

**Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales**

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme de master

Option : psychologie clinique

Thème :

**Le rôle du psychologue au sein du service
psychiatrie**

**Etude de 10 cas réalisé aux C.H.U. Mostapha Bacha Alger
et C.H.P. Ali Frnani Oued Aissi Tizi ousou**

Réalisé par :

M. Baki Salim

M. Ouazar Karim

Encadreur :

M^{me}. MEKHZEM Kahina

Présidé par :

M^{me}. SACI Fadhila

Examiné par :

M^{me}. BOUCHERMA Samia

2016/2017

**Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales**

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme de master

Option : psychologie clinique

Thème :

**Le rôle du psychologue au sein du service
psychiatrie**

**Etude de 10 cas réalisé aux C.H.U. Mostapha Bacha Alger
et C.H.P. Ali Frnani Oued Aissi Tizi ousou**

Réalisé par :

M. Baki Salim

M. Ouazar Karim

Encadreur :

M^{me}. MEKHZEM Kahina

Présidé par :

M^{me}. SACI Fadhila

Examiné par :

M^{me}. BOUCHERMA Samia

2016/2017

Remerciements

Nous remercions le bon DIEU, le tout puissant qui nous a procuré courage, volonté et fois pour achever ce travail.

Nous tenons à remercier notre promoteur M^{me}MEKHZAM Kahina d'avoir accepté de nous encadrer et pour ses précieux conseils, pour ses orientations et sa persévérance qui nous ont permis de réaliser notre travail.

Mes remerciements sont adressés aux membres du jury qui ont accepté d'examiner notre travail ainsi que tous les enseignants qui ont contribué à notre formation.

Nous vifs remerciements vont également à tout le personnel de service des urgences psychiatrie CHU MOUSTAPHA BACHA ALGER et le personnel de l'hôpital psychiatrique FARNANI ALI TIZI OUAZOU.

Enfin, nous remercions aussi tous nos familles, amis, et qui nous ont soutenus et tous qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

MERCI

Dédicace

Je tiens à dédier particulièrement à ma très chère mère qui a toujours portée un énorme intérêt à mes études, et de m'avoir encouragé et guider mes pas vers ce chemin que DIEU la bénisse, et à la mémoire de mon père et que DIEU l'accueillir dans son vaste paradis.

A mes adorables frères et mes meilleures sœurs et tout la famille BAKI, LOUBAR, GALOUL et BOUDIB pour sont soutient et sa compréhension.

A ma chère future femme et tout sa famille pour sont soutient et sa compréhension qui dieu te garde pour moi.

A ma grande mère.

A mon cher binôme KARIM

A tous mes précieux amis surtout :BILAL, AHMED, MOHAMED, ELHADI, SIDAHMED, MASSI, DJAMEL, ADEL, HASSEN, IGMANE, HOSSIN, HICHEM, SAMIR, WALID, GHALIB, MOHAMED, LYES, YACIN, DJALAL,GAZMOT, KARIMA, ANISSA, HINOUCHE, KARIMA, NABILA, DJAMILA, WARDA, HAYAT, DAHBIA, « OULAD EL HOMA », et tout mes camarades de la promotion psychologie clinique 2017.

ET ENFIN, A toutes les personnes qui m'ont aidé près ou de loin pour l'élaboration de ce travail.

Salim

Dédicace

Je tiens à dédier particulièrement à mes très chers parents qui sont l'exemple du dévouement, qui n'ont pas cessé d'illuminer ma vie, qu'Allah vous préserve et vous accorde santé et longue vie.

A mes chères frères et sœurs : ghania et son marie Akli et ses enfant Linda Millissa, Sofiane, Walid , fadia et son marie Massi, Rosa et son marie Laarbi , fifi, Sofiane et sa femme Tiziri, Toufik et sa femme Hakima et ces enfant Maciles, Aylimas, Hocine

A mes cousin et à toutes leurs familles : Marzouk, Hilal, Zidane, GHani, Fichel.

A mon oncle Saadi et sa famille : Azouaw et sa petite famille , Smail, Boujmia , Zinila, Kayssa, Dalila, Malika, Tounsia

A mon cher binôme Salim

A tous mes précieux amis filles surtout : Mina, Kenza, Hassiba, Nassima, Assma, Mina, Lahna, Manel, Doudouche, Dalila, Fariel, Anissa, Hinouche, Rifouche, Silia, Dihia, Dihi et Katia.

A tout mes précieux amis garçons : Mahfoud, Djaafar, Youba, Milas, Baylas, Walid, Moh, Sliman, Massi, Lounes, Yannis, Mido, Igmane, Lyas, Tarik, Boujmaa, Read, Samir, Achour et sa femme et ces enfants, Hamou, Comité , CSA pépinière.

A toute personne proche de la famille OUAZAR

A tout mes camarades de la promotion psychologie clinique 2017.

ET ENFIN, A toutes les personnes qui m'ont aidé près ou de loin pour l'élaboration de ce travail.

Karim

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Sommaire

Liste des abréviations

Introduction

La partie théorique :

Chapitre I : cadre générale de la recherche

1-la problématique.....	5
2-les hypothèses.....	8
3-Le choix du thème de recherche	8
4. L'intérêt du travail de recherche.....	9
5-Les objectifs de l'étude de recherche.....	9
6-définition des concepts.....	10

Chapitre II : la profession du psychologue

Préambule

1. Histoire de la professions en Algérie.....	13
2. Le code déontologie du psychologue.....	22
3. La déontologie professionnelle des psychologues.....	25
4. Psychologie, psychiatre, psychanalyste, psychothérapeute, quelle différence.....	26
5. Santé et métier de la psychologie.....	29

6. Quelques métier du psychologue.....	32
7. Education et formation et métier du psychologue.....	37
8. Travail et métier de psychologue.....	41
Conclusion	

Chapitre III : le psychologue au service psychiatrie

Préambule

1. La place de psychologue dans l’histoire de la psychiatrie.....	45
2. La place de psychologue dans l’éclectisme psychiatrique.....	46
3. L’institution de la santé mental.....	56
4. La place de psychologue en pédopsychiatrie.....	59
5. Le psychologue dans un service psychiatrique de l’adolescent.....	66
6. Le psychologue en service psychiatrie adulte.....	75

Conclusion

La partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule

1. La Méthode la recherche	81
2. Le groupe de recherche.....	82
3. Caractéristique de groupe de recherche	82
4. Outils de recherche.....	83
5. Déroulement de la pratique.....	85

6. Difficulté de terrain.....	89
-------------------------------	----

Résumer

Chapitre V : Analyse discussion et interprétation des données

1. présentation et analyse des données	91
2. discussion et interprétations des données.....	107

Conclusion

Liste bibliographique

Annexes

Liste des abréviations

SNAPSY	syndicat national des psychologues
USEA	l'Union des sociologues et économistes algériens
SARP	Société algérienne de recherche en psychologie
CMP	Centre médico - psychologique
ETP	Equivalent Temps Plein
CMPP	Centres médico -psycho –pédagogiques

Introductions

[INTRODUCTION]

Depuis, l'Antiquité, le besoin de diagnostiquer ou de parler avec un autre qu'il lui tende une oreille professionnelle, sans être jugé. Guider l'esprit humain a fait l'objet d'un domaine très important. Bien qu'il soit simultanément compliqué et abstrait à étudier et à analyser. Plusieurs chercheurs ont pris l'initiative de s'aventurer dans cet univers, qui est vaste, pour résoudre et expliquer de nombreux phénomènes et mystères liés au psychisme humain. Les premiers initiateurs dans ce domaine ont été les Grecs.

L'évolution rapide des connaissances et l'apparition des différentes techniques psychologiques et théoriques. La psychologie ouvre ces portes de la pratique psychologique dans différent domaine et dans différent secteurs qui ont mené a subdivisé dans plusieurs spécialités (santé, éducations .travail ...etc.).

Exerçant en institution ou à son compte, le psychologue est un professionnel qui écoute, accompagne et aide les personnes qui présentent des troubles mentaux ou psychiques, ponctuels ou chroniques. En fonction de sa spécialisation, le psychologue s'adresse à des patients de tranche d'âge différents : enfants, adolescents, adultes, salariés, couples...

Notre angle approche vise objectivement a servir la communauté scientifique. Dans l'objectif d'éclaircir un point fondamental, à comprendre la contribution de la prise en charge du psychologue et sa position dans les services psychiatrie sous :

Le thème « la prise en charge psychologique au sein du service psychiatrie »

Le choix du thème est intrinsèquement lié au fait que le besoin clinique, suite à l'augmentation des maladies psychologiques et psychiatriques, qui influence sur la représentation sociale et la santé publique ont incité les chercheurs à développer des techniques et des solutions, ainsi pour remédier et minimiser le risque de ces maladies au profit des familles et la société dans son intégralité.

[INTRODUCTION]

L'objectif n'est autre que d'aider le sujet ; pour qu'il soit soulager et lui faciliter la tâche de décortiquer mieux les différentes données sociales, en surpassant ainsi les perpétuelles entraves qui y surgisse. Ainsi ; pour s'intégrer positivement et favorablement au sein de sa communauté.

Plusieurs données reçues circulent au sujet du psychologue : son statut, son rôle et sa prise en charge. Et la situation des psychologues nous occupe également. De ce fait, nous comptons y remédier pour éclairer l'ensemble des fausses informations circulant au sujet des psychologues en les ajustant, et pour que l'État privilégie et reconnaisse l'importance de la prise en charge psychologique, notamment au sein des services de psychiatrie publique.

Notre travail est constitué de deux grandes parties, la première c'est la partie théorique de la recherche et qui est constitué de trois chapitres, dont le premier chapitre est intitulé le cadre général de la recherche là ou on s'inscrit notre problématique, les hypothèses et les définitions des différents concepts clé de la recherche, le deuxième chapitre est intitulé le métier du psychologue et le troisième chapitre met l'accent sur le psychologue au service psychiatrie.

Et enfin la partie pratique qui se focalisera fondamentalement sur la méthodologie de notre recherche la présentation, l'analyse et discussions des données.

Partie théorique

***CHAPITRE I : CADRE GENERALE
DE LA RECHERCHE.***

1. Problématique :

Le travail en équipe ne va pas de soi. Il nécessite un effort personnel et une compétence qui s'acquiert peu à peu à partir d'une volonté de cohésion et d'organisation. Elle repose sur des règles précises qui doivent dans la réalité conduire à impulser une dynamique au groupe.

« Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter des moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et pour maintenir l'équipe ainsi constituée ». (CAUVINP.1997).

Nombreux sont les psychologues qui exercent dans des institutions relevant du champ de la santé mentale .ils y occupent une place centrale, conséquence de la dilution progressive de la clinique psychiatrique. (Doucet. C.2011).

À l'approche collectiviste, le psychologue freudien oppose la prise en compte de la singularité et la politique du symptôme. Ainsi abordés l'accueil de la parole du patient, le repérage du déclenchement et de la fonction du symptôme dans l'économie pulsionnelle, le soutien du patient dans la mise en œuvre de solutions entourage plus supportables, la fonction de l'institution pour le patient, l'ouverture auprès des équipes de soins d'un espace permettant d'élaborer la clinique. (Doucet.C 2011).

Le psychologue a pour finalité d'étudier le comportement humain, ainsi que les différentes méthodes et techniques lui permettant d'aider le patient à prendre conscience de ces difficultés et de l'aider et les surmonter Il ne donne pas de solutions toutes faites, mais par son écoute, ses questions, ses interprétations, il permet de voir autrement les difficultés et d'envisager de nouvelles perspectives.

[CHAPITRE I : CADRE GENERALE DE LA RECHERCHE]

Il est très important de souligner que le psychologue s'invertit dans des missions de soutien, d'écoute, de conseil auprès des personnels infirmiers dont l'activité s'exerce non seulement dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement aux mourants, ou de la toxicomanie, mais également dans tous les domaines touchant la santé, d'après le Décret algérien n° 09-240 publiée en 2009 dans l'article 18 qui définit les tâches de psychologue dans la santé publique

« Les psychologues cliniciens de santé publique sont chargés, notamment : de concevoir les méthodes et mettre en œuvre les moyens et techniques correspondant à leur qualification dans le domaine de leurs compétences et de contribuer à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborer à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs, notamment en ce qui concerne les examens, bilans, diagnostics et pronostics psychologiques ; et de participer aux actions de formation et à l'encadrement des étudiants et des professionnels de la santé dans les domaines de leurs compétences ».

Cette fonction qui s'exerce dans le cadre des structures intra-hospitalières particulièrement au sein des services psychiatriques comporte par ailleurs une approche globale de la personne accueillie. En ce sens, le psychologue a une fonction d'évaluation et de prévention. Il contribue à l'analyse et à l'aménagement des rapports entre la personne accueillie, les professionnels et l'environnement, favorisant ainsi une bonne articulation des différentes interventions.

Les psychologues font partie des nouveaux paysages psychiatriques qui sont implantés au cœur d'enjeux clinique, éthique politique, épistémologique divers étroitement liés, «de même qu'il ne peut réduire à l'exercice public d'une spécialité médicale, le travail psychiatrique n'englobe pas seulement ce lui des

[CHAPITRE I : CADRE GENERALE DE LA RECHERCHE]

psychiatres, il faut tenir compte de celui des membres de l'équipe pluriprofessionnelle et notamment des infirmiers et des psychologues ». (Golse, et al.2002).

L'activité des psychologues présente un certain nombre de caractéristiques une diversité d'implantation, mais également un déplacement vers les nouveaux lieux du dispositif ; un glissement de l'activité des tests vers le suivi psychothérapeutique ; une présence institutionnelle, notamment près des équipes infirmières ; une complémentarité de travail avec psychiatres et infirmiers ; une identification par les demandes externes. (C.Doucet.2011)

Ainsi l'activité des psychologues porte de la même manière la marque d'un déplacement voire d'une transformation. En effet, les tests sont devenus une pratique marginale qui ne peut en rien résumer la fonction des psychologues. Leur tâche essentielle est fondée sur l'entretien thérapeutique qui a largement investi le dispositif psychiatrique.

Dans cette perspective pluridisciplinaire, la place du psychologue, qui dès le départ a participé à la mise en place de l'unité, et notamment à ce qui allait être déterminant pour son rôle, est essentielle. Elle est en charge du suivi thérapeutique individuel et effectue des évaluations psychologiques et assure la prise en charge du groupe psychodramatique en collaboration avec un membre de l'équipe soignante. Elle participe et intervient activement aux colloques interprofessionnels, apportant un éclairage psychologique aux problématiques des patients. C'est grâce à sa position plus dégagée des décisions et des actes médicaux que le psychologue offre, notamment, un contre-pied nécessaire au médecin psychiatre. (G.Lissus et H.Beutler, 2004).

À la lumière de tous ces travaux s'inscrit notre travail de recherche, qui se focalise essentiellement sur la prise en charge du psychologue, entre contribution et position au sein du service psychiatrie publique, ainsi que sa

complémentarité vis-à-vis du psychiatre, suit une démarche scientifique et méthodologique, suites à l'ensemble des matériaux de collecte utilisés pour pouvoir recueillir les données du terrain, qui sont à la fois complexe et délicat. La question que nous nous posons dans notre recherche est le suivant :

Quelle est la position du psychologue au sein du service psychiatrie et en quoi se résume sa complémentarité auprès du psychiatre ?

2. Hypothèse :

On a supposé les hypothèses suivantes :

- Les psychologues qui ont une bonne position au sein du service psychiatrique construisent un bon lien complémentaire avec les psychiatres.
- Les psychologues qui ont mauvaise positions au sein de service psychiatrique construisent mauvais lien complémentaire avec les psychiatres.

3. Le choix thème de recherche :

Notre thème de recherche se focalise sur l'étude de la prise en charge psychologique au sein du service psychiatrie.

3.1. Les raisons du choix du thème de recherche :

Nous avons opté pour ce thème de recherche pour les raisons suivantes :

- Il fera objet d'un nouveau thème de recherche, en servant la communauté scientifique ;
- C'est parce que les psychologues sont marginalisés ;
- Absence de reconnaissance envers l'apport du psychologue ;
- La curiosité de montre le rôle de psychologue au sein des institutions psychiatriques ;

- l'actualité de thème et son importance dans le domaine ;
- mettre en pratique la connaissance acquise durant le cursus universitaire.

4. L'intérêt du travail de recherche :

- Servir de réhabilité l'image du psychologue, en reconnaissant ses différentes contributions ;
- Éclairer les informations altérer relatives au rôle du psychologue ;
- Savoir de connaître les déférentes tâches de psychologue au sein du service psychiatrique.

5. Les objectifs de l'étude de recherche :

L'ensemble des objectifs de la présente étude de recherche sont les suivants :

- Suivre le psychologue dans son terrain professionnel, à comprendre le champ d'application, pour ainsi différentier entre les informations théoriques requises lors de notre formation et celles du stage ;
- Gagner un capital d'expérience et s'exercer en s'informant davantage ;
- Pour démontrer la vraie valeur du psychologue au sein du service psychiatrie, ainsi que son apport consistant dans le cadre médical ;
- Sauter le pat on allant du cadre pédagogique au cadre professionnel, en ayant plus de connaissance sur le métier du psychologue, ainsi que les obstacles qui le heurtent ;
- Servir de document référentiel la communauté scientifique, que ce soit les étudiants, les psychologues, ainsi que les chercheurs pour s'informer des différents contenus avancés et développés.

6. Définitions des concepts :

6.1 La Psychiatrie : est la médecine des maladies mentales, quelles que soient leurs causes, psychiques, neurologiques ou psychosociologiques. Le psychiatre

n'est pas psychanalyste ou psychothérapeute (sauf s'il a une formation complémentaire), mais son diplôme de médecin lui permet de prescrire des médicaments ou de décider d'une hospitalisation psychiatrique.

6.2. La pédopsychiatrie : est la branche de la psychiatrie consacrée aux enfants, depuis la naissance jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte. Les praticiens de cette discipline sont appelés pédopsychiatres. La pédopsychiatrie recouvre l'étude, le diagnostic, le traitement et la prévention des troubles mentaux qui affectent les enfants. Elle entretient donc des liens étroits avec la psychologie du développement et la psychiatrie adulte.

6.3. La prise en charge psychologique : c'est tout un système d'accompagnement et d'écoute et d'interprétations par lequel le psychologue utilise l'ensemble des méthodes et des techniques pour l'objectif de guérir ou soulager les patients.

6.4. La bonne position : C'est l'adaptation et l'intégration du psychologue au sein de service psychiatrie.

6.5. Bonnes complémentarité : C'est la bonne communication et la bonne relation entre le psychologue et le psychiatre ayant pour le même objectif : est la prise en charge de patients.

6.6. La santé mentale : La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. (OMS)

6.7. Le Code déontologique :

un mode d'exercice d'une profession (déontologie professionnelle) ou d'une activité en vue du respect d'une éthique. C'est un ensemble de droits et devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients ou le public.

CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE

Préambule:

Il est très important de souligner que le psychologue s'invertit dans des missions de soutien, d'écoute, de conseil auprès des personnels infirmiers dont l'activité s'exerce non seulement dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement aux mourants, ou de la toxicomanie, mais également dans tous les domaines touchant la santé et la solidarité.

1. Histoire de la profession en Algérie.

La pratique de la psychologie clinique en Algérie a connu un développement lent et difficile. Le fonctionnement traditionnel des familles, peu habituées à se dévoiler, et une administration sanitaire peu encline à faire une place à une spécialité nouvelle sans tradition médicale ont longtemps freiné son évolution, **Nadia Kacha** dans son article « Psychologie clinique en Algérie, le nécessaire combat », publié en 2012 tente de retracer le combat des premières psychologues cliniciennes algériennes pour faire accepter leur profession.

Selon Nadia Kacha la psychologie clinique est, dans le monde, une spécialité relativement jeune. En France, elle n'apparaît qu'au début du XXe siècle. Dans un pays neuf comme l'Algérie, elle n'en est qu'à ses débuts et commence ainsi seulement, cinquante ans après l'indépendance, à être perçue par les autorités et par la population comme une profession qui a toute sa place dans le domaine de la santé. Le chemin n'a pas été facile. La profession de psychologue clinicien, en Algérie, a longtemps été dénigrée et jugée sans intérêt. Le développement de ce corps professionnel n'aurait pas pu se faire sans la volonté et la détermination d'un groupe de psychologues, essentiellement des femmes qui dès l'indépendance se sont battues pour lui donner une légitimité. La naissance de cette profession a été longue et pénible, le « bébé » a eu du mal à vivre, il a longtemps été maintenu en couveuse, mais il a survécu grâce à

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

l'intérêt et à la sollicitude de mères aimantes et attentives. Il a fini, enfin, par prendre des forces et commence à être reconnu dans la société.

Après l'indépendance, en 1962, l'Algérie a dû faire face à un départ massif de cadres, le pays manquait cruellement de médecins, d'enseignants, de fonctionnaires pour administrer le nouvel État. Un certain nombre de coopérants aidaient à la marche du pays, c'était le cas de l'université et des services de médecine. Le départ brusque de tous les soignants en santé mentale a laissé six mille lits de psychiatrie sans psychiatre, sans psychologue, mais également sans paramédicaux. La faculté d'Alger n'avait pas formé un seul psychiatre algérien ! La société était exsangue. Les troubles psychiatriques générés par la guerre étaient au premier plan et occupaient lourdement les services de psychiatrie – tenus par des psychiatres coopérants étrangers. Une seule consultation de pédopsychiatrie était assurée à Alger, à l'hôpital Mustapha, par des psychologues étrangers. Les psychologues algériens étaient inexistantes, tout comme les orthophonistes. Par contre, les psychologues industriels étaient recrutés dès leur sortie de la faculté par les grandes sociétés nationales telles que les sociétés d'hydrocarbures, comme la Sonatrach, ou de sidérurgie, comme la SNS.

La licence de psychologie était délivrée par les facultés des sciences et des lettres, elle suivait le modèle français et se composait d'un certificat de culture générale et de cinq autres : les certificats de psychologie générale, de psychologie de l'enfant et de l'adolescent, de psychologie sociale étaient enseignés en faculté de lettres ; ceux de psychophysiologie générale et de psychophysiologie comparée étaient enseignés en faculté des sciences. L'enseignement était délivré par des coopérants, des enseignants qui venaient de France quelques jours par mois et par quelques rares professeurs algériens.

