



DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU
Présenté et soutenu publiquement
Le 7 novembre 2019
Par Sandrine THONNERIEUX

LE PSYCHOLOGUE DE COULOIR

Mise en lumière d'une pratique clinique habituelle

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

"Bien sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus.

Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards.

Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre.

Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde"

Antoine de Saint Exupéry

Le petit prince



REMERCIEMENTS

Merci aux enseignants du DIU pour leur accompagnement

Merci à l'ensemble de la promotion,
au groupe si contenant, soutenant et bienveillant

Merci au Centre Hospitalier de Gaillac de m'avoir permis de vivre ce moment
et pour permettre d'utiliser mes connaissances pour les soignants

Merci à mes collègues, mes consoeurs d'avoir participé à ce mémoire

Et un grand Merci aux professionnels soignants qui ont témoigné pour ce mémoire
mais également ceux qui me font confiance tous les jours dans le couloir

SOMMAIRE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p. 5
RESUME	p. 6
INTRODUCTION	p. 7
OBJECTIF	p. 9
METHODE	p. 10
RESULTATS	p. 11
<i>Une pratique régulière et homogène</i>	
<i>Un sentiment d'être réellement écouté</i>	
<i>Une disponibilité essentielle</i>	
<i>Un besoin de construction d'un cadre pour aller plus loin</i>	
DISCUSSION	p. 16
Du psychologue dans le couloir au psychologue de couloir	
<i>La fonction de débarras : le dépôt</i>	
<i>La fonction d'objet transitionnel</i>	
<i>La notion de décharge et de contenance</i>	
<i>Le couloir vu comme un Insterstice</i>	
<i>La pratique interstitielle</i>	
Reconnaissance d'une pratique clinique comme les autres	
<i>De la personne débarras à l'espace débarras</i>	
<i>Une ébauche de cadre possible pour la pratique interstitielle</i>	
CONCLUSION	p. 27
ANNEXES	p. 29

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Bouchilloux H., Camard J., Foucard C., Gruau R., Jean D. et collaborateur, Place et rôle des psychologues en établissements de santé, Module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2013.
2. Polomeni A. La question du sens au travail en institution hospitalière. Rev. Psycho-Oncologie. 2015 ; 9 : 19-25.
3. Fustier P. L'intersticiel et la fabrique de l'équipe. Nouvelle revue de psychocociologie. 2012/2. 14 : 85-96
4. Roussillon R. Espaces et pratiques insitutionnelles. Le débarras et l'interstice. In L'institution et les institutions. Paris : Dunod ; 2012 ; 157-176.
5. Rogers Carl R. Le développement de la personne. Paris: Dunod; 1988.
6. Daval R. Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche. 2008/2 ; 8 : 5-20.
7. Winnicott D.W. Jeu et réalité. Gallimard. NRF. Paris. 1975

RESUME :

Le psychologue en institution a de nombreuses missions. Nous souhaitons mettre en lumière une pratique singulière et « officieuse » : la pratique de couloir.

Nous savions qu'il s'y passait quelque chose d'intéressant, d'accessible. L'envie d'en savoir plus et d'analyser cette pratique au regard d'approches cliniques différentes nous a poussé à créer ce mémoire.

Quelques entretiens avec des psychologues et des soignants se croisant dans le couloir nous ont permis d'illustrer ce qu'est le psychologue de couloir. Ce fut notre point de départ pour aller chercher dans la littérature les auteurs pouvant éclairer cette pratique, comprendre le cadre dans lequel elle s'exerce pour mieux la faire connaître, notamment dans le champs du bien être au travail.

Nous avons repris les concepts d'Interstice de René Roussillon, d'espace et d'objets transitionnels de D. Winnicott.

Les travaux de Mr René Roussillon et de ceux qui ont repris cette notion nous éclaire sur le cadre qui existe pour cette pratique ainsi que sa fonction de dépôt permettant de gérer les angoisses groupales. Il nomme le couloir "l'interstice", un lieu d'échanges allant de la banalité à des sujets en lien direct avec le travail, un espace privilégié, de rassemblement.

