

Le psychologue promoteur du cadre institutionnel

Les tâches du psychologue en institution sont variées. Ayant choisi une référence théorique de son travail, et une seule, il transmet par le commentaire les principes dynamiques de compréhension du travail de chacun, où c'est la situation de travail qui est interrogée. L'interprétation sauvage est bannie de ce type de travail technique, où le psychologue est un cadre technique fonctionnel. L'accès à un poste de cadre d'autorité le situe dans un autre rôle, incompatible avec le précédent. Un rapide historique de toutes ces fonctions précède un développement examinant l'actualité de sa clinique institutionnelle.

I - RAPPEL HISTORIQUE

L'évolution du travail des psychologues a été conséquente depuis que la profession, après un temps de construction, se soit fonctionnalisée. C'est en effet sur cette fonctionnalité du psychologue que je voudrais insister ici. Mais commençons par nous rappeler quelques étapes. Si ce que nous nommons aujourd'hui psychotechnique peut être daté de 1905 avec le test de Binet et Simon, le premier dont l'usage sera aussi répandu et pour autant de temps, force est de constater qu'il faut attendre ensuite une quarantaine d'années pour que ceux qui, philosophes, médecins ou pédagogues, dégagent des méthodes d'intervention clinique. On les doit à Georges Dumas, à Henri Wallon, à Daniel Lagache ou à Juliette Favez-Boutonier. La psychologie, discipline à part entière, se dégage alors de la philosophie (philosophie de la connaissance, philosophie de l'action) au moment de la création d'une licence universitaire spécifique, la seule à ne pas être, à ce moment là, une licence d'enseignement.

Claude Wacjman

Psychologue, docteur en anthropologie,

habilité à diriger des recherches

Directeur d'établissement médico-social

Décrit comme un auxiliaire du médecin, le psychologue apparaît comme un technicien de l'enfance. La clinique au lit du malade mental, puis dans les activités sociales des clubs qui s'ouvraient, et surtout dans les établissements de l'enfance inadaptée et de l'enfance en difficulté, le dégage alors des tâches répétitives qui sont devenues les siennes pour le situer dans une clinique et un quotidien du terrain. La diffusion des idées de la psychanalyse dans ces milieux de soins y est pour beaucoup. C'est aussi le moment où la question de l'analyse laïque se discute âprement en France. Des médecins et psychanalystes, enseignant à l'Université s'engagent et se font connaître comme psychologues. La création des établissements spécialisés ouvre des postes et érige le psychologue dans une spécificité professionnelle. Il reste auxiliaire du médecin lorsque celui-ci consent ou a besoin de lui confier quelques psychothérapies. Nous sommes à l'aube des années 60 et on parle volontiers de psychothérapies de soutien, sous contrôle médical.

Le grand mouvement lacanien vient renforcer la qualification psychanalytique laïque des psychologues, des normaliens philosophes, littéraires, linguistes ou mathématiciens. Se discute alors le fait que la psychanalyse soit au service de la psychologie (Didier Anzieu), psychologie qui devient clinique et psychopathologique, alors que si des psychanalystes s'accommodent de cette proposition dans les cadres institutionnels, d'autres, exerçant en cabinet, pensent que la psychanalyse est une entité radicalement séparée de quelque psychologie que ce soit, qui n'ouvre pas à la demande de savoir du sujet sur son propre désir. Pourtant il y existe une pratique contradictoire à ce dernier terme, porté comme toujours par des femmes dans l'histoire de la psychanalyse qui, non psychologues, pratiquent en institution des analyses d'enfants. Outre les pionnières, Eugénie Sokolnicka et Sophie Morgens-tern, qui furent les auxiliaires de Georges Heuyer, on peut nommer celles qui ont rendu possible une réelle pratique du psychanalyste en institution, Jenny Aubry, Maud Mannoni, Françoise Dolto et Rosine Lefort. De nombreux psychologues ont été leurs élèves et se réclament d'elles aujourd'hui. Reste que, si la pratique psychanalytique en institution existe et est reconnue, la législation ainsi que les dispositions réglementaires et conventionnelles privilégient le diplôme de psychologue pour ouvrir droit au salaire...