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

En 1967, le **Pr Khaled Benmiloud**, premier professeur de psychiatrie algérien, formé en Suisse, analysé, attentif à la profession de psychologue, demanda à recruter des psychologues cliniciens algériens pour travailler en psychiatrie adulte. Alors que le poste n'existait pas, il proposait aux personnes téméraires de les recruter sur le poste d'infirmière spécialisée avec un salaire quatre fois inférieur à celui proposé par la grande société pétrolière Sonatrach. Cette proposition n'intéressa pas grand monde ! Dans la promotion de 1968, qui comptait une douzaine d'étudiants, rares furent ceux ou celles qui s'engagèrent dans cette voie, la majorité des psychologues choisirent de travailler pour l'industrie et intégrèrent les sociétés nationales pour des métiers plus valorisés, mieux rémunérés et prometteurs. Si le **Pr Benmiloud** était ouvert à la psychologie et donnait toute l'aide et la place possibles aux psychologues dans son service, la société n'était malheureusement pas prête. Rapidement ces psychologues ont dû faire face à l'incompréhension et à la méfiance. D'un côté, l'administration sanitaire se méfiait de cette spécialité nouvelle, sans tradition médicale, et, de l'autre, la population, peu encline à se livrer, restait sur ses gardes. Les réserves le plus souvent exprimées au sujet de la psychologie étaient « c'est un luxe, c'est pour les riches », « c'est pour soigner les angoisses des petits bourgeois » et, surtout, « donnez-nous à manger, après vous nous parlerez de psychologie » ! L'Algérie était alors un pays à construire soumis à d'autres priorités.

Cependant, en 1970, la réforme universitaire mise en place par Mohamed **Seddik Benyahia**, ministre de l'Enseignement supérieur, remit la psychologie au premier plan. Il confia la partie clinique au **Pr Benmiloud** qui, avec l'aide des enseignants de la spécialité, en particulier **Samia Benouniche**, élaborait un système d'enseignement modulaire semestriel. On passa de l'enseignement magistral aux travaux dirigés. La réforme donnait une place importante à l'apprentissage pratique dans chacun des modules. Cette réforme a beaucoup

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

mobilisé les psychologues cliniciens, qui voyaient là l'avenir de leur profession se dessiner. Un groupe de travail réunissant des psychologues praticiens et des professeurs d'université s'est constitué et a travaillé intensément pour faire des propositions concrètes.

Ces propositions ont abouti à l'organisation d'un enseignement où, à partir d'un tronc commun de deux ans, les psychologues s'orientaient vers différentes spécialités. Ainsi cinq spécialités sont apparues : psychologue clinicien, psychologue du travail, psychologue d'orientation scolaire et professionnelle, psychopédagogue et orthophoniste. Une attention particulière a été apportée à l'orthophonie. En effet, grâce à ce collectif qui a compris que les troubles du langage s'inscrivent dans une personnalité, l'orthophoniste est sorti de sa fonction de rééducateur du langage pour devenir un psychologue spécialisé en psychopathologie du langage on s'éloignait du modèle français où l'orthophoniste.... On le doit à Jacqueline Zwobada, elle-même psychologue et orthophoniste.

Mais la psychologie clinique a continué d'être dévalorisée, les quelques psychologues qui s'aventuraient dans la profession la quittaient très vite, faute de statut, de salaire convenable et de reconnaissance. L'intervention d'**Annette Yaker**, psychologue et épouse de ministre, va faire évoluer la profession. Grâce à son action et au travail d'un groupe motivé de psychologues, le premier statut du psychologue de santé publique a été promulgué le 16 avril 1973. La profession a enfin eu une existence légale. Les études universitaires des psychologues ont enfin été prises en compte, ceux-ci se retrouvaient au même niveau que les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes. On aurait pu penser que cette reconnaissance allait dynamiser la profession et en particulier stimuler les recrutements. Ce ne fut pas le cas, le métier de psychologue clinicien restait méconnu. En 1978, il y avait sur tout le territoire quarante-trois psychologues de santé publique, dont onze étrangers ! Profession isolée, orpheline, abandonnée.

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

Devant cette situation alarmante, ce même petit groupe se mobilisa pour trouver le moyen de faire connaître la profession. Différentes actions furent proposées et il fut décidé notamment de :

- Faire découvrir le travail des psychologues cliniciens et des orthophonistes auprès des écoles et des médecins ;
- Écrire dans les journaux pour sensibiliser la société aux différentes fonctions des psychologues et faire évoluer les mentalités ;
- Participer à des émissions de radio ;
- Écrire aux responsables pour leur expliquer en quoi consistait le travail de psychologue dans leur institution.

En fait, une véritable stratégie de communication a alors été mise en place...*

Il fallait, dans les entretiens, argumenter l'idée que le psychologue avait impérativement besoin d'un bureau personnel, défendre la notion de confidentialité, de secret professionnel. Il était nécessaire d'expliquer que le psychologue ne pouvait pas voir plusieurs patients en même temps et que ses consultations devaient durer (au moins) trois quarts d'heure et non cinq minutes ; on devait plaider pour obtenir le droit d'assister à un congrès ou d'organiser une réunion professionnelle, etc. Les quelques effets obtenus sont restés insuffisants. Le fait qu'il s'agissait d'une profession essentiellement féminine n'arrangeait pas les choses...

Le 1er janvier 1985, le ministère de la Santé arrêta le recrutement des psychologues. Il désirait se débarrasser de ce corps dont il ne voyait pas l'intérêt et souhaitait le transférer au ministère de la Protection sociale. Il ira même jusqu'à autoriser l'installation des psychologues en privé sans exiger de formation préalable à cet exercice – dans le seul but d'éviter le recrutement. Le fameux petit groupe des psychologues inquiètes de la vie de leur professions se

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

mobilisa de nouveau et arriva à la conclusion qu'il fallait impérativement chercher de l'aide.

À cette époque, l'Algérie, pays socialiste, était organisée à la «soviétique», sous la tutelle d'un parti unique, le FLN. Tous les espaces étaient contrôlés et aucun corps professionnel ne pouvait exister sans être sous la tutelle du parti – le pluralisme n'a pu s'instaurer qu'en 1988. L'idée d'adhérer à une organisation professionnelle sous l'égide du parti s'est donc imposée. Et c'est ainsi qu'en 1985 les psychologues ont adhéré à l'Union des sociologues et économistes algériens (USEA), dans le but de créer l'Association des psychologues algériens.

Dès l'adhésion à l'USEA, un courrier fut fait au secrétaire général pour le mettre au courant des difficultés de la profession. Dans ce courrier il était fait mention :

- De l'importance pour la profession de rester rattachée au ministère de la Santé ;
- De la dévalorisation de la profession ;
- De l'insuffisance de la classification des postes de travail par rapport à leurs critères ;
- De la suspension du recrutement ;
- De l'insuffisance des statuts qui ne prenaient pas en compte les diplômes post gradués ni les spécialisations professionnelles ;
- De l'absence de tracé de carrière du praticien.

Cette démarche et ces requêtes soulignaient bien l'état de fragilité dans lequel se trouvait la profession.

L'adhésion des psychologues à l'USEA aura quand même permis d'organiser les premières journées nationales de psychologie évoquées plus

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

haut, appuyées par la presse. Les psychologues pouvaient enfin se réunir et partager leurs expériences. Toutes ces actions ont poussé à corriger le premier statut de 1973 par la promulgation d'un nouveau statut en 1991, suivi d'un autre en 2009. Ces statuts successifs ont précisé les tâches, défini les carrières et les responsabilités. En effet, le statut de 1973, très « rudimentaire », visait simplement à faire exister la profession, il ne spécifiait que le rattachement des psychologues cliniciens au ministère de la Santé, les lieux d'exercice, le recrutement et le salaire ; les tâches n'étaient même pas définies. Le statut de 1991 s'est étoffé de chapitres sur-le-champ d'application, le droit et les obligations, la formation et la création de grades. Quant au statut de 2009, il régleme les promotions, classe les grades et institue le grade de psychologue clinicien principal et celui de psychologue clinicien major, recruté par voie de concours ou d'examen professionnel. De même, la liste des tâches s'allonge, aux tâches classiques s'ajoutent les notions d'expertise, d'évaluation et de recherche. On ne doit beaucoup, entre autres personnes, à la vigilance et à l'abnégation de Nadia Bioud, de l'Institut national de santé publique, dans le suivi de ces dossiers.

En 1989, une fraction du groupe « militant », réunissant des enseignants de l'université et des praticiens en psychologie clinique, réussit malgré de nombreuses difficultés à créer la Société algérienne de recherche en psychologie (SARP), dont la première mission fut le développement et la recherche en psychologie. Ses différentes initiatives ont, bien sûr, été profitables à la profession, mais restaient toujours insuffisantes et celle-ci demeurait encore marginale et peu rentabilisée.

C'est toujours sous la pression des événements que les autorités ont pris en compte les psychologues. Ainsi en 1983, lorsque deux mille enfants hospitalisés en France, dans des institutions de long séjour, ont été rapatriés brutalement, sur décision politique, suite à un désaccord entre la Sécurité sociale

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

française et l'Algérie. Le ministère des Affaires sociales, tenu d'ouvrir plusieurs structures pour les accueillir, s'est vu dans la nécessité de recruter des psychologues cliniciens pour recevoir et prendre en charge ces enfants. Entre 1990 et 2005, l'Algérie a été confrontée à une guerre civile (cent vingt mille morts), à une gigantesque inondation et à deux grands séismes qui ont fait des milliers de morts. Le pays s'est senti comme maudit et sous les coups d'une punition divine. La population, en état de choc, a eu besoin d'aide. C'est à cette époque-là, alors que l'Algérie subissait de multiples souffrances, violences sociales et catastrophes naturelles, que les psychologues cliniciens ont enfin pu y investir leur espace professionnel.

On est alors passé du désintérêt total à un intérêt massif et confus. Les psychologues qui étaient considérés comme inutiles sont devenus capables de répondre à toutes les exigences. On est passé du rien au tout ! Lors des grandes catastrophes, les responsables ont envoyé sur le terrain, parfois dans la plus grande confusion, tous les profils de psychologues – mélangeant les psychologues de l'éducation, les psychopédagogues, les psychologues du travail, etc. Ces personnes, du seul fait qu'elles étaient « psychologues », étaient censées tout comprendre. C'est dire l'ampleur de la méconnaissance de cette profession ! Ces affectations massives et maladroitement ont heureusement renforcé le corps professionnel, lui ont donné l'occasion de souligner sa spécificité et d'argumenter ses demandes de formation. Elles ont surtout permis une rencontre des psychologues avec la population. Les psychologues, en allant vers la société meurtrie, ont instauré une proximité nouvelle. Le psychologue n'effraie plus. Le citoyen a intégré l'idée que le psychologue ne s'occupe pas que des « fous ». Ce changement de regard a par ailleurs contribué grandement, pour ce corps professionnel, à sa propre prise de conscience de l'intérêt et de la place qu'il devait absolument prendre dans l'espace social.

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

Ces situations dramatiques ont parallèlement eu un impact sur la pratique, dans la mesure où ces différents traumatismes ont conduit à rechercher dans les théories du groupe une réponse à une prise en charge en situation de catastrophe. En effet, il fallait répondre à la demande **Massiva** adressée par une population victime de stress post-traumatique. Seules les thérapies de groupe répondaient aux impératifs du nombre et à la demande de contenance formulée par les populations traumatisées. Une formation à la thérapie familiale systémique a été mise en place dès 1998, celle-ci a été le prélude aux différentes formations de groupe. Les différentes techniques groupales ont ainsi pu se faire une place significative dans les prises en charge.

Il y a aujourd'hui dix universités qui forment les psychologues et mille cinq cents psychologues cliniciens en fonction sur tout le territoire. Ils sont pour la plupart dans des services de médecine, leur place est maintenant évidente. Un corps professionnel important existe aujourd'hui, il a même pu s'organiser en syndicat pour défendre ses droits. Cette profession, comme nous l'avons souligné, n'a pu s'imposer que grâce à un groupe de consœurs qui s'est uni pour se battre et la faire exister. La notion de corps, d'appartenance à une famille a été primordiale. Il est important que les jeunes générations soient dépositaires de cet héritage et qu'elles se souviennent que leur famille professionnelle n'aurait pu voir le jour sans la détermination de ce groupe de psychologues que nous devons de citer pour la « mémoire » de cette profession : **Suzanne Mazella, samia Benouniche, Latifa Belaroussi, Lila Hassas, Samia Rachedi, Fatouma Sassi, Souad Rasnaâma**, pour ne citer qu'elles. Ce combat, une histoire de militantes ? Une histoire de confraternité ? Une histoire de femmes ? Probablement tout à la fois. Quoi qu'il en soit, ce combat a été le socle sur lequel s'est construite la profession. Il soude encore fortement leurs relations. Il est souhaitable que les générations suivantes restent à leur tour toujours prête à s'unir pour défendre la profession. Il faut continuer à développer les champs de

compétence et consolider la place de cette dernière. Aucune bataille n'est jamais définitivement acquise. Il reste surtout, tâche délicate et ardue, à se battre pour une formation théorique et pratique de qualité qui, et seule, valorisera la psychologie clinique algérienne et lui permettra l'ouverture au monde moderne.

2. Le code déontologie du psychologue

« Ce code déontologie est un code français 1996) que les psychologues algériennes utilisent ».

-SNAPSY (syndicat national des psychologues)

Comme toute spécialité, il y a un code de déontologie propre aux psychologues. Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues.

Le Code de déontologie régissant l'exercice des fonctions du psychologue est destiné à servir de règle professionnelle aux hommes et aux femmes qui ont le titre de psychologue.

Il a pour but de protéger le public et les psychologues contre les mésusages de la psychologie et contre l'usage de méthodes et techniques se réclamant abusivement de la psychologie. Ce qui signifie que le code de la déontologie veille sur la bonne conduite du psychologue auprès de ses patients, en se référant correctement à sa noble mission d'intervention et accompagnement, de soutien..., pour le bien-être du patient.

Le code de la déontologie se focalise ainsi sur le bon usage des méthodes et techniques d'intervention.

Les organisations professionnelles signataires du présent Code s'emploient à le faire connaître et respecter. Elles apportent, dans cette perspective, soutien et assistance à leurs membres. L'adhésion des psychologues

à ces organisations implique leur engagement à respecter les dispositions du Code.

Les psychologues doivent alors respecter les règles du Code de déontologie, qui repose indubitablement sur une réflexion éthique et une capacité de discernement, conformément aux grands principes ci-après :

➤ **Au premier lieu, respect des droits de la personne**

Le psychologue a pour référence lors de ses pratiques professionnelles aux principes édictés par les législations nationale et internationale sur le respect des droits fondamentaux des personnes, et spécialement de leur dignité, de leur liberté et de leur protection.

Il n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Réciproquement, toute personne doit pouvoir s'adresser directement et librement à un psychologue.

Le psychologue est dans l'obligation de préserver la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collègues. Il respecte le principe principal que personne n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même.

➤ **Au deuxième lieu, prendre en compte ses compétences**

Le psychologue tient ses compétences de l'ensemble des connaissances théoriques régulièrement mises à jour, assimilées lors d'une formation continue et d'une formation à discerner son implication personnelle dans la compréhension d'autrui. De ce fait, chaque psychologue est garant de ses qualifications particulières et définit ses propres limites lors d'intervention auprès de ses patients. Compte tenu du taux d'assimilation se référant à sa formation et à son capital d'expérience.

Par ailleurs, il refuse toute intervention lorsqu'il sait ne pas avoir les compétences requises et nécessaires pour y intervenir et y remédier.

➤ **Au troisième lieu, la responsabilité**

Les responsabilités sont rigoureusement définies par la loi commune, à comprendre que le psychologue a une responsabilité professionnelle. Il s'attache à ce que ses interventions se conforment aux règles du présent Code, à comprendre celles de la loi régissant le travail du psychologue, surtout en termes de responsabilité. Dans le cadre de ses compétences professionnelles, c'est le psychologue qui décide du choix et de l'application des méthodes et techniques psychologiques qu'il conçoit et met en œuvre, c'est-à-dire le mode d'intervention le plus adéquat à utiliser auprès du patient. Il répond donc personnellement de ses choix et des conséquences directes de ses actions et avis professionnels. C'est en ce sens que le psychologue assume les responsabilités de ses choix dans son cadre professionnel.

➤ **Au quatrième lieu, la probité**

Le psychologue a un devoir de probité dans toutes ses relations professionnelles. L'honnêteté et la moralité sont fondamentales dans l'exercice du métier du psychologue. Ce devoir est une suite du chemin strict et professionnel que dictent les règles déontologiques sur le psychologue, pour ainsi affiner ses interventions, préciser ses méthodes et définir ses buts.

➤ **Au cinquième lieu, qualité scientifique**

Les modes d'intervention choisis par le psychologue doivent avoir un fondement scientifique, une suite logique, et pouvoir faire l'objet d'une explicitation raisonnée à la fois sur le plan théorique et sur le plan constructif. Toute évaluation ou tout résultat doit pouvoir faire l'objet d'un débat contradictoire des professionnels entre eux.

Le hasard n'est jamais permis, pour éviter toute portée et conséquence fâcheuses.

➤ **Au sixième lieu, respect du but assigné**

Le matériau méthodologique d'intervention est sans doute très important pour répondre à l'angle d'approche que vise individuellement le psychologue auprès de ses patients.

Les motifs de ses interventions ont fait un long débat de construction sur le plan déontologique. En construisant son intervention, celle-ci doit se faire dans le respect du but assigné, autrement dit, le psychologue doit donc prendre en considération les utilisations possibles qui peuvent vraisemblablement en être faites par des tiers.

➤ **Au septième lieu, l'indépendance professionnelle**

Le psychologue n'a pas l'habileté, ni le choix d'aliéner l'indépendance indispensable à la pratique de sa profession sous quelque forme que ce soit.

3. La Déontologie professionnelle des Psychologues

Il existe des règles de bonne conduite professionnelle pour tous les psychologues, quels que soient leur formation et leurs champs d'exercices. L'ensemble des règles que se donne de façon consensuelle une profession constitue son code de déontologie.

Dans leur code de déontologie, les psychologues ont résolument choisi de défendre les droits de l'homme, « droits que tout homme possède et dont il a besoin pour mener une vie d'homme et une vie digne de l'homme » (Montalembert, 1995). Les psychologues ont précisé qu'ils appliqueraient leurs efforts à la défense des droits psychiques de la personne, déjà contenue dans la déclaration universelle de 1948, mais qui prend un relief particulier dans la

mesure où les psychologues sont souvent confrontés professionnellement à des situations dans lesquelles les personnes sont en état de dépendance, d'épreuve ou d'exclusion. La liste de ces droits est longue: droit à l'altérité d'autrui dans ses différences, ses capacités, ses potentialités ; droit au respect des valeurs culturelles impliquant, par exemple, différentes approches de la mort ; droit au respect de la vie psychique et à l'intégrité psychique (intimité, émotions, angoisse...), avec abstention de violences visant à condamner un sujet au silence ou à le contraindre à parler - « nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même »; droit de survivre dans la dignité (dignité de la famille, du travail); droit de l'être humain à ne pas être moyen de recherche ou objet de transaction (l'enfant dans certains divorces ou dans certaines pratiques de procréation médicalement assistée); droit des patients à être informés, à consentir et à avoir accès à un traitement adéquat...ces droits sont autant de champs potentiels d'action: protéger les droits psychiques d'un inculpé, c'est s'opposer à ce qu'un présumé coupable subisse des heures de procès sans repos ni nourriture; protéger l'enfant placé, c'est œuvrer dans le sens de la continuité de son placement dans une famille d'accueil convenable, plutôt qu'accepter la multiplicité des ruptures qui ne font qu'aggraver la situation initiale. Ce respect des droits de la personne suppose en tout premier lieu la compétence ; ce qui évite ; entre autres, de faire passer pour éthiques de simples problèmes techniques.

4. Psychologue, psychiatre, psychanalyste, psychothérapeute : quelle différence ?

4.1. Le psychologue

Le psychologue a étudié le comportement humain ainsi que les différentes méthodes et techniques lui permettant d'aider le patient à prendre conscience de ses difficultés et de l'aider à les dépasser. Il ne donne pas de solutions toutes

faites, mais par son écoute, ses questions, ses interpellations, il permet de voir autrement les difficultés et d'envisager de nouvelles perspectives.

Son travail consiste aussi à évaluer des compétences, faire passer des tests de personnalité, notamment dans le milieu scolaire ou les entreprises.

N'étant pas médecin, il ne peut en aucun cas prescrire des médicaments.

- **Formations :**

Le psychologue a suivi une formation universitaire de 5 années durant lesquelles il s'est spécialisé dans un domaine de la psychologie (psychologie de l'enfant, du travail, du comportement...).

4.2. Le psychiatre

Sa mission est de poser un diagnostic et de traiter les maladies mentales. En tant que médecin, il peut prescrire des médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques...) et délivrer des certificats médicaux .le psychiatre propose une prise en charge globale de son patient, un accompagnement psychologique personnalisé.

- **Formations :**

Le psychiatre est un médecin qui a fait 7 années d'étude de médecine générale et s'est spécialisé ensuite pendant 5 années comme psychiatre, pédopsychiatre ou neurologue.

4.3. Le psychanalyste

Sa mission est d'accompagner le patient dans l'exploration de son inconscient et de l'aider à mieux connaître ou à résoudre les difficultés qu'il traverse.

- **Formations :**

Plusieurs écoles ou instituts de formation enseignent la pratique de la psychanalyse (quatre à huit années de formation). Ces formations prévoient que le psychanalyste suive lui-même une

Psychanalyse longue et approfondie avant de pouvoir assurer la direction d'une analyse.

4.4. Le psychothérapeute :

Son rôle est d'écouter le patient, mais aussi d'intervenir pour formuler des questions ou proposer des interprétations afin que le patient puisse par lui-même des réponses.

- **Formations :**

La fonction de psychothérapeute est le plus souvent assumée par des psychologues ou des psychiatres. Mais le psychothérapeute peut également être un professionnel de la santé (médecin, assistant social, infirmier, enseignant...) ou quelqu'un qui n'a pas de qualification spécifique.

Le titre de psychothérapeute n'étant pas protégé par la loi, n'importe qui peut se déclarer psychothérapeute et recevoir des personnes en consultation.

Il existe malgré tout des écoles de formation à la psychothérapie qui sont des organismes reconnus.

Elles offrent un cursus s'étalant sur plusieurs années (entre 3 et 7 ans) et prévoyant que le psychothérapeute vive concrètement la thérapie qu'il va pratiquer.

À côté de ces écoles reconnues, on retrouve des organismes non reconnus qui ne garantissent pas nécessairement une formation solide et suffisante. Il arrive aussi que certains psychothérapeutes ne soient pas du tout formés et s'improvisent

psychothérapeutes sur base, par exemple, de lectures ou d'expériences personnelles. (Hermesse .J.2012).

5. Santé et métiers de la psychologie

5.1. Psychologie et psychologues cliniciens :

5.1.1. Psychologie : par la Rouse(2013)

Discipline qui vise la connaissance des activités mentales et des comportements en fonction des conditions de l'environnement.

- Connaissance empirique, intuitive des sentiments, des idées, des comportements humains : Cet homme manque de psychologie.
- Ensemble des caractères, des sentiments exprimés dans une œuvre : La psychologie élémentaire de certains films.
- Ensemble des idées, des sentiments propres à quelqu'un, à son groupe : La psychologie américaine.