Nous avons pu montrer son importance dans les institutions. Le psychologue peut alors être perçu comme un « conteneur » de tensions, occupant tour à tour la fonction de débarras, d'étayage, d'objet transitionnel, d'espace contenant.

Il est alors aussi question de reconnaissance du psychologue dans la dynamique d'une équipe : un liant qui fait que le système fonctionne.

L'établissement de façon informelle a conscience de la fonction contenante du psychologue.

La liberté d'utiliser cet espace simple, identifié de tous où la rencontre est fortuite, sans s'en rendre compte, est une approche rare dans un monde où tout est codifié, tout est rentabilisé.

Notre discussion aboutira à une ébauche de cadre qui pourrait être commun aux psychologues de couloirs - et nous sommes nombreux! - pour mieux l'identifier et promouvoir cette place dans le cadre du bien être des soignants au travail.

Il pourrait s'agir d'aller plus loin pour repenser les approches de la psychologie du travail vers la psychologie du soignant et pourquoi pas un psychologue dédié aux interstices institutionnelles.

Ce travail pourrait n'être qu'une introduction à un travail de recherche plus poussé en se requestionnant sur son utilité en l'état ou sur le développement de services pluri-professionnels de santé au travail en créant un cadre de la pratique clinique du psychologue prenant en compte ce besoin d'être au plus près des soignants dans la même dynamique que le petit prince d'A. De Saint Exupéry a auprès du renard avec la célèbre phrase "Apprivoise moi".

INTRODUCTION :

Le psychologue clinicien a de nombreuses missions : soutien auprès des patients/résidents, soutien de l'entourage familial et professionnel, fonction de cadre dans les institutions au niveau des projets d'établissement, des évaluations internes et externes. Il peut également être référent : du projet de chaque patient/résident, de la qualité, de la prise en charge globale de la souffrance psychique, etc. Il organise des informations et des formations auprès des équipes soignantes dans le cadre de l'amélioration des pratiques...

Au cours du DIU, lors des échanges, il est apparu une autre fonction du psychologue, une fonction non notée sur les fiches de poste mais semblant intéressante à mettre en lumière au cours de cette formation : la pratique de couloir du psychologue.

En effet, régulièrement, dans les couloirs, dans la salle de repos, avant les transmissions, à la photocopieuse, le psychologue est interpellé par les professionnels sur divers sujets tant personnels que professionnels :

« Je dois aller voir un psychologue pour ma fille, elle a des difficultés à l'école, vers qui je dois aller ? »

« ma petite fille qui a 3 ans mord ses camarades à l'école, c'est grave ? »

« il paraît que la cuisine va être externalisée ! Tu en sais quelques chose ? »

« tu sais D. va pas bien du tout, il est maltraitant, un groupe de collègues est même allé se plaindre à la cadre ; je t'en parle mais ne le dis à personne » « entre deux kinés de mon équipe c'est la guerre, ils se sont très mal parlés ce matin, t'as une idée pour calmer tout ça, faut-il que je les reçoive tout de suite ou que j'attende un peu »

« j'ai un cancer et je ne veux pas que ça se sache ; j'ai besoin de te parler » ...

Ce mémoire part donc de l'interrogation d'une psychologue lors du DIU : « Suis-je la seule à être interpellée de la sorte ? » « Pourquoi ? Quel est son intérêt pour un soignant ? »

Des entretiens ont été passés pour illustrer cette expérience personnelle.

Ainsi, ce travail interroge ce qu'il se passe dans les lieux de passage lorsque le psychologue y est présent et quel est l'intérêt de cette pratique pour le bien être soignant voire institutionnel.

