par le ministère qui y voit sans doute un coin à introduire dans la dernière résistance susceptible encore d'empêcher le bétonnage définitif d'un édifice qui n'a plus rien à voir avec le soin, et plus rien à envier au management d'entreprise.

Ma chance a sans doute été de travailler dans des services où la recherche d'une cohérence pour le patient, et d'une inventivité dans le soin allaient de pair.

que, par ailleurs, cette approche me permettait de soutenir autrement le travail des ateliers de création, ainsi que les écrits littéraires de certains participants des ateliers. Ainsi, la publication du livre de Marc Gérard Rapp, « *création d'une œuvre* <sup>9</sup> », a-t-elle pu se faire grâce à l'intelligence clinique de toute une équipe. Au cours de tout ce parcours, j'ai expérimenté qu'on est plus *intelligent* à plusieurs... intelligent au sens premier de « *lier-entre* ». Quant aux étudiants en psychologie clinique que j'ai reçus en stage, ils ont permis souvent, de leur place, d'éclairer des aspects peu repérés jusqu'alors de la pratique soignante ou de la dynamique institutionnelle en cours.

Si je devais nommer ce qu'est l'essence même du travail du psychologue clinicien en institution, je dirais que c'est avoir à l'esprit que le « *fort-da* », expérience princeps décrite par Freud – qui démontre et analyse le processus de fusion/séparation – est au cœur de notre travail. C'est donc la nécessité de maintenir de l'ouvert, du mouvement, là où cela se crispe, et à d'autres moments, de ramener du contenant avec de la parole, là où cela éclate, se clive, se fissure, se morcelle. Il s'agit donc de repérer sans cesse la manière dont s'inscrivent dans l'institution ces mouvements entre dedans/dehors, intime/social, éclatement/sidération, fusion/séparation,... qui, tous sont dans la dualité alors que le mouvement du « *vivant parlant* » est une torsion qui va de l'un à l'autre de ces deux pôles, torsion qui n'est possible que parce qu'il y a eu dans la vie de l'enfant un

(6) Entretien réalisé par Catherine Talbot-Lengellé paru dans le numéro 51 de Santé Mentale, octobre 2000

(7) *Psychose et création, Le séminaire*. Editions Thétis, 2011

(8) Le Point de Capiton, créé en 1981, dont je suis présidente, et l'ECRPF (Espace clinique de Recherche et de Formation)

(9) *Création d'une œuvre*, Marc Gérard Rapp, Edition Thetis, nov 2011.

tiers qui a permis le passage de l'un à l'autre sans même qu'il en ait conscience. Le jeu de la bobine nous montre bien cela : la mère est absente, alors l'enfant introduit par le jeu, symboliquement, du tiers et advient à la parole. « Ooooo ! / aaaa ! » s'écrit le petit fils de Freud, afin de se venger de l'absence et de dépasser la perte. Mais la perte n'est pas la carence. Et l'on peut se demander si nous ne sommes pas entrés dans une ère de carence de soin, comme c'était le cas avant que des psychiatres nourris d'humanisme et politisés (au sens *du* politique) prennent la responsabilité, dans les années 70, de services laissés à l'abandon.

J'ai commencé à travailler comme psychologue clinicienne dans un service de pédopsychiatrie nouvellement créé par le docteur Ponzetto dans un hôpital du Midi de la France. Le médecin-chef héritait d'une situation catastrophique et j'ai entendu parler, en 1971, d'enfants qui avaient été

attachés au radiateur dans le service vétuste qui hébergeait plus qu'il n'accueillait jusqu'alors ces enfants. Dans ce nouveau service au milieu des pins, avec un espace de jeu à l'extérieur et une entrée qui fut ouverte dans le mur d'enceinte de l'hôpital, tout le travail des deux psychologues cliniciens et des deux psychiatres a été, dans un premier temps, de rendre à leur humanité non seulement les enfants, mais aussi les infirmiers dont certains se rebellaient depuis longtemps contre l'absence d'humanité de l'ancien service et les pratiques douteuses de certains de leurs collègues, et dont d'autres déniaient même qu'ils puissent être maltraitants. Aussi, ce qui fut mis d'abord en circulation fut la parole lors de réunions institutionnalisées, mais aussi dans des rencontres de couloir afin que le changement imposé à certains puisse se transformer en plaisir de découvrir une autre manière de faire et d'être avec les enfants.