5.1.2.La psychologie :

- En latin, psychologia est un terme qui désigne une « étude ou une science de l'âme liée à la théologie ou à l'anatomie.»
- A l'origine, le mot psychologie vient des mots grecs psukhé (la psyché) et logos (la parole).il s'agit donc l'étude scientifique des faits psychiques et des comportements.

Dans la définition moderne, la psychologie « vise la connaissance des activités mentales et des comportements en fonction des conditions de l'environnement ».c'est aussi la « la connaissance empirique, intuitive des sentiments, des idées, des comportements humaine ». (La rouse.2013)

5.1.3. Psychologie clinique :

La psychologie clinique s'intéresse à la recherche, à l'évaluation, au diagnostic, au pronostic, au traitement, à la réhabilitation et à la prévention des questions nuisant à la santé mentale. Il s'agit d'une branche de la psychologie qui porte sur les conditions pouvant provoquer un certain malaise ou de la souffrance chez les personnes. (Huber.1987)

Lagache (1949), l'un des « inventeurs » français de la Psychologie clinique estimait qu'elle visait à envisager la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation. Il revendiquait ainsi le domaine de l'humain (« homme en situation ») comme celui de cette discipline et l'étude des cas singuliers comme sa principale méthode. Les principes de la méthode clinique sont donc la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution des conflits. La référence à l'individualité et à la pluralité des fonctions était évoquée par Lagache qui, au-delà d'une méthode, évoquait une position épistémologique et une conception anthropologique du sujet psychologique. (Fernandez.1.2006)

5.1.4. Un point sur la méthode clinique :

Le psychologue clinicien est formé de manière à élaborer et à intégrer les connaissances et habiletés scientifiques propres à la psychologie, à sa pratique professionnelle et au bien-être des personnes de son environnement (pas uniquement ses patients !). Son travail va de la prévention et de l'intervention précoce de problèmes mineurs d'ajustement à l'intervention sur des problèmes pour lesquels l'individu a besoin d'être mis en institution. (Samacher .R.2005)

Les psychologues cliniciens travaillent directement auprès des individus (qu'ils soient des enfants, des adultes ou des personnes âgées) ou des groupes

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

(familles, patients souffrant de psychopathologies similaires...) en utilisant un vaste éventail de méthodes d'évaluation et d'intervention destinées à promouvoir la santé mentale et à diminuer l'inconfort et les difficultés d'adaptation. Dans la majorité des pratiques, le psychologue clinicien s'insère dans une équipe pluridisciplinaire, auprès d'autres professionnels de la santé (médecins, orthophonistes, rééducateurs...), avec l'objectif de définir la condition psychique de ses patients, de proposer en lien avec les autres disciplines, des méthodes de prévention, de soin, de compensation ou de rééducation. Il peut également être amené à participer à la formation d'autres professionnels (médicaux, para-médicaux, d'assistance...) et à la recherche.

L'évaluation, en psychologie clinique, consiste à déterminer la nature, les causes et les effets potentiels de la détresse personnelle (cela inclue des dysfonctions personnelles, sociales et professionnelles) et des facteurs psychologiques associés aux troubles physiques, comportementaux, émotionnels, nerveux et mentaux. Les procédures d'évaluation peuvent être, par exemple, des entrevues, des évaluations comportementales, l'administration et l'interprétation de tests d'habiletés intellectuelles, d'aptitudes, de traits personnels et d'autres aspects de l'expérience humaine et des comportements ayant trait au trouble.

Les interventions sont destinées à prévenir, traiter et corriger des conflits émotionnels, des troubles de la personnalité, des psychopathologies et des déficits d'habiletés sous-jacents à la détresse humaine ou à la dysfonction. Le but de l'intervention est de promouvoir la satisfaction, l'adaptation, l'ordre social et la santé.

Il est très important de rappeler que le psychologue clinicien s'engage en recevant son titre à respecter le code de déontologie de sa profession (voir : Code de déontologie). Il est cependant malheureux de constater que dans certaines entreprises, services ...des psychologues ne sont pas recrutés par

celles-ci, qui leur préfèrent des salariés indifférents au code et souvent bien moins qualifiés.

6. Quelque métier du psychologue.

6.1. Psychologue à l'hôpital générale:

Un psychologue (clinicien) de la santé pourrait se définir comme étant un psychologue (clinicien) spécialisé dans la psychologie de la santé et qui a donc suivi une formation (généralement en Master2) en psychologie de la santé. On peut aussi trouver des psychologues cliniciens (issus des filières "clinique/psycho -patho" ou "clinique psychanalytique", voire "développement") qui exercent dans le domaine de la santé.

6.1.1. Spécificités du psychologue (clinicien) de la santé

- Intervenir dans le champ sanitaire et médico-(psycho) social.
- Travailler auprès des malades (qui souffrent généralement de maladies chroniques) et éventuellement effectuer un bilan psychologique du malade
- améliorer la prise en charge des malades et des populations à risque en prévention.
- Promouvoir des comportements sains.
- Travailler au sein d'équipes pluriprofessionnelles (équipes médicales, équipes pluridisciplinaires, équipes de chercheurs...) même si l'exercice en libéral est tout à fait possible, mais c'est rarement le cas en tout début de carrière.

6.1.2. Outils et méthodes du psychologue (clinicien) de la santé

- L'entretien clinique.
- Les groupes de parole.
- La relaxation et l'hypnose.
- Les TCC et l'Éducation thérapeutique du patient ; la gestion du stress et de la douleur.
- Outils d'évaluation et échelles de mesure diverses spécifiques à la psychologie de la santé...
- Méthodes de recherches et recherches-action.

(Étudiants en psychologie de la santé associations de bordeaux .EPSAB 2013)

6.2. Psychologue au centre d'aides médicaux –sociale

6.2.1. Mission du Métier : Aide Médico-Psychologique

L'aide médico-psychologique intervient auprès de différentes personnes. Enfants, jeunes, adultes dépendants ou personnes âgées, ce sont des personnes qui ne peuvent plus être autonomes et ont besoin que l'on prenne soin d'elles au quotidien. (Dréano.G.2012)

6.2.2. Rôle de l'aide médico-psychologique :

- Assister au quotidien, pour la propreté et l'hygiène des personnes, mais aussi de leurs biens et de leurs propriétés.
- Faire du bien, par la présence, mais aussi par la qualité du soin apporté et la communication avec la personne assistée.
- Animer les journées par des activités adaptées, qui maintiendront l'éveil et la culture.
- Empêcher l'isolement, en entretenant le lien avec le monde extérieur.

Le travail auprès des équipes médico-sociales a ceci de particulier qu'il s'agit, sans rencontrer directement la famille, mais en écoutant ce que nous en disent les professionnels, de les aider à être au plus près des besoins de ces familles. Et l'on voit d'emblée la complexité de la position du psychologue. Car ce que disent les professionnels d'une situation est forcément partiel et subjectif, une reconstruction de la réalité passée au « filtre » de leur appareil psychique. Ainsi donc, à travers l'aide que l'on apporte à ces professionnels, c'est bien sûr aussi une aide à la famille qui est visée.

Cet objectif demande plusieurs niveaux d'écoute : il y a certes une prise en compte des faits tels qu'ils sont énoncés, sur lesquels une analyse du fonctionnement individuel ou familial en jeu peut s'essayer. Cependant, l'attention se porte aussi sur le mode d'investissement du professionnel dans sa relation à la famille, sur la façon dont il en parle, sur les réactions du groupe, sur nos propres éprouvés. En effet, outre les faits, les expressions non verbales, l'investissement émotionnel du professionnel, la coloration du récit, la contamination de conflits familiaux sur l'équipe, toute la dimension inconsciente qui accompagne le récit doivent être prise en compte.

Il s'agit de pouvoir mieux entendre où se situe la difficulté de la famille, ainsi que celle du professionnel dans la prise en charge de la famille. C'est à partir de là que peuvent émerger des propositions d'aide, en ayant en tête prioritairement l'intérêt de l'enfant et de sa famille. (Dol .S, Chanron .O, 2008)

6.3. Psychologue à la protection judiciaire

Le psychologue judiciaire expert est chargé de rendre compte d'une situation donnée, il cherche à définir les responsabilités de chacun. Le psychologue judiciaire expert est avant tout un psychologue qui a choisi de travailler pour la Justice.

6.3.1. Définition :

Son rôle est d'analyser le fonctionnement mental des individus pour le compte du juge. Il travaille notamment sur le passé de la personne. Son but étant de comprendre comment l'histoire d'une personne influence ses actes.

Le psychologue expert judiciaire travaille tant au pénal qu'au civil : au pénal, comme nous l'avons vu il évalue la personnalité, les antécédents et tente de décrypter les mobiles. Au civil, il travaille sur demande du juge aux affaires familiales. Dans le cadre d'un divorce par exemple, il donne son avis sur le droit de garde, les droits de visite.

6.3.2. Méthode de travail :

Le psychologue judiciaire expert doit donc fournir un rapport objectif, pour cela, il utilise entre autres la méthode des entretiens ou celle des tests. Doté d'une grande capacité d'écoute et d'observation, il doit comprendre rapidement le fonctionnement d'un individu. Il tient un rôle central au sein du système judiciaire puisqu'il assure notamment le lien avec d'autres professionnels tels que les psychiatres. À la fin de son expertise psychologique, il rédige un rapport dans lequel il rend ses conclusions.

6.3.3. Mode de fonctionnement :

Le psychologue expert qui décide de travailler pour la justice s'inscrit sur une liste. La demande d'inscription se fait auprès du procureur de la République. Il existe une liste de la Cour d'appel et une liste de la Cour de cassation. C'est le juge pour lequel travaille le psychologue expert judiciaire qui fixe ses honoraires. (studyrama Groupe 1989)

6.4. Psychologue en libérale :

Au quotidien, le psychologue reçoit et suit des patients en souffrance morale, qu'ils soient enfants, adolescents, adultes. Lors de ses entrevues, il observe les comportements de ses patients, les écoute pour les accompagner et les conseiller au mieux, à court, moyen ou long terme, selon la complexité du dossier. Il peut leur proposer des séances de psychothérapie individuelle, de groupe, familiales, proposer des exercices de jeux de rôle ou de relaxation par exemple et observer les réactions. Il peut également dépister d'éventuels troubles chez les enfants dès leur plus jeune âge.

6.4.1. Des domaines d'intervention variés :

Sous le terme de psychologue se cachent différents domaines d'intervention. La plus grande partie des psychologues installés en libéral est orientée vers la psychologie clinique (bilans psychologiques, psychothérapies...), mais ils peuvent également être tournés vers le monde du travail, notamment en effectuant les recrutements, en réalisant des bilans de compétences, ou en s'impliquant dans la formation pour adultes, le recrutement ou l'organisation des entreprises. Techniquement, le psychologue clinicien, suivi au départ par un superviseur, ne cesse de se former en participant à des stages de formation complémentaire, ou à des colloques sur un thème particulier. En effet, il doit disposer d'une large panoplie d'outils et d'approches pour traiter la diversité des problématiques qui se présentent à lui : divorce, échec scolaire, licenciement, phobie, dépression, mal-être ou maladies psychiatriques plus larges...

6.4.2. Compétences nécessaires :

- Équilibre.
- Empathie.
- Adaptabilité.

- Goût du contact.

6.4.3. Débouchés

Le psychologue peut travailler en libéral au sein d'un cabinet ou être salarié d'une entreprise ou du service public : services de l'État, éducation, petite enfance, santé et action sociale. Lorsqu'il travaille pour l'État, le psychologue peut être recruté sur concours, c'est notamment le cas du conseiller d'orientation psychologue, recruté par l'Éducation nationale.

Avant de s'installer en libéral, le psychologue doit bien réfléchir sur la nature de son activité en fonction de sa formation, de sa personnalité, et de son expérience (indispensable). Le lieu de son implantation ne doit pas être défini au hasard, mais en fonction d'un bassin de clientèle potentielle suffisant.

6.4.4.Évolution professionnelle :

Le psychologue poursuit sa formation tout au long de sa carrière. De nombreuses spécialisations se présentent à lui : psychanalyse, thérapie cognitive et comportementale, sophrologie... (studyrama Groupe 1989)

7.Éducatons et formations et métier de la psychologie :

7.1. Psychologue scolaire

Intervenant auprès des enfants en difficulté des écoles maternelles et primaires, le psychologue scolaire participe à la lutte contre l'échec scolaire, aux côtés d'autres praticiens de la relation d'aide.

7.1.2. Les missions quotidiennes du psychologue scolaire :

Souvent à la demande des enseignants, parfois des parents, le psychologue scolaire prend en charge les enfants des écoles maternelles et primaires en

difficulté. Il intervient au sein d'un réseau constitué notamment d'orthophonistes et de professeurs des écoles spécialisés en pédagogie et rééducation.

Dans les écoles, le ou la psychologue scolaire observe les élèves, évalue le niveau d'une classe, dépiste les problèmes pathologiques qui peuvent être variés : retard de langage, bégaiement, troubles du comportement, réactions violentes, difficultés relationnelles...

7.1.3 Amorcer une réflexion :

Il reçoit les cas difficiles, sur rendez-vous, éventuellement plusieurs fois, accompagné de leur famille. Lors de ces entretiens, il dresse un bilan psychologique, fait le point sur la maturité affective et le développement cognitif de l'enfant, mais n'assure pas de suivi. Mais cette démarche peut déjà aplanir les difficultés.

Le cas échéant, il conseille une rééducation, voire un soutien psychothérapeutique et oriente l'enfant vers les professionnels ou les centres les plus adaptés.

Si les difficultés, affectives ou intellectuelles, d'un enfant l'empêchent de suivre une scolarité normale en classe, le psychologue peut être amené à orienter l'enfant vers une classe spécialisée.

Enfin, autre mission du psychologue scolaire : faciliter l'intégration des élèves handicapés dans l'enseignement classique.

7.1.4. Compétences requises pour devenir psychologue scolaire :

- Capacités d'écoute et empathie.
- Sens de l'analyse et de la synthèse.
- Connaissances approfondies de la psychologie de l'enfant.

- Compréhension du monde scolaire.

7.1.5. Comment le devenir ?

Le métier de psychologue scolaire nécessite une formation de niveau master en psychologie ainsi qu'un stage professionnel validé. Le recrutement des psychologues de l'Éducation nationale s'effectue par concours.

Dans le cadre de la modernisation des métiers de l'Éducation nationale, un corps unique de psychologues de l'Éducation nationale sera créé à l'automne 2016. Ce nouveau corps rassemblera les métiers de psychologue scolaire dans le premier degré et de conseiller d'orientation-psychologue et directeurs de centre d'information et d'orientation dans le second degré.

Ces professionnels seront recrutés par concours nationaux comportant deux voies, l'une ouvrant sur la spécialité "éducation, développement et apprentissages" et l'autre sur la spécialité "éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle".

7.1.6.Évolution professionnelle :

Le psychologue scolaire peut accéder, sur concours, à des postes d'encadrement dans la hiérarchie de l'Éducation nationale. (Centre d'Information et de Documentation Jeunesse (CIDJI) 1969).

7.2. Les conseillers d'orientation des psychologues :

Certains lecteurs pourraient s'étonner de voir associer le cadre institutionnel qu'est l'école aux champs d'action du psychologue clinicien. Le psychologue scolaire (nous nous limitons dans notre propos au psychologue de l'enfant qui exerce dans le premier degré – écoles maternelles et écoles élémentaires) est longtemps apparu comme un psychologue peu formé à la clinique, plus tôt psychotechnicien, agent testeur ou orienteur, au service de

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

l'institution. Dans l'esprit des plus suspicieux, ses méthodes, ses démarches – leur cadre – visaient alors à faire fonctionner l'école, à apporter des cautions scientifiques aux propositions d'orientation scolaire des enfants les plus démunis sur les plans intellectuel, cognitif et psychologique.

Si une certaine psychologie scolaire s'est parfois perdue dans ces chemins hasardeux de la psychométrie pure et dure, ce ne fut pas l'objectif d'Henri Wallon ni de René Zazzo, qui ont créé juste après – guerre les premiers postes de psychologues scolaires (dans le cadre du plan Langevin-Wallon), ni celui des pionniers.

Certes, si les premiers programmes de formation (expérimentaux) ont été surtout axés sur la psychotechnique, il n'en reste pas moins que les finalités de ces formations étaient nettement orientées vers l'analyse psychologique des enfants en échec scolaire, et de façon non moins manifeste vers les actions en prévention, d'adaptation et d'aide aux enfants en difficulté d'apprentissage

Aujourd'hui, de toute évidence, les outils, les méthodes, les pratiques professionnelles ainsi que les attentes du champ scolaire impliquent pour le psychologue à l'école une formation et une fonction cliniques.

L'évolution de la pratique de psychologue en milieu scolaire s'est faite progressivement au cours d'un cheminement qui a su allier les attentes des acteurs de l'institution (les enseignants), celles des utilisateurs (enfants et parents) et les ajustements de l'administration. Même si l'évolution n'est pas homogène, tout observateur lucide reconnaît la fonction clinique comme primordiale dans le travail psychologique à l'école. Parce que la compréhension des troubles cognitifs, développementaux et affectifs dans les apprentissages, leur éventuel diagnostic ; l'aide qui s'exercera à l'école ou la mise en place d'un traitement qui se fera à l'extérieur ne peuvent s'organiser que dans perspective globale et dynamique du fonctionnement mental de l'enfant .La pratique

psychologique dans le système éducatif est une pratique clinique en ce qu'elle reconnaît le signe, le trouble ou simplement l'activité ordinaire du sujet comme l'expression unique et spécifique d'un fonctionnement psychique global et complexe. (Maryvonne. M , Michaël .P. 2007. PP 186-187)

8. Travail et métier de psychologue :

8.1. Le psychologue du travail :

Le psychologue du travail accompagne les salariés d'une entreprise dans leur quotidien, lorsque ceux-ci éprouvent des difficultés (comme le stress au travail) ou souhaitent tout simplement améliorer leur insertion professionnelle. Il est rattaché au service de la gestion humaine des ressources, et travaille également à l'adaptation des méthodes de travail aux individus qui les emploient. Ses tâches sont ainsi très différentes de celles du psychologue classique.

8.2. Missions du métier : psychologue du travail

Les activités du psychologue du travail sont diverses :

- Le psychologue est premièrement sollicité lors de diverses étapes d'un parcours professionnel : orientation, embauche, mutation, retraite.
- Il suit des salariés souffrant de problèmes en lien avec le travail, établit un diagnostic et met en application des solutions en présence des personnes impliquées.

Il mène des séances individuelles ou en entreprise de coaching et d'amélioration du sens relationnel.

- Il peut animer des séances de formation, de détente et des exercices de remotivations de façon occasionnelle et en concertation préalable avec la Direction des Ressources humaines (DRH).
- Le psychologue mène également des recherches pour l'entreprise, afin de détecter les éventuels sujets présentant des « risques » et d'anticiper les

problèmes.

- Toujours en collaboration avec la DRH, il organise des campagnes de prévention des risques psychosociaux, liés généralement au stress, aux addictions, aux discriminations ou aux harcèlements.

8.3. Devenir psychologue du travail : qualités requises

L'exercice du métier de psychologue du travail demande une certaine résistance morale. Il s'intéresse en effet à l'évolution et à la nature des relations professionnelles au sein d'une entreprise, afin de gommer les zones de difficultés. Ce rôle le contraint néanmoins à savoir rester en retrait, dans un milieu où les luttes de pouvoir et les rivalités sont omniprésentes. Bien qu'il dispose d'un rôle déterminant dans l'entreprise, il doit savoir faire preuve de discrétion, son action est subtile et délicate, car elle met souvent le doigt sur des points sensibles et sur certaines faiblesses de la structure. Il est bien entendu constamment disponible et à l'écoute des salariés.

8.4. Psychologue du travail : carrière/ possibilité d'évolutions

Le psychologue du travail peut être promu responsable de recrutement ou chef du personnel. Il lui est même possible d'accéder au poste de directeur des ressources humaines après plusieurs années d'exercice.

8.5. Devenir psychologue du travail : formations nécessaires :

La formation du psychologue s'exerce en cinq années d'études au sein d'une université, en master spécialisé. Il est par ailleurs possible d'aller jusqu'à l'acquisition d'un doctorat.

8.6. Situations du métier / contexte pour devenir psychologue du travail :

La profession de psychologue du travail est de plus en plus recherchée dans ce secteur d'activité. Cependant, seules les grandes ou moyennes

[CHAPITRE II : LA PROFESSIONS DU PSYCHOLOGUE]

entreprises ont le besoin de se doter d'un psychologue du travail à temps plein. Il est donc possible pour lui de mener des consultations individuelles et de travailler pour une entreprise de façon ponctuelle.

Secteurs associés au métier : Santé, médicale

Matières associées au métier : Gestion des ressources humaines (studyrama Groupe 1989)

Conclusions :

Le psychologue peut exercer différentes fonctions à titre libéral, salarié ou d'agent public. Il peut remplir différentes missions, qu'il distingue et fait distinguer, comme le conseil, l'enseignement de la psychologie, l'évaluation, l'expertise, la formation, la psychothérapie, la recherche, etc. Ces missions peuvent s'exercer dans divers secteurs professionnels.

En ce sens, le psychologue a une fonction d'évaluation et de prévention. Il contribue à l'analyse et à l'aménagement des rapports entre la personne accueillie, les professionnels et l'environnement, favorisant ainsi une bonne articulation des différentes interventions.

***CHAPITRE III : LE
PSYCHOLOGUE AU SERVICE
PSYCHIATRIE***

Préambule :

A travers la grande diversité des contextes où elle s'exerce ; la substitution de la psychiatrie a modifié la place des psychologues dans les institutions du champ de la santé mentale.

1. La place du psychologue dans l'histoire de la psychiatrie :

Il y a plusieurs manières de décrire la psychiatrie publique ou plutôt ce qu'on nomme maintenant dispositif public de soins en santé mentale. On peut tenter de le décrire de manière lapidaire en disant qu'il s'agit du dispositif public qui a en charge la maladie mentale. Mais ils trompent, car, si pendant longtemps il semble s'être résumé à cette fonction, née avec l'invention de la psychiatrie au début de XIXe siècle, il a de puis longtemps élargi sa cible puisqu'il traite, comme les termes le précisent, les soins nécessaires à la santé mentale. Et s'il est déjà difficile de dire en quoi les soins de la maladie mentale consistent, il l'est encore plus de préciser ce que sont des soins en santé mentale. Ils savent également qu'il peut y avoir un écart entre la représentation et les pratiques concrètes. Et l'échec de ce qui fut le premier moment de la psychiatrie, l'asile, est là pour nous inciter à la prudence.