Sur le terrain, les conventions collectives font du psychologue un cadre au sens du droit du travail. Elles l'intègrent d'autant mieux dans l'équipe pluridisciplinaire qu'elles lui donnent la possibilité d'être ou de se déterminer autant comme cadre technique fonctionnel que comme cadre hiérarchique d'autorité, puisqu'il peut depuis quelques années devenir, au même titre que d'autres de ses collègues non psychologues, chef de service éducatif. Mais c'est le seul à occuper un poste de cadre étant initialement cadre lui-même, statutairement, alors que l'accès d'autres professionnels à ce statut représente une promotion. Encore faudrait-il y regarder de plus près, notamment dans la convention collective de 1966 où l'avenant 265 vient de reclasser les psychologues dans une échelle qui reconnaît et valorise leur diplôme de troisième cycle universitaire. Il faut aussi préciser que les fonctions de

direction leur sont ouvertes. Le métier de psychologue devient une modalité d'accès à un poste de direction d'établissement. Ces postes sont tenus généralement par d'anciens éducateurs spécialisés dont la carrière est régie par des Conventions collectives faites pour leur promotion hiérarchique. Nombreux sont ceux qui, formés dans les années 60-70 ont complété leur formation initiale par une formation de psychologue. La crise de l'emploi chez les psychologues fait qu'actuellement c'est un mouvement inverse qu'on observe : le DESS valide une réduction du temps de formation pour passer le DEES, ce qui permet d'être salarié dans une activité clinique différente, certes, mais avant tout avec un intérêt clinique. On a remarqué l'accès des psychologues à des postes de cadres hiérarchiques dans les établissements. On en connaissait certains directeurs de SESSAD ou d'établissements à petit effectif. On en recrute maintenant pour diriger des services d'interventions cliniques, sorte de pool clinique associatif centralisé, ou pour s'assurer de la responsabilité du secteur enfance d'associations gestionnaires, cadre servant d'intermédiaire entre la direction générale et les directeurs des établissements.

“Ce serait pur fantasme que de penser que les psychologues prendraient la place des psychiatres”

Enfin, et ce dernier point nous situe encore un peu plus dans l'actualité après ce rappel historique rapide, questionnons-nous sur la raréfaction des psychiatres et ses répercussions sur le travail des psychologues. Certains s'en réjouissent : le mauvais ajustement des projections du *numerus clausus* des spécialités au concours de l'internat fait qu'on ne forme plus assez de psychiatres pour remplacer les cohortes de ceux qui commencent à partir en nombre à la retraite, ceux qui sont nés entre les deux guerres. Si l'on en croit les articles de la presse spécialisée et ceux de la presse généraliste ce serait pur fantasme que de penser que les psychologues prendraient la place des psychiatres. Eux aussi vont partir à la retraite, une dizaine d'années plus tard, du fait du développement des formations de psychologues après la guerre. De plus, une petite partie de la différence de génération est absorbée par la différence de durée des études.

II - TROIS CONCEPTIONS DU TRAVAIL DU PSYCHOLOGUE

La désaffection vis à vis de la psychanalyse et de l'institutionnel est favorisée par l'étendue de la palette clinique. Cela creuse certainement la différence entre la prescription du médecin et l'écoute du psychologue. Auparavant c'était un avantage, et il était exploité comme tel dans le dispositif thérapeutique. Il était seulement décalé, des actes à la parole. Autant le psychologue, en tant que psychothérapeute, restait disponible à l'écoute, autant le psychiatre pouvait avoir une parole sur les effets du dispositif institutionnel qui cadrait le traitement. On semble s'éloigner de tout cela aujourd'hui où les jeunes psychiatres ne sont plus formés à l'ins-

titutionnel, dont ils n'ont généralement même rien lu. Ce rôle de garant du cadre institutionnel revient alors au psychologue qui, en milieu clinique et psychopathologique est dorénavant confronté à trois conceptions de son travail :

