

CANAL PSY	
N° 25 • Septembre-Octobre 96	
Bimestriel • 15 F	
SOMMAIRE	Éditorial
Info Pratiques	
Réflexion de la maîtrise	2
Psychologie et santé	
Contributions des sciences humaines et sociales au domaine de la santé : un débat d'actualité	4
Dr. Chénier-Guichard, M. Grognet, J.-M. Jolles	
De corps malade au patient souffrant	5
Chénier-Guichard	
Psychologie dans un service de psychiatrie	6
Chénier-Guichard	
Psychologie et sociologie	8
Chénier-Guichard	
Création de D.E.S.S. psychologie et psychopathologie médicales	9
Chénier-Guichard	
Être psychologue en...	
Environnement spécialisé pour enfants et adolescents handicapés	11
Chénier-Guichard	
Agenda	13
Cou à l'âne	15
Échos	
Échecs et lundis : des recherches d'écrits en psychologie	16
Chénier-Guichard	
SOMMAIRE	

Canal Psy
ISSN : 2777-2055
Publisher : Université Lumière Lyon 2

25 | 1996

Psychologie et santé

🔗 <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=2627>

Electronic reference

« Psychologie et santé », *Canal Psy* [Online], Online since 03 février 2021, connection on 07 juin 2024. URL : <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=2627>

DOI : 10.35562/canalpsy.2627

ISSUE CONTENTS

Albert Ciccone
Édito

Dossier. Psychologie et santé

Christine Durif-Bruckert, Michèle Grosjean and Jean-Marc Talpin
Contributions des sciences humaines et sociales au domaine de la santé

Jocelyne Vaysse
Du corps malade au patient souffrant

Ghislaine Biodjekian
Psychologue dans un service de psychologie médicale à l'hôpital neurologique de Lyon

Marie Charavel
Psychologie et oncologie

Gérard Broyer
Création du DESS psychologie et psychopathologie médicales
Bibliographie

Être psychologue en...

Alain Husser
Établissement spécialisé pour enfants et adolescents inadaptés

Échos

Serge Portalier and équipe PCH
Déficits et handicaps : des recherches d'avenir en psychologie

Édito

Albert Ciccone

TEXT

- 1 C'est avec émotion que je saisis l'occasion de cet éditorial pour rendre hommage à René KAËS.
- 2 Comme beaucoup d'entre nous, j'ai suivi son enseignement. Je partage avec plusieurs d'entre nous le privilège d'avoir assisté à ses séminaires et d'avoir bénéficié de son aide, de son éclairage et de son soutien dans mes travaux de recherche. Moins nombreux sont, peut-être, ceux qui parmi nous ont rencontré René KAËS comme intervenant auprès d'un groupe institutionnel.
- 3 Toute expérience de séparation s'accompagne toujours d'une retrouvaille avec un point d'origine ; c'est ainsi que je me souviens de ma première rencontre avec René KAËS. Fraîchement diplômé d'une école paramédicale, rempli d'illusions et de fausses vérités, j'intégrais une jeune institution, où j'étais immergé brutalement dans le monde traumatique de la maladie mentale. Cette institution s'était donnée, d'emblée, comme exigence interne de se soumettre à un travail d'analyse institutionnelle. Et c'est là que je rencontrai, à un rythme mensuel je crois, et pendant quelques mois, un homme d'une étonnante sagesse, qui jonglait avec les mots et les métaphores, qui pouvait écouter avec sérénité la violence des émotions qui habitaient le groupe, qui pouvait même essayer d'en comprendre quelque chose, qui prenait discrètement quelques rares notes sur une petite fiche cartonnée qui excitait ma curiosité, etc. J'étais impressionné.
- 4 Plusieurs années plus tard, pénétrant pour la première fois et avec angoisse l'univers labyrinthique de l'Université de Bron, je vois René KAËS s'engageant, face à moi, dans le couloir que j'empruntais. Rassuré par la rencontre d'une figure connue, dans ce lieu oppressant, j'étais en même temps quelque peu sidéré par cette rencontre : allait-il me reconnaître ? Oserais-je lui parler ? Qu'allais-je lui dire ? Mon malaise fut rapidement apaisé par l'accueil chaleureux que me fit René KAËS, et l'intérêt sympathique qu'il porta à ma présence en ces lieux. Depuis, je n'ai cessé de découvrir la sensibilité de cet homme, qui sait

si bien allier une exigeante rigueur et une remarquable souplesse, qui sait si bien penser à la fois la précision et la tolérance, qui n'est jamais dupe de la moindre dérive idéologique. Je salue son intelligence, sa grande culture, sa générosité.

- 5 Le départ de René KAËS m'attriste. Les perspectives qu'ouvre pour lui – et pour nous qui suivons ses travaux – cette nouvelle étape de sa vie me font plaisir. Je sais que sa nouvelle vie est déjà chargée et riche de projets en cours et d'autres à venir. Je lui souhaite de pouvoir réaliser sinon tous du moins suffisamment de ses « rêves de désir » non encore « mis à exécution ». Toute l'équipe de *Canal Psy* et du Département s'associe à moi pour souhaiter une bonne continuation à René KAËS.
- 6 Nous adressons également à Jean-Claude SAGNE, autre personnalité de l'Université qui nous quitte, une très cordiale pensée.

AUTHOR

Albert Ciccone

IDREF : <https://www.idref.fr/03054811X>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000116003212>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/12194130>

Dossier. Psychologie et santé

Contributions des sciences humaines et sociales au domaine de la santé

Un débat d'actualité

Christine Durif-Bruckert, Michèle Grosjean and Jean-Marc Talpin

DOI : 10.35562/canalpsy.2632

TEXT

- 1 L'intérêt que manifestent les sciences humaines et sociales pour le domaine de la santé est de plus en plus soutenu. D'autre part des professionnels de la santé, les infirmières notamment, leur ont depuis plusieurs années emprunté concepts et modes d'analyses. Ainsi les nouveaux programmes des études d'infirmières ont intégré les approches anthropologiques, sociologiques et psychologiques du corps et de la maladie. Un nombre croissant de professionnels des soins, par motivations personnelles, cherchent à l'université, et dans le cadre de formations diverses, des réponses susceptibles de faire face à des questions qui surgissent dans l'expérience quotidienne. Constat général que justifient la multiplicité des travaux, des créations disciplinaires dont les appellations aussi inventives qu'ambiguës rendent compte de l'embarras de l'ensemble des professionnels de la santé comme des chercheurs, à instaurer des alliances qui s'avèrent souvent plus fictives que réelles : psychologie de la santé, psychosomatique, ethnomédecine, anthropologie de la maladie ou médicale, psychologie sociale de la médecine, psychopharmacologie, ethnopharmacologie, psychiatrie expérimentale ou ethnopsychiatrie...
- 2 Pourtant, si l'on s'intéresse à la manière dont de telles ouvertures se sont concrétisées sur le terrain de la pratique, de la thérapeutique et de la prévention, personne ne se sent tout à fait satisfait. C'est comme si l'ensemble des travaux, des actions et des décisions dans le domaine du soin, ne parvenait, ni par sa qualité, ni par son abondance à remédier à des incohérences devenues intolérables parce que touchant, à la question même de l'identité, celle du sujet, malade, ou plus simplement consommateur des soins, mais aussi celle des praticiens. Certes, il ne fait plus aucun doute pour chacun des

acteurs concernés par ce débat que le domaine de la santé est révélateur de l'orientation des symboliques sociales et témoigne de façon particulièrement vive de l'état des liens individu/société. Peut-être même représente-t-il une voie d'intervention et une force de réorganisation sociale qui n'est pas à négliger. À ce titre, il ne peut être isolé des dimensions psychiques, mais aussi ne peut être considéré hors ses dimensions sociales, politiques, institutionnelles et éthiques.