## Une pratique « de terrain »

Etre « psychologue clinicienne institutionnelle » a donc impliqué d'inventer une pratique de terrain. Comment se faire admettre par les équipes infirmières sans devenir infirmière ? Comment être à l'écoute, mettre éventuellement la main à la pâte, sans perdre cette spécificité, cette position tierce, qui est, à mon sens, le ferment même de la fonction ?

Pour cela, il fallait, et c'est une règle d'or, il faut abdiquer la prétention d'en savoir plus que les autres tout en n'oubliant pas ce que l'on a appris dans les livres mais aussi de l'expérience. Il s'agit donc de faire confiance à ce qui circule, à ce qui s'échange entre soignants et enfants, entre enfants eux-mêmes, entre soignants aussi (paroles, actes, objets aussi), ces échanges étant indicatifs de la vie en mouvement. Or, sans mouvement, pas de vie possible et donc pas de soin. La parole, entendue dans les couloirs, ce bruissement de l'institution au contact quotidien des enfants et des soignants, était reprise ensuite par qui le souhaitait lors des réunions afin de creuser une question clinique, une interrogation sur le fonctionnement, afin de faire émerger les conflits dont les patients (enfants, adolescents ou adultes) font toujours les frais.

On pourrait écrire au fronton de l'hôpital cette règle qui est encore valable aujourd'hui : « *Lorsqu'une équipe se déstructure, c'est le patient qui se déstructure* ». Aussi la culture du travail en équipe a-t-elle porté pour moi sur un double aspect : chacun peut parler en son nom, il n'existe pas de soin si l'on ne travaille pas avec les autres. Ainsi l'équipe n'est-elle pas un groupe fermé et immuable, avec ses règles internes, mais un collectif vivant où chaque soignant peut chercher quelle est sa place en lien avec celle de chacun.

La particularité de la pédopsychiatrie a été un apport pluridisciplinaire assez méconnu en psychiatrie adulte, ainsi

que le travail incontournable avec les familles et les institutions que l'enfant pouvait fréquenter. Tout le travail d'installation du secteur s'est soutenu de cette idée que, de même qu'un soignant ne peut l'être seul, la vie de l'enfant ne peut être envisagée comme coupée en tranches de vie indépendantes l'une de l'autre.

Il me faut préciser que du côté de la psychanalyse, c'est plutôt que le corpus théorique, ce que ma propre analyse a permis de faire émerger de l'attention au transfert qui a été convoqué tout au long de ces années. Lorsque j'ai commencé à travailler, il était évident que l'on ne pouvait prendre soin d'un autre sans s'interroger sur la façon dont on était impliqué dans cette relation. Bien qu'utilisant les outils théoriques de la psychanalyse, mes références théoriques sont multiples, et cette multiplicité m'a permis de traverser cette longue expérience professionnelle en m'appuyant sur ce que chaque théorie rencontrée, et parfois utilisée par d'autres, pouvait, ou au contraire empêchait, de percevoir de la souffrance des patients ainsi que de leur capacité à dépasser cette souffrance, à être sujets de leur autonomie trouvée ou retrouvée, et donc à apprendre leur manière singulière d'aborder *leur* vie. Dans le film de Philippe Borrel *Un monde sans fous ?*, Clément, un patient du Centre Artaud de Reims affirme la nécessité de « prendre son temps ». Or, les protocoles ont été créés dans un souci de rentabilité, dont le « temps de travail » est un paramètre majeur. Max Jacob, dans *Conseils à un jeune poète* écrit : « *Il ne faut pas travailler tout le temps. Il faut prendre des temps, prendre son temps. Il faut digérer. Oui. C'est dans la digestion des connaissances que réside le talent. L'essentiel est de n'avoir pas de minutes vulgaires ou insignifiantes.* » rejoignant en cela cette idée de François Tosquelles de la dimension poétique du soin.