- 1. clinicien armé**, prédictif de l'état psychopathologique, utilisateur des instruments psychométriques sur le plan des tests de niveau et des tests projectifs. C'est le rôle initial qui semble aussi se diluer dans l'imprécision du développement des soins psychiques dans les services où la psychopharmacologie est privilégiée. J'ai fait part de cet étonnement lorsque je me suis aperçu que les psychologues ne mettaient pas en avant ce savoir-faire psychométrique, pourtant bien utile en certains endroits, lorsqu'ils recherchaient un emploi¹. Était-ce par manque de formation ou par manque de conviction face à l'argument ?
- 2. psychothérapeute**, le psychologue est analysé et il appartient à un groupe, une école, une filiation historique dont il se réclame. Généralement il fait partie de l'un des deux courants, freudien orthodoxe ou freudien lacanien. Les techniques qu'il utilise viennent compliquer la classification. Se réclamant des psychothérapies elles sont opposées à la cure type psychanalytique basée sur le transfert et mettent en œuvre des phénomènes transférentiels induits par suggestion. Pourtant les psychanalystes eux-mêmes s'ils disent que cela les démarque de la psychologie, reconnaissent à celle-ci de porter durant la formation des psychologues à l'Université les notions théoriques qui permettront la survie de la psychanalyse. La question de l'analyse laïque sera ainsi réglée par le défaut d'intérêt ou les défenses des psychiatres : faudra-t-il dorénavant être psychologue pour être reconnu comme psychanalyste ? Étrange retournement de l'histoire...
- 3. cadre fonctionnel technique** (et non pas hiérarchique) de l'équipe, le psychologue fonde ses interventions sur la délimitation du cadre institutionnel qui donne sens au discours du patient porté par une parole qui lui est propre et qui s'élabore dans des processus d'écoute à des niveaux divers dans les événements et les actes de la vie quotidienne. La parole, les actes sont rapportés par chacun des membres de l'équipe dans des réunions cliniques de synthèse. Dans ce lieu le psychologue commente ce qui est rapporté du récit que le patient a donné à entendre. En quelque sorte c'est le seul lieu d'interprétation du récit d'un autre récit. C'est la parole portée en réunion de synthèse qui a valeur d'interprétation du parcours du patient dont témoignent les soignants. C'est la réunion de synthèse qui permet l'interprétation qui guide la compréhension de chacun, sur soi-même et sur autrui. Lorsque le psychologue se trouve en situation clinique, partageant avec d'autres spécialistes des séquences thérapeutiques destinées à un patient ou à un petit groupe

1. Claude Wacjman, « *Analyse des dossiers de candidature de psychologues à un emploi en hôpital de jour pour enfants* », *Psychologie Clinique*, n° 2, 1996, *Enfants en institution*, pp. 11-15.

de patients, il intervient de la même manière, mettant en avant son art du commentaire de ce qui se passe et qu'il entend, s'opposant là à l'interprétation sauvage dont on sait qu'elle n'exprime que le contre transfert du soignant.

On comprend bien, dans la diversité des fonctions, dans la diversité des institutions, que je m'attache surtout à décrire le travail du psychologue clinicien ayant accompli des études de psychologie clinique et psychopathologique, lieu de l'Université où la théorie psychanalytique reste la référence théorique unifiant les études. Cela n'est certes pas suffisant et la grande majorité de ces psychologues com-

“C'est dans son rôle d'intervenant auprès de l'équipe éducative que le psychologue s'expose le plus”

plètent – comme on dit – leur formation académique par une formation personnelle psychanalytique. Suivre une cure psychanalytique à titre personnel le légitime dans son action de psychothérapeute ou, plus rarement, de psychanalyste en institution ou dans l'institution, mais non pas de l'institution. En effet, il semble que le dispositif de psychothérapie institutionnelle, où l'on considère l'institution comme malade à soigner, ne connaisse plus la constance

qu'elle avait dans les années cinquante et soixante et que l'on se rabatte sur une autre notion, celle de l'institution thérapeutique où c'est le travail de cadre qui est privilégié, travail où l'interprétation échappe au profit du commentaire.

