

# Interview d'Alain Létuvé

Propos recueillis par Gladys MONDIÈRE

## ■ Quel est le nombre des psychologues en France ?

Le plan d'action Psychiatrie / Santé mentale du 22 avril dernier compte « 35 000 psychologues ou psychanalystes (!) » exerçant en psychiatrie !! Cependant, c'est une estimation exubérante puisque c'est tous champs d'exercice confondus (éducation nationale, fonction publique territoriale, justice, travail, libéral...). Le nombre de nouveaux diplômés par an est estimé à environ 2 500.

## ■ Pourquoi une réorganisation des études ?

D'abord cette organisation est de fait nécessaire par l'harmonisation européenne (cursus LMD<sup>1</sup> ou 3, 5, 8), ce qui rend obsolète le texte de 96 fixant les champs des DESS indiqués pour le recrutement dans la fonction publique hospitalière.

Ensuite, les organisations professionnelles (en France et à l'échelle européenne par la Fédération Européenne des Associations de Psychologues) s'accordent pour aller vers un cursus de six années dont la dernière de professionnalisation. Enfin, il faut parler, actualité oblige, des divers rapports (impulsés directement ou non par la médecine universitaire...) réclamant une réorganisation cotutelle santé, médecine / psychologie des études réputées « insuffisantes et trop théoriques ».

La première formulation du « projet » du plan santé mentale évoqué précédemment a mis le feu aux poudres puisqu'il avançait la « proposition de la création d'un cadre universitaire » « professions de santé » avec cotutelle Education Nationale / Ministère de la santé au sein duquel un Master de psychologie clinique pourrait être créé». Heureusement, cette perspective (« master de psychologie clinique et thérapeutique ») est renvoyée à une « réflexion » à mener en concertation et abandonnant ce nouveau cadre « profession de santé ».

Cette tentative de « médicalisation » de notre cursus n'est pas étrangère aux grandes manœuvres actuelles concernant l'exercice de la psychothérapie !...

## ■ Psychologie et psychothérapie, où en sommes-nous ?

L'adoption récente (loi du 9 août 2004) de l'article 52 qui vise à réglementer le titre de psychothérapeute a largement fait convulser le landerneau de la « psy ». La bataille autour des décrets d'application est aujourd'hui âpre.

Deux rapports récents sont significatifs : le rapport Pichot-Allilaire sur « la pratique de la psychothérapie » adopté par l'Académie de médecine le 1<sup>er</sup> juillet 2003 et le rapport P.Cressard adopté par le Conseil National de l'ordre le 2 juillet 2004 sur « la réglementation du titre de psychologue ».

La tentative corporatiste est claire : affirmer que la psychothérapie est du côté du soin, donc de la médecine, et que si elle peut être exercée par des psychologues (progrès !), c'est à condition d'être prescrite et évaluée par le médecin (régression ramenant la psychothérapie à une technique de la psyché au même plan qu'un traitement médicamenteux !).

Quoiqu'il en soit, pour nous, la psychothérapie est une modalité particulière (cadre) du soin, de l'accompagnement, du suivi psychologique effectué par le psychologue qui, pour cela, a reçu une formation complémentaire au cursus de base...

Ces questions, au regard de la nouvelle loi, restent ouvertes notamment quant aux obligations de son dernier alinéa (niveau de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique requis pour tous les impétrants à l'usage du titre).

## ■ Où en est cette histoire, souvent passionnelle, entre Psychiatrie et Psychologie ?

Les « Etats généraux de la Psychiatrie » de juin 2003 que

nous avons organisés tous corps professionnels associés (et qui se prolongent aujourd'hui dans le « Mouvement pour la Psychiatrie ») peuvent éclairer à plusieurs titres cette question.

Ce vaste cri d'alarme d'essence éthique manifeste la gravité de la crise qui traverse le champ, toutes sous-disciplines confondues. Au cœur du manifeste, la volonté d'aller vers une clinique du sujet et non d'accepter les dérives objectivantes de standardisation impulsées par l'union des impératifs gestionnaires et de l'attrait du « scientisme ».

Ces notions refusent d'abord les confusions mutuellement ravageantes et différencient en les articulant les couples Psychiatrie / Santé mentale (aboutissant sinon aux risques de contamination et de perte de l'objet et donc du sens de la psychiatrie), « Psychiatre » versant discipline médicale à part entière et « dispositif spécifique » pluridisciplinaire...

A partir de là, la « crise » de la Psychiatrie est analysable dans ses deux dimensions. Côté discipline, elle est traversée par la mutation actuelle de toute la médecine qui passe, au fil des impératifs et des nouveaux paradigmes qui la déterminent, du curatif à la priorité de la prévention, du soin de la personne à la gestion populationnelle etc. (cf. les travaux d'Anne Golse). Côté dispositif, accroissement des demandes et restriction des moyens (humains notamment) quantitativement ou qualitativement par une recherche de moindre qualification généralisée notamment).

L'ensemble de ces éléments mettent en cause les valeurs, les repères professionnels et clivent les corps (caricaturalement entre les « humanistes » anciens et les « scientifiques » progressistes...) Tout cela aboutit donc « naturellement » au vacillement des identités professionnelles entraînant des durcissements et replis corporatistes de part et d'autre... et avec les enjeux de « pouvoirs »

Alain LÉTUVÉ

Docteur en Psychologie,  
CH du Rouvray, Sotteville

<sup>1</sup>LMD Licence - Master - Doctorat

## Interview d'Alain Létuvé (suite)

qui vont avec, sur le terrain ou par les rapports...