## Le temps... de travail...

Je me souviens d'une *enquête-patient* demandée par la direction du Centre hospitalier aux agents eux-mêmes – comble d'ironie ! – pour répertorier chaque acte accompli auprès d'un patient. Son but était d'évaluer le travail effectué – comptabilisé en nombre d'actes de plus de dix minutes – ainsi que l'adéquation entre le nombre d'agents et les nécessités théoriques de soin. Sous couvert de meilleure organisation, était visée la rentabilité. Le questionnaire de cette fameuse Enquête patient a été constitué non pas sur la base des références théorico-cliniques qu'utilisent les soignants pour leur permettre d'entendre une personne dans sa spécificité mais sur un codage rigoureux d'actions dont tout « acte » de moins de dix minutes était exclu. Le grand absent de cette mascarade était bel et bien le *sujet souffrant* pour qui la rencontre avec des soignants est sans nul doute déterminante. En effet, de même qu'une demande d'analyse ne se produit pas à n'importe quel moment de la vie d'un sujet et qu'elle est porteuse, dès le premier entretien, des signifiants majeurs de son histoire, de même le premier moment d'hospitalisation d'une personne en psychiatrie implique un faisceau

d'éléments signifiants pour elle qui vont aussi *se constituer à partir* de cette entrée à l'hôpital. Il n'est donc pas indifférent de l'accueillir dans son humanité – dans sa division intra subjective, son morcellement, son histoire – ou au contraire de le recevoir comme un objet saucissonnable – toutes les tranches de moins de 10 minutes étant comptées pour zéro !

Il existe parfois des instants d'interprétation au cours d'une hospitalisation en psychiatrie même si les choses sont moins aisément repérables du fait de la multiplicité des soignants. Dans un après-coup d'hospitalisation, certains patients font état de telle parole énoncée par un soignant, parole qui leur avait permis de se réorienter à l'égard de leur souffrance et d'envisager un ailleurs possible<sup>10</sup>. Aussi, qu'est-ce que recouvre le mot « travailler » pour ceux qui ont eu cette idée ubuesque de ne compter que les actions de plus de dix minutes ? Pourquoi pas 11 mn 30 ou 4 mn 45 ?

Max Jacob, aurait pu être cité par François Tosquelles, puisqu'il avance : « Travailler. C'est vite dit. C'est le comment qui est tout. Le qui ? Le quoi ? Le pourquoi ? »

### « Il faut laisser du temps au temps »

Cette question du temps a été illustrée récemment par un écrit remarquable d'un cadre de santé du FIAPMC<sup>11</sup>, intitulé *il faut laisser du temps au temps* : « Réfléchissons comme un cadre bien formé, c'est-à-dire avec quatre côtés, se doit de réfléchir. Qu'as-tu appris à l'école à propos du temps ; ce n'est pas si loin il doit bien te rester quelque chose. Ah ça y est ! Le temps, ça se gère, on gère des temps, de toutes sortes avec des noms charmants : pleins, par-

tiels, mi, thérapeutiques, fir, équivalent plein. Ça se gère, on peut le perdre et le récupérer, et même l'épargner si on en a de reste. C'est très bien organisé, le temps a même sa charte ; la charte du temps de travail, je la lit parfois quand j'ai du temps de reste, c'est très beau pour qui aime la poésie. C'est étonnant qu'on n'ait pas pensé à faire une charte du temps de vacances. Par exemple, est-ce que penser au boulot pendant une randonnée donne droit à récupération ? »

### La fonction tierce...

Etre clinicien, c'est donc être à l'écoute d'autre chose que des protocoles. C'est ce que dit si justement ce cadre. Etre psychologue clinicien, c'est donc soutenir la clinique là où elle est possible, en sachant qu'il existe une « fonction clinique », ce qui est le contraire d'une appropriation de la clinique. La clinique est faite souvent de petites choses, de détails qui semblent si discrets que la plupart du temps chacun les oublie... jusqu'à que l'un ou l'autre pousse les autres à se souvenir. C'est une des fonctions des psychologues cliniciens en institution : être ceux qui veulent se souvenir des détails, insignifiants, concernant tel patient, telle situation institutionnelle, et qui ouvrent à d'autres le droit de dire, ou de faire autrement... d'accepter la différence sans l'épingler d'une norme malvenue...