On retrouve ces cliniciens dans le secteur sanitaire ou dans le secteur médico-social. C'est dans son rôle d'intervenant auprès de l'équipe éducative – il serait plus juste d'écrire avec l'équipe éducative – que le psychologue s'expose le plus et amène des questions autour de sa fonction de cadre. Souvent cette fonction, liée au niveau d'études, de rémunération et corollairement au savoir qui en découle, prête parfois à confusion pour l'équipe éducative. Ne pas être en position hiérarchique et exercer fonctionnellement des responsabilités est une difficulté du travail liée au statut. Cette difficulté reste présente, car dans les représentations sociales, la notion de cadre est souvent liée à l'exercice de l'autorité. C'est l'inverse de ce que souhaite le psychologue : il n'a d'autre autorité que celle du sujet qui pense, parce que sur le plan du savoir il ne sait que ce qu'il a découvert de son propre désir. C'est son éthique. En tous cas sur le terrain il ne supplée ni ne participe aux décisions des cadres d'autorité, les cadres hiérarchiques. Dans le secteur médico-social, c'est aussi ce qu'il partage avec les médecins psychiatres.

III - DE L'INTERPRÉTATION SAUVAGE DU COMMENTAIRE

Ce lieu de la psychanalyse que le psychologue occupe seul ou qu'il partage, ce lieu d'où il parle, nous ramène à la question complexe de l'interprétation. Quelle valeur peut avoir une interprétation faite ex abrupto à un patient ou à un groupe de soignants, c'est-à-dire à des personnes qui n'ont jamais eu à son égard de réelle demande de soins ? Cette demande doit s'élaborer temporellement à travers des arcanes, des détours, des résistances et des renoncements chez le patient. Le travail qui en découlera est un travail du risque de réduire à néant nombre d'efforts de toutes les parties en présence. Il aura pour résultat de modifier des équilibres pathologiques dans lesquels se trouvent les patients. Il viendra en résonance des modalités inconscientes chez les soignants et en réveillera peut-être quelques unes dont il s'agira de se défendre. C'est le point commun ou le travail avec la famille, au sens général et pour tous, sera la considération des points d'équilibre atteints et la possibilité de leur modification ou de leur évolution, si pathologiques ou pathogènes soient-ils, tant pour les patients que pour les soignants. C'est sur ce principe qu'on doit, en réunion de synthèse, discuter des enjeux représentés par les thérapeutiques proposées, qui vont modifier des équilibres familiaux en termes d'économie psychique pour le patient, mais aussi pour le soignant chez qui ces équilibres existent aussi et dont certains éléments inconscients vont revenir au premier plan de ses fantasmes pour produire des modalités défensives, dont les aspects négatifs du transfert sont alors les plus reconnaissables. Dure tâche pour le psychologue de commenter cela, sans défense massive, sans suggestion, dans le respect de ces manifestations de l'inconscient. Cela suppose que si le psychologue, en tant que psychothérapeute ou en tant que psychanalyste, doit travailler dans l'institution, ce qu'il transmet à l'équipe de l'évolution dynamique des séances soit distinct de leur contenu, qui lui doit être préservé afin que le patient n'en reçoive pas le choc en retour par une autre voie ou par une autre voix. Avant de mettre en œuvre ces thérapeutiques il faut recueillir l'avis et l'accord des familles et des soignants en charge des patients concernés, surtout en ce qui concerne les enfants et encore plus s'il s'agit d'enfants psychotiques. J'ai par ailleurs longuement décrit ce dispositif institutionnel.²

“L'interprétation sauvage disqualifie le psychologue aux oreilles de ses autres collègues”

On perçoit mieux comment la question du commentaire, au détriment de l'interprétation sauvage, peut être considérée dans la complexité psychodynamique de l'institution soignante. Toute interprétation du seul psychologue, à titre individuel ou à titre collectif, est alors une interprétation dont le comique qui souvent en

2. Claude Wacjman, « Travailler avec des enfants malades mentaux », Paris, Dunod, 1997.

résulte apparaît érigé en défense contre elle, comme l'agression qui est ressentie, sont tous deux violence faite à qui ne demande pas, hors cadre de la cure type. De plus, la différence qui s'établit sur le modèle soignant-soigné se réfléchit en une chaîne imaginaire parents-enfants ou d'adultes-enfants au sein de l'institution qui trouve là des raisons supplémentaires de devenir mortifère. La transmission des idées psychanalytiques a alors des effets pervers qui tournent vite en modalités sadiques inconscientes les projections des soignants sur les patients. L'interprétation sauvage peut alors être retournée à l'interpréteur – et non pas l'interprète – qui se trouve piégé dans ce qui apparaît dès lors comme sa propre démarche perverse. L'interprétation sauvage disqualifie le psychologue aux oreilles de ses autres collègues. Seule une démarche de compréhension basée sur le commentaire de ce qui est vu ou entendu et par la suite rapporté, porté par le récit des soignants, discuté entre les protagonistes d'une démarche thérapeutique en cours, avec les organisateurs de cette démarche, permet un travail technique dégagé des rivalités institutionnelles. Dans ce cadre, le psychologue organise l'appel aux ressources des tiers référents externes du patient.