Pour plus de précision, nous n'aborderons pas là les temps conversationnels entre soignants et psychologue sur la météo du jour, les enfants et la rentrée scolaire, le dernier film vu ou livre lu,... Encore que, comme le dit Paul Fustier, professeur retraité de psychologie, « il s'échange souvent de grandes banalités dans les interstices, et c'est ce premier point qui fait sens ». « Le discours de banalité est un mécanisme qui se déploie pour empêcher la violence. On peut rester ensemble sans

risques ». Comme l'exprime également, Racamier (1978), les banalités permettent de nous identifier comme de la même « glaise », la reconnaissance d'une similitude de base, un lien primaire dans le groupe.

Ici, nous irons plutôt chercher ce qui fait sens en terme d'approche clinique, du psychologue promenant avec lui ses bagages professionnels dans les couloirs.

En discussion, nous reprendrons différents concepts en dégagant deux fonctions possibles renvoyant au positionnement du psychologue :

- *La fonction de débarras* de René Roussillon
- *et d'objet transitionnel* de Donald Winnicott.

Puis nous essaierons de comprendre la notion d'Interstices, d'espaces interstitiels et de pratique interstitielle de René Roussillon pour mieux identifier le lieu et comment le psychologue peut investir le couloir.

Enfin, nous ébaucherons un cadre général pour nous permettre de parler de cette pratique dans les échanges entre nous et avec les cadres dirigeants.

A titre informatif, il est intéressant de noter que cette pratique « de l'ombre » du psychologue est peu mentionnée dans les articles scientifiques actuels qui sont plutôt centrés sur les approches thérapeutiques comme les TCC (thérapies cognitivo-comportementales) dont le cadre d'application est très précis, très scientifique.

Cependant, nous nous appuyerons sur deux éléments récents concernant la pratique clinique « de base » du psychologue en établissements de soin comme un socle à l'élaboration de ce mémoire.

- Le premier élément se retrouve dans une publication de l'EHESP en 2013 à partir d'une enquête sur « la place et le rôle des psychologues en établissement de santé » qui aborde :
 - le positionnement du psychologue : « *partie intégrante du groupe mais en même temps sa fonction lui permet une prise de distance pour comprendre les enjeux groupaux et institutionnels qui s'y passent. ... le psychologue a un peu le rôle d'un équilibriste, et ce n'est pas toujours évident* ».
 - et le rôle d'appui et de soutien aux équipes : il est notifié le recours du psychologue pour aider à la prise de recul dans des situations critiques et de stress, pour mieux gérer les émotions, « *sa capacité d'écoute, son approche différente qui permet de relativiser* », voire pour un directeur d'établissement, « *une plus grande présence du psychologue dans les*

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

services permettrait de réguler les tensions qui s'intensifient au sein des équipes soignantes, du fait des réductions d'effectifs et de l'usure professionnelle des personnels ».

Ainsi, il semblerait que le psychologue soit identifié comme un acteur indispensable au sein des établissements par rapport à un certain positionnement clinique, ni dedans, ni dehors qui nous mène déjà dans un espace particulier et auprès des soignants.

- Pour le deuxième élément, nous citerons la conclusion d'un article d'Alice Polomeni, psychologue clinicienne, sur l'importance des échanges quotidiens au delà des temps officiels de réflexion et d'analyse de pratiques, d'une présence là encore particulière du psychologue : « il s'agit d'être là, d'habiter ces « espaces intersticiels » introduire des dissonances dans la plainte, « programmer le hasard » pour qu'il y ait rencontre », citant au passage René Roussillon et Jean Oury que nous reprendrons un peu plus tard en discussion.

Le cadre introductif est posé. Une invitation à regarder à travers le trou de la serrure vous est proposée. Mais en regardant cette pratique singulière nous parlerons en fait du psychologue en général.

Mais tout d'abord se pose la question du pourquoi un tel sujet, de la méthode utilisée et des résultats trouvés avant d'en discuter pour aller plus loin.