- 3 Ainsi la psychanalyse et l'anthropologie imprègnent totalement l'approche des questions sur le malaise, le mal-être, le malheur. Elles sont à considérer non seulement comme des sciences connexes mais encore complémentaires, « l'anthropologie bénéficiant beaucoup des interprétations analytiques qui, en plusieurs cas permettent de sortir de l'ornière où s'entasse la multiplicité des faits, et la psychanalyse tirant grand bénéfice dans ses interprétations et sa théorie des documents anthropologiques » (cf. J.-P. VALABREGA, 1962).
- 4 Le regard anthropologique a été particulièrement sollicité ces dernières années, entre autres pour la compréhension de pathologies inédites (le sida en est le paradigme), et de l'évolution des relations de soins, spécifiquement en situations interculturelles. Ces nouvelles pathologies ont bousculé les formes de relations traditionnelles entre les différents acteurs, et ont élargi les frontières, les formes et les effets de l'intervention médicale (accentuation de la gestion des risques et du contrôle des comportements, déplacement des discriminations...). Par ailleurs, coté recherche, un « mal » comme le sida a particulièrement suscité l'émergence et le renouvellement des objets d'investigation, des terrains et des méthodes de recherche : le rapport à la mort, la prise en compte des sexualités, le rôle symbolique et politique des fluides du corps, l'analyse des modalités préventives et des logiques associatives... On peut alors se demander quel est l'intérêt de l'élargissement et de la multiplicité des recherches pour les pratiques soignantes : les résultats sont-ils seulement connus, pris en compte, utilisés par ceux qui ont un rôle-clé dans l'orientation des décisions, que ceux-ci soient responsables des programmes de prévention ou des soins ?
- 5 Les nouvelles pathologies, les techniques perfectionnées (procréations...) mettent la question de la relation thérapeutique au

vif des débats anthropologiques. Les situations interculturelles, plus encore parce qu'elles pointent la douloureuse gestion de l'identité des malades migrants (ne serait-ce que par l'usage difficile de la langue) fonctionnent comme révélateur des impasses encore trop souvent sous-estimées entre les systèmes de soins et les usagers et mettent l'éclairage sur ce « fameux malentendu » entre le médecin et son malade : résurgence de l'irrationnel, refus ou incompréhensions des soins accentués par la fragilisation des soubassements cognitifs et par l'extrême dépendance des malades... (DURIF-BRUCKERT, 1994, LE BRETON, 1995).

- 6 Il s'agit aussi de s'interroger sur quelque chose qui se passe hors de nous, chercheurs ou cliniciens : c'est la modernité, la surmodernité même comme le dit Marc AUGÉ (1994) qui se constitue au cœur d'un événement où « l'individu s'individualise et les références se planétarisent », la modernité qui traduit l'excès, la surenchère et surtout la confusion des fonctions. Ainsi, l'engagement des professionnels se déplace, quelquefois s'embrouille le long d'une chaîne qui va du médical (soins) au préventif (éradication des risques, de tous les risques), enfin du préventif aux pratiques sécuritaires (normativité des comportements) et à la « promotion de la santé », sorte d'univers polyphonique dans lequel chacun se perd. Peut-on aller jusqu'à dire que la conception et les pratiques de la science induisent un certain nombre de faits mortifères ? Il semble en tout cas urgent de prendre en considération les modalités nouvelles de symbolisation à l'œuvre dans l'ensemble microsocial, mais aussi planétaire, comme le suggère M. AUGÉ, et de situer, là, au plein cœur de cette ouverture, la question de la gestion de la santé. Mais, ne nous y trompons pas : « s'adapter au changement d'échelle, ce n'est pas cesser de privilégier les petites unités, mais prendre en considération les mondes qui les traversent, les débordent, et, ce faisant, ne cessent de les constituer et de les reconstituer » (Marc AUGÉ, 1994).

AUTHORS

Christine Durif-Bruckert

Maître de conférences à l'Université Lumière Lyon 2

IDREF : <https://www.idref.fr/033078351>

ORCID : <http://orcid.org/0000-0002-4610-9402>

HAL : <https://cv.archives-ouvertes.fr/christine-durif-bruckert>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000079842104>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/12398112>

Michèle Grosjean

Maître de conférences à l'Université Lumière Lyon 2

IDREF : <https://www.idref.fr/029169194>

ISNI : <http://www.isni.org/000000010918756X>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/12085134>

Jean-Marc Talpin

Maître de conférences à l'Université Lumière Lyon 2

IDREF : <https://www.idref.fr/087994194>

ORCID : <http://orcid.org/0000-0002-2979-7442>

HAL : <https://cv.archives-ouvertes.fr/jean-marc-talpin>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000004710772>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/15595586>

Du corps malade au patient souffrant

Jocelyne Vaysse

DOI : 10.35562/canalpsy.2633

TEXT

- 1 L'usage en médecine occidentale est de privilégier un fragment du corps en tant que porteur du symptôme qui attire l'attention. Comme si la maladie était étrangère au sujet, ce qui esquivé la perception d'une rupture dans son propre équilibre interne. En corollaire, le médecin « occidental » somaticien adopte volontiers une attitude directive encouragée par une technologie intrusive mais banalisée qui dévoile et pénètre non pas tant le corps – entité psychosomatique – qu'un soma défaillant « parcellisé » à traiter. De même le psychiatre qui s'attache à la cause biologique et au signe visible adhère à la classification actuelle américaine a-théorique des « troubles » (DSM IV) mais s'éloigne d'une vision intégrative et psychodynamique de la pathologie mentale.
- 2 L'efficacité d'une telle conception médicale devrait conduire à en discuter le prix dans tous les sens du terme ! Elle s'effectue au détriment d'une clinique plus personnalisée, de l'expression du mal-être derrière la somatisation ou le trouble mental. Elle restreint la parole libre, dérangement au sein d'une bio-mécanique somatique ou cérébrale dans laquelle on s'efforce de remettre de l'ordre. Par ailleurs, le corps de cette médecine a besoin d'une représentation composite et fragmentable pour faciliter les chimiothérapies uniquement symptomatiques, les gestes chirurgicaux réparateurs allant jusqu'aux remplacements des « pièces » défectueuses avec les transplantations d'organes. Mais cette représentation du corps malade n'est pas forcément celle des patients. Et si ces traitements contemporains assument la restitution d'un bon fonctionnement somatique, ils laissent à la charge du malade les répercussions psychologiques qui ne manquent pas de se produire dès lors qu'il y a atteinte de l'intégrité corporelle.
- 3 C'est que ce même corps est aussi celui qui a servi de base à l'élaboration du Moi. Des liens se sont tissés entre soma et psyché

grâce aux mouvements intriqués et successifs motivés par un pulsionnel ancré dans le charnel, le sensible, l'émotionnel, débouchant sur des représentations mentales. Un continuum plus ou moins conscient s'installe entre le corps (réel) et l'Image du corps (imaginaire) en tant que représentation internalisée, narcissique du Moi ; le sujet habitant affectivement et identitairement sa chair à des degrés divers. Autrement dit, les soignants ne sont-ils face qu'à un soma « chosifié » ?