Les psychologues peuvent tenter de ce fait un autre abord, non pas par le but, mais par une description empirique des lieux de soins, des professionnels qui y travaillent, de leur pratique et des populations qui y ont recours. Mais là, il est compliqué de décrire plus avant, car il manque le fil directeur qui permet d'organiser la description et la rendre compréhensible. D'autant que l'organisation d'ensemble du dispositif de soins en santé mentale est très complexe pour le profane. Ajoutons que cette difficulté à décrire le dispositif se redouble du fait qu'il empile des strates, des plus « archaïques » issues du XIXe siècle jusqu'à des lieux de prise en charge plus récente, qu'il en va de même pour les professionnels, entre métiers institués depuis longtemps et

métiers d'apparition lue récente – dont celui de psychologue - , ou encore pour les populations fréquentant le dispositif de la grande maladie mentale aux troubles de santé mentale ... Et là, il ne peut pas y avoir de lecture simple du style « archaïque » /métiers institué /population atteinte de grandes maladies mentales d'un côté ; de l'autre, strates plus récentes /métier plus récent/ population atteinte de troubles de santé mentale. Par ailleurs , il est impossible de décrire ce dispositif sans l'ouvrir sur son environnement et les fonctions qu'il remplissait ou qu'il remplit actuellement .La seule chose pouvant les guides est le changement de vocable qui signifie la chose même , a savoir :ils sont dans moment de transformation de l'enceins dispositif organisé autour de la maladie mentale qui se tourne maintenant vers la santé mentale et il nous faute comprendre l'enceins principe organisateur et le nouveau qui se dessine sous le terme de dispositif de santé mentale .Il est donc nécessaire de combiner les deux approches et d'introduire l'épaisseur du temps pour dire ce qu'est le dispositif de soins en santé mentale , ce qu'il laisser de coté et ce qu'il institue et organise, qu'on soit malade mentale ou atteinte de troubles de santé ou tout simplement demandeur de soins psychiques. (Golse.A, 2011, p .01).

2. Place des psychologues dans le nouvel éclectisme psychiatrique :

2.1. Historique et réalité actuelle

De même qu'il ne peut pas se réduire à l'exercice public d'une spécialité médicale, le travail psychiatrique n'englobe pas seulement celui des psychiatres. Il faut tenir compte de celui des membres de l'équipe pluriprofessionnelle et notamment des infirmiers et des psychologues. (Golse, et al. 2002).

C'est ainsi qu'en CMP les entretiens infirmiers sont comptabilisés au même titre que les actes effectués par les médecins et les psychologues. Le partage du travail entre ces trois professions porte la marque de la redéfinition du métier de la psychiatrie publique.

2.2. Historique de l'implantation des psychologues :

C'est dans la période de l'après-guerre, au moment où les choix s'affirment, peu avant que l'accroissement des effectifs de psychiatres et infirmiers psychiatriques permet au secteur de devenir réalité, qu'apparaît au sein de la psychiatrie publique la profession de psychologue clinicien. Cette lente inscription se fait sous le signe du malentendu. En effet, les psychologues sont appelés par les psychiatres à une place de psychotechniciens, déjà reconnue dans le monde du travail, alors que l'invention de la psychologie clinique, au sein de l'université qui les forme, les prépare à un autre modèle de travail. Les difficultés vont être au rendez-vous et rendre problématique l'insertion du psychologue dans le monde psychiatrique de l'époque. (Golse.A, 2011, pp.13-14.)

D'un côté, les psychiatres, encore neuropsychiatres, font appel aux psychologues dans la volonté de retour sur la mission soignante qui est la leur dans une aide au diagnostic, voire dans l'établissement d'un diagnostic scientifique, l'objectivation et la quantification leur semblant des garants sûrs de l'activité soignante et d'une science psychiatrique. (Golse.A, 2011, p14.)

« Dans ce modèle, le psychologue, complètement identifié aux tests, n'est seulement vu comme un technicien de laboratoire qui travaille sur prescription du médecin dont il n'est qu'un auxiliaire ; il n'est ni le maître de ses instruments, ni parfois de l'interprétation des résultats. (Plazza, 1989) »

De l'autre, la formation universitaire des psychologues les met sous le signe de l'ambiguïté. En effet, dans certains de ses écrits, D. Lagache, créateur de la première licence de psychologie, situe la compétence du psychologue dans cette « clinique armée » (1949) que représente l'activité de testing (1977), ce qui va du côté des attentes des psychiatres. Mais dans d'autres, il arrache la psychologie clinique naissante à la branche dont pour une part elle est issue, la

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

psychologie différentielle - alors fort développée dans des domaines variés - pour la mettre sous le signe d'une connaissance de l'individu qui dépasse largement le cadre des tests, qu'il replace au sein d'un ensemble diversifié, et de l'objectivation, qu'il subvertit paradoxalement en la mettant sous le signe de l'intersubjectivité. (Golse.A, 2011, p14.)

“Entre une psychologie « en première personne », l'introspection, et cette psychologie « en troisième personne » qu'est l'objectivation, il met en lumière les caractéristiques de la psychologie clinique comme psychologie « en deuxième personne », la seule permettant d'avoir accès à la réalité interne du sujet. (Lagache, 1977)

C'est l'interaction praticien-autrui qui permet une certaine forme d'objectivation et c'est au psychologue de créer les conditions de cette rencontre : l'instrument essentiel du psychologue n'est pas le test, mais sa propre personne et l'existence de l'acte psychologique se fonde sur une « motivation » à entrer en relation avec le psychologue et un « problème mal résolu », chez l'individu qui y a recours. (Golse.A, 2011, p14.)

De plus, pour D. Lagache, la fonction du psychologue dépasse le seul moment diagnostique pour aller du côté de l'aide et du suivi des individus tout comme la psychologie clinique excède de beaucoup la maladie mentale puisqu'elle propose un dépassement du curatif au profit de la prévention des troubles et de la promotion de l'individu. Cette position va s'accroître avec Favez-Boutonnier (1959), successeur de Lagache à la chaire de psychologie clinique de la Sorbonne, pour qui, ce ne sont pas les tests qui spécifient le psychologue, mais une « clinique aux mains nues », qui laisse tomber l'objectivation au profit cette fois affirmé de l'intersubjectivité et du soin, dans un écart essentiel par rapport à l'activité médicale, centrée sur la lecture objective des symptômes, le diagnostic de la maladie, et le traitement en vue de

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

la guérison. Cette position va rallier l'ensemble des psychologues cliniciens qui vont construire leur identité professionnelle sur ces bases qui doivent beaucoup à la psychanalyse et le travail sur soi qui est à son fondement.

Ainsi, le malentendu est au rendez-vous entre deux manières fortement antagonistes de positionner l'activité de cette profession naissante. De plus, la réalité des hôpitaux psychiatriques de l'époque le renforce : l'hôpital se présente encore comme un univers plein, encore très faiblement ouvert sur l'extérieur, fortement hiérarchisé, qui tourne encore pour l'essentiel autour de la gestion quotidienne de la vie des malades. De ce fait, une partie des difficultés provient du fait que le milieu dans lequel les psychologues sont immergés ne leur donne que peu les moyens de travailler : en effet, le test ne peut pas se résumer à un examen de laboratoire (Perse, 1968) tout comme il ne peut identifier le psychologue. Par ailleurs, aucun texte administratif ne vient clarifier leur statut, autre que collaborateur du médecin tout en exigeant d'eux un niveau universitaire bac + 5 voire 6. L'insertion des psychologues ou plutôt du psychologue - car il est souvent seul de son espèce - se révèle difficile. Il n'a encore aucune place dans cet univers qui fonctionne depuis longtemps sans lui et qu'il méconnaît dans sa réalité. Dans cette position de faiblesse institutionnelle, chacun tente de négocier tant bien que mal sa place au jeu d'arrangements locaux dans des équilibres à faire et à refaire - ou qui se défont - en fonction souvent d'une alchimie secrète constituée d'affinités théoriques et/ou personnelles. La dynamique d'instauration du secteur à partir des années 80 va desserrer pour toute la logique asilaire - et son ordre disciplinaire (Foucault, 2003) - qui restait prévalent dans l'hôpital après-guerre. L'extériorisation de la psychiatrie avec l'implantation des structures dans le « milieu naturel », change progressivement, le métier de la psychiatrie et permet aux psychologues de se rapprocher de l'idéal professionnel qui était le leur depuis la naissance de la profession. (Golse. A, 2011, p15)

2.3. Les psychologues au sein de l'équipe pluriprofessionnelle

« En moyenne l'équipe pluriprofessionnelle comprend 6,5 ETP de médecin et 78,2 ETP de personnel non médical dont 2,9 % de psychologues, loin des 663 Biens qu'en nombre modeste au regard de la composition de l'équipe, leurs psychologues de l'enquête de 1968 ». (Minvielle, et al, 1968).

Effectif a cru régulièrement : + 0,1 ETP tous les deux ans depuis 1987 alors que pendant la même période, l'équipe pluriprofessionnelle a perdu 10 % de son effectif global dont 30 % d'infirmiers. Les psychologues semblent avoir trouvé une place qui justifie l'extension de leur nombre.

L'activité des psychologues présente un certain nombre de caractéristiques : une diversité d'implantation, mais également un déplacement vers les nouveaux lieux du dispositif ; un glissement de l'activité des tests vers le suivi psychothérapeutique ; une présence institutionnelle, notamment près des équipes infirmières ; une complémentarité de travail avec psychiatres et infirmiers ; une identification par les demandes externes.

Tout d'abord, les psychologues font partie du nouveau paysage psychiatrique. Ils sont quasiment implantés dans tous les sites du secteur. L'hospitalisation à temps complet n'est plus leur lieu principal d'activité pas plus que le temps partiel. Ils sont surtout massivement présents dans les CMP, regroupant le travail ambulatoire et les consultations. Pour une partie non négligeable d'entre eux, c'est le seul lieu de travail ; pour certains même, c'est là qu'ils sont d'emblée embauchés. C'est en quelque sorte le lieu privilégié de la pratique des psychologues. (Golse. À, 2011, p16).

Secondairement, l'activité des psychologues porte de la même manière la marque d'un déplacement voire d'une transformation. En effet, les tests sont devenus une pratique marginale qui ne peut en rien résumer la fonction des psychologues. Leur tâche essentielle est fondée sur l'entretien et surtout sur

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

l'entretien thérapeutique qui a largement investi le dispositif psychiatrique. L'essentiel de l'activité actuelle de beaucoup de psychologues, voire la totalité pour certains, consiste en cette forme de travail auprès des patients.

En complément des entretiens thérapeutiques vient s'ajouter la participation à différentes réunions : réunions d'équipe, de synthèse, de supervision, de régulation... La plupart des psychologues s'inscrivent dans de telles réunions, qui peuvent pour certains représenter la majeure partie de leur temps de travail. Dans ce cas, le modèle de travail diffère et voit la réduction et la diversification de la pratique d'entretien et l'augmentation du nombre d'heures des réunions, dont notamment celles de supervision et de régulation près de l'équipe infirmière.

Une double polarité se dégage alors : psychothérapies en CMP, travail institutionnel dans différents sites. Entre les deux, toutes les variations sont possibles en fonction du positionnement de chacun le long d'une série d'axes : temps partiel/temps complet, un site/plusieurs sites, travail près des patients/travail près des équipes. Il faut également tenir compte des modalités de répartition du travail avec les collègues, car le psychologue est rarement seul sur un secteur. Il a des alter ego avec lesquels il entre dans un système de répartition des tâches. (Golse. À, 2011, p17).

Ces transformations du travail des psychologues a pour effet de promouvoir des formes nouvelles d'organisation du travail entre les «différentes professions qui composent l'équipe et au premier chef, psychiatres, psychologues et infirmiers. Dans la répartition des tâches, l'activité psychothérapeutique est dévolue aux psychologues dans une complémentarité avec les psychiatres qui, en ambulatoire, effectuent si nécessaire le suivi chimiothérapique. Pour le reste, ces derniers délèguent ou délaissent aux psychologues la fonction d'écoute selon deux modèles : le suivi

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

psychothérapeutique, forme relativement codifiée de travail, ou plus simplement l'entretien de soutien de ceux « qui ont besoin de parler », qui peut aussi être dévolu aux infirmiers. De son côté, le psychologue se tourne vers le psychiatre pour ce qui est de son ressort, la fonction prescriptive et la fonction d'hospitalisation.

La croissance de la file active des CMP a promu d'autres formes de travail pour les infirmiers, qui ne sont plus cantonnés à des tâches d'exécution. Ils ont en charge de développer l'accueil, d'effectuer les premiers entretiens et certains suivis. (Golse. À, 2011, p17).

« Cet enrichissement de leur activité les amène à orienter des personnes qui s'adressent au dispositif : la prescription revient au psychiatre et le suivi psychothérapeutique au psychologue ; mais encore au premier les « cas psychiatriques », au second « les cas psychologiques » qui se départagent selon l'antériorité et la gravité des troubles, selon également les capacités relationnelles, la lecture des comportements que font les infirmiers... » (Velpry, 2008)

En même temps, cette transformation du travail des infirmiers appelle les psychologues à occuper une place en deuxième ligne près d'eux. En effet, l'accent mis sur la relation dans le travail des premiers change globalement leurs pratiques, leur positionnement de plus en plus fréquent en première ligne dans les CMP, centres de crise et services d'urgence..., les confronte aux seuls besoins subjectifs des patients sans aucun support matériel. De ce fait, ils se tournent vers le psychologue, au nom de son savoir psychopathologique, de sa capacité d'interprétation pour obtenir une écoute et un soutien, une aide à l'élaboration et à la compréhension après-coup. Dans nombre d'autres situations, l'adresse au psychologue se fait selon une autre série de critères, plus

subjectifs et plus flous, de la part des médecins et infirmiers : investissement relationnel trop fort, refus de s'impliquer dans une relation trop exigeante.

À côté de ces orientations des patients en interne, les psychologues sont de plus en plus identifiés par les demandes externes. Comparé aux demandes indifférenciées ou demandes d'actes médicaux, bon nombre d'autres sont spécifiquement adressées au psychologue. Cependant, selon les secteurs, il existe plusieurs modèles possibles de réponses : soit les premiers entretiens sont systématiquement effectués par le psychiatre, ou dans d'autres lieux par l'infirmier, qui orientent éventuellement vers le psychologue les demandes qui leur semblent en relever ; soit les demandeurs ont accès direct au psychologue en première intention.

Des tensions et contradictions existent : le double positionnement des psychologues entre travail près des patients et travail en deuxième ligne près des infirmiers peut se révéler source de difficultés ; des zones conflictuelles subsistent notamment autour de la question de l'accès direct des demandes externes. Chaque place reste construite en fonction des équilibres locaux, que ce soit à l'échelle d'un secteur voire d'une structure, mais, pour l'essentiel, « l'anomie » (Flath, 1986) semble avoir quitté les psychologues et leur intégration s'être faite. De plus, dans nombre d'hôpitaux, des collèges de psychologues se sont créés dont certains sont reconnus comme interlocuteurs collectifs par les directions. (Golse. À, 2011, p18).

2.4. Les recompositions identitaires

L'investissement de la santé mentale par le dispositif psychiatrique et le déclin du socle maladie a un impact sur les identités professionnelles.

“Du côté des psychologues, le nouvel objet qu'est la souffrance psychique les conforte dans leur identité de même que le décret de 1991(français) portant

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

statut des psychologues de la fonction publique hospitalière, qui leur reconnaît un objet, l'autonomie de la personnalité. (Castoriadis, 1975)

L'augmentation de leur nombre, mais aussi le déplacement de leur activité vers les CMP et la psychothérapie accompagnent l'extension du champ de la psychiatrie vers les personnes souffrantes psychiquement, les troubles du mieux-être et le nouveau modèle d'action sur le psychisme. Les psychologues, qui ne se sentent pas inscrits dans le modèle curatif médical, se reconnaissent bien dans le modèle élargi de prise en charge des troubles psychiques, mais également de la psychose dans la visée de développement de la capacité d'autonomie et de la subjectivation de l'individu. (Golse. À, 2011, p18).

Les paradigmes psychologiques, déjà perceptibles dans les écrits des théoriciens tels Favez-Boutonnier, se sont affermis, qui viennent toujours marquer un écart, voire une différence irréductible entre ce qu'ils définissent comme le médical et le psychologique - objectivité/subjectivité voire intersubjectivité, passivité/activité - et que ils mettent sous le signe d'un changement/extension de modèle entre ce qui se théorisait avant sous le signe de la maladie et se réarticule maintenant sous le signe de la santé.

En ce qui concerne les infirmiers, dans les structures externes, leur métier semble en voie de reconstruction dans le deuxième socle comme techniciens de la relation. L'écart qui pouvait les opposer aux psychologues se réduit. En effet, dans l'hôpital psychiatrique, notamment dans les quartiers de chroniques, les infirmiers prenaient en charge tous les aspects de la vie quotidienne des malades mentaux sur un modèle taylorien de la répartition des tâches, ils ont maintenant un mode opératoire qui se rapproche de celui des psychologues puisque leur action se fonde de plus en plus sur les besoins subjectifs, l'accompagnement et la technique d'entretien. Sur les lieux de l'hospitalisation, mais plus encore sur les lieux externes, ils effectuent des entretiens, acquièrent de nouvelles

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

compétences par le biais de la formation continue. Pris dans l'exigence de travail sur soi comme toutes les professions intermédiaires du travail sur autrui (Dubet, 2002), ils se vivent comme « techniciens de la relation » (Pidolle, 1993).

Il en va radicalement différemment pour les psychiatres, qui depuis l'invention de la psychiatrie, ont incarné son destin. En effet, la menace identitaire est partout et surtout dans ce qui avait constitué le cœur de leur fonction. La logique actuelle de la répartition des tâches, alliée à la chute de leur démographie, tend à faire d'eux des spécialistes en deuxième ligne dans une fonction expertale et une fonction de prescription dont comme médecins ils ne peuvent se démettre, et/ou sur la fonction de gestion des secteurs, historiquement leur, mais pour encore combien de temps ? Le déclin annoncé de leur profession en termes d'effectif, les changements dans la formation des futurs psychiatres, la rationalisation toujours plus forte de leurs pratiques avec l'Evidence-Based-Médecine, font qu'ils se sentent disparaître. À travers la fin programmée du généraliste de la psyché, qu'ils ont si longtemps incarné, leur question est celle de l'héritage ; ils sont pris dans le déclin du socle qu'ils avaient inventé et qui les avait portés. Dans le même temps, le recentrement de la formation du côté des neurosciences au détriment de la psychopathologie pousse les jeunes générations du côté de cette logique de spécialisation qui recentre leur compétence sur un registre purement médical de traitement chimiothérapique du symptôme, dans un abandon de ce qui avait fait la chair du travail des générations précédentes, la psychothérapie institutionnelle comme le travail de secteur. Le socle historique de la psychiatrie s'efface doucement. Avec lui, le secteur qui en était la version modernisée, mais également l'objet constitutif de ce socle, la maladie mentale, et avec lui le psychiatre comme généraliste de la psyché au profit d'un nouveau modèle, le spécialiste. (Golse. À, 2011, p19)

3. L'institution de la santé mentale :

Il faut maintenant tenter de comprendre à quoi correspondent cette inversion de l'objet et cette transformation des pratiques. En effet, tout changement majeur de cette institution totale, au sens de fait social total, vient signer un changement d'une même importance dans la société.

La forme institutionnelle de la psychiatrie de la maladie mentale s'efface doucement en même temps que les autres institutions fortes issues du XIX^e siècle. Ce mouvement va de pair avec les transformations contemporaines de l'identité et des manières de faire société. D'une part, il faut désormais vivre sans le secours de la tradition et de ces institutions qui disaient ce qu'il fallait faire en fonction des situations et de la place qu'on occupait dans le monde. Les liens sont de moins en moins prescrits : ainsi, le mariage ou du moins l'union entre deux individus est laissé à l'invention des individus, de même que le choix du partenaire dans son identité de sexe et de genre. D'autre part, les supports de l'identité ont changé ; ce sont de moins en moins le genre, la famille, la classe sociale, mais de plus en plus la capacité à raconter son histoire. Cette nouvelle identité narrative vient reconnaître et nommer cette injonction « sois toi-même ».

Ces transformations ne font que révéler le fait que l'individu, comme totalité autonome dotée d'une intériorité complexe, est devenu la valeur suprême de notre société. Le corps docile construit par l'institution disciplinaire du 19^e siècle, l'obéissance qu'elle requérait, la passivité et la dépendance qu'elle suscitait laissent place à un modèle de l'autonomie, de l'activité, de la responsabilité et des compétences personnelles. Une nouvelle institution voit le jour, celle de l'individu. En cela, la norme ne s'affaiblit pas, mais se transforme, nouvelle normativité à l'œuvre. (Golse. À, 2011, p20).

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

« Dans leurs sociétés de plus en plus sous le signe du risque et des trajectoires biographiques complexes, émerge la « figure idéale de l'individu [...] capable de se tenir de l'intérieur », défini comme sujet autonome, individu indépendant, avec une capacité d'autocontrôle personnel, mais également individu expressif devant manifester hors de lui, par ses actes, ce qu'il est à l'intérieur ». (Martucelli, 2002).

L'individu doit donc être (ou devenir) entrepreneur de sa propre vie, indépendant, bien portant, heureux, adaptable, responsable de ce qui lui arrive, des liens qu'il tisse, supposés librement consentis et épanouissants. Il doit développer ses compétences, mobiliser sa subjectivité, ses capacités relationnelles, avoir la capacité à agir par soi-même. Mais il doit aussi assumer la conflictualité et la précarité de ces liens entre individus autonomes, être capable de supporter les ruptures, de faire des choix, ne pas subir passivement ce qui lui arrive... (Golse. À, 2011, p 20, 21).

« Cette nouvelle figure normative de l'individu donne lieu à une injonction forte d'assumer activement ce qu'on est dans une production inachevable de soi sous le double signe de la performance et de l'authenticité ». (Martucelli, 2002).

Ceci est socialement attendu de chacun d'entre eux, que ce soit ressenti comme une contrainte ou librement consenti par adhésion personnelle à cette nouvelle norme. De ce fait, les individus sont de plus en plus jetés vers l'institution de la santé mentale, dans des demandes de transformation de soi ou de mise en conformité par rapport au modèle, qu'ils ressentent cet écart par rapport à cette norme idéale de bien-être, de production et de gouvernement de soi ou s'épuisent à bien faire, qu'ils ne comprennent pas pourquoi ils n'éprouvent pas ce plaisir garanti par l'adhésion à la norme, qu'ils soient poussés par d'autres au nom de l'écart par rapport à cet idéal, ou encore qu'ils se sentent constamment tiraillés entre les exigences paradoxales de cette injonction : « sois autonome »... Le décalage est évident entre un idéal impossible et une réalité qui le dément

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

Dans la pratique, d'autant plus que l'idéal publicitaire de l'individu heureux et maître de son destin a pour effet d'accroître le malaise de ceux qui dérogent à la norme nouvelle de santé. Tout mal-être doit être perçu, intériorisé et articulé en demande d'aide. Sinon il donne lieu au nom de la souffrance psychique, à prescription par les sentinelles chargées de son dépistage. Ce qui avant était du destin de l'individu est désormais de l'ordre de sa responsabilité et chacun est amené à demander de l'aide à un moment ou à un autre de son existence pour se construire ou se reconstruire. D'où l'augmentation du nombre des demandes adressées au dispositif et plus largement à nombre de métiers du psychisme.