OBJECTIFS :

L'objectif général de ce mémoire est de comprendre les mécanismes à l'oeuvre dans la pratique de couloir du psychologue.

Pour éclairer cette pratique quotidienne, nous sommes partis de témoignages permettant de répondre à 3 questionnements :

- savoir si le psychologue de couloir existe vraiment en terme de pratique clinique
- analyser ce qu'il s'y passe durant ce temps : « *de quoi parle-t-on et à quoi cela sert-il ?* » et les théories qui s'y réfèrent.
- savoir si cette fonction pourrait être reconnue et développée dans le cadre du bien être des soignants

METHODE :

La méthode est basée sur des entretiens semi directifs ; il s'agit d'une technique qualitative fréquemment utilisée permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour d'un thème défini au préalable et de créer un guide d'entretien. Ce guide (*voir Annexe 1*) permet de savoir si la pratique d'un psychologue peut refléter une pratique plus généralisée, de comprendre les motifs de l'interpellation du psychologue dans le couloir, les apports sur les plans personnels et institutionnels perçus, les qualités du psychologue pour que les soignants se sentent en confiance, la possibilité d'aller consulter à l'extérieur ou au sein de l'institution dans le cadre d'une consultation dédiée auprès du psychologue du travail ou du personnel par exemple. Une dernière question laisse libre court à chaque psychologue pour réfléchir sur la notion de psychologue « itinérant » et à leur créativité quant à une nouvelle approche auprès des soignants.

Deux groupes ont été formés :

- Un groupe de psychologues (9 professionnels travaillant en structures médico-sociales à temps partiel et temps complet) : pour des questions logistiques, 6 entretiens se sont faits par téléphone après avoir envoyé par mail le guide d'entretien, 3 ont été menés en présentiel.
- Un groupe de soignants (2 aides soignantes) ayant bénéficié à plusieurs reprises de cet espace ont accepté une rencontre en présentiel pour parler de ces moments.

Les résultats sont traités selon une analyse sémantique des verbatims permettant d'extraire de l'ensemble des réponses des thématiques principales (*Annexe 2 : Nuages de mots*), de mieux comprendre ce qui se joue dans le couloir et de commencer de relier cette pratique à une élaboration théorique.

L'ensemble des interviewés ont apprécié cette méthode ; ils ont exprimé avoir pu parler librement tout en étant orientés sur le thème. Les réponses ont été notées en direct par l'intervieweur ; chaque interviewé a pu vérifier que les notes prises reflétaient bien leurs propos, certains ont d'ailleurs apporté des modifications.

Ce format amène des réponses courtes mais ciblées en accord avec la personne qui accepte de témoigner notamment les aides soignantes.

RESULTATS :

Une pratique régulière et homogène

Pour l'ensemble des professionnels interrogés, la pratique de couloir est habituelle, régulière voire reconnue institutionnellement – pour une personne, elle est même notifiée dans l'entretien d'évaluation annuel. Ils sont étonnés pour la plupart de la question, tellement cela leur semble naturel comme démarche. Ils trouvent intéressant de pouvoir en faire un mémoire, qui plus est, dans le cadre d'un DIU sur « Soigner les soignants ».

Ils ont pu du coup réfléchir durant notre entretien aux motifs de « consultation » du psychologue de couloir. Il en ressort que les motifs sont tout autant professionnels que personnels.

- En ce qui concerne les motifs professionnels, nous pouvons cibler deux fonctions essentielles du psychologue :
 - En premier lieu, une fonction d'explication des pathologies « psy » (psychiatriques), de compréhension des mécanismes psychologiques :. Il est intéressant de noter ici que les soignants ne se trompent pas d'interlocuteurs lorsqu'ils interpellent ce professionnel. Le rôle de personne ressource est très investi et nous retrouvons cela dans une moindre mesure pour la compréhension des comportements des familles et le besoin de discuter des suivis psychologiques.