- 4 Pour certains patients, la distance entre corps et Image du corps rejoint le clivage médical psyché/soma. Le Moi, sorte de construction intellectuelle, relève de déterminants essentiellement comportementaux et cognitifs, d'affects contrôlés participants peu ou pas à l'équilibre général, le corps est machinique (état conduisant aux organisations dites psychosomatiques). Les symptômes sont à éradiquer, la maladie sans réelle résonance avec leur histoire personnelle perd sa signification éventuelle. S'accommodant bien de la rationalité technologique, ces patients sont cependant à la merci d'un retour « intempestif » de leur Inconscient dans l'orchestration médicale pourtant bien réglée.
- 5 À l'opposé (dans une distinction sans doute trop schématique), pour d'autres patients, le vécu d'organes en tant que supports d'identité est aussi profond que la conviction de liens indéfectibles psyché-soma. Dans ce cas, plus une intervention médico-chirurgicale agressera le corps, plus elle sera perçue comme dommageable non pas tant au corps lui-même qui se doit d'être mécaniquement réparé qu'à son Image imprégnée de subjectivité et d'affectivité. Les symptômes ont un sens plus large que d'être simples indices pathologiques. Pour cette raison les soins partiels, en général acceptés, sont cependant parfois doublés d'un recours aux médecines douces censées (mieux) considérer le Moi unitaire.
- 6 Des explorations somatiques sophistiquées au rapport affectif du sujet à son corps, de la violence faite au soma à l'investissement personnalisé glissé dans la chair, autant de points soulevés qui méritent, pour être pris en compte, de confronter les disciplines médicales et psychologiques... qui s'ignorent plus souvent qu'elles ne se rencontrent. Pourtant la qualité de la prise en charge en dépend. Au risque de voir, par exemple, un médicament localement efficace

ou une chirurgie techniquement réussie être mis en échec par un patient qui ne retrouve pas son équilibre psycho-corporel. C'est qu'il n'a pu ni (faire) entendre quelques « cris » du corps, ni amorcer le deuil de sa partie malade ; en fin de compte il ne peut réaménager l'Image du corps pour intégrer l'atteinte somatique.

- 7 Il faut alors s'interroger sur la communication médecin-patient, sur la place accordée à l'émotionnel et à la parole qui devraient trouver écho dans la relation de soutien ou dans le transfert d'une psychothérapie complémentaire si besoin. Mais le recours aux autres thérapies est souvent négligé. Pourtant celles à méditation corporelle (relaxation, danse-thérapie...) sont d'autres points d'entrée thérapeutique face aux somatisations (surtout si elle constitue la seule « parole » du malade) en jouant sur le tonus et la kinésique pour mobiliser, grâce aux liens internes pré-existants, l'émotionnel et le psychique. Il existe aussi des programmes de gestion du stress, de (ré)apprentissage comportementaux et cognitifs s'adressant moins à la psychodynamique du sujet qu'aux renforcements de ses mécanismes adaptatifs.
- 8 Il faut aussi conforter le dialogue avec le personnel infirmier qui a la charge d'exécuter le traitement prescrit mais aussi celle de soigner ces corps par des gestes de nursing, d'apaisement des besoins, lesquels participent au mieux-être autant que le soulagement procuré par leur écoute empathique et leur attitude de réassurance.
- 9 Les médecins, les psychosomaticiens, les psychologues, les divers thérapeutes, le personnel infirmier sont également concernés pour articuler leurs savoirs respectifs. Fonctionner en réseau dans une interaction concertée permet d'optimiser l'efficacité des soins et contribue, considération aujourd'hui importante, à en abaisser le coût économique.

AUTHOR

Jocelyne Vaysse

Praticien hospitalier, docteur en médecine et en psychologie clinique

IDREF : <https://www.idref.fr/028621263>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000115982738>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/12041981>

Psychologue dans un service de psychologie médicale à l'hôpital neurologique de Lyon

Ghislaine Biodjekian

DOI : 10.35562/canalpsy.2635

TEXT

- 1 L'introduction de la psychologie à l'hôpital général s'est faite par des neuro-psychiatres attachés dans les services de pédiatrie des Hospices Civils de Lyon, dès 1942. Chargés des aspects « sociaux » du soin, ils présentaient la garantie d'être organicistes et plaidaient pour que des psychologues soient mis au service d'une connaissance technique et quantifiée du malade, par la pratique systématisée de tests, afin d'améliorer la visée médicale.
- 2 À Lyon, le service de Psychologie Médicale de l'Hôpital Neurologique actuellement dirigé par le Pr. DALÉRY, a été créé vers 1950.
« Laboratoire de Psychologie », puis de « Psychologie Médicale », son chef de service le Pr. J. GUYOTAT lui assura son essor jusqu'à sa forme actuelle. Les soignants y reçoivent des malades en consultation et interviennent auprès des hospitalisés dans d'autres services des Centres Hospitalo-Universitaires à la demande de ceux-ci et à domicile. L'un des effets de ce travail est l'implantation dans le service d'une consultation de la douleur assurée par deux médecins attachés, psychiatres de formation psychanalytique.
- 3 L'appellation « Laboratoire » souligne qu'il s'agit de recherche et d'essai ; des publications et colloques à propos de la Psychologie et de la Médecine le confirment.
- 4 C'est dans ce lieu qu'après d'illustres collègues tels que J. GUILLAUMIN, F. BRETTE, M. AUDRAS DE LA BASTIE que je me trouve exercer comme psychologue depuis déjà une vingtaine d'années.
- 5 L'utilisation des tests de personnalité surtout projectifs, pour approfondir les effets de la maladie sur le fonctionnement psychique des patients, faisant référence à la psychanalyse, a incité les psychologues à une connaissance accrue de la psychodynamique

inconsciente de la personne ainsi qu'à l'usage des concepts psychanalytiques.