« Outil à la construction de soi, à la gestion de ses anomalies ou de sa maladie, la psychiatrie de la santé vient coder les écarts par rapport à cet idéal de santé/autonomie et tente de réduire les désordres de la subjectivité ». (Golse, 2003). (Golse. À, 2011, p21).

Dans cette nouvelle institution, la différence entre bien-portant et porteur d'une maladie s'efface : la réduction de l'altérité anthropologique

Du malade mental dans l'asile, la réduction de son altérité sociale dans le secteur disparaît au profit d'un principe d'identité avec les autres citoyens dans le dispositif de santé mentale. Chacun est désormais chargé de veiller à sa santé, d'effectuer un travail sur soi pour conserver son équilibre psychique, d'être l'agent de son propre changement. Les pratiques actuelles de santé mentale, comme celles qui s'initient, visent à ce que les individus s'approprient les ressources mises à leur disposition ou, mieux, trouvent en eux les ressources nécessaires pour faire face. (Golse. À, 2011, p22).

Un des grands modèles du changement est la psychothérapie (Champion, 2008), qui au sein du dispositif public de soins en santé mentale est actuellement exercée par les psychologues. Elle suppose une réappropriation subjective active passant essentiellement par le procès de l'intersubjectivité fondé sur la capacité du psychothérapeute à travailler sur soi. Ces nouvelles formes de lien social

tendent à s'institutionnaliser, confortant l'autorité du psychothérapeute tandis que s'affaiblissent les institutions autoritaires de jadis qui requéraient passivité, obéissance et discipline. (Golse. À, 2011, p22)

4. la place du psychologue en pédopsychiatries

La place de psychologue dans un service pédopsychiatrie est plutôt une place « heureuse » ; par rapport à certains services « non-psy » où il faut souvent défendre sa spécificité et son travail et même parfois son lieu, son bureau. Les patients viennent voir des « pys » même si parfois la différence entre psychologue, psychiatre ou psychothérapeute doit être éclaircie.

Leur travail constitue l'une des facettes de l'équipe qui compose un service de pédopsy : psychiatre, orthophoniste, psychomotricienne, assistante sociale, éducatrice, personnelle d'accueil, aide-soignant et secrétariat ... c'est dans la collaboration et la confiance entre les différents intervenants, chacune apportant son point de vue et l'éclairage nécessaire, que les psychologues peuvent tendre vers la compréhension des troubles du patient à travers son histoire singulière et proposer, ensemble, les aides qu'ils semblent pertinents.

Leurs formations sont permanentes, et se font tout au long de leur vie professionnelle à travers des rencontres, des séminaires, des congrès, abordant les thèmes intéressants de notre pratique quotidienne. Un travail analytique sur soi-même est particulièrement important et nécessaire, car ils sont confrontés à des psychopathologies où les noyaux archaïques de leur personnalité et leur histoire infantile se trouvent sollicités. L'expérience montre combien leurs mouvements psychiques inconscients dans diverses projections, et il est essentiel de pouvoir les repérer pour ces psychologues afin de les dégager, dans les psychothérapies, mais aussi dans les consultations. Cette prise de conscience doit leur permettre de ne pas les faire porter aux patients, et d'avoir une attitude le plus possible neutre et bienveillante. Sur le plan institutionnel, des conflits surgissent inévitablement et ce travail sur soi-même « devrait » permettre de les analyser, voire de les

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

dépasser ... !

Leur activité est multiple : consultation , bilans psychologique , psychothérapies individuelles , psychodrame , prise en charge thérapeutiques group , thérapie familiale , consultation concernant la maltraitance , participation a l'unité de jour d'hospitalisation , a l'unité l'engage , et eux devires réunions du service . Ils accueillent et encadrons des stagiaires étudiants en psychologie, des psychothérapeutes en formation et participons au collège des psychologues de l'hôpital. Ils sont également sollicités par les écoles et diverses institutions pour participer aux orientations dans des réunions et commissions.

Leur champ d'intervention correspond à la période de la construction et du développement de l'enfant : la toute petite enfance, la période œdipienne, la phase dite de latence puis l'adolescence. Le psychisme est alors en constante transformations, et au cours de toutes ces étapes des remaniements s'opèrent et ces mouvements naturels qu'ils accompagnent leur autorisent un certain optimisme concernant le devenir de leurs petits patients.

En pédopsychiatrie, les psychologues recevant des enfants de 0 à 16 ans. Leur service accueille majoritairement de jeunes enfants, des structures pour adolescents étant proches géographiquement. L'hôpital général m'étant pas sectorisé, ils sont adressés des enfants venant de toute l'Ile de France et parfois de plus lions (province ou étrogner), par des médecins de ville (pédiatre, médecins, généralistes...) , des orthophonistes , des écoles (médecins scolaires , psychologue scolaire), pare des médecins de l'hôpital (neurologues généticiens ...) . Leur service est également « centre référent pour les troubles du langage et des apprentissages de 2 à 6 ans » et pour « les troubles autistiques ».

Le premier contact avec la personne du service à travers l'accueil téléphonique permet de déterminer et d'orienter le rendez-vous. Certaines personnes demandent à avoir plutôt un psychologue ou plutôt un pédopsychiatre selon ce qu'elles imaginent de la spécificité de chacun. (klahr.M.2007.pp.163-164)

4.1. La consultation

Les psychologues peuvent recevoir des patients par des voies différentes dans la mesure où ils peuvent, être adressés :

-directement de l'extérieur de l'hôpital et ils les reçoivent alors en première intention ;

- ou par un des médecins pédopsychiatrie du service pour un bilan psychologique, afin de l'aider au diagnostic, à la compréhension de la pathologie de l'enfant ou de l'adolescent et à la prise en charge. Ils ont le choix et la responsabilité des tests pour élaborer ce bilan.

L'abord se fait différemment selon l'âge de l'enfant .dans la petite enfance, les troubles de sommeil, de l'alimentation, l'acquisition de la propreté, le retard de langage sont des symptômes avancés par les parents pour demander une consultation, mais l'alerte peut aussi être donnée par des professionnels (pédiatre, personnel de crèche...) devant des troubles ou des conduites préoccupantes.

Pour les tout-petits, l'entretien clinique avec les parents, l'anamnèse, le jeu, l'observation du bébé dans ses interactions sont le plus souvent le mode d'approche dans la consultation .tous les travaux sur les compétences du bébé et son développement.

Pour les enfants qui abordent l'école, l'entrée à la maternelle marque un moment important dans sa vie. Les « difficultés scolaires » sont le plus souvent évoquées pour déclencher une demande de consultations, et un enfant est signalé par fois très tôt par les enseignants et les psychologues scolaires :ce peut être dès la petite sections de maternelle pour des conduites d'agitations ou, au contraire, de retrait du groupe ou des troubles du langage orale.par la suite, ce sont des difficultés des apprentissages, mais aussi des troubles du comportement (violence, instabilité motrice, inadaptations, mutisme sélectif...) qui motivent les demandes de rendez-vous et amènent les parents à consulter.

La demande à évolué au cours de dernières années, « on parle moins du sujet, on parle moins de souffrance, on parle moins d'enfermement, tique se focalisent [...] troubles obsessionnels compulsifs (TOC), hyperactivité et plus récemment les troubles oppositionnels avec provocation (TOP) [...] la tentation et grande de rechercher la réponse médicamenteuse qui permettrait de supprimer rapidement le symptôme , sons avoir besoin de se livrer à une analyse psychopathologique complète de la situation , forcément lent et le plurifactorielle » (Candilis, Mintz, Golse, 2006).

Il faut sans doute rappeler que le développement normal d'un enfant se joue toujours dans l'enchevêtrement et aux interfaces de facteurs endogènes (génétique, biologique, psychologies...) Et de facteur exogène (environnement pris au sens large, familial, transgenre rationnel, facteurs sociaux économiques, pathologique parental ...). Cette complexité elle les conduit dans les consultations à une « mise en histoire » de la pathologie décrite et à une approche pluridisciplinaire. (klahr.M.2007.p.165.)

À la suite de ces consultations, un bilan psychologique peut sembler nécessaire.

4.2. Le bilan psychologique

Ils doivent être attentifs à la spécificité de cette évaluation qui n'est pas un examen banal, mais engage les parents et les enfants dans des processus qui peuvent être très angoissants.

Cette pratique est l'activité originale du psychologue clinicien qui les distingue du psychiatre. Une bonne formation à la pratique des test, un sens clinique, une observation fine et des connaissances en psychopathologie doivent les aider à d'exploiter toute la richesse des données recueillies (Bourgés 1988)

Le plus souvent, un bilan psychologique complet est nécessaire quel que soi l'âge de l'enfant, afin de prendre en compte la complexité des fonctionnements psychiques : cognitif et affectif. la mise en perspective de ces

différents niveaux qu'ils les permettent d'établir une photographie instantanée des divers aspects de sa personnalité et d'essayer de comprendre les difficultés rencontrées. La plus grande prudence s'impose dans l'exploitation des résultats et quant aux prédictions qui pourraient en être faites. Un enfant ayant un niveau intellectuel faible peut conduire les parents à un désinvestissement et à une image négative tandis qu'un bon niveau chez un enfant en échec scolaire peut permettre un ré-investissement narcissique positif des processus entravés.

Ils ont à leurs dispositions différents tests qui permettent donc des différents fonctionnements cognitifs des enfants et c'est donc chacun d'entre eux d'utiliser et de choisir ce qui lui paraît le plus pertinent en fonction de l'âge de l'enfant. « L'évaluation psychologique est une activité clinique qui utilise les notes obtenues à des tests, mais uniquement comme l'une des sources à partir desquelles un clinicien réfléchit et élabore le portrait psychologique intégré et complet de l'adulte ou de l'enfant examiné » (Wechsler 1991 P 95).

Pour étudier la personnalité de l'enfant, ils utilisent des méthodes projectives à l'aide de tests (Rorschach, TAT, CAT, patte noire, Sceno-teste...) (Anzieu, Shabert, 1983). Une formation complémentaire aux techniques projectives s'impose le plus souvent aux jeunes psychologues ayant obtenu leur diplôme, car les manipulations et l'interprétation de ces outils demandent des connaissances spécifiques. (Klahr, M. 2007, p. 166.)

4.3. La consultation de restitution du bilan :

La consultation se fait le plus souvent avec tous les intervenants quand cela est possible et en présence de l'enfant, quel que soit son âge. Le bilan est commenté, expliqué et des propositions thérapeutiques sont exposées et proposées.

Plusieurs types de prise en charge sont possibles, mais l'alliance thérapeutique avec les parents ainsi qu'une certaine adhésion de l'enfant sont des préalables avant d'engager tout traitement. Ils doivent être attentifs à percevoir ce que la famille peut supporter et parfois il faut du temps pour amener les parents à accepter les soins nécessaires à leurs enfants. C'est par un travail d'accompagnements au cours de consultations régulières que la prise en charge thérapeutique va pouvoir se mettre en place. Il peut cependant arriver que la demande de l'enfant face à sa souffrance et à ses troubles ils permettent d'engager rapidement un traitement avec une bonne alliance parentale.

Le plus souvent les psychologues orientent les familles vers d'autres structures les plus proches du domicile des familles, vers des CMP (centre médico-psychologique), des CMPP (centres médico-psycho-pédagogique) ou des praticiens libéraux. Ces structures ont des longues listes d'attente et ils doivent soutenir et accompagner les familles en attendant la mise en place des soins dans des consultations régulières, en psychiatrie non-remboursement des actes des psychologues par la sécurité sociale empêche certains parents de faible niveau socio-économique d'aller dans des cabinets privés. Ils peuvent aussi prendre en charge certaines familles sur un très long temps. La proximité géographique, la pathologie familiale ou parfois le transfert établi nous conduisent à poursuivre le travail et le suivi en milieu hospitalier. (Klahr, M. 2007, p. 168.)

4.4. La prise en charge :

Quand l'indication et le type de prise en charge sont posés par le consultant, l'enfant est orienté avec ses parents vers les personnes du service qui proposent ce mode d'approche selon sa formation personnelle. Ce peut être : une psychothérapie individuelle (Anzieu, 2003) (Kurts, 2003), du psychodrame individuel ou en groupe (Dupeu, 2005), un groupe thérapeutique pour les plus petits, une thérapie familiale ou encore des consultations thérapeutiques,

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

Les psychologues ont la chance d'avoir un espace de supervision assuré par une psychanalyse extérieure au service ils arrivent de suivre des enfants sur de longues années, et tout au long de cette prise en charge, le consultant reste référent et accompagne la famille dans des consultations régulières.

Dans les cas où la pathologie de l'enfant rend impossibles les consultations et les bilans, ils proposent soit une observation dans un petit groupe, soit dans leur unité de jour selon ce qui paraît le mieux adapté. Dans leur unité de jour d'observation, ils relèvent les enfants, quatre jours par semaine sur une période de trois semaines, pour une observation mixte, psycho dynamique et pédiatrique. L'évaluation psychologique et diagnostique se fait le plus sereinement possible grâce à une période d'adaptation et de prise de repères de l'enfant ces conditions vont permettre de petits temps de rencontre, en essayant de mobiliser l'enfant dans des moments où il peut être accessible. Le rôle de psychologue va consister en une observation fine du comportement de l'enfant et tenter de dégager ses compétences et ses troubles psychopathologiques. Les réunions de synthèse qui ont lieu deux fois par semaine permettent à ces psychologues d'échanger autour des enfants et d'avoir les regards croisés de toutes les professionnelles concernées. Le médecin responsable de l'unité de jour avec l'interne rassemble toutes les données et coordonne tous les examens nécessaires. L'interne reçoit les parents régulièrement pendant la durée de l'observation.

Les pathologies rencontrées obligent à adapter aux possibilités de l'enfant afin de l'observer et de l'évaluer au plus près, compte tenu de ses angoisses et de ses troubles du comportement. En ce qui concerne Daniel, j'ai dû établir un dispositif matériel préalable (klahr.M.2007.p.168.)

5. Le psychologue dans un service psychiatrie de l'adolescent

5.1. Le psychologue dans l'unité d'hospitalisations temps plein

Avant de centre leur propos sur les activités du psychologue dans le service, dans leur diversité, mais aussi leur complémentarité, il semble nécessaire d'articuler les particularités de la prise en charge des adolescents accueillie dans l'unité avec la spécificité des troubles qu'il présentent. la mise en place des traitements, comme le rappelle Blandine foliot (2006).nécessite un cadre préalablement réfléchi qui sera perçu et fera sens progressivement pour le patient. Ce rappel préalable permettra de mieux saisir les enjeux des fonctions du psychologue dans un tel cadre, concernant d'une part son engagement dans les soins à proprement parler et d'autre part son positionnement auprès de l'équipe sur plan institutionnel.

La majorité des patients accueillis sont des adolescents présentant une symptomatologie de trouble des conduites alimentaires de type anorexie mentale et /ou boulimie .pour une autre part, les patients hospitalisés souffrent de diverses pathologies depuis les troubles névrotiques sévères jusqu'aux organisations plus franchement psychotiques. (Vibert.S, Alexandre. M, Eric F.p.174)

Revenons quelques instants sur la problématique à l'œuvre au sein de l'anorexie mentale et de la boulimie qui constituent les pathologies les représentées au sein du service .il est désormais admis que ces deux syndromes sont sous-tendus par des organisations psychopathologiques variées dont le noyau commun est constitué par une problématique majeure du narcissisme révélé par l'adolescence .pour endiguer la tempête pulsionnelle de la puberté qui ne trouve pas d'autres moyens de contenance. Le corps malmené, vidé ou au

Contraire rempli de façon incessante et irrépressible, vient ainsi figurer le conflit et les modalités d'investissements objectales de l'adolescent : excès ou insuffisance, trop-plein ou manque, en tout cas difficulté à négocier sa distance aux objets, objet nourriture comme objets parentaux ,l'un servant probablement

de représentant aux autres .l'agir intervient en lieu et place de l'activité psychique, se trouvant débordée par l'excitation pulsionnelle, libidinale et agressive.la précarité des mécanismes d'intériorisation comme des bases auto-érotiques se lit dans un recours défensif à la réalité externe sous la forme d'un accrochage perceptif (jeammet,1991,p 104).le registre de la sensation prend le pas sur celui de l'affect tout l'investissement de la l'éprouvé d'éprouvé d'excitations prime sur l'investissement de la satisfaction objectale ,qui finit par être considérée comme inutile dans les cas les plus extrêmes (Rosenberg,1991,p.84).

Très vite, l'adolescent présentant des difficultés alimentaires peut devenir dépendant de son monde interne et des capacités de liaisons libidinales. La éconduit anorexique ou boulimique, si elle se chronicise, risque de polariser l'ensemble des investissements du sujet et de conduire à un assèchement de sa vie fantastique ou se perd le lien objectal : le bénéfice de l'opération sur le plan de l'économie psychique est que le travail de séparation avec les objets parentaux est contourné. Face aux désordres de la réalité interne de l'adolescent, (PH. Jeammet) rappelle ainsi l'importance des objets externe dont il « besoin pour s'étayer et pour leur faire jouer le rôle d'organisation de son monde interne » (1980, p, 498).Un balancement des investissements du moi de l'adolescent entre son monde interne et ses objets d'investissement externes lui permet une relative maitrise de la situation et une sécurisation narcissique.

(Vibert.S, Alexandre. M, Eric. F, p.175)

5.2. Psychothérapie institutionnelle et orientations théoriques :

Comme ils le soulignent plus haut, la particularité commune des organisations psychopathologiques à la base de ces syndromes alimentaire est une tendance à l'externalisations des conflits. En effet, contrairement à la névrose ou' ils se déroulent sur une scène de la réalité externe. cette donnés psychopathologiques est importante à prendre en considérations pour le

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

traitement des troubles des conduite alimentaire .l'institutions va être investie de manière singulière par l'adolescent hospitalisé ,comme une certaine figurations de son espace psychique interne sans en être la réplique parfait .cet environnement constitué entre autres par les différents intervenants, doit être ainsi susceptible de contenir son angoisse et ses passage à l'acte, tout en leur donnant du sens dans le cadre d'une relations objectale. l'environnement institutionnel, en ce qu'il constitue un enrichissement significatif du patient, va permettre la multiplications des occasions d'échange, du différenciation, mais aussi et surtout de conflits , « conflits en rapport avec les différentes facettes d'eux-mêmes que les patients déposent [...] »(Botbol,2002,p.15), dans les différents espaces de soins auprès du personnel soignant (entretiens psychiatriques , déjeuners thérapeutiques, ergothérapie et autre médiations thérapeutiques...). L'institution, « quand elle fonctionne elle- même sainement, permet d'assurer de façon supplétive la conflictualité et le fonctionnement élaboratif que ces patient évacuent, ou en tout cas ne peuvent tolérer dans leur espace » (ibid.)

Le projet de soins du service est ainsi sous-tendu par un référentiel théorique essentiellement psychanalytique. L'approche psychodynamique du fonctionnement psychique ainsi que les principes de la psychothérapie institutionnelle guident leur démarche thérapeutique auprès des patients et de leur famille. Cette référence il les sert à connaître et analyser les conflits internes que ces adolescents produisent ou reproduisent dans l'espace institutionnel, ce qu'ils y répètent de leur histoire, les contre-attitudes que cela suscite, les actes et les implications qui en découlent. En raison de l'étiologie poly factorielle du syndrome d'anorexie mental comme du syndrome boulimique, d'autre approches théoriques (familiales, systémiques, cognitive...) sont également prises en compte. Cette diversité théorique dans l'appréhension des troubles présentés par les patients ainsi que leur ouverture à d'autres méthodes thérapeutique ils semblent particulièrement fécon des dans le sens ou elles

permettant d'éviter l'écueil du dogmatisme théorique et clinique qui tend à figer les individus dans leur pathologie. (Vibert.S, Alexandre. M, Eric. F, p.176)

5.3. Le psychologue à l'unité de consultations :

Les activités du psychologue dans l'unité de la consultation sont nombreuses. Ils n'abordèrent pas ici la spécificité du travail de psychothérapie (psychanalytique, psychodramatique ou encore familiale) auprès des adolescents auquel prend part le psychologue .Ils évoquèrent plus largement la manière dont il se situe dans un dispositif de soins au sein d'une équipe et en interactions avec cette dernière, en montrant l'intérêt du travail à plusieurs et l'intérêt du travail avec les parents. (Vibert.S, Alexandre. M, Eric. F, p.179)

5.3.1. Qui est là ? Qui vient là ?

Sous la direction d'un médecin psychiatre qui coordonne l'activité de l'unité, les psychologues cliniciens articulent leurs activités avec celles de l'équipe médicale, des assistantes sociales et du secrétaire. Si le département n'est pas sectorisé, son mode de prise en charge des patients n'est pas sans lien avec celui des unités de secteur comme, par exemple, les centres médico-psychologiques. L'unité de consultations constitue en effet une porte d'entrée et un lieu de suivi pour un spectre très large de problématiques adolescentes : du trouble bénin lié aux remaniements pubertaires aux pathologies graves, préexistantes et aggravées par l'adolescence, ou encore déclenchées au moment de cette période de la vie. Dans l'accueil des leurs prise en charge, l'équipe fait une place importante à la parole des adolescents, mais aussi à celles de leurs parents. (Vibert.S, Alexandre. M, Eric. F, p.179).

5.3.2. L'adolescence comme injonctions à la symbolisation :

Les modifications corporelles intrapsychiques et intersubjectives, dont l'adolescent ou le sujet qui tend à le devenir se trouvent être le siège, exigent de sa part une intense activité de symbolisation. À corps nouveau s'imposent des habits neufs, de nouvelles représentations, de nouvelles solutions qui s'enracinent dans celles de l'enfant et de la latence pour l'engendrement d'une négociation vivante et aussi sereine que possible entre réalité interne et réalité externe.

Ils peuvent, de manière sommer, rendre compte des troubles et des pathologies adolescentes comme une difficulté ou tentative malheureuse, dans des cas des troubles graves, à opérer cette activité de symbolisation, c'est-à-dire à constituer de nouveaux supports de présentation internes qui vont permettre à l'adolescent de se penser et de penser son rapport à la réalité, à l'altérité et à ses contraintes. En ce sens, la quête adolescente pourrait être celle de formes ou d'objets d'investissement tolérables, partageables du point de vue intra- et inter-psychique, qui rend fécond et non envahissant le potentiel putatif contenu dans les modifications de la puberté.

En lien avec l'équipe, avec les autres unités du département et l'ensemble des correspondants de la consultation, le travail du psychologue clinicien vise à offrir différents supports qui vont soutenir la mise en place de réponses diversifiées à cette injonction à la symbolisation à laquelle se trouve soumis le sujet adolescent. Pour rendre compte de ces supports, la réunion de synthèse de la consultation qu'ils les permis de présenter certains aspects du travail du psychologue et la manière dont il prend place dans le dispositif de soin. (Vibert.S, Alexandre. M, Eric. F, p.184).

