

L'alliance psychologue-psychiatre dans l'espace psychosocial

La question des relations entre psychiatre et psychologue est de celles que l'on traîne tout au long de sa carrière, sans prendre jamais la peine de les traiter de front, et qui, quand elles sont incontournables - par exemple quand il s'agit de répartir des tâches - se résolvent en se référant plus à la personne, qu'à la fonction. Une fois évacués les éléments formels qui définissent le contour des identités (formation, titre, statut), le champ d'investissement partagé entre psychologue et psychiatre reste assez vaste pour que les différences s'estompent, sans qu'on éprouve le besoin obsessionnel de les réexaminer sans cesse. Plus particulièrement, dans le champ psychothérapeutique.

Pourtant, à y regarder de près, cette position tient plus de l'englobement des fonctions du psychologue, que de la complémentarité ; rançon de la combinaison de deux facteurs : la primauté du médical dans l'institution psychiatrique et la proximité des compétences. En invitant le Secteur à se pencher sur la souffrance psychique liée à la précarité, c'est à l'équipe pluridisciplinaire que l'on s'adresse, dans ses prolongements, au-delà du seul savoir psychiatrique. Ce qui offre une opportunité nouvelle de désintronisation des compétences, et d'une complémentarité de type « tuilage » entre psychiatre et psychologue.

Pour le premier, invité à s'aventurer dans un espace nouveau, un discours dont il lui faut acquérir les clés, mais dans une démarche dont il garde, symboliquement, la direction, son acolyte psychologue cumule des fonctions indispensables : il est notamment l'éclaircisseur, l'interprète, l'observateur. S'il a gardé quelque chose de la fraîcheur de ses années d'étude, il est le clinicien de ce qui est hors du champ pathologique.

Dans ses premières passes d'arme avec la précarité, le sujet met en œuvre des moyens encore pas trop délétères d'adaptation à la souffrance ; ceux que des années de fréquentation de la psychose ont fait oublier au psychiatre, et qu'il est urgent de respecter. Le regard du psychologue sur les modes d'organisations défensives le rend à même de faire la part de ces processus d'adaptation, et de ce qui tient déjà du déni, du renoncement, du repli narcissique.

L'écoute des échanges groupaux lui permet d'en décoder les prérequis et les mouvements, d'en identifier les objets. Dans la constitution et la vie d'un réseau, il est bien souvent le seul, au début, à savoir décrypter les divers langages et entourer leur rencontre. Il jouerait le rôle d'observateur du processus d'élaboration des rapprochements, s'il n'y était pas aussi partie prenante. De fait, cette contorsion, qui vaut comme indicateur de non-dogmatisme, est bien souvent celle qu'il opère déjà dans les dispositifs de soin.

Travaillant sans ces butées que sont : l'agir, la prescription, ni - provisoirement - l'autorité, le psychologue ne peut s'en tirer qu'en élaborant psychologiquement. Il contribue alors, non à transmettre, mais à faire penser : penser l'Autre (l'éduc, l'AS...) et penser, en tant qu'antithèse de : fantasmer, projeter, dénier, esquiver, décider.

Dans l'Ain, quatre structures proches de la psychiatrie publique sont sous la responsabilité de psychologues, seuls ou en binôme avec un médecin. Nous en citerons deux exemples¹ : Dans le **dispositif du RMI**, le psychologue articule sa fonction sur trois axes :

- **Le travail de soutien psychologique** : les entretiens restent la principale activité et consti-

tuent l'essentiel de la tâche primaire. C'est le portage de cette désertification psychique du lien à l'objet projeté dans le social qui est signifiant. L'investissement du lieu (relation primaire archaïque) est souvent une rencontre hasardeuse dans un système complexe d'accordage, d'investissement/contre investissement, de transfert/contre transfert, d'enveloppe psychique plus ou moins réussie.

- **Le travail de réseau** : le bénéficiaire est attendu dans ce tissage de lien qui s'étend du soin jusqu'au paradigme de la réinsertion sociale aboutie, en passant par les processus de restauration psychique efficaces. L'éthique et la confidentialité vont l'accompagner pour transformer la compréhension de l'intime vers une parole d'expert. Il s'inscrit dans le réseau local de l'utilisateur.
- **Le groupe**, reste un outil efficace dans la recherche d'éléments thérapeutiques. Réfléchir sur les états fréquents d'isolement, de dislocation des liens sociaux, de repli sur soi est parfois l'élément fondateur d'une médiation groupale. Opérateur de sens il soutient momentanément les processus identificatoires.

Le Réseau Santé Mentale Précarité de Bourg en Bresse, créé en 2000, réunit chaque mois une quinzaine de participants : travailleurs sociaux de l'agglomération (CHRS, CCAS, Sauvegarde de l'Enfance, etc.) et soignants et travailleurs sociaux des secteurs psychiatriques.