*« Les professionnels m'interpellent pour mieux comprendre des pathologies surtout psychiatriques »
« les plaintes des professionnels tournent autour des résidents dits difficiles à gérer dans les prises en charge » : « difficiles » renvoyant à des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, de troubles aphasiques, de pathologies démentielles avancées et de situations en soins palliatifs.*

« on m'interpelle pour me demander si j'ai vu telle ou telle personne et si le suivi se fait ; parfois, ils me disent que ce résident va mieux, c'est important »

Cette fonction est en lien direct avec la perception du rôle de soutien et d'écoute attendu du psychologue. Il est intéressant de noter que les soignants interpellent le psychologue malgré les temps de transmissions ou les réunions de synthèse qui apportent déjà un éclairage sur les pathologies. Nous pouvons nous questionner sur le besoin de compréhension des situations par des temps seul à seul avec le psychologue. Est-ce parce que le soignant peut aller plus loin, que la réponse sera plus adaptée à ce que lui vit dans

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

la relation au patient./résident, parce qu'il ne sait pas ou ne peut pas prendre la parole dans le groupe... ?

« certains soignants n'osent pas prendre la parole en transmissions sur les prises en charge, sur leur propre comportement et la répercussion sur le résident »

- En deuxième lieu, une fonction de régulation : le psychologue est régulièrement interpellé pour des situations de gestion de conflits d'équipe, entre soignants et en lien avec les organisations de travail ; la « souffrance au travail » évoquée trouve un lieu de dépôt, notion sur laquelle nous reviendrons plus tard en discussion.

Les problèmes entre collègues reviennent à plusieurs reprises et tout ce qui concerne les problèmes avec la hiérarchie.

Dans les discussions entre psychologues lors des rencontres du Collège Tarnais des psychologues en gérontologie, revient régulièrement la question d'être dépositaire de la souffrance des soignants sans trop savoir quoi en faire, que cette souffrance soit pour des motifs personnels et/ou professionnels.

- Pour les motifs personnels, les demandes sont très variables, en lien avec la famille, notamment de nombreux questionnements autour des enfants/adolescents sans être pour autant dans des pathologies graves ; il s'agit le plus souvent d'inquiétudes de soignants/parents autour des moments clés (acquisition de la propreté, difficultés d'endormissement, la question des jeux vidéos, de l'apprentissage, de l'autorité parentale, de l'impact de la séparation des parents) et parfois un besoin de connaissance des professionnels de la petite enfance (psychologue spécialisé, psychomotricien, orthophoniste) lorsqu'il y a une nécessité de bilans et d'accompagnement de leur enfant...

La question du couple est également posée lors des séparations, les divorces.

Les maladies touchant les soignants, leur statut d'aidant familial auprès de leur parent vieillissant sont des sujets régulièrement abordés avec une intensité émotionnelle très forte, tellement forte que cela peut amener à un rendez-vous dans le bureau de la psychologue.

Ces premiers résultats confirment bien que le psychologue exerce sa pratique dans le couloir, qu'il se met à la disposition des professionnels, dans l'ici et maintenant.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Un sentiment d'être réellement écouté

Il est à noter que le psychologue, quel que soit le lieu de sa pratique, apporte la même compétence : la qualité d'écoute, reprise dans quasiment toutes les interviews. Par contre, il n'apparaît pas la nécessité de « thérapie », juste l'apport de conseils notamment dans le cadre des interrogations sur les enfants/adolescents ou les prises en charge des patients ; de toute façon, le cadre du couloir ne s'y prêterait pas. Les mots « *déversoir* », « *se vider* », « *libération des tensions* », « *évacuation du stress, de l'anxiété* » ont été utilisés pour illustrer ce qui est attendu par les soignants.

Ajoutons également la notion de « présence », reprise lors de l'interview d'une aide-soignante qui exprime que la présence du psychologue apporte du calme dans le service, les échanges verbaux ne se font pas de la même façon, sont plus