- 6 C'est ainsi que j'ai moi-même participé à l'évaluation en double aveugle des différents aspects psychologiques (angoisse, dépression, régression) des personnes opérées à cœur ouvert avant et après chirurgie afin de savoir laquelle des deux techniques de circulation extracorporelle avait le plus d'incidences, en particulier dans le domaine psychique. Cette collaboration avec l'équipe chirurgicale cardiaque se poursuit depuis, mais de façon très différente.
- 7 En effet, l'approche des malades hospitalisés dans un service de chirurgie cardiaque a permis la mise en évidence des effets thérapeutiques de la relation avec un psychologue. Ce constat a amené les soignants, en particulier les infirmières, à demander une présence plus systématique du psychologue auprès des patients hospitalisés afin de les préparer aux difficultés inhérentes à la situation chirurgicale, puis à les accueillir à leur retour de la chirurgie, afin que cette épreuve trouve une élaboration possible dans la parole adressée à quelqu'un du service, mais non impliqué dans le soin du corps et dans les décisions médicales.
- 8 Cette caractéristique de la présence du psychologue à la fois dedans-dehors du service chirurgical, mais aussi représentant d'un dedans-dehors de l'hôpital me paraît être une condition indispensable pour que se déploie librement la parole du malade, en dehors d'un effet de cette parole sur la réalité. C'est une condition aussi pour que l'écoute du psychologue ne soit pas tirée du côté de la réalité matérielle, mais garde toute latitude quant à la traduction fantasmatique et psychologique de ce qui est dit et qui emprunte, et pour cause, les mots du corps en souffrance.
- 9 Cette position « transitionnelle » est rendue possible par l'appartenance instituée à un service de Psychologie Médicale car il dégage d'un collage identificatoire à la scène médicale.
- 10 Les soignants sont l'autre pôle de l'élaboration nécessitée par la présence des opérés dans leur service, eux aussi en font les frais « psychiques ». Je suis alors celle qui peut entendre à quel point leur métier est difficile et combien l'illusion d'une vie sans faille et d'un corps sans mort et sans sexe est battue en brèche dans la réalité de

ce corps à corps quotidien. Si ce dernier se justifie par le soin médical, il entraîne son lot d'inattendu, signe d'une vie libidinale que la médecine ne peut immobiliser.

- 11 Et c'est cet inattendu indésirable, car gêne pour une maîtrise médicale d'un corps biologique, que le psychologue va incarner. Représentation vivante de la vie affective des malades, il va être la cible de ce qui doit être évacué pour que la médecine fasse son travail. Dans ce contexte, le psychologue ne peut dépendre matériellement de ceux qui auraient une nécessité psychique à l'éloigner ; la structure médiatrice de Psychologie Médicale va assurer la permanence du cadre professionnel et être le lieu d'un ressourcement et d'une élaboration des situations rencontrées.
- 12 Parallèlement à l'introduction des psychologues à l'hôpital général, il y a celle de la psychiatrie. Cette spécialité médicale des troubles « mentaux », désireuse de ne pas être minimisée par rapport à la médecine moderne scientifique va mettre la psychométrie au service d'un tableau psycho-dynamique précis. Mais c'est en 1968 qu'avec le bouleversement général des universités et de la sectorisation psychiatrique, le service va devenir un lieu de consultations thérapeutiques. Une équipe de psychiatres à laquelle sont associés les psychologues cliniciens, va recevoir les demandes des personnes désireuses d'entreprendre un travail thérapeutique. La symptomatologie rencontrée couvre le vaste champ de la psychopathologie s'accordant avec le soin ambulatoire. Depuis une quinzaine d'années, cohabitent dans ce service des points de vue différents sur l'homme malade psychologiquement et sur son rapport avec la demande, le soin et les thérapeutes.
- 13 Je reste la seule psychologue de ce service à soutenir que l'approche psychanalytique est le cadre d'une connaissance approfondie des échanges inter-relationnels et modèle inévitable de la thérapie par la parole. Cette référence aux mécanismes inconscients à l'œuvre tant dans l'histoire singulière de chacun, que dans les groupes institués que constituent les lieux de nos interventions, est la marque de ma formation et de ma pratique. Je reçois donc comme psychothérapeute d'inspiration psychanalytique, les personnes qui en font la demande. L'expérience de tant d'années m'a permis de repérer

que s'adresser à un psychothérapeute à l'hôpital renvoie la plupart du temps à un transfert dont l'hôpital participe.

- 14 Cette pratique source d'une élaboration constante est aussi le lieu d'une expérience qui me place comme formatrice à la compréhension de la dynamique inconsciente de la relation tant des apprentis psychiatres que des infirmières ou des futurs psychologues. Enfin, le service de Psychologie Médicale est le creuset d'une recherche constante à propos du corps, de la maladie et de la médecine. Les liens qu'entretiennent ces différents termes entre eux mais surtout avec la dimension psychique de l'être humain, sont reconsidérés constamment à la lumière des découvertes scientifiques qui ne manquent pas d'ébranler l'édifice de nos certitudes.
- 15 Comme psychologue dans ce service, je m'efforce de contribuer à penser ce qui arrive à l'hôpital et de garantir que les humains qui l'animent, y gardent leur humanité parlante et désirante.

AUTHOR

Ghislaine Biodjekian

Psychologue, service du Pr. Daléry, Hôpital neurologique

IDREF : <https://www.idref.fr/060360720>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000003377154>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/13774408>

Psychologie et oncologie

Marie Charavel

DOI : 10.35562/canalpsy.2636

TEXT

- 1 Un service de médecine se définit avant tout autour de la maladie qu'il doit traiter. C'est à partir et autour de celle-ci que le psychologue rencontre le sujet malade et collabore à la prise en charge thérapeutique. C'est encore à partir de la maladie que le psychologue va instaurer des relations avec les personnes qui composent l'équipe soignante.
- 2 Le cadre de l'intervention du psychologue clinicien ne s'élabore pas de manière isolée, mais bien en interaction constante avec le cadre d'intervention de l'équipe thérapeutique dans son ensemble. Évoluant dans un service de gynécologie oncologie, mon témoignage ne doit être entendu que dans le cadre de cette expérience.
- 3 Une des spécificités de la problématique induite par le cancer est d'introduire brutalement le sujet malade et l'équipe soignante dans un paradoxe. Aujourd'hui le traitement de maladies graves (cancer, sida) implique une démarche thérapeutique nouvelle : le dépistage. Ce processus thérapeutique, qui va à la recherche de la maladie avant même que le sujet ne « soit » malade, modifie profondément la relation que l'homme entretient avec sa maladie et par conséquent modifie aussi les relations qu'il entretient avec les thérapeutes et les thérapeutiques. Ainsi le sujet, pour tenter d'échapper à l'angoisse de la maladie, est invité à aller à sa recherche et parfois à sa rencontre. Il n'est pas alors dans la position passive de tomber malade, mais prend une part active au processus d'investigation, au même titre que l'équipe soignante.
- 4 La position du psychologue en oncologie est le plus souvent au cœur de ce paradoxe qui lie l'équipe soignante et le patient. Le patient apprend qu'il est malade par la parole du médecin et n'a souvent aucun moyen de ressentir cet état. Dans cette situation, la perception est comme court-circuitée. Cette position suscite des attitudes de

déni par rapport au diagnostic, ce qui n'aide pas le patient à gérer le traumatisme du cancer et à appréhender les traitements.