A travers l'étude des situations de crises psychosociales concrètes, l'objectif de ces rencontres est de :

- Favoriser une meilleure compréhension respective (corpus théorique, techniques de travail, contextes et limites institutionnelles, éthique, référen-

Michel COLOMBANI
Psychologue, Réseau
Santé Mentale Précarité
Jean Jacques TABARY
Psychiatre, Carrefour
Santé Mentale Précarité
Mohamed ZAHID
Psychologue, dispositif
psychologues RMI
Centre Psychothérapeutique
de l'Ain, Bourg en Bresse

¹ Les deux autres étant : le Centre d'alcoologie et l'Accueil et Aide aux Jeunes (toxicomanie)

L'alliance psychologue-psychiatre dans l'espace psychosocial (suite)

A la barre



ces déontologiques voire idéologiques) des professionnels sanitaires et sociaux de la ville.

- Tenter de mieux « contenir » les différents inéluctables, de limiter les paradoxes qui organisent les oppositions entre ces deux champs et qui débouchent habituellement sur le « syndrome de la patate chaude ».
- Étudier et préparer en groupe des réponses concrètes à des situations de terrain appelant la collaboration de plusieurs intervenants et institutions.
- Quand ces situations présentent un caractère répétitif mettant en évidence des lacunes institutionnelles, signaler ces dysfonctionnements et pointer des orientations ou des réponses possibles.

En trois décennies, le psychologue est passé du statut d'objet soignant non identifié, laissant perplexe une génération d'infirmiers, à celui d'expert reconnu, allié indispensable, puis responsable de structures. Rattrapé alors par les joyusetés évaluatives ou procédurales diverses, et pouvant, à l'occasion, avoir recours au conseil technique du psychiatre. Lui reste, peut-être, à parfaire sa compétence dans le domaine de la sociologie.

Englobée dans la machine hospitalière, l'alliance psychologue-psychiatre se structure différemment sur le terrain social, par une sorte d'enrobage de la position médicale dans la plasticité et l'étendue du savoir du psychologue. ■

Psychologisation de l'exclusion sociale ou socialisation de la pratique psychologique ? (suite)

l'élaboration d'un projet. Les psychologues cliniciens ont ainsi participé aux structures d'insertion. On est déjà loin de la représentation traditionnelle du « psy » dans son bureau répondant à la demande du patient. C'est dans la continuité de cette évolution qu'ils sont présents dans les diverses structures d'accueil des personnes en situation de précarité. Déjà en 1997, C. Coulaud écrivait : « Psychologue de rue, ça existe »³.

Ils sont aussi présents en amont dans des associations dont le but est de prévenir les situations de rupture, causes de précarité et d'errance, comme les violences familiales. La pratique du psychologue est non seulement l'écoute mais l'accompagnement psychologique et physique de personnes subissant des violences physiques, psychologiques et des menaces de leur conjoint, pour défendre leurs droits dans des situations de grande angoisse comme le dépôt de plainte et le

témoignage au tribunal. Le plus souvent maltraitées dans leur enfance, ces personnes vivant sous terreur des représailles et dans un grand isolement n'ont pas appris à se défendre et à faire valoir leur droit à être respectées. Les accompagner au commissariat, à un procès en correctionnelle ou aux assises est un étayage nécessaire car elles n'ont jamais le sentiment de pouvoir être crues et protégées mais plutôt d'être coupables. Le lien tissé dans ces moments leur permet de pouvoir affronter le conflit avec l'autre et de ne plus répéter la situation de maltraitance de leur enfance. Il va être le socle sur lequel se construira leur identité de sujet et leur place de citoyen à part entière.

Cette problématique des violences familiales, cause très importante de situation d'exclusion tant pour l'agresseur que pour la victime, n'est actuellement pas l'objet d'une politique de prévention tant sur le plan de la formation que sur celui des moyens

financiers à la mesure de l'importance du phénomène. Toutefois des formations en direction des travailleurs sociaux et des policiers sont assurées par des psychologues.

Pour conclure, les psychologues présents -si peu- dans la rue ou dans les lieux d'accueil, à l'écoute des personnes exclues, se doivent de respecter leurs droits fondamentaux, leur dignité, leur liberté, leur protection ainsi que le recueil de leur consentement et ils sont tenus au secret professionnel (code de déontologie). Ils doivent œuvrer, avec l'accord de l'intéressé, pour un travail en équipe avec les partenaires sociaux et les professionnels de la psychiatrie publique pour que se tisse un lien social, première ébauche d'une place de citoyen. ■

Bibliographie

³ Dossier *Accompagner les exclus*, Le Journal des psychologues