Dans un texte intitulé « Poussière<sup>12</sup> » Marie Depussé, qui a longtemps vécu et travaillé à Laborde écrit : « Des gens haineux disent parfois : mais ici, c'est sale. Savent-ils que le corps des malades mentaux, que leurs gestes, effritent l'espace au lieu de l'habiter,

en une desquamation monotone qui remplit les cendriers, fait déborder les chiottes, salit, efface la grâce des objets, pulvérise ? Qu'ils ont besoin, souvent, de la poussière, qui les protège de la violence du jour, de celle des autres, et qu'il faut faire très doucement quand on balaye ? » « C'est pendant qu'on tourne autour de leur lit, qu'on ramasse les miettes, qu'on touche à leur linge, à leur corps, que se tiennent les dialogues les plus doux, l'entretien infini de ceux qui craignent la lumière avec ceux qui prennent sur eux la misère de la nuit, et peuvent dire, alors, qu'à la lingerie des chemises propres attendent, que le café est encore chaud, qu'ils se dépêchent, que c'est un nouveau jour mais que ce n'est pas grave, qu'on va essayer de mettre un peu d'ordre dedans. »

Et plus loin Marie Depussé ajoute cette phrase juste et terrible : « si, du ménage, on enlève la parole, on n'est plus très loin des camps ». C'est là une façon abrupte de dire que le lien social se fabrique dans la parole et non dans la communication. Il se fabrique dans la parole qui permet de faire valoir à la fois les dif-

(10) Extrait du livre « Archives Incandescentes, écrire entre la psychanalyse, l'Histoire et le politique » ; préface de Benjamin Stora. Editions l'Harmattan, 2011.

(11) Pierre Helly a été infirmier et metteur en scène du théâtre de l'Autre Scène, avant de devenir cadre des Ateliers de création (FIAPMC)

(12) Dieu git dans les détails. Marie Depussé.

férences et, en même temps, ce qui fait l'humanité commune. C'est en cela que la loi, je veux dire la loi juridique, pour être perçue comme protectrice et non comme persécutrice se doit d'être créatrice de symbolisation pour ceux à qui elle est édictée, ou alors elle n'a qu'un statut de réglementation qui ne peut faire lien social. Et alors, au contraire, pour les plus démunis, les plus fragiles, elle contribue à leur mise au ban. Dans l'antiquité, le bannissement était une façon de rendre transparent celui qui avait fauté. Il demeurait dans la Cité, mais on ne s'adressait plus à lui. Tel est aujourd'hui le statut de ceux qui sont ou seront soumis à cette loi inique de soins sans consentement à domicile, le médicament et le juridico-policière étant les seules réponses à leur misère psychique et souvent matérielle.

Alors, qu'en est-il du soubassement commun et essentiel à la pluralité de pratiques que j'évoquais plus haut ? La profession de psychologue clinicien a été justement pensée pour être le poil à gratter des institutions, plus particulièrement dans la fonction publique, si l'on en croit la teneur du statut particulier des psychologues de la Fonction publique hospitalière, créé en 1991.

En 2004, il m'avait été demandé de travailler sur la question suivante « *Les psychologues dans les dix ans à venir ?* ». J'y insistais sur leur fonction tierce. En effet, dans les équipes, les psychologues sont dans des liens horizontaux avec les soignants et cadres de toutes les disciplines et dans une « collaboration » pluridisciplinaire. « La compétence des infirmiers généraux ne s'étend pas aux psychologues » précise la circulaire de 1990 qui fonde le statut des Infirmiers généraux. Et « *il n'y a donc pas de subordination directe au pouvoir médical en ce qui concerne ses applications techniques et méthodologiques.(...) Le psychologue n'agit donc pas sur prescription au sens strict mais est dans un lien de coopération, de contribution à l'acte médical qui s'insère dans le projet de soin* » écrit Alain Létuvé, qui ajoute : « *Par congruence avec ses missions, institutionnelles notamment, le psychologue ne saurait avoir un quelconque pouvoir ou ascendant hiérarchique sur les catégories professionnelles avec lesquelles il travaille.* » Il a donc une fonction de conception sans avoir de fonction d'encadrement.