- 5 Le rôle du psychologue clinicien est d'aider au départ le patient à comprendre une maladie dont il ne perçoit aucun signe. Il se situe alors entre le patient et l'équipe soignante afin que les informations, révélées progressivement, puissent être entendues puis comprises par le sujet.
- 6 Le malade privé de toute perception ne peut accéder à une représentation de la maladie. C'est dans la construction de cette représentation cohérente des nouvelles données de sa vie, que le psychologue intervient. C'est dire combien ce dernier est un élément important de la prise en charge, puisqu'il joue souvent le rôle « d'interprète » entre une équipe soignante qui révèle des informations sans pouvoir évaluer ce que le patient comprend et un patient qui éprouve les plus grandes difficultés à entendre et par conséquent à comprendre ce qui lui arrive. Ainsi le psychologue travaille auprès de l'équipe soignante à l'émergence du sens de la position du sujet malade, et auprès du patient à l'émergence du sens de l'intervention de l'équipe soignante.
- 7 Ce travail constant d'élaboration à partir de la maladie apparaît comme l'unique possibilité pour le patient et l'équipe soignante de s'extraire peu à peu du paradoxe. C'est aussi pour tous, le moyen de s'adapter aux traitements, que l'on n'hésite pas à qualifier d'agressifs et qui suscitent autant de défenses chez les soignants, que chez les patients. La peur des traitements et de leurs stigmates (mutilation, alopecie, tatouages, brûlure), la peur de la mort, renvoient aux soignants comme aux malades des représentations effrayantes, suscitant angoisse et culpabilité.
- 8 Le psychologue interpellé par les patients et les membres de l'équipe soignante est à l'écoute de la souffrance éprouvée de part et d'autre, au fur et à mesure des traitements. L'arrêt des traitements est loin d'être l'étape la moins traumatisante pour le patient et la plus simple pour l'équipe soignante. Celle-ci réintroduit le paradoxe avec l'angoisse constante d'une possible récurrence. C'est alors que le patient part à la recherche du symptôme qu'il n'a jamais pu éprouver auparavant dans son corps. Cette quête du moindre symptôme fait écho à la surveillance médicale qui se poursuit. On repère les mêmes

mouvements lors de la récurrence : l'anxiété et la dépression partagées de part et d'autre.

- 9 Le psychologue clinicien, qu'il choisisse d'accompagner le patient dans sa lutte contre la maladie ou qu'il choisisse d'aider l'équipe soignante dans sa difficulté à prendre en charge le malade, se retrouve toujours à l'intersection de la maladie et du processus thérapeutique.
- 10 Derrière la maladie, il y a le sujet et son histoire que celui-ci doit nécessairement se réapproprier. Derrière le processus thérapeutique, il y a des sujets qui doivent, au-delà du corps à soigner, appréhender l'être en souffrance. C'est dans ces deux espaces, qui se superposent, que le psychologue évolue et œuvre à l'émergence de la pensée.

AUTHOR

Marie Charavel

Docteur en psychologie et psychopathologie cliniques, psychologue clinicienne à l'hôpital É. Herriot

IDREF : <https://www.idref.fr/082021643>

Création du DESS psychologie et psychopathologie médicales

Argument... et réticences syndicales

Gérard Broyer

DOI : 10.35562/canalpsy.2638

TEXT

Un nouveau cadre conceptuel et de nouvelles structures pour la santé interpellent le psychologue.

- 1 À observer l'évolution des politiques de la santé au cours des dix voire des vingt dernières années, on se rend compte d'une profonde mutation des structures, des mentalités et des concepts. Les structures tout d'abord :
 - L'activité hospitalière s'est largement diversifiée : formes variées de prises en charge – hospitalisation de courte durée, hospitalisation à domicile, traitement ambulatoire, sectorisation et structures alternatives : hôpitaux de jours, hôpitaux de nuit, dispensaires, centres de consultations, établissements de postcure, appartements thérapeutiques...
 - Le dispositif de santé lui-même a éclaté sous les coups des tenants de la prévention. Désormais, plus soucieux de prévention primaire, secondaire et tertiaire (bien que la partie ne soit pas encore gagnée !), d'insertion des handicapés multiples, il a tendance à porter les actions de santé *en amont* des structures sanitaires traditionnelles, car l'état de santé est enfin pris en compte dans toutes les circonstances de la vie (cf. la mise en place récente des comités d'hygiène et de sécurité). De plus ces actions de santé deviennent la préoccupation de plusieurs ministères, et non le seul apanage de celui de la santé *stricto sensu* : ministère de l'Éducation, ministère de la Ville, ministère de la Jeunesse et des Sports...
- 2 Comme toujours, cette mutation va de pair (c'est là l'éternelle question de la cause et des effets !) avec un profond changement des

mentalités qui met en évidence une évolution conceptuelle intéressante :

- Glissement du concept d'organisme morcelé, à celui de corps d'une personne prise dans son intégrité. La définition de l'OMS « la santé est un état de bien-être physique, psychique et social » exprime bien ce changement d'état d'esprit. Il ne s'agit plus d'éliminer le pathos physique, mais de maintenir et de développer le bien-être physique, psychique et social. La personne n'est plus seulement considérée dans son unique pathologie, elle est considérée dans son intégrité. Le dispositif de santé traditionnellement organisé autour de la thérapie des pathologies, de la guérison de maladies, de la réparation d'organes traumatisés ou de fonctions perturbées semble parcellaire et insuffisant.
- Glissement du concept d'organisme dans l'instant, à celui d'un être corporel d'histoire et de sens. Depuis longtemps déjà l'évolution psychosomatique a appris que le symptôme organique déborde largement l'instant de sa présentation en tant que « maladie », et qu'il doit être intégré dans une compréhension de la vie du « patient » rétabli dans son histoire.
- Glissement du concept de prophylaxie médicale, à celui de prévention multidisciplinaire. La célèbre formule du docteur Knock « tout homme bien portant est un malade qui s'ignore », illustre très bien le concept de prévention articulée autour d'une prophylaxie médicalisante. La politique de prévention actuelle renverse cette position et part du principe que toute personne doit connaître, préserver et développer son « potentiel santé » : l'exemple québécois est à ce titre exemplaire¹, où l'on voit les actions de santé (cf. les opérations de « villes et villages en santé ») déborder très largement les seules structures sanitaires et impliquer des professionnels loin de toute inféodation et de toute tutelle médicales, et concerner travailleurs sociaux, enseignants, enseignants d'éducation physique... (Idée très proche d'une conception helléniste du soin médical et du soin corporel !)
- Glissement du concept de malade ignorant et obéissant, à celui de sujet social et responsable. Le rapport soignant-soigné a, lui aussi, été bouleversé (bouleversement bien matérialisé d'ailleurs par les procès que des personnes se jugeant mal soignées, intentent à des médecins), le « malade » n'est plus un « patient » assujéti au savoir médical tout puissant auquel il a remis son organisme. L'homme moderne est un citoyen à part entière dont la responsabilité est à la fois individuelle et collective

(cf. la campagne de prévention du SIDA : « Le SIDA ne passera pas par moi ») : il devient responsable de sa propre santé, mais aussi responsable de la santé des autres en tant que vecteur potentiel, et récemment encore, responsable de ses propres dépenses de santé ainsi que de leur poids sur la collectivité.