5.3.3. La consultation des parents

En paraphrasant(D.W.Winnicott) qui estime qu' « un bébé tout seul, ça n'existe pas », insistant par là sur l'indispensable apport de « l'environnement » et sur la manière dont le nourrisson ne peut exister sans ces apports , il peut être pertinent , pour la prise en charge des adolescents, de considérer qu' un adolescent tout seul ça n'existe plus. L'attention portée à « l'environnement » des adolescents à travers la prise en charge des parents est un aspect important du travail des psychologues dans l'unité de consultations du département.

Si les parents sont reçus dans le cadre des consultations médicales avec les adolescents, les psychologues peuvent être amenés à recevoir des parents sans rencontrer l'adolescent qui motive la consultation. Il existe trois cas de figure où' l'adolescent est l'objet des entretiens en son absence, il est rendu présent par la seule voix de l'un ou de ses deux parents. Trois spécificités d'interventions dont nous évoquerons ensuite les points communs caractérisent le travail du psychologue auprès des parents. (Vibert.S, Alexandre. M, Eric. F, p.184)

Le premier cas de figure est celui pour lequel la consultation des parents a été créée. Elle permet d'accueillir des parents qui se questionnent sur l'état de leurs adolescents et qui ne parviennent pas, en outre, à les amener à consulter. La diversité des situations est très importante, on y retrouve le très large spectre des problématiques adolescentes évoqué au début de notre propos . Les parents demandent en fait de l'aide pour maintenir ou réaménager un lien mis à mal par l'adolescent de leurs enfants.ils viennent alors demander un avis , des conseils, ils se demandent si leur inquiétude est justifiée, s'il est ou pas d'en faire part à leur enfant. Ils aimeraient savoir comment en parler, à moment, seuls ou en couple.

Le deuxième cas de figure met les psychologues des consultations en position de soutien des unités d'hospitalisations du département. Les parents

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

sont alors reçus afin de soutenir leurs capacités à accompagner un adolescent hospitalisé. Il s'agit de faire en sorte que le dispositif de soin mis en place pendant l'hospitalisation soit supporté, compris et perçu comme opérant par les parents. En considérant les périodes de séparations, la souffrance, les plaintes des adolescents qui avec les soignants, la question de la tolérance des parents à l'hospitalisation, les entretiens familiaux qui ont lieu de manière régulière pendant toute la durée de l'hospitalisation ne sont parfois pas suffisantes pour que les parents se sentent entendus. Accompagnés et compris. La qualité de l'alliance qu'ils parviendront à établir avec les équipes soignantes est un élément fondamental pour l'efficacité de l'hospitalisation. En leur offrant un espace de parole régulier avec un interlocuteur qui est perçu comme étant à la fois à l'intérieur du département et à l'extérieur de l'unité d'hospitalisation, les psychologues de la consultation donnent aux parents l'opportunité d'un recul salutaire face à la dimension potentiellement traumatique d'une hospitalisation ou encore d'un épisode aigu ayant nécessité celle-ci.

Le troisième cas de figure met le psychologue au service de la prise en charge du patient dans l'unité de la consultation. Dans le cadre des entretiens médicaux, la parole des parents peut dans certains cas prendre une place trop importante voire devenir envahissante, l'adolescent comme le médecin ne pouvant plus alors trouver un espace suffisant de pensée et de parole. Ainsi ; qu'elle soit connue ou non de l'adolescent, une histoire parentale lourde d'événements (traumatisme, deuil), et que les vicissitudes de la crise adolescente viennent remettre au jour, peut appeler la mise en place de cet espace tiers de suivi. Ce peut être aussi lorsque des parents témoignent d'une lassitude ou encore d'un véritable épuisement face aux symptômes de leur enfant et que, passagèrement, la proximité avec lui ne prend plus qu'une forme toxique ou destructrice. En somme, il s'agit de protéger le lien thérapeutique entre le médecin et l'adolescent qui peut être la cible d'une forme d'attaque plus ou moins volontaire, explicite et consciente. Par le cadre des entretiens qu'il met

en place, il revient alors au psychologue d'être un réceptacle doué de capacités d'élaboration et de transformation de la plainte ou de la souffrance parentale afin de soulager le ou les soignants, ainsi que l'adolescent qu'ils prennent en charge.

Vibert.S, Alexandre. M, Eric. F, p.184)

5.4. L'activité du bilan : une spécialité du psychologue clinicien :

L'activité du bilan étant la spécificité commune des psychologues en poste dans les différents services du département, ils estiment important d'en saisir la fonction auprès des patients d'une part et au sein de l'équipe d'autre part.

L'utilisation majeure de cet outil intervient dans une visée, a priori, de précision d'un diagnostic lorsque s'interroge sur l'organisation psychopathologique d'un patient, une indication psychothérapique, un pronostic évolutif. Le bilan comprend alors souvent une épreuve dite « d'efficiences » de Wechsler (WISC IV ou WAIS III en fonctions de l'âge) et deux épreuves projectives (le Rorschach et le TAT). Les aspects techniques de la passation comme la méthode d'interprétations du matériel ne seront pas rappelés ici, mais ils renvoient le lecteur aux ouvrages de référence existant à ce sujet (Charbert, 1983/1997, Brelet-foulard , charbert 2003). Seul le psychologue est habilité à manier ces outils après avoir reçu une formation spécialisée à l'université.

L'analyse des protocoles projectifs, tel qu'ils la pratiquent dans les différents services, repose ainsi sur une méthode d'analyse fine et rigoureuse sous-tendue par le modèle théorique psychanalytique. Dans la continuité de l'orientation théorique du service, alors dans un cadre de « psychanalyse appliquée », pour prendre un terme de (C. Chabert). La théorie freudienne de l'appareil psychique sert de modèle de référence pour appréhender, à travers leurs traductions projectives , les différents aspects du

fonctionnement mental.(C.Chabert)précisent ainsi que « la rencontre entre le sujet et le clinicien, médiatisée par un matériel et une consigne qui sollicitent à la fois l'attachement à un objet perceptible et le recours à une illusion subjective, peut être considérée comme relevant de l'aire transitionnelle telle que l'a conçue Winnicott (1975). Cette rencontre pousse aussi la réflexion sur l'induction de phénomènes apparentés aux notions de transfert et de contre-transfert dans la mobilisation de mouvements relationnels inconscients », même si, ajouterions-nous, les mouvements psychiques qui se déploient dans le temps de la cure ne sont pas tout à fait superposables à ceux engagés à la cour de la séquence unique et limitée que constituent un protocole de Rorschach et /ou de TAT.

Le rôle du psychologue à l'hôpital se situe, ils l'avons vu, régulièrement à l'intersection de deux pôles : celui de la clinique et celui de la réflexion institutionnelle, l'activité du bilan n'échappant pas à cette double implication. En effet, si les enjeux cliniques du bilan sont a priori clairs et définis – il a pour objectif essentiel d'apporter des éléments de compréhension concernant les modalités de fonctionnement psychique du patient, nécessaires à sa prise en charge -, on évoque moins traditionnellement le sens que peut parfois revêtir cette demande de l'équipe sur le plan de la dynamique institutionnelle, les deux étant bien sûr liés. (Vibert.S, Alexandre. M, Eric. F, p.189).

5.5. Particularité de la prise en charge psychologique des adolescents

Lorsque l'état de dénutrition fait pose un risque vital majeur, l'hospitalisation devient le seul recours possible pour l'adolescent. Toutefois, la prise en charge peut aussi être proposée ou demandée en amont avant que la gravité de la symptomatologie ne fasse courir un risque léthal.

Généralement, les conséquences désastreuses de la dénutrition sur le pan somatique font que la prise en charge se centre de prime abord sur le corps qu'il

s'agit de « ranimer » parfois au sens propre du terme. Les vœux suicidaires ne sont jamais formulés directement, mais la pulsion de mort œuvre en sourdine chez ces adolescents dans une dynamique mortifère visant le repli narcissique et l'autosuffisance, détermine paradoxalement par l'impossible abondons de l'objet. ces adolescent sont très dépendant de l'extérieure tout en tentant de méconnaître leur hyper investissement de la réalité externe. cet aspect de leur fonctionnement ordonne des attitudes très singulières à l'égard de l'environnement soignant : comportement de opposition ou au contraire hyper sollicitation traduisant en tout ces une importance extrême de l'objet externe.

La prise en charge est double : somatique d'une part, puisqu' elle va se centrer sue la prise de poids, et clinique d'autre part puisqu'elle va viser le réinvestissement par le patient de son monde interne au moyen des médiations thérapeutiques, des entretiens de suivi individuels et familiaux et grâce au travail d'élaboration de l'équipe conformément aux principes de la psychothérapie institutionnelle. (Vibert.S, Alexandre. M, Eric. F, p.176).

6. Le psychologue en service psychiatrie adulte :

Dans les institutions psychiatriques, le diagnostic qui accompagne le patient tout le long de son suivi aboutit à sa « normalisation » psychopathologique, par son insertion dans des catégories nosographiques bien établies.

La démarche médicale qui s'ensuit, par l'instauration d'un protocole médicamenteux psychotrope, vise encore la gestion durable de la maladie.

Souvent, au sein d'une même équipe, des patients porteurs du même diagnostic reçoivent la même approche et la même chimiothérapie psychotrope. Il n'est pas rare que ces patients ne réagissent pas de la même façon vis-à-vis de

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

leur affection, n'aient pas les mêmes attitudes vis-à-vis des équipes soignantes et n'évoquent pas du tout la même problématique.

C'est dans la perspective de cette diversité que le rôle du psychologue est primordial et sa contribution irremplaçable. Car son défi est d'élaborer des approches contenant et spécifiques, combinant harmonieusement éléments normatifs (inévitables) et construction du sujet singulier (incontournable).

Ce dossier présente, à partir de pratiques de psychologues en service de psychiatrie adulte, quelques dispositifs psychologiques qui maintiennent le patient psychotique grave et chronique dans sa dimension de sujet. Trois méthodes seront analysées : une basée sur la parole, une autre sur la présence d'un médiateur et, enfin, une organisée en dehors de l'institution soignante. Ces trois dispositifs sont complémentaires, car ils mobilisent des processus psychiques différents qui répondent à des besoins psychiques prioritaires liés à un moment donné au parcours de soins et à l'histoire individuelle du patient.

Ce dossier a l'originalité de présenter des regards croisés sur ces dispositifs : le discours des psychologues sur le patient et celui des équipes paramédicales l'encadrant (C. Soumet-Leman et É. Pons) ; la vision du patient sur le processus psychothérapique et celle du psychologue-psychothérapeute l'accompagnant (D. Castro) ; l'exercice d'une même pratique de soins psychiques et les conceptualisations des psychologues cliniciens les dispensant (M. Constantin-Kuntz et A. Soreanu) ; les programmes culturels à visée thérapeutique et leurs intérêts pour des psychologues en formation qui les coaniment (L. Paquier).

À travers ces réflexions se dessinent, entre l'extrême de la pathologie et les limites des possibilités de prise en charge, une pratique clinique du juste milieu, qui permet au psychologue, dans le champ de la psychiatrie, de remplir pleinement sa fonction de « *gardien du sujet* ».

Ancrée dans de solides modèles théoriques, cette pratique s'enrichit au quotidien de la diversité positivement surprenante des situations de terrain ; elle évolue et se transforme, au fil du temps, grâce à la créativité toujours renouvelée des psychologues qui l'exercent ; fondée par le discours psychologique sur le patient, elle facilite le maintien d'une authentique pensée sur le sujet, qui, à son tour, lui permet de mettre à son service « sa singularité structurante ».(Castro .D.2011)

6.1. Le psychologue entre clinique et réflexion institutionnelle

Les psychologues travaillant dans l'unité d'hospitalisation se situent au carrefour de plusieurs pôles, ce qui rend leur positionnement complexe au sein de l'équipe :

-Un pôle clinique en ce que le psychologue est parti prenant de la prise en charge thérapeutique des patients ; il mène des consultations, anime des ateliers et effectue des bilans psychologiques à la demande de l'équipe.il co-anime également le groupe des parents avec un médecin psychiatre ;

- un pôle institutionnel en ce qu'il anime des réunions d'équipe et invite les soignants à questionner leur pratique en réfléchissant à ce que les patients leur font jouer de leur conflictualité psychique. Plus particulièrement, il offre un espace de parole aux soignants en dehors de la présence des médecins afin qu'ils puissent plus librement aborder ce qui les met en difficulté au sein du service.

L'absence des médecins est importante et a pour effet de déverrouiller la Circulation de la parole parmi eux ;

Un pôle de formation : le psychologue accueille de nombreux stagiaires et assure leur supervision, ce qui favorise le maintien de la réflexion et l'élaboration concernant sa pratique. Plutôt que de présenter un inventaire descriptif de chacune des fonctions évoquées ci-dessus, ils proposent de centrer plus particulièrement sur un des aspects de la pratique du psychologue dans le

[CHAPITRE III : LE PSYCHOLOGUE AU SERVICE PSYCHIATRIE]

service l'animation de médiation thérapeutique et plus particulièrement l'activité théâtre. (Vibert.S, Alexandre. M, Eric. F, p.176).

Conclusion

La présentation et l'explicitation de la fonction du psychologue au sein d'unités psychiatriques spécialisées attestent, à notre sens, tout autant de la diversité de la richesse de ses différentes activités que de la complexité de son positionnement au carrefour de la clinique et de la réflexion institutionnelle.

Partie pratique

***CHAPITRE IV : METHODOLOGIE
DE LA RECHERCHE.***

Préambule :

Afin de répondre à nos hypothèses de notre travail de recherche, nous avons adopté pour une démarche scientifique et des outils d'investigations appropriés, qui seront présentés dans ce présent chapitre.

1. La méthode de recherche :

Pour la collecte des données et pour répondre au besoin de notre recherche qui porte sur l'apport de psychologue au sein d'une institution psychiatrique, nous avons adopté la méthode descriptive qui nous a aidés dans la description du champ de travail et de notre unité d'enquête pour mieux appréhender les différentes réalités qui s'y trouvent. En nous servant de la définition de **N'da Paul**, « nous pouvons indiquer que la méthode descriptive consiste à décrire, nommer ou caractériser un phénomène, une situation ou un événement de sorte qu'il apparaisse familier »

La méthode descriptive qui a pour objective selon **k.charharoui eh.bénony** : « Les recherche en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observations systémique ou naturaliste, méthode correctionnelle, méthode normative développementale, enquête). Elle intervient en milieu naturel et tente de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière ».

L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la méthode expérimentale, mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes (H. Bénony, kh. Chahraoui, 2003, p 125).

2. Groupe de recherche :

Le groupe d'enquêtes est composé de dix psychologues cliniciens qui exercent dans :

- On a un seul psychologue au service psychiatrie Mostapha Bacha ;
- Quatre psychologues au service pédopsychiatrie CHU Oued AISSI ;
- Cinq psychologues au service psychiatrie « adulte ».

3. Les caractéristiques du groupe de recherche : tableaux des psychologues :

Nous présenterons l'ensemble des caractéristiques du groupe de recherche choisi dans les deux lieux de stage dans ce tableau suivant:

Nom/prénom	Sexe	Âge	Fonctions	Expériences	Lieu exercé
Hocine	Homme	43ans	Psychologue clinicien et coordinateur.	11 ans	CHU Mostapha Bacha .service psychiatrie
Karima	Femme	31 ans	Psychologue clinicienne et coordinatrice	06ans	Service pédopsychiatrie C.H.P. Oued AISSI Ouaou
Amel	Femme	37 ans	Psychologue clinicienne	07ans	Service pédopsychiatrie oued aissi Tizio Ouaou
Baya	Femme	32	Psychologue clinicienne.	04ans	Service Pédopsychiatrie CHP Oued AISSI,

Malika	Femme	34	Psychologue clinicienne	05ans	Service pédopsychiatrie Oued aissi Tizi Ouzou.
Djamila	Femme	38ans	Psychologue clinicienne	10ans	Service adulte catégorie homme C.H.P. Oued Aissi Tizi Ouaou
Naima	Femme	30ans	Psychologue clinicienne	03ans	Service adulte catégorie homme C.H.P. Oued Aissi
Dalila	Femme	32 ans	Psychologue clinicienne	02ans	Service adulte catégorie : femme C.H.P. Oued Aissi (tizi ouzou)
Dyhia	Femme	36 ans	Psychologue clinicienne	05ans	Service adulte catégorie : femme C.H.P. Oued Aissi (tizi ouzo)
Imane	Femme	33ans	Psychologue clinicienne	04ans	Service adulte catégorie homme C.H.P. Oued Aissi .

4. Outil de recherche :

4.1. L'entretien clinique :

D'une façon plus large, on peut définir l'entretien comme étant une situation provisoire d'interaction et d'inter influence essentiellement verbale, entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalable posé (j. salomé, 2003, p, 15)

l'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il présente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événement vécu, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (H.Bénony K.chahraoui,2003,p.141)

L'entretien de recherche n'a ni visée diagnostique ni thérapeutique. Mais il n'est pas autant dénué de but. Il correspond à un plan de travail du chercheur, l'entretien de recherche conserve un caractère sérieux et approfondi ».

L'entretien de recherche est centré sur la personne comme dans l'entretien thématique, il pourra décoder en tenant compte du contenu manifeste et du contenu latent, car malgré que le sujet est guidé par la consigne, mais reste toujours qu'il peut déborder sur des souvenirs d'enfance, des histoires personnelles ou familiales (H.Bénony et K.Chdihraoui, 1999, pp.62-65).

Il existe classiquement trois types d'entretien : directif qui nécessite une réponse à la question posée, ce qui ne permet pas une grande implication personnelle, non directive où le psychologue laisse l'interlocuteur parler librement « par association libre » au tour d'un thème, et semi-directif, que nous avons choisi dans notre travail de recherche.

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelque question qui correspond à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même ; dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé et avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce dernier adopter tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé (H.Bénony, K.chahraoui, 2013, p.16).

L'entretien semi-directif correspond à une situation d'interactions provoquée par le chercheur avec l'objectif d'en retirer un ensemble d'informations, ainsi, il est mené sur la base d'un guide d'entretien constitué de différents « thème-questions » préalablement élaboré en fonction des hypothèses (L.Alberallo, 2003, p.68).

5. Le déroulement de la pratique :

Nous avons entamé notre quête d'investigation par une pré-enquête, faite au niveau du service Psychiatrie de Mostapha BACHA (ALGER), par la suite on a fait une autre pré-enquête au niveau du service Psychiatrie de Oued Aissi (Tizi Ouzou). Nous avons visité les lieux, comme nous nous sommes renseignés sur quelques points fondamentaux en posant plusieurs questions qui nous ont confirmés l'accessibilité du terrain et la disponibilité des différents éléments dont on aura besoin pour notre travail de recherche.

Après avoir bien tracé et défini notre problématique, nous avons officialisé la procédure de confirmation et d'identification auprès des deux services précités. La période et la durée du stage sont distinctes, celui qui est effectué au niveau du service Psychiatrie de Mostapha BACHA (ALGER) est de 30 jours, allant du 19 / 03 / 2017 au 19 / 04 / 2017. Quant au deuxième est de deux mois et 13 jours, allant du 26 / 03 2017 au 07 / 05 / 2017.

5.1. La passation des entretiens

L'entrevue dont nous avons opté suit l'ensemble des questions élaborées dans le guide d'entretien.

Après avoir bien expliqué le thème de notre recherche aux psychologues, dont le nombre était dix:

- Un seul entretien pour le seul psychologue se trouvant au service psychiatrie de MOSTAPHA BACHA ;
- quatre entrevues ont été faites au service pédopsychiatrie d'Oued AISSI (Tizi Ouzou) ;
- Deux entrevues ont été réalisées au niveau du service psychiatrie d'Oued AISSI, pavillon « adulte », catégorie femme- ;
- Les trois autres entretiens restants sont effectués au même service, à comprendre : service psychiatrie d'Oued AISSI, pavillon « adulte », mais catégorie homme.

5.2. La présentation de guide de l'entretien

Partie de renseignements signalétiques :

Nom et prénom : A. D. (pour garder l'anonymat)

Âge :

Sexe :

Diplôme(s) - et délivré(s) par quelle école/institut/université- :

Partie informationnelle

- Veuillez bien nous informer, dans la mesure possible, de votre parcours professionnel ?
- En quoi consiste concrètement le métier du psychologue ?

Axe 1: Cadre professionnel du psychologue

- Quelles sont les différentes tâches que vous pouvez prendre en charge ?
- Avez-vous les moyens nécessaires pour assurer l'ensemble des prises en charge psychologiques ?
- Pourriez-vous nous parler du cadre d'accueil des patients?

Axe 2 : Le travail psychologique sous le régime psychiatrique civil

- Pourriez-vous nous parler du statut de psychologue au sein de ce Centre ?
- Quels sont les critères exigés pour être psychologue aux siens de ce service
- Est-ce que le service psychiatrique vous offre les moyens nécessaires qui permettent d'améliorer vos capacités ?

Axe 3: Intégration et adaptation

- Quelle est l'image que procure le service psychologique ainsi que le psychologue au niveau du Centre
- Ya –il une bonne intégration au sein de ce service ? Selon vous, quelles sont les différentes qualités et prédispositions que doit avoir le psychologue pour bien s'intégrer au sein du service ?
- Comment sentiez-vous dans ce service ?
- Quelles sont les normes et les limites qui encadrent le psychologue au sein de ce service ?

Axe 4 ; Complémentarité et contribution

- Quels sont les points communs entre le cadre psychologique et psychiatrique de ce centre ?
- Pour plus de fiabilité du diagnostic, y a-t-il une complémentarité de la part d'un autre psychologue avant la prise en charge psychiatrique ?
- Elle consiste on quoi la complémentarité entre votre travail et celui de psychiatre ?
- Quelles sont les difficultés taboues que vous rencontrez ou cour de votre travail ?
- Ets ce qu'il ya des difficultés externes qui influence sur votre rendement au sein de ce service ?
- Ets ce qu'on peut avoir un diagnostic psychologique différent que le diagnostic psychiatrique pour le même patient ?

- Si oui : Comment pouvez-vous autant qu'équipe élaborer un diagnostic équilibré pour ce type de patients ?
- Que suggérez-vous, comme propositions, pour l'amélioration de ce centre en termes de prise en charge ?

Axe 5 : Cas, maladies, et mode de prise en charge

- Quels sont les cas les plus fréquents au sein de ce service?
- Quelles sont les méthodes et les techniques utilisées par le psychologue auprès des patients ?
- Comment se déroule l'activité d'écoute et d'interprétation auprès des patients ?
- Quelle est l'approche qui vous facilite la tâche de diagnostiquer vos patients ?
- Quels sont les différents intervenants lors de la prise en charge des patients ?
- Est-ce que vous avez déjà diagnostiqué des cas délicats ? Et quelle était votre réaction ?
- Pour finir :
- À votre avis, quelles sont les différentes qualités que doit avoir un étudiant pour être psychologue ?
- Auriez-vous des conseils à donner qui peuvent nous aider pour notre recherche ?