■ **Les psychologues sont régulièrement alertés contre des tentatives de para médicalisation de leur pratique et de leur formation, est-ce seulement lié à ce que vous avancez ?**

Oui et non, mais d'abord, une remarque : ces tentatives évoquées plus haut (Piel-Roelandt, Pichot-Allilaire, Berland, Cresnard, Cléry-Melin etc.) ne sont

d'abord pas de nature identique et elles viennent à chaque fois de la psychiatrie et non de la MCO<sup>2</sup>. En effet, avec les disciplines « somatiques », il n'y a pas de recouvrement de champs de compétences ou de références, alors il y a complémentarité. En Psychiatrie, la confusion « Psychiatrie / Santé mentale » n'a fait qu'exacerber les choses.

Non, car un élément supplémentaire est à prendre en compte : notre société, faute de repères, induit une médicalisation généralisée de tous les sec-

teurs de l'activité humaine. De surcroît, en France, l'institution médicale est placée en délégation de gestion des coûts de la « santé » (contrôle, régulation...). Il y a donc comme pente « naturelle » à « médicaliser » la prise en compte de la dimension psychique... bien au-delà de la « maladie mentale », le cerveau étant un organe comme un autre !... L'affaire devient alors politique. ■

<sup>2</sup> MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

### Le coin du clinicien

## Faut-il faciliter les retrouvailles entre les personnes en errance et leurs proches ?

L'errance se distingue du voyage en ce qu'elle ne vise pas à se rendre quelque part : il n'y a ni billet aller, ni billet retour, mais un investissement de la marche et des points de halte. Ce n'est pas non plus un pèlerinage, ni un comportement initiatique comme pour les routards.

La clinique de l'errance, telle que nous l'avons notamment approchée dans une recherche avec Valérie Colin<sup>1</sup>, suggère que l'errance est une relation paradoxale qui fuit géographiquement le réel des corps, mais qui garde pourtant une relation très vive avec tel ou telle, dans la psyché, non oubliée. La haine alléguée est parfois le moteur de la fuite mais pas nécessairement.

Assez souvent les personnes en errance décident de revoir les personnes qu'elles fuient, qu'il s'agisse de leur famille d'origine, d'ex-conjoints, de leurs enfants... Mais, d'après l'expérience, tout va mieux lorsque l'idéal des retrouvailles reste... un idéal, non confronté à l'épreuve de réalité d'une rencontre en chair et en os, laquelle déclenche presque toujours des événements sérieux : retour immédiat dans la grande exclusion (s'il y avait halte apaisée quelque part),

décompensation psychiatrique (souvent avec violence), ou complications somatiques diverses pouvant aller jusqu'au décès juste avant la rencontre.

Le rôle des accompagnants n'est certes pas de disqualifier un tel désir de retrouvailles qui, en tant que désir, est porteur de vie. L'erreur serait plutôt de travailler à concrétiser précipitamment une rencontre effective en tant qu'épreuve de réalité non viable. Le désir de retrouvailles est comme un rêve éveillé rendu pensable grâce à l'aide de tiers ; par exemple, des discussions téléphoniques avec la famille à distance, devant l'accompagnant témoin qui, lui ou elle, ne doit pas rêver. S'ils parlent au téléphone, les êtres séparés le font comme s'ils s'étaient quittés la veille, comme s'il n'y avait plus de temporalité ; à ce moment, il est tout simplement impossible de se revoir en présence, dans un espace temps qui ne soit plus celui du rêve facilité par un tiers. Les liens à distance ne sont pas à disqualifier pour autant.

A la mort du sujet errant, s'il y a des rituels de deuil et qu'ils soient bien faits, familles et être aimés reviennent souvent, à ce moment, contribuant à la constitution de la communauté des

vivants et des morts où chacun est désormais à sa place, plus ou moins en paix.

Il est possible que des retrouvailles en chair et en os puissent se produire dans de bonnes conditions, mais il y faut beaucoup de temps, souvent des années, et un accompagnement qui permette un travail relationnel d'approche et de substitution (par les aidants) : ceux-ci permettent une relation privilégiée, le temps nécessaire, sans rentrer pour de vrai dans un fantasme d'adoption qu'il s'agirait de réaliser dans la relation d'aide.

La gravité de l'errance, et des impossibilités dont elle s'accompagne, tient au fait que l'on se trouve dans des logiques de survie ou de survivance, dont nous avons notamment décrit les effets dans le syndrome d'auto-exclusion<sup>2</sup>.

Enfin, si nous avons plutôt évoqué la situation de personnes en grande précarité sociale, il est des errances atypiques, sans exclusion explicite, mais qui obéissent aux mêmes logiques et produisent des effets de même nature en ce qui concerne la fuite des liens de la filiation instituée. ■

**Jean FURTOS**  
*Psychiatre, Bron*

#### Bibliographie

<sup>1</sup> *Accompagner jusqu'au bout*, nov. 2002, in rapport FNARS/ORSPERE.

<sup>2</sup> Furtos Jean, sept. 2002, *Le syndrome d'auto-exclusion*, in Rhizome n° 9, p. 15.