- 3 À noter qu'à travers ces campagnes, le monopole de savoir médical s'effiloche (la médecine n'a toujours été enseignée qu'en faculté de médecine et qu'au futur médecin !) : toute personne acquiert *de facto* le droit au savoir en matière de santé. Il convient donc de nous laisser interpeller par ces changements, car d'évidence ils appellent de nouveaux modèles d'intervention notamment en psychologie.
- 4 Ces nouvelles structures de santé, et pas seulement l'hôpital, ont des attentes qui excèdent de beaucoup « la psychologie clinique » trop rapidement assimilée peut-être à la seule santé mentale et à la psychothérapie. Ces nouvelles structures ont besoin et réclament des psychologues susceptibles de mobiliser des concepts relevant de la psychologie des institutions, de la psychologie sociale, de la psychologie expérimentale, génétique, pathologique... de la défectologie, voir de l'anthropologie... même si toute formation de psychologue ne peut avoir pour base qu'une solide formation en psychologie clinique, méthode d'écoute spécifique et individualisée qui privilégie la recherche du sens.
- 5 Mais ces nouvelles tendances dépassent également une simple « psychologie appliquée » : le psychologue se doit d'être un agent de conception capable de repérer et d'analyser des problématiques humaines et institutionnelles du terrain, capable d'intervenir en politique de santé, d'élaborer des plans de formation du personnel ou d'information du public, capable de conceptualiser des modèles d'actions et d'aider à la décision administrative, sociale et politique. Il devra donc être capable de susciter et de vitaliser des recherches-actions auxquelles bien sûr il participera. Il se doit d'être un praticien-chercheur bien éloigné d'une simple position de « psycho-technicien » : il doit être formé en conséquence.
- 6 Cette formation est certes ambitieuse mais c'est celle que nous tentons à l'Institut à travers cette nouvelle habilitation du DESS de psychologie et psychopathologie médicales délivré, notons-le, dans une université de Lettres et Sciences humaines !

Extrait de la lettre de l'UFMICT-CGT

[...] nous ne comprenons pas la création d'un diplôme professionnel qui rivaliserait avec les DESS actuels et les dévaloriserait en excluant le champ hospitalier des débouchés qu'ils offrent [...]. Si un DESS supplémentaire est censé augmenter la notoriété d'une université et de ses enseignants, il ne doit pas être créé au détriment des étudiants et des praticiens en exercice ! [...]

Marie-France GRAVEJAT

Plus qu'un article, il s'agira ici d'une annonce, où nous ne développerons pas le détail de nos réflexions. En effet, la création de ce DESS de psychologie et psychopathologie médicales pose de très graves problèmes, sur lesquels s'est engagée au sein de la CIPPREL une réflexion approfondie qui débouchera en septembre sur un courrier aux responsables de ce DESS (courrier qui sera disponible auprès de la CIPPREL, 66 Cours Vitton, 69006 Lyon).

La CIPREL a fait en son temps deux courriers aux initiateurs de ce projet, sans obtenir la moindre réponse. La mise en place de ce DESS s'est opérée sans aucune concertation avec les praticiens, ce qui n'est pas sans poser de questions, car ceux-ci sont sollicités dans le décours de la formation des psychologues en tant que maîtres de stage. Aussi ferons-nous savoir aux universitaires, dans notre courrier, par quels moyens concrets nous entendons nous opposer à ce DESS.

Francis DUMONT, Président de la CIPPREL

Donner notre avis sur le nouveau DESS, soit ! Mais en sachant que c'est un après-coup dans un jeu qui s'est fait sans nous...

L'histoire du métier de psychologue se confond avec le combat incessant des professionnels depuis 50 ans pour faire exister cette profession, avec ses règles, ses statuts spécifiques, une autonomie sans cesse à ré-affirmer et trop souvent à conquérir. Par exemple, en 1951, le Pr HEUYER ne propose-t-il pas au ministre de la santé, à propos des psychologues hospitaliers « d'assurer aux psychiatres des collaborateurs techniques l'aidant dans tous les domaines de sa profession et travaillant exclusivement sous son contrôle ». Ce n'est que l'extrême vigilance des organisations professionnelles qui a permis ensuite d'éviter l'écueil de la paramédicalisation de la psychologie. Ainsi, le statut des psychologues de la Fonction Publique Hospitalière (janvier 1991) stipule-t-il à juste titre le classement des psychologues en catégorie A et dans son article 2, l'autonomie du psychologue dans tous les aspects de son intervention.

Les diplômes dérogatoires à la loi sur le titre de 1985 (DEPS et DECOP), en permettant à l'Éducation Nationale de former des psychologues « maison » taillent une brèche déplorable dans l'unité de la profession en diminuant le niveau de qualification, en spécialisant la formation et en créant une situation d'inféodation du psychologue à l'institution employeur. Il nous semble précisément qu'une

multiplication avec spécialisation des DESS comporte des risques similaires :

- perte de la mobilité transversale (passage d'un secteur à l'autre) ;
- risque de technicisation voire d'instrumentalisation de la compétence et de l'intervention du psychologue ;
- aliénation de la parole du psychologue dans le désir de l'autre : si le psychologue « colle » à l'institution, s'il est formé de manière à parler son langage, comment peut-il avoir une position d'altérité, un regard et une parole qui puissent faire rupture et permettre à l'usager d'être entendu dans sa singularité.

Le SNP, lors de son congrès de mars 1996, s'est prononcé pour un cursus en 6 ans, dont une année de stage, mais aussi pour un diplôme à option plutôt qu'une formation spécialisée. Pour parler plus précisément de ce nouveau DESS, son intitulé nous semble ambigu du fait de l'absence de référence à l'approche clinique et de la polysémie du terme « médical ». Si « médical » est synonyme de troubles somatiques, on voit bien le danger de finaliser la formation des psychologues en fonction d'un type de pathologie, d'une classe d'âge, voire d'un référentiel théorique étroit...

Mais, « médical » évoque aussi le corps médical. De là à favoriser, comme par un retour du refoulé, la mise en dépendance de notre profession dans sa formation puis dans son exercice... Voilà qui nous inquiète. En conclusion, nous ne doutons pas que cette création réponde à une logique interne de l'Université mais nous déplorons qu'elle contienne en germes des retours en arrière concernant l'unité de la profession de psychologue, l'identité professionnelle et l'autonomie de son exercice.

Anne-Marie CHAMPANAY

Jean-Paul RIEU

Syndicat National des Psychologues

NOTES

1 L'Institut de Psychologie négocie également des échanges dans le domaine de la santé avec des universités canadiennes.

AUTHOR

Gérard Broyer

Professeur de psychologie clinique, Responsable du DESS Psychologie clinique et psychopathologie médicales

IDREF : <https://www.idref.fr/02675553X>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000109018694>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/11894230>

Bibliographie

TEXT

- 1 AUGÉ M. et HERZLICH C., *Le sens du mal*, Paris, Archives contemporaines, 1983.
- 2 BINST M., *Du mandarin au manager hospitalier*, Paris, L'Harmattan, 1990.
- 3 CICOUREL A., « La connaissance distribuée dans le diagnostic médical », in *Sociologie du travail*, XXXVI 4/94.
- 4 COSNIER J., GROSJEAN M., LACOSTE M. (eds.), *Soins et Communications. Approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon, PUL, 1993.
- 5 DESJOURS C., *Travail et usure mentale*, Paris, Bayard, 1993.
- 6 DODIER N., *L'expertise médicale*, Paris, Métailié, 1993.
- 7 DURIF-BRUCKERT C., *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Paris, Métailié, 1994.
- 8 GOFFMAN E., *Asiles*, Paris, Minuit, 1968.
- 9 GONNET F., *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les conditions de travail*, Paris, Lamare, 1992.
- 10 GRISI S., *Dans l'intimité des maladies. De Montaigne à Hervé Guibert*, Desclée de Brouwer, 1996.
- 11 HERZLICH C., *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton, 1969 ; *Health and illness: a social psychological analysis*, London, Academic Press, 1973.
- 12 HERZLICH C. et ADAM P., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan.
- 13 JODELET D., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.
- 14 JODELET D., *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.
- 15 LAPLANTINE F., *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1992.
- 16 LÉRY N., « L'éthique clinique, un travail sur les limites », in *La transgression des règles du travail*, J. GIRIN et M. GROSJEAN (eds.), coll.