Le commentaire exige que l'action dynamique qu'il décrit soit partagée par tous et se réalise en deux temps. Un premier temps pour acter entre les patients et les soignants. Un deuxième temps pour commenter avec les soignants l'action dans ce qui en reste dans un après-coup. Ces notions sont empruntées aux modalités du jeu de rôle, du jeu dramatique ou du psychodrame psychanalytique de groupe. C'est ce commentaire qui est référencé à la théorie de la psychanalyse. En effet on sait qu'il est illusoire de vouloir mettre en place des dispositifs thérapeutiques s'ils ne sont pas référés à une théorie, et une seule. Pourquoi une seule théorie et non pas un choix de plusieurs ? Parce qu'il faut instituer des outils qui – sur le long terme de l'histoire de l'institution et sur le plus court terme de l'histoire des personnes – assure une permanence et une continuité des actes, des discours et de l'écoute, qui permettent de comprendre, de reconnaître, de privilégier suivant des critères prédéfinis, le matériel apporté par tous, soignants et patients, pour différencier les modes de reproduction générés par l'institution mortifère des modes de répétition signifiants de l'histoire que le patient raconte, c'est-à-dire des fragments de son histoire. Il y apparaît ainsi plus clairement des différences structurelles – actes, actions, agirs, répétitions, thématiques... – ou syntaxiques. Instaurer de se référer à plusieurs méthodes ou théories équivaut à zapper les productions de l'inconscient au fur et à mesure qu'on les empêche ainsi d'aboutir pour s'associer en une parole. Lorsqu'on zappe à la télévision on voit beaucoup de choses, dans leur diversité, mais on rate les séquences logiques de liaison ou d'enchaînement, sur lesquelles la réalité temporelle ne permet pas de revenir. Zapper trompe l'ennui et l'attente contre-transférentiels du psychologue et rend fou son patient, qui ne comprend plus où se situe son thérapeute. C'est une façon inconsciente de suggérer au patient de montrer son propre transfert négatif, ce qui permet au thérapeute de

l'abandonner sans arrière pensée. Le psychologue non zappeur risque donc de s'ennuyer plus que son collègue. Il ne rate rien et assiste à l'élaboration du continuum de la pensée du patient, avec ses incises, ses répétitions, son style particulier. Cela prend plus de temps, demande de la constance et érige avec plus de fluidité le sens donné au commentaire par lequel se construisent les contenants de pensée et les enveloppes psychiques qui permettent de situer les limites des cadres matériel et thérapeutique, qui font que le sujet parvient à s'y situer, les respecter, les utiliser pour accéder à l'éprouvé des fonctions symboliques. C'est grâce à la constance, vertu que le psychologue partage avec les éducateurs, que des modalités de guérison dans les dispositifs matériels et thérapeutiques peuvent advenir.

CONCLUSION

En résumé, le psychologue, cadre fonctionnel des institutions thérapeutiques, devrait être :

- *un gardien*, un garant du cadre thérapeutique, dans l'immutabilité de la loi organisatrice de la collectivité thérapeutique ;
- *un organisateur* garant de l'existence et du recours à un tiers structurant la relation entre soignants et soignés, entre famille et institution ;
- *un bâtisseur d'espaces d'évolution psychique*, d'espaces de pensée, d'enveloppes psychiques, tous utilisés aussi bien pour et par le patient, que pour et par les soignants. Le travail représente pour tous le dénominateur commun des situations que celui-ci génère et qui sont partagées dans des lieux spécifiques ou des lieux partagés ;
- *un commentateur des situations et des phénomènes transfero-contre-transférentielles*. Il laisse au psychanalyste, installé dans la cure type en cabinet, l'interprétation du transfert.