5.3. Les conditions d'application du guide :

Après avoir garanti aux psychologues l'entière garantie d'utilisation scientifique des informations qu'ils avanceront en gardant l'anonymat, et après leur avoir bien expliqué et détaillé les axes et objectifs de notre travail de recherche, ils nous ont bien accueillis, ainsi que le reste du personnel.

Pour les deux lieux de stage, chaque psychologue a son propre bureau, et nous les avons interrogées individuellement. Les psychologues ont répondu à la majorité des questions, à l'exception de quelques questions, dont ils avaient réticence d'avancer des informations plus détaillées.

Chaque entrevue a approximativement une durée d'heure et 30 minutes. Les questions de chaque axe figurant dans les entrevues sont ouvertes, bien que nous ayons joué le rôle de médiateur, en guidant l'ensemble des psychologues enquêtés à s'introduire dans le vif du sujet et à ne pas en sortir. La majorité des psychologues enquêtés nous ont répondues avec toute franchise et spontanéité.

6. Les difficultés du terrain

Le personnel était occupé. Le sujet semble à l'ensemble des psychologues pertinents, ceci dit, la réticence a failli être obstacle pour quelques questions qui ont été gênantes pour les enquêtes.

Les deux lieux du stage sont loin. La majorité des cas, on s'y déplace pour un seul entretien, et des fois sans trouver la moindre opportunité d'effectuer une entrevue, vu que les différentes préoccupations des psychologues.

Le manque de documentations figure également parmi les principaux obstacles dont nous nous sommes heurtés, malgré les différents déplacements vers les autres universités avoisinantes.

Résumer :

Notre étude sur le terrain a été effectuée au sein deux lieux de stage (C.H.U. Mostapha Bacha, Alger et C.H.P. Ali Fernani Oued Aissi Titzzi Ouzou). Notre groupe de recherche se compose de dix psychologues, âgées entre 30ans à 43 ans.

Notre démarche est clinique, notre principale et unique technique d'investigation est l'entretien clinique de recherche, de type semi-directif.

L'objectif de cet entretien est de recueillir des informations sur la prise charge psychologique au sien de service psychiatrie.

***CHAPITRE V : PRESENTATION,
ANALYSE ET DESCUTION DES
DONNEES***

1. présentation et analyse des donnes

Dans ce dernier chapitre, nous présentons et analysons les données des entretiens réalisés.

Il s'agit d'une analyse globale, cependant, nous allons préciser les particularités propose à chaque cas.

Pour bien mener notre travail, nous avons appliqué une méthode qui est celle de l'analyse du contenu, cette dernière est « une technique indiquée non seulement dans des productions actuelles, mais aussi celles du passé, car elle permet de mettre en lumière un événement, une action individuelle ou collective pour lesquelles des traces écrites existent » (Angers. M, 1997, p.157)

1.1. Présentations des donnes concernant la position de psychologue

1.1 .1. présentations des catégories d'analyse :

À partir de l'analyse des entretiens effectués avec le groupe de recherche, nous avons dégagé les catégories suivant :

- la pratique professionnelle (expérience, formations)
- les exigences institutionnelles.
- Le cadre de travail (les moyens)
- mission de psychologue (les taches de psychologue)
- le mode de la prise charge.

➤ La pratique professionnelle :

C'est l'ensemble des connaissances concrètes acquises par l'usage et le contact avec la réalité de la vie professionnelle et prêtes à être mises en pratique dans le cadre de l'exercice du métier, permettant une adaptation pertinente à l'exigence d'une situation de travail.

➤ **Les exigences institutionnelles.**

C'est le cadre éthique et pratique qui encadre le psychologue au sein de l'établissement psychiatrique.

➤ **Le cadre de travail**

L'environnement dans lequel le psychologue exerce son métier.

C'est l'ensemble des moyens et des instruments qui permettent au psychologue d'exercer ses fonctions dans les meilleures conditions.

➤ **Mission de psychologue**

C'est l'ensemble des tâches qu'a accomplies le psychologue au sein de l'établissement psychiatrique.

➤ **Le mode de la prise charge**

Le mode des méthodes et des techniques et des approches utilisées par le psychologue durant la prise en charge des patients.

1.1.2. Analyse des catégories sur le terrain

➤ **La pratique professionnelle :**

D'après l'analyse et l'interprétation des résultats, recueillie à travers notre enquête dont on a constaté qu'il existe deux catégories dans la pratique professionnelle.

La première est celle de la catégorie la plus performante qui a un parcours riche, vu qu'ils ont fait des formations pour enrichir leur savoir-faire comme (formations thérapeutiques, la capacité de maîtriser des tests projectifs, des tests psychomoteurs les techniques de relaxation) et avoir plus de compétences ainsi que l'enceinte professionnelle qui joue un rôle déterminé dans la construction

d'une bonne carrière d'un psychologue comme le cas de **Hocine** qui travaille au centre d'urgence psychiatrique Mostapha Bacha, Alger.

Comme on a remarqué aussi dans le centre Oued Aïssi que leur parcours riche et le développement de leurs compétences reviennent aussi à l'aide d'une professeure psychiatre et psychanalyste qui oriente et forme les psychologues comme le cas d'**Iman, Amel, Malika, Djamila, Dyhia**.

En revanche, on a une autre catégorie qui s'inscrit dans la mauvaise position d'incompétence, car, celles souffrent d'une insuffisance de la pratique professionnelle (entre 2 ans et 4 ans d'expérience). Et ça revient à l'insuffisance des capacités formationnelles. De ces psychologues à cause de l'incapacité du centre Oued Aïssi de faire gérer ces ressources humaines en parlent de déséquilibre entre les formations universitaires

Et celle de professionnel, car les formations universitaires ne sont pas un cadre pratique contrairement au cadre professionnel, c'est par cette raison-là que les psychologues trouvent difficulté à s'adapter rapidement dans le domaine professionnel comme le témoignent ces enquêtés **baya Naima Karima Dalila**.

➤ **Les exigences institutionnelles.**

Comme tout service d'hospitalisations l'administration chargée de l'organisation des lois institutionnelles qui encadre le travail par des exigences et des lois respectées qui permet au psychologue d'entamer ce service

Pour être un psychologue au sein du service psychiatrique à Oued Aïssi par exemple il faut avoir une licence en psychologie clinique ou bien santé mentale en générale ou par un concours ministériel. On dispose leur CV auprès de l'administration le cas du psychologue qui travaille à Oued Aïssi 9/10.

Malheureusement malgré l'absence du code déontologie algérienne qui pourra montrer et éclaircir le chemin des lois pour ces psychologues certaines d'entre eux on une obligation de ce référé au décret 42.09 comme témoignent les psychologues : **Hocine Malika Djamila iman dyhia Amel,**

Par contre les psychologues **Karima, baya, Naima, Dalila** se réfèrent à leur parcours d'étude universitaire et leur expérience acquise.

➤ **Le cadre de travail :**

Tout service à un cadre du travail, un environnement pour faciliter et pour récolter un fruit faible du travail.

Le centre hospitalier d'Oued Aissi :

Le cadre de travail dans ce centre nous avons remarqué qu'il se diffère d'un service à un autre, par exemple le cadre de travail au service pédopsychiatre est bien organisé ou niveaux d'accueille, membre de psychologue et orthophoniste , le service est également équipé (chaque psychologue à son propre bureau, armoire, teste ...) mais loin d'être satisfaisant a un pourcentage élevé, car il n'y a pas d'ateliers et aussi au niveau des éducatrices ,sous témoignage de **Karima, Amel, baya, Malika,** (les quater psychologue interviennes en pédopsychiatre).

Par contre, en service psychiatrie adulte les psychologues ont le même cadre de travail avec les psychiatres, mais il est un peut différent avec celui de pédopsychiatrie vue le manque inévitable d'effectifs qui a causé la mauvaise gestion des malades ce qui résume donc, chaque psychologue se retrouve face à membre élevé des patients entre 40 et 75. Sous la déclaration d'**iman ; dyhia, Dalila, Djamila, Naima.**

Et c'est le même cas en service d'urgence psychiatrie à Alger nous avons trouvé que un seul psychologue sous témoignage de **Hocine.**

➤ **Mission de psychologue**

Les psychologues ont accompli ses tâches durant leur activité clinique, cependant nous avons remarqué que ses taches sont différentes

Nous avons aussi pu discuter avec des psychologues vues **Hocine, Malika et Djamila** Dison que le décret 42.09 c'est notre arme et notre référence qui résume l'ensemble des tache et les positions des psychologues au sein des établissements de la santé publique et par renforcement théorique et pratique (consultations, prise en charge bilan psychologique ...)

On a distingué aussi que les coordinateurs présents des taches supplémentaires par rapport eux autres psychologues qui se résume sur l'organisation et l'orientation des psychologues telle que le témoignage **Hocine, Karima**.

De notre par on a remarqué que l'absence d'un code déontologique algérienne met certaine psychologue dans une confisions comme le cas de la psychologue **Dalila** qui accomplit les tâches des infirmières cette dernière qui se trouve manipulée par les infirmières et les psychiatres.

➤ **Le mode de la prise en charge**

D'après l'analyse des entretiens, on à constaté que le mode de fonctionnement de la prise en charge se diffère d'un service a un autre et elle dépôt de l'approche et les techniques adopter par chaque psychologues ; dans le service d'urgence psychiatrie a Mostapha bacha la prise en charge du psychologue **Hocine** se résume sur l'observation, l'entretien et psychoéducation en utilisant l'approche TCC.

En revanche les psychologues, **Karima, Amel, Baya, Malika**, qui exerces dans le service pédopsychiatrie se focalise sur l'approche systémique et TCC et les utiles comme l'entretien et testes psychomoteurs et jeux

d'intelligences dans leur prise en charge des patients. En service psychiatrie adulte les psychologues **Dyha**, Iman utilisent l'approche TCC, l'entretiens, testes projectif (TAT, Recharchas).

Il ya certaine psychologue essaye de réponde aux besoins de ces patients le plus parfaitement possible garce a leur compétence et leur ancienneté c'est ce qu'on a observé pendant notre participation a des sciences auprès du psychologue.

Par contre **Imane et Naima** se sont montres incapables de donner leurs points de vue sur les cas examinés et se contentent juste sur les missions imposées par le psychiatre.

❖ Critères de « bonnes positions »

- Le Parcours professionnel riche permet aux psychologues de bien se positionner.
- La nécessité de connaître les lois et les limites qui encadrent les psychologues sur les deux plans réglementaire et théorique
- La disponibilité des moyens, permet aux psychologues, d'exercer son métier, dans les meilleures conditions.
- Ils doivent être conscients de leur tâche, leur rôle et leur mission dans leur service.
- La maîtrise parfaite des méthodes et les techniques psychologiques aux seins du service psychiatrique.

❖ Critères de « mauvaise position »

- L'insuffisance de la pratique professionnelle et la capacité formationnelle ne permettent pas aux psychologues de bien se positionner.

L'inconscience des lois et des limites par les psychologues sur les deux plans réglementaires et théoriques.

- L'absence du cadre et les moyens de travail empêcher les psychologues d'exercer correctement, leur métier.
- Les psychologues ne connaissent pas leurs tâches et leurs missions dans le service psychiatrique.
- Le mode de prise en charge adoptée par les psychologues ne donne pas un rendement efficace auprès des patients.

1.2. Le tableau suivant représente la position des psychologues au sein du service psychiatrie :

Type de positions cas	« Bonne positions »	« mauvaise positions »
Hocine	X	
Karima	X	
Amel	X	
Baya		X
Malika	X	

Djamila	X	
Naima		X
Dalila		X
Dyhia		X
Imane	X	

On distingue d'après ce tableau, que la plupart des psychologues 6/10 ont une « **bonne position** » au sein du service psychiatrie contrairement à les quatre autres cas qui ont une mauvaise position.

1.2. Présentations des données concernant la complémentarité :

1.2.1. Les Catégories d'analyse :

- travaille d'équipe
- L'activité clinique de psychologue
- la communication auprès des psychiatres
- l'adaptation de psychologue.

➤ **Travail d'équipe :**

Est un travail de cohésions et de collaborations entre les membres d'une organisation pour atteindre un ou plusieurs objectifs fixés.

➤ **L'activité clinique de psychologue :**

C'est tout un programme de travail du psychologue clinicien à effectuer des tâches précises auprès des psychiatres.

➤ **La communication auprès des psychiatres :**

Une relation interactionnelle et interpersonnelle et professionnelle entre le psychologue et le psychiatre pour une bonne compréhension et collaborations entre eux.

➤ **L'adaptation de psychologue :**

Est une adaptation et intégration du psychologue au sein de l'établissement psychiatrique.

C'est la situation de psychologue dans leur cadre de travail avec une équipe pluridisciplinaire.

1.2.2 analyse de ces catégories :

➤ **Travail d'équipe**

Une équipe unie qualifiée pour donner une bonne résultat sur tous les angles (organisations, orientations, facilitations de travail) c'est le code d'équipe pluriprofessionnelle en pédopsychiatrie. (Agents de secréter ,femme de ménage infirmière ,secrétaire ,psychologue clinicien ,psychologue orthophoniste) chaque un a son rôle et sa fonction, et pour un diagnostic réussite les psychologues de ce service organisent des réunions entre eux, et même parfois avec les familles des patients, des colloques et des séminaires.

Comme le confirme **Karima, Amel, baya, Malika. Hocine**. A l'exception de psychologue **Dalila** qui n'assiste pas à aucune réunion et colloque.

En service psychiatre adulte, le psychologue souffre du manque de personnel ; l'accueil se fait par le premier qui a ouvrir la porte. Vue témoignage **Naima, iman**.

Nous avons remarqué que le psychologue **Hocine** se contact très bien avec les psychiatres un travail de collaborations est observé « pour un bilan le psychiatre demande l'avis de psychologue » d'après leur positionnement en service d'urgences psychiatrique.

➤ **L'activité clinique de psychologue :**

Pour l'analyse de l'activité clinique de psychologue on a constaté que la majorité des psychologues ont une activité identique sur le plan des évaluations le diagnostic la prise en charge, mais elle peut être déléguée d'un pavillon à l'autre d'un service à l'autre.

Le cas de **Hocine** fait Just des consultations internes auprès des patients hospitalisés son activité se résume sur les évaluations et l'orientation et préparer les patients pour sortir à la vie quotidienne.

Dans la pédopsychiatrie l'activité de psychologue selon la demande de psychiatre par le bilan psychologique et la psycho éducation le cas de Karima .Amel baya Malika Djamilia, car ces dernières font des consultations externes.

Dans le service psychiatre adulte homme les psychologues est tout le temps occupée à cause le nombre des patients hospitalisés et sous un traitement médicamenteux qui nécessite un bilan psychologique et des conseils d'orientations vu le cas de **Djamila**

En service psychiatre femme les psychologues doivent faire un bilan psychologique vu que les cas sont plus sensibles avant le traitement médicamenteux.

Ce qui a attiré notre attention aussi quelques psychologues **Dalila , Dyhia, Iman** ne font rien lorsque les patients sont alités et sous un état sédatif, vu que les traitements médicamenteux les empêchent a communiqué avec les patients.

➤ **La communication auprès des psychiatres**

Comme toute discipline voisine met des critiques et des conflits apurés de ces chercheurs, c'est le cas de psychologue et le psychiatre. (Conflit de rôle entre le psychologue et le psychiatre.)

On à constaté que il ya des psychologues communique bien avec les psychiatres d'après leur ancienneté et leur pratique professionnelle comme **Hocine Djamila Amel .dahi.**

Et il ya des psychologues qui communique bien avec certains psychiatres et assez bien avec d'autres psychiatres comme le cas d'**iman ; Karima Malika.**

D'autres psychologues trouvent des difficultés de communications avec les psychiatres, car leur parcours universitaire fait en arabe ils ne maitrisent pas la langue française et la vie professionnelle demande de maitrisé la langue français le cas de **Dalila .Naima et baya.**

➤ **L'adaptation de psychologue :**

On a constaté qu'il ya des psychologues sont mal adaptés ainsi ils ont trouvé des conflits dans leurs travaux avec les autres psychologues, car il ya des alliances avec les personnes qui sont assez nivales par rapport à eux par conséquent ils vont créer des problèmes dans le service par exemple le manque de respect et désobéissances, selon le cas de **Naima et baya.**

Il ya d'autres motifs peuvent conduire les psychologues à une mauvaise intégration .ces motifs préviennent de propre personnalité de psychologue lui-même telle que la timidité, sentiment d'infériorité et manque de confiance. le cas d'**iman et Karima**

Par contre **Hocine, Djamila, Amel** son bien adapter et intégré vue leur enceinte est leur statut dans le service.

❖ **Les critères de bon lien complémentaire :**

- Une équipe unie fait naitre une complémentarité dans le service psychiatrie.
- Une bonne gestion de l'activité clinique ayant une bonne complémentarité.
- Le professionnalisme crée une bonne communication entre le psychologue et le psychiatre.
- L'adaptation du psychologue est un élément indispensable pour une bonne complémentarité.

❖ **Les critères du mauvais lien complémentaire :**

- Le manque d'effectifs détruit la complémentarité dans le service psychiatrique.
- Le désordre dans l'activité défait la complémentarité entre le travail du psychologue et psychiatre.
- Une mauvaise communication conduit a une mauvaise complémentarité.
- L'instabilité du psychologue fait obstacle a la complémentarité entre le psychologue et le psychiatre.

2.2. Le tableau suivant présente la complémentarité des psychologues :

Type de complémentarité Cas	« Bonne complémentarité »	« mauvaise complémentarité »
Hocine	X	
Karima	X	
Amel	X	
Baya		X
Malika	X	
Djamila	X	
Naima		X

Dalila		X
Dyhia	X	
Imane		X

On constate à partir de ce tableau que la majorité des psychologues 6/10 ont une bonne complémentarité au sien du service psychiatrie, contrairement aux 4 dernier cas qui on une mauvaise complémentarité.

2. discussion et interprétations des donnes

2.1. Discussions des hypothèses :

Après avoir analysé les données relatives à notre guide d'entretien et à la base de notre technique d'entretien, nous avons procédé à la vérification de nos deux hypothèses.

❖ **1^{ère} hypothèse :** Les psychologues qui ont une bonne position au sein du service psychiatrique construire un bon lien complémentaire avec les psychiatres.

L'intégration, l'adaptation, la communication et la position donne une œuvre parfaite d'un travail bien organiser et bien structuré pour une meilleure prise en charge psychologique et un lien fort entre le psychologue et le psychiatre dans le service psychiatrie.

Nous constatons, d'après l'analyser des critères de bonne position, qui sontle parcours professionnels, la maitrise des méthodes et techniques, la disponibilité

des moyens qui permet aux psychologues, d'exercer son métier dans les meilleures conditions, la nécessité de connaître les lois et les limites qui encadrent les psychologues sur les deux plans réglementaire et théorique ; sur tout les angles du travail et comme on a pu analyser les critères d'une bonne complémentarité, travail d'équipe, la gestion des activités cliniques et le comportement professionnel, conduit à une bonne prise en charge psychologique.

En outre, ces éléments fondamentaux pour conséquence fournissent une meilleure prise en charge. De ces résultats interprétés, les psychologues (**Hocine, Karima, Amel, Malika, Djamila, Iman**). Ont un parcours professionnel riche, comme ils ont aussi conscience des lois, des limites qui les encadrent sur le plan réglementaire et théorique, ils connaissent parfaitement leur tâche et leur rôle dans leur service. Selon Golse (2011) « L'activité des psychologues présente un certain nombre de caractéristiques : une diversité d'implantation mais également un déplacement vers les nouveaux lieux du dispositif ; un glissement de l'activité des tests vers le suivi psychothérapeutique ; une présence institutionnelle, notamment près des équipes infirmières ; une complémentarité de travail avec psychiatres et infirmiers ; une identification par les demandes externes ». A la lumière de ces résultats on a confirmé notre première hypothèse

❖ **2^{ème} hypothèse** : Les psychologues qui ont une mauvaise position au sein de service psychiatrique construisent un mauvais lien complémentaire avec les psychiatres.

Suite aux résultats recueillis pendant la réalisation de notre enquête. Il existe des psychologues qui ne peuvent pas être à la hauteur de leur profession, (**Dalila, Baya, Naima, Dyhia**) car d'après notre analyse on a constaté que ces derniers ne peuvent pas maintenir correctement leurs positions soit au près des psychiatres soit au près des psychologues vu que leur parcours professionnels est faible et

aussi ils ont une mauvaise adaptation et communication et suite à la déstabilisation de ces dernières face à leurs collègues et face aux psychiatres. Vu que les psychologues ignorent leurs tâches, leurs missions et le manque des moyennes de travail fut de cette minorité la catégorie qui ne répond pas aux normes et aux règlements est celle des psychologues les moins compétants qui construisent un mauvais lien complémentaire qui assure une mauvaise prise en charge psychologique. Comme Platza dit « Dans ce modèle, le psychologue complètement identifié aux tests, n'est seulement vu comme un technicien de laboratoire qui travaille sur prescription du médecin dont il n'est qu'un auxiliaire ; il n'est ni le maître de ses instruments, ni parfois de l'interprétation des résultats. (Platza, 1989) à la lumière de ces résultats, la deuxième hypothèse est confirmée.

Conclusion :

Tout au long de notre recherche qui s'est portée sur « La prise en charge psychologique au sein d'un service psychiatrie ». Sur la base de la question : « Quelle est la position du psychologue au sein du service psychiatrie et en quoi se résume sa complémentarité auprès du psychiatre ? », et aussi partons de notre confrontation avec le terrain dans la phase de la pré-enquête nous nous sommes parvenue à émettre les hypothèses suivantes, la première est « Les psychologues qui ont une bonne position au sein du service psychiatrique peuvent construire un bon lien complémentaire avec les psychiatres », on a arrivé à déduire que la bonne intégration, adaptation, communication et position conduit les psychologues à construire un bon lien avec les psychiatres et garantit une prise en charge psychologique.

La deuxième hypothèse porte sur « Les psychologues qui ont mauvaise position au sein de service psychiatrique construisent un mauvais lien complémentaire avec les psychiatres », de ce fait, nous avons démontré que une mauvaise intégration, adaptation, communication et position au sein de service psychiatrie engendre une mauvaise complémentarité et une mauvaise prise en charge psychologique.

D'après notre analyse, on a conclu que, le principal moteur de la bonne complémentarité et une bonne prise en charge c'est grâce aux efforts fournis par les psychologues qui restent toujours veiller sur leurs missions et sur leurs réglementations et qui essaye toujours d'enrichir leur savoir et honorer le statut de psychologue et donner une image satisfaisante de leur travail.

Pour conclure, on pourrait proposer de nouveaux appuis aux futures chercheurs pour poser de nouvelles questions sur le rôle et le statut de psychologue au sein des services de la santé.

LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

Liste bibliographique

1. **Actualisation du Code de déontologie des psychologues de mars 1996.** Consulter le site <http://www.codededeontologiedespsychologues.fr> PDF.
2. Centre d'Information et de Documentation Jeunesse (CIDJI) 1969. **Métier de Psychologue scolaire.** In [http// : www.cidj.com](http://www.cidj.com) > INFOS > Métiers. Html
3. Etudiants en psychologie de la santé associations de bordeaux. (EPSAB) 2013. **Métier de Psychologue de la santé.** In [http// :www.epsab.fr/110+le-s-metier-s-de-psychologue-de-la-sante.html](http://www.epsab.fr/110+le-s-metier-s-de-psychologue-de-la-sante.html)
4. Dol .S et Rousset. Ch. **Psychologue auprès des équipes médico-sociales : un exercice à inventer ?.** *Le Journal des psychologues*, 9/2008 (n° 262), p. 42-46U: DOI : [10.3917/jdp.262.0042](https://doi.org/10.3917/jdp.262.0042) .
5. Guy. D. 2012. **Guide d'Aide médico-psychologique.** (4éED). Dunod.parisIn : <https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/Feuilletage.pdf>
6. Larousse. 2013. **Définition de la psychologie.** <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/psychologie/64844>
7. Maryvonne. M et Pichat. M.2007. **Psychologie d'éducat**
Tome 01 l'école. Ed. Bréal. France.
8. Kacha. N. 2012. **Psychologie clinique en Algérie, le nécessaire combat.** Dialogue (n° 196), p. 107-114. DOI [10.3917/dia.196.0107](https://doi.org/10.3917/dia.196.0107)

9. Robert. S. 2005. **psychologies cliniques et psychopathologie**. Ed. Bréal. France.
10. Studyrama Groupe 1989. **Psychologue en libérale**. In <http://www.studyrama.com> › Formations › Fiches métiers › Psychologie.
11. Studyrama Groupe 1989. **Psychologue a la protection judiciaire**. In <http://www.studyrama.com> › Formations › Fiches métiers › Psychologie.
12. Studyrama Groupe 1989. **Psychologue de travail**. In <http://www.studyrama.com> › Formations › Fiches métiers › Psychologie
13. Huber. W. 1987. **la psychologie clinique au jour d'hui**. France : maragada.
14. Golse. A. 2011. **Le psychologue en service psychiatrie**. Italie : Elsevier Masson.
15. Golse. A et Bocéno. L. 2002. **la psychiatrie aux risques de la santé**. Rhizome n9, Laboratoire d'Analyse Socio-Anthropologique du Risque (LASAR), université de Caen.
16. Golse A. 2011. **Le psychologue en service psychiatrie** .Ed. Elsevier Masson. Italie.
17. Piazza. M. 1989. **La psychologie clinique : les enjeux d'une discipline**. In C., Revault d'Allonnes et al. **la démarche clinique en science humaine**. Dunod. Paris. in Anne, Golse. 2011. Le psychologue en service psychiatrie .Ed. Elsevier Masson. Italie.

18. Lagache. D. 1977. **Psychologie clinique et méthode clinique**. Tom 1, paris. in Golse. A. 2011. **Le psychologue en service psychiatrie**. El Italie : Elsevier Masson.
19. Castoriadis, C. 1975. **L'institution imaginaire de la société**. t. Seuil : paris
20. Martucelli. D. 2002. **Grammaires de l'individu**. Paris.
21. Golse. A. 2003. **la médecine de la santé comme nouveaux fondement de l'institution psychiatrique**. Ramonville Saint –Agne. in. **Le psychologue en service psychiatrie**. El Italie : Elsevier Masson.
22. Klahr. M. 2011. **le psychologue à l'hôpital**. ED. press : France
23. Wechsler. D. 1991. **manulle d'interpretations du WISC-IV, ECPA**
(Editions du centre de psychologie Appliquée). Paris. in Maïté.Klahr. 2011. **le psychologue à l'hôpital** .ED . press : France
24. foliot. B. 2006. **Quelque condition préalable à l'instauration d'un travail psychanalytique** .PUF.paris.
25. Rosenberg. B. 1991. **masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie, monographie de la revue française de psychanalyse**. 2003. PUF. Paris.
26. Anzieu. D. 2003. **le travail du psychothérapeute d'enfants**. Ed .dound .paris .
27. Vibert. S. Alexander .Morel, Eeic .Flaig. 2007. **le psychologue à l'hôpital**. ED. In. press. france.

28. Cauvin. P. 1997. **La cohésion des équipes, ESF**. Editions.in Michel Motta. [http/ :www.Cadre de Sante .com](http://www.Cadre de Sante .com).
29. Doucet. C. 2011. **le psychologue au service psychiatrie** .El Italie ; Elsevier Masson
30. Lissuss. G et Beutler. H. ,2004. **le Rôle du psychologue**.

Site web :

-[http : www.psychologies.com](http://www.psychologies.com) › Dico Psycho

-[http : www.dictionnaire.education/fr/pedopsychiatri](http://www.dictionnaire.education/fr/pedopsychiatri)

[http :www.psychologie.net](http://www.psychologie.net)

ANNEXES

Annexe 01 :

Guide d'entretien : avec le psychologue

A- Partie de renseignements signalétiques :

Nom et prénom : A. D. (pour garder l'anonymat)

Age :

Sexe :

 M F

Diplôme(s) - et délivré(s) par quelle école/institut/université- :

-

-

-

A- Partie informationnelle

- Veuillez bien nous informer, dans la mesure possible, de votre parcours professionnel ?
- En quoi consiste concrètement le métier du psychologue ?

Axe 2 : Cadre professionnel du psychologue

- Quelle sont les différentes tâches que vous pouvez prendre en charge ?
- Avez-vous les moyens nécessaires pour assurer l'ensemble des prises en charge psychologiques ?
- Pourriez-vous nous parler du cadre d'accueil des patients?

Axe 3 : Le travail psychologique sous le régime psychiatrique civil

- Pourriez-vous nous parler du statut de psychologue au sein de ce Centre ?
- Quelle sont les critères exigés pour être psychologue au sein de ce service ?
- Est-ce que le service psychiatrique vous offre les moyens nécessaires qui permettent d'améliorer vos capacités ?

Axe 3 : Intégration et adaptation

- Quelle est l'image que procure le service psychologique ainsi que le psychologue au niveau du Centre ?
- Y a-t-il une bonne intégration au sein de ce service ? Selon vous, quelles sont les différentes qualités et prédispositions que doit avoir le psychologue pour bien s'intégrer au sein du service ?
- Comment sentiez-vous dans ce service ?
- Quelle sont les normes et les limites qui encadrent le psychologue au sein de ce service ?

Axe 4 ; Complémentaire et contribution

- Quelle sont les points communs entre le cadre psychologique et psychiatrique de ce centre ?
- Pour plus de fiabilité du diagnostic, y a-t-il une complémentarité de la part d'un autre psychologue avant la prise en charge psychiatrique ?
- Elle consiste en quoi la complémentarité entre votre travail et celui de psychiatre ?
- Quelles sont les difficultés taboues que vous rencontrez au cours de votre travail ?
- Est-ce qu'il y a des difficultés externes qui influencent vos rendements au sein de ce service ?
- Est-ce que on peut avoir un diagnostic psychologique différent que le diagnostic psychiatrique pour le même patient ?
 - Si oui : Comment pouvez-vous avec l'équipe élaborer un diagnostic équilibré pour ce type de patients ?
- Que suggérez-vous, comme propositions, pour l'amélioration de ce centre en termes de prise en charge ?

Axe 5 : Cas, maladies, et mode de prise en charge

- Quelle sont les cas les plus fréquents au sein de ce service?
- Quelles sont les méthodes et les techniques utilisées par le psychologue auprès des patients ?
- Comment se déroule l'activité d'écoute et d'interprétation auprès des patients ?
- Quel est l'approche qui vous facilite la tâche de diagnostiquer vos patients ?
- Quelles sont les différents intervenants lors de la prise en charge des patients ?
- Est-ce que vous avez déjà diagnostiqué des cas délicats ? et quelle était votre réaction ?

Pour finir

- A votre avis, quelles sont les différentes qualités que doit avoir un étudiant pour être psychologue ?
- Auriez-vous des conseils à donner qui peuvent nous aider pour notre recherche ?

Nous tenons à vous remercier infiniment pour votre contribution, en s'excusant également d'avoir pris beaucoup de votre temps, et sachez que l'ensemble des informations que vous nous avez communiquées seront utilisées que pour des fins scientifiques, en gardant l'anonymat, pour ainsi servir la communauté scientifique et étudiante. Encore une autre fois, merci et respect à vous.

Décret exécutif n° 09-240 du 29 Rajab 1430 correspondant au 22 juillet 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des psychologues de santé publique.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 3 et 11 ;

Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;

Vu le décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n° 09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991, modifié, portant statut particulier des psychologues ;

Après approbation du Président de la République ;

Décète :

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Chapitre Ier

Champ d'application

Article 1er. — En application des dispositions des articles 3 et 11 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps des psychologues de santé publique et de fixer les conditions d'accès aux divers grades et emplois correspondants.

Art. 2. — Les fonctionnaires appartenant aux corps des psychologues de santé publique, régis par le présent statut particulier, sont en activité au sein des établissements publics relevant du ministère chargé de la santé.

Ils peuvent, à titre exceptionnel, être en activité auprès de l'administration centrale.

Ils peuvent, également, être placés en position d'activité auprès des établissements publics ayant des activités similaires à celles des établissements prévus à l'alinéa 1er ci-dessus et relevant d'autres ministères.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique fixera la liste des corps et grades concernés ainsi que les effectifs par établissement.

Chapitre 2

Droits et obligations

Art. 3. — Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont soumis aux droits et obligations prévus par l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée.

Ils sont, en outre, assujettis au règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils exercent.

Art. 4. — Les psychologues de santé publique sont astreints, dans le cadre des missions qui leur sont dévolues :

- à une disponibilité permanente ;
- aux gardes réglementaires au sein des établissements de santé.

Art. 5. — Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les psychologues de santé publique bénéficient :

- du transport lorsqu'ils sont astreints à une garde ou un travail de nuit et de l'habillement selon des conditions déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances ;

- de la restauration gratuite pour le personnel de garde ;

- d'une couverture médicale préventive dans le cadre de la médecine du travail ;

- d'une protection à l'occasion et durant l'exercice de leurs fonctions. A cet effet, ils bénéficient du concours des autorités concernées.

Chapitre 3

Recrutement, stage, titularisation, promotion et avancement

Section 1

Recrutement et promotion

Art. 6. — Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont recrutés et promus selon les conditions et les proportions prévues par le présent décret.

Les proportions applicables aux différents modes de promotion peuvent être modifiées, sur proposition de l'autorité ayant pouvoir de nomination, après avis de la commission administrative paritaire compétente, par décision de l'autorité chargée de la fonction publique.

Toutefois, ces modifications ne doivent pas excéder la moitié des taux fixés pour les modes de promotion par voie d'examen professionnel et d'inscription sur liste d'aptitude, sans que ces taux ne dépassent le plafond de 50% des postes à pourvoir.

Section 2

Stage, titularisation et avancement

Art. 7. — En application des dispositions des articles 83 et 84 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les candidats recrutés dans les corps et grades régis par le présent statut particulier sont nommés en qualité de stagiaire par arrêté ou décision, selon le cas, de l'autorité ayant pouvoir de nomination. Ils sont astreints à l'accomplissement d'un stage probatoire d'une durée d'une année.

Art. 8. — A l'issue de la période de stage, les stagiaires sont soit titularisés, soit astreints à une prorogation de stage une seule fois pour la même durée, soit licenciés sans préavis ni indemnité.

Art. 9. — Les rythmes d'avancement applicables aux fonctionnaires appartenant aux grades relevant des corps des psychologues de santé publique sont fixés selon les trois (3) durées prévues à l'article 11 du décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

Chapitre 4

Positions statutaires

Art. 10. — En application des dispositions de l'article 127 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les proportions maximales des fonctionnaires régis par le présent statut particulier susceptibles d'être placés, sur leur demande, dans une position statutaire de détachement, de mise en disponibilité ou de hors cadre, sont fixées pour chaque corps et pour chaque établissement public comme suit :

- détachement : 10% ;
- mise en disponibilité : 10% ;
- hors cadre : 5%.

Chapitre 5

Evaluation

Art. 11. — Outre les critères prévus aux dispositions de l'article 99 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les psychologues de santé publique sont évalués sur les résultats liés :

- à la réalisation des objectifs ;
- à l'esprit d'initiative ;
- aux travaux de recherche, publications et communications à caractère scientifique ;
- au dossier administratif dans son volet disciplinaire.

Chapitre 6

Dispositions générales d'intégration

Art. 12 — Les fonctionnaires appartenant aux corps et grades prévus par le décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991, susvisé, sont intégrés, titularisés et reclassés, à la date d'effet du présent décret, dans les corps et grades correspondants prévus par le présent statut particulier.

Art. 13 — Les fonctionnaires cités à l'article 12 ci-dessus sont rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détiennent dans leur grade d'origine. Le reliquat d'ancienneté acquis dans le grade d'origine est pris en compte pour l'avancement dans le grade d'accueil.

Art. 14 — Les stagiaires nommés antérieurement au 1er janvier 2008 sont intégrés en qualité de stagiaire et titularisés après accomplissement de la période d'essai prévue par le décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991, susvisé.

Art. 15 — A titre transitoire et pendant une durée de cinq (5) années à compter de la date d'effet du présent décret, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou la nomination dans un poste supérieur, des fonctionnaires intégrés dans des grades autres que ceux correspondant aux grades précédemment créés par le décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991, susvisé, est appréciée cumulativement au titre du grade d'origine et du grade d'intégration.

TITRE II

NOMENCLATURE DES CORPS

Art. 16 — La nomenclature des corps spécifiques des psychologues de santé publique comprend :

- le corps des psychologues cliniciens de santé publique ;
- le corps des psychologues orthophonistes de santé publique.

Chapitre 1er

Dispositions applicables au corps des psychologues cliniciens de santé publique

Art. 17. — Le corps des psychologues cliniciens de santé publique comprend trois (3) grades :

- le grade de psychologue clinicien de santé publique ;
- le grade de psychologue clinicien principal de santé publique ;
- le grade de psychologue clinicien major de santé publique.

Section 1

Définition des tâches

Art. 18. — Les psychologues cliniciens de santé publique sont chargés, notamment :

- de concevoir les méthodes et mettre en œuvre les moyens et techniques correspondant à leur qualification dans le domaine de leurs compétences ;

- de contribuer à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborer à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs, notamment en ce qui concerne les examens, bilans, diagnostics et pronostics psychologiques ;

- de participer aux actions de formation et à l'encadrement des étudiants et des professionnels de la santé dans les domaines de leurs compétences.

Art. 19. — Outre les tâches dévolues aux psychologues cliniciens de santé publique, les psychologues cliniciens principaux de santé publique sont chargés d'assurer l'encadrement technique des activités des psychologues cliniciens affectés dans un ensemble de structures de santé.

A ce titre, ils sont chargés, notamment :

- de réaliser des techniques psychothérapeutiques spécialisées ;

- de faire de l'expertise psychologique ;

- d'analyser les rapports et les interactions entre les équipes ;

- de participer à l'évaluation et à la recherche dans les domaines de leurs compétences.

Art. 20. — Outre les tâches dévolues aux psychologues cliniciens principaux de santé publique, les psychologues cliniciens majors de santé publique sont chargés, notamment :

- de diriger des travaux de recherche et procéder à des enquêtes dans les domaines de leurs compétences ;

- d'identifier les nouveaux besoins psychologiques des patients ;

- d'étudier et proposer toute mesure susceptible d'améliorer la santé psychologique des patients ;

- d'étudier, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité.

Section 2

Conditions de recrutement et de promotion

Art. 21. — Sont recrutés en qualité de psychologue clinicien de santé publique, par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'une licence en psychologie, option clinique ou d'un titre reconnu équivalent.

Art. 22. — Sont recrutés ou promus en qualité de psychologue clinicien principal de santé publique :

— par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un magistère dans la spécialité ou d'un titre reconnu équivalent ;

— par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les psychologues cliniciens de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

— au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les psychologues cliniciens de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Art. 23. — Sont promus, sur titre, en qualité de psychologue clinicien principal de santé publique, les psychologues cliniciens de santé publique ayant obtenu, après leur recrutement, le magistère dans la spécialité ou un titre reconnu équivalent.

Art. 24. — Sont promus, en qualité de psychologue clinicien major de santé publique :

— par voie d'examen professionnel, les psychologues cliniciens principaux de santé publique justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;

— au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les psychologues cliniciens principaux de santé publique justifiant de (10) années de service effectif en cette qualité.

Section 3

Dispositions transitoires d'intégration

Art. 25. — Sont intégrés dans le grade de psychologue clinicien de santé publique, les psychologues cliniciens de santé publique titulaires et stagiaires.

Art. 26. — Sont intégrés dans le grade de psychologue clinicien principal de santé publique, les psychologues cliniciens principaux de santé publique titulaires et stagiaires.

Art. 27. — Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés dans le grade de psychologue clinicien major de santé publique, les psychologues cliniciens principaux de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Chapitre 2

Dispositions applicables au corps des psychologues orthophonistes de santé publique

Art. 28. — Le corps des psychologues orthophonistes de santé publique comprend trois (3) grades :

— le grade de psychologue orthophoniste de santé publique ;

— le grade de psychologue orthophoniste principal de santé publique ;

— le grade de psychologue orthophoniste major de santé publique.

Section 1

Définition des tâches

Art. 29. — Les psychologues orthophonistes de santé publique sont chargés, notamment :

— d'assurer des activités curatives des anomalies de l'expression orale ou écrite ;

— d'assurer la rééducation de la voix et du langage ;

— d'assurer la rééducation liée aux pathologies oto-rhino-laryngologiques et celle liée aux pathologies neurologiques ;

— de participer aux actions de formation et à l'encadrement des étudiants et des professionnels de la santé dans les domaines de leurs compétences.

Art. 30. — Outre les tâches dévolues aux psychologues orthophonistes de santé publique, les psychologues orthophonistes principaux de santé publique sont chargés d'assurer l'encadrement technique des activités des psychologues orthophonistes affectés dans un ensemble de structures de santé.

A ce titre, ils sont chargés, notamment :

— de réaliser des techniques de prise en charge psycho-orthophonique spécialisée ;

— de faire des expertises psycho-orthophoniques ;

— d'assurer la thérapie de groupe, la guidance parentale ainsi que le travail institutionnel par la technique et la rééducation de la voix et du langage ;

— de participer à l'évaluation et à la recherche dans les domaines de leurs compétences.

Art. 31. — Outre les tâches dévolues aux psychologues orthophonistes principaux de santé publique, les psychologues orthophonistes majors de santé publique sont chargés, notamment :

— de diriger des travaux de recherche et procéder à des enquêtes dans les domaines de leurs compétences ;

— d'identifier les nouveaux besoins en matière de psychologie orthophonique ;

— d'étudier et proposer toute mesure susceptible d'améliorer la santé psychologique des patients.

Section 2

Conditions de recrutement et de promotion

Art. 32. — Sont recrutés en qualité de psychologue orthophoniste de santé publique, par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'une licence de psychologie, option orthophonie ou d'un titre reconnu équivalent.

Art. 33. — Sont recrutés ou promus en qualité de psychologue orthophoniste principal de santé publique :

— par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un magistère dans la spécialité ou d'un titre reconnu équivalent ;

— par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les psychologues orthophonistes de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

— au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les psychologues orthophonistes de santé publique justifiant de (10) années de service effectif en cette qualité.

Art. 34. — Sont promus, sur titre, en qualité de psychologue orthophoniste principal de santé publique, les psychologues orthophonistes de santé publique ayant obtenu, après leur recrutement, le magistère dans la spécialité ou un titre reconnu équivalent.

Art. 35. — Sont promus en qualité de psychologue orthophoniste major de santé publique :

— par voie d'examen professionnel, les psychologues orthophonistes principaux de santé publique justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité.

— au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les psychologues orthophonistes principaux de santé publique justifiant de (10) années de service effectif en cette qualité.

Section 3

Dispositions transitoires d'intégration

Art. 36. — Sont intégrés dans le grade de psychologue orthophoniste de santé publique, les psychologues orthophonistes de santé publique titulaires et stagiaires.

Art. 37. — Sont intégrés dans le grade de psychologue orthophoniste principal de santé publique, les psychologues orthophonistes principaux de santé publique titulaires et stagiaires.

Art. 38. — Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés dans le grade de psychologue orthophoniste major de santé publique, les psychologues orthophonistes principaux de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

TITRE III

DISPOSITIONS APPLICABLES AU POSTE SUPERIEUR RELEVANT DES CORPS DES PSYCHOLOGUES DE SANTE PUBLIQUE

Art. 39. — En application des dispositions de l'article 11 (alinéa 1er) de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, il est créé le poste supérieur de psychologue coordinateur de santé publique.

Art. 40. — Le nombre de postes supérieurs prévu à l'article 39 ci-dessus est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Section 1

Définition des tâches

Art. 41. — Le psychologue coordinateur de santé publique est chargé :

— de coordonner et d'encadrer une équipe de psychologues de santé publique ;

— d'organiser le travail d'équipe ;

— de veiller à la discipline dans l'exercice de la profession ;

— d'assurer la liaison avec le personnel médical, paramédical et administratif ;

— d'évaluer les activités des psychologues de santé publique ;

— d'étudier et proposer toute mesure tendant à améliorer la qualité des prestations.

Section 2

Conditions de nomination

Art. 42. — Les psychologues coordinateurs de santé publique sont nommés parmi :

— les psychologues cliniciens principaux et les psychologues orthophonistes principaux de santé publique, au moins, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;

— les psychologues cliniciens et les psychologues orthophonistes de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

TITRE IV

CLASSIFICATION DES GRADES ET BONIFICATION INDICIAIRE DU POSTE SUPERIEUR

Chapitre 1

Classification des grades

Art. 43. — En application des dispositions de l'article 118 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant des corps des psychologues de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	CLASSIFICATION	
		Catégorie	Indice minimal
Psychologues cliniciens de santé publique	Psychologue clinicien de santé publique	12	537
	Psychologue clinicien principal de santé publique	14	621
	Psychologue clinicien major de santé publique	16	713
Psychologues orthophonistes de santé publique	Psychologue orthophoniste de santé publique	12	537
	Psychologue orthophoniste principal de santé publique	14	621
	Psychologue orthophoniste major de santé publique	16	713

Chapitre 2

Bonification indiciaire du poste supérieur

Art. 44. — En application des dispositions de l'article 3 du décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, la bonification indiciaire du poste supérieur relevant des corps des psychologues de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

POSTE SUPERIEUR	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Bonification
Psychologue coordinateur de santé publique	8	195

TITRE V

DISPOSITIONS FINALES

Art. 45. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires à celles du présent décret, notamment le décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991, modifié, portant statut particulier des psychologues.

Art. 46. — Le présent décret prend effet à compter du 1er janvier 2008.

Art. 47. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 29 Rajab 1430 correspondant au 22 juillet 2009.

Ahmed OUYAHIA.