Langage et Travail, L'Harmattan, pp. 95-104, 1996.

- 17 LOUX F., « Santé et maladie dans les représentations populaires françaises traditionnelles et modernes », in *Santé, Médecine et sociologies*, Paris, CNRS, INSERM, 1976.
- 18 PENEFF J., *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992.
- 19 STRAUSS A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.
- 20 VALABREGA J.-P., *La relation thérapeutique*, Paris, Flammarion, 1962.
- 21 VAYSSE J., *Petit traité de médecine psychosomatique*, Éd. Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1996.

Être psychologue en...

Établissement spécialisé pour enfants et adolescents inadaptés

Alain Husser

OUTLINE

Préambule : différents types d'établissement

Qui gère ces établissements et comment ils sont financés ?

Contenu du travail du psychologue

Le travail d'évaluation

Préparation du soin et travail thérapeutique

Le travail institutionnel

Le travail avec les familles

TEXT

Préambule : différents types d'établissement

- 1 Avant d'aborder le contenu du travail d'un psychologue en établissement spécialisé pour enfants et adolescents, il faut préciser qu'il existe bien sûr différentes sortes d'établissements spécialisés dont la spécificité varie suivant la nature des troubles ou des handicaps traités. Ce qui peut aussi conditionner les pratiques des psychologues dans certains secteurs de leurs activités.
- 2 Parmi les principaux types d'établissements, on retiendra :
 - les établissements pour handicapés moteurs et IMC (Infirmes Moteur Cérébraux) ;
 - les établissements pour handicapés sensoriels (sourds, aveugles ou amblyopes) ;
 - les établissements pour déficients intellectuels (avec en principe des troubles associés : troubles de la personnalité, du caractère, troubles sensoriels à minima, etc.). Il s'agit des IMP (Institut Médico-Pédagogique) pour les enfants de 5 à 12 ans et des IMPRO (...PROfessionnel) ou IME (...Éducatif) pour les adolescents et jeunes adultes.

- 3 Un sujet pouvant présenter plusieurs troubles sera dirigé sur l'établissement qui pourra traiter le trouble principal, ce qui complique bien sûr la prise en charge dans l'institution.
- 4 Les enfants et adolescents sont orientés dans les établissements par la CDES (Commission Départementale de l'Éducation Spécialisée) composée pour moitié de personnels de la Santé et de l'Éducation nationale.

Qui gère ces établissements et comment ils sont financés ?

- 5 La plupart sont gérés par des associations loi de 1901. Ces associations sont en principe spécialisées dans le traitement d'un seul type de troubles ou de handicap et regroupent plusieurs établissements. Exemples :
 - L'Association des Paralysés de France (APF) qui s'occupe de handicapés moteur et l'Association des Infirmes Moteur Cérébraux...
 - L'ADAPEI (Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés) ;
 - L'ALGED (Association Lyonnaise Gestion Enfants Déficients) et l'APAJH (Association Pour Adultes Jeunes Handicapés) qui s'occupent des déficients intellectuels profonds.
 - L'OVE (Œuvre des Villages d'Enfants) accueille principalement des déficients intellectuels légers et moyens avec troubles associés, mais fait exception à la règle en s'occupant aussi de sourds et de troubles du caractère dans des établissements distincts.
- 6 Comme le secteur hospitalier, ces établissements, qui sont des établissements de soins, sont financés suivant le principe du prix de journée. Les tutelles et organismes payeurs (DDAS et Sécurité Sociale) demandent aux établissements de se mettre en conformité avec les textes officiels publiés conjointement par les ministères de la Santé, de la Solidarité et de l'Éducation qui régissent le secteur de l'Enfance Inadaptée. Ces textes encore appelés « annexe 24 » (du Code de la Santé) qui dataient de 1956 ont été profondément remaniés en 1989 dans le sens de la demande d'un réel travail interdisciplinaire autour de l'enfant pour répondre au plus près à ses besoins en associant au

maximum sa famille au Projet Pédagogique, Éducatif et Thérapeutique (PPET).

- 7 Beaucoup d'associations ont aussi des protocoles d'accord avec l'Éducation Nationale qui détache dans les établissements des enseignants spécialisés possédant des techniques pédagogiques adaptées aux troubles et aux handicaps. Ces enseignants restent salariés de l'Éducation Nationale et sont les seuls à ne pas « émarger » au prix de journée de l'établissement.
- 8 En ce qui concerne les autres salariés, tous relèvent en principe des conventions collectives nationales auxquelles ont adhéré les associations ; pour la majorité à celle de 1966 dite de l'Enfance Inadaptée ; pour quelques-unes à celle de 1951 (secteur hospitalier).

Contenu du travail du psychologue

- 9 Exerçant pour ma part essentiellement auprès d'enfants et d'adolescents déficients intellectuels moyens/légers présentant des troubles associés, je m'appuierai sur mon expérience en IME pour parler du travail de psychologue en établissement spécialisé. Ce travail s'oriente autour de quatre grands axes :
 - L'évaluation.
 - La préparation du soin et le travail thérapeutique.
 - Le travail institutionnel.
 - Le travail avec les familles.

Le travail d'évaluation

- 10 Il consiste à préciser de la manière la plus fine possible, les troubles que présente le patient. C'est le champ d'application des tests psychométriques (de niveau intellectuel, d'aptitudes) et des tests projectifs. Dans ce travail d'évaluation on peut inclure en premier lieu l'examen d'admission, où il s'agit d'apprécier la nature des troubles du « candidat » et si l'établissement peut apporter des réponses adaptées à ses difficultés et à ses besoins. Durant le cursus du jeune dans l'établissement (entre 5 et 6 ans en moyenne) il y a nécessité d'au moins trois examens d'évaluation. À l'entrée ou au moins dans les

premiers mois, pour définir le projet le mieux adapté. À mi-parcours, pour évaluer la pertinence du diagnostic et du projet. L'avant-dernière année, pour préparer la sortie en milieu ordinaire ou protégé et orienter la recherche de stages préalables en fonction du pronostic de sortie.