Au niveau des équipes, comme dans le lien aux patients accueillis, les psychologues ont *statutairement*, « une place de tiers inclus à l'institution elle-même, ce qui ne va pas de soi au regard de l'architecture réglementaire qui préexistait à leur intégration dans la Fonction publique. » Cette particularité de la fonction des psychologues à l'hôpital a d'immenses implications : *Cette position de tiers, est ce qui permet la triangulation inhérente à la fonction symbolique.* Les psychologues en sont les représentants de façon statutaire.

Que comprendre de l'ensemble des textes quant à la fonction de conception des psychologues cliniciens ? Ils ont une pratique théorico-clinique, à la charnière entre le sujet qui souffre et qui l'exprime par ses symptômes et par ses paroles, mais aussi dans sa dimension créatrice ; le collectif qui vit,

créée, souffre, dysfonctionne, s'essouffle parfois. Leur pratique inclut la prise en compte de l'histoire tant individuelle que collective. Ils sont les garants d'un savoir : l'histoire ne peut être occultée sans conséquence grave pour le sujet et pour le collectif. Ce savoir, sur lequel les cliniciens s'arcboutent, signe sans doute la différence entre une conception comportementaliste et scientifique anglo-saxonne du soin, aujourd'hui envahissante, et une clinique du Sujet, portée par la psychanalyse issue de la Vieille Europe.

Il ne peut y avoir de pratique des *psychologues cliniciens sans un questionnement éthique*. Je rappellerai donc ici que le code de déontologie des psychologues se fonde sur l'épigraphe suivant : « *Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues* ». Il n'est donc pas du tout anodin, qu'au moment où la question de la mise au pas des psychologues cliniciens se pose, il soit proposé une refonte du code de déontologie. En effet, le respect de la personne dans sa dimension psychique, passe par le respect du *rythme* qui lui est propre, car le temps psychique ne coïncide pas avec le temps social ; le respect de son histoire personnelle, et son articulation parfois à l'Histoire, et de la confidentialité de ses paroles prises dans le transfert.

Mais, que la nécessité d'une pratique qui laisse la parole au sujet soit présente pour chacun, patient ou clinicien, ne signifie pas que cette pratique ne soit pas rendue impossible par les conditions qui sont faites à ceux que l'on voudrait transformer en « clients », et à ceux que l'on nomme les « agents » ou pire encore aujourd'hui « les techniciens ».

Un psychologue clinicien, s'il ne répond pas à cette exigence, n'est plus un clinicien. Et cela est vrai aujourd'hui et le sera pareillement dans dix ans, sauf à changer les lois, les statuts, les décrets et à annuler toute l'histoire d'une discipline. En effet, un médecin reste prescripteur, même s'il renie toute pratique d'écoute, de même un infirmier pose des actes en tant qu'auxiliaire médical, distribue des médicaments, même s'il se voit protocolisé au point de ne plus pouvoir soutenir une relation langagière avec un patient. Une assistante sociale s'appuie sur le droit et pourrait passer son temps à monter des dossiers en se désespérant de ne plus avoir le temps de rencontrer humainement le patient.

Mais un psychologue clinicien qui ne prendrait pas en compte la dimension psychique des patients et des membres des équipes soignantes ne serait plus psychologue clinicien. Il s'annulerait lui-même humainement, psychologiquement, en même temps qu'il annulerait son éthique et qu'il soufflerait sur le code de déontologie comme sur une plume insignifiante.

Et c'est la raison pour laquelle ils sont aujourd'hui le dernier maillon de la mise au pas des métiers dont le but est, si l'on en croit ce qu'énonce Pierre Dardot dans son ouvrage « *La nouvelle raison du Monde* » d'annuler la notion de métiers au profit de celle de techniciens. Sous couvert d'expertise, certaines questions ne se poseront plus désormais...