Préparation du soin et travail thérapeutique

- 11 Dans les semaines qui suivent l'admission du patient, en général début septembre (ces établissements fonctionnant sur le rythme scolaire), il faut affiner le diagnostic afin de pouvoir proposer et discuter en équipe des « indications » de prise en charge (orthophonie, psychomotricité, psychothérapie individuelle ou psychodrame à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement). Réflexion menée d'abord en équipe soignante avec médecin psychiatre, psychothérapeute, rééducateurs puis élargie aux enseignants et éducateurs.
- 12 Cette phase de préparation des soins implique aussi de prendre des contacts avec l'extérieur (CMP environnants, hôpitaux de jour). Bien entendu tout ne peut pas se faire à l'intérieur de l'établissement, à la fois pour des raisons de temps et parce que pour certains adolescents il est nécessaire de dissocier lieu de soins et lieu d'apprentissages ou de se mettre à plusieurs institutions pour les prendre en charge.
- 13 Passée la phase de préparation des soins, le travail psychothérapique proprement dit peut commencer pour les « nouveaux » (il a été repris dès la rentrée pour les anciens).
- 14 Il va de soi cependant que la fonction de psychologue « généraliste » de l'institution qui implique un travail et des décisions dans la réalité (ne serait-ce que les admissions et les sorties) n'est pas forcément compatible avec un travail psychothérapique. Il ne peut assurer une cure psychanalytique mais peut apporter un soutien psychologique au travers de séquences de durée variable, d'entretiens. Les cas nécessitant un cadre thérapeutique plus strict sont adressés au psychothérapeute ou à l'extérieur.

Le travail institutionnel

- 15 Il consiste à veiller à la maintenance de l'institution afin qu'elle reste performante et concurrentielle (même dans ce secteur il faut en tenir compte !!!) en initiant par exemple de nouveaux outils ou techniques, mais aussi de veiller avec le médecin psychiatre à la cohérence du discours et du fonctionnement institutionnel, afin que les jeunes puissent en retirer le maximum de bénéfices. Il s'agit de faire en sorte que l'établissement prenne soin des enfants et des adolescents, en particulier de ceux qui ne sont pas accessibles à un soin psychothérapique direct par défaut de capacité d'élaboration.
- 16 Ce travail de maintien de la cohérence de l'institution n'a de sens que s'il est lié à un travail de proximité avec les personnels qu'il faut soutenir dans leurs relations quotidiennes et éprouvantes à des jeunes perturbés. Cela se fait dans le cadre de réunions catégorielles (par exemple réunions d'éducateurs) ou interdisciplinaires où l'on essaye de donner du sens aux propos et comportements des jeunes rapportés par les personnels.

Le travail avec les familles

- 17 Il ne s'agit évidemment pas d'un travail psychothérapique direct, la mission de l'établissement étant de soigner prioritairement l'enfant. Mais si on ne peut pas prendre en charge la famille, il est toutefois indispensable de la rencontrer assez régulièrement. D'abord pour repérer la place qu'occupe l'enfant dans le psychisme familial, comprendre la nature des liens et l'investissement ou l'absence d'investissement dont il est l'objet, et tenir les parents au courant du travail thérapeutique mené pour leur enfant.
- 18 Il s'agit également en rencontrant les parents de retendre ou retisser des liens souvent distendus ou effilochés et d'obtenir éventuellement un effet thérapeutique en ricochet dans la famille.
- 19 Voici donc tracé à grands traits le travail du psychologue en établissement spécialisé pour enfants et adolescents. Il n'est pas très différent sans doute à certains égards de celui de collègues dans d'autres institutions. Mais ce qui fait l'originalité et la richesse d'une telle structure c'est la cohabitation sous un même toit, des soins, de

l'éducatif et du pédagogique. Cette unité de lieu limite aussi la fonction de psychologue qui doit veiller à maintenir un équilibre entre ces trois secteurs dans l'institution et aussi dans ses propres investissements de chaque secteur.

AUTHOR

Alain Husser

Psychologue, IME Y. Farge (Vaulx-en-Velin), IME J.-J. Rousseau (Vénissieux)

Échos

Déficits et handicaps : des recherches d'avenir en psychologie

Serge Portalier and équipe PCH

TEXT

- 1 L'équipe Perception, Cognition, Handicap a été mise en place dans le cadre de l'Équipe d'Accueil 463 : Psychologie Cognitive, en septembre 1995. Depuis plusieurs années, sous l'impulsion du Professeur PORTALIER, ce laboratoire PCH avait engagé des recherches dans le domaine de la défectologie : études sur la déficience visuelle, sur la déficience auditive, travaux sur le handicap et le déficit.
- 2 Lors du colloque PCH' 96 des 22 et 23 mars 1996, le souhait de l'équipe a été de présenter l'ensemble des recherches du laboratoire, mais aussi de rassembler d'éminents spécialistes sur les questions du déficit et du handicap. Elle a voulu valoriser la dimension théorique des travaux effectués dans ce domaine tout en essayant de construire des liens, plus ou moins directs, avec les applications pratiques dans les différentes institutions qui travaillent autour de la notion de déficit et de handicap.
- 3 Le Comité Scientifique (Jésus ALEGRIA, Paul FUSTIER, Yvette HATWELL, Serge PORTALIER, François VITAL-DURAND) a reçu de nombreuses propositions et a retenu les recherches qui présentaient un intérêt scientifique certain. Il s'agissait de valoriser les études qui dépassaient la simple relation d'expériences éducatives, professionnelles ou thérapeutiques, par ailleurs intéressantes, pour proposer une réflexion scientifique, soit sur ces mêmes pratiques, soit sur des étayages théoriques propres à la psychologie.
- 4 Il semble, aujourd'hui, qu'aussi bien les institutions spécialisées que les entreprises formulent des demandes précises au niveau de l'expertise et la théorisation dans les différents domaines traitant du handicap.
- 5 Nous pensons pouvoir dire que ce colloque a eu un retentissement certain au niveau des 250 participants venus de France et de

l'étranger. Ces deux journées ont également permis aux chercheurs du laboratoire et aux étudiants de l'Université Lumière Lyon 2 d'établir des collaborations fructueuses avec d'autres partenaires. Ce domaine de la psychologie, transversal au regard des multiples sous-disciplines qui la composent, est encore peu investi, aussi bien au niveau de la formation que de la recherche. Des voies nouvelles s'ouvrent pour les futurs psychologues dans le domaine de la défectologie.

- 6 Pour permettre aux personnes intéressées qui n'auraient pas pu participer au Colloque de prendre connaissance des travaux menés par cette équipe PCH, des actes sont proposés qui regroupent les communications des journées des 22 et 23 mars 1996, à l'Université Lumière Lyon 2 (150 F). Ils sont le reflet de la richesse des rencontres et offrent, en plus des exposés oraux et des posters, des pistes nouvelles de recherche qui alimenteront de nouveaux travaux pour de prochains colloques.
- 7 Si vous souhaitez de plus amples informations, vous pouvez contacter par téléphone au 78 77 23 23 poste 25 25, ou par courrier : Laboratoire PCH, Département de Psychologie Cognitive, Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon 2, 5 av. P. Mendès France, C.P. 11, 69676 BRON Cedex.
- 8 L'équipe PCH souhaite remercier toutes les personnes qui l'ont soutenue lors de cette manifestation tant au point de vue logistique que financier : l'Université Lumière Lyon 2, son département Recherche, l'École Doctorale de Psychologie, l'Institut de Psychologie, le département de Psychologie Cognitive, l'Équipe d'Accueil 463 de Psychologie Cognitive, le Conseil Général du Rhône, la Mairie de Lyon, l'Office du Tourisme de Lyon, le journal *Le Progrès...* et tous les participants.
- 9 L'équipe PCH vous donne rendez-vous pour un prochain colloque en l'an 2000...

AUTHORS

Serge Portalier
Professeur en psychologie

IDREF : <https://www.idref.fr/069011842>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000428225260>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/14045436>

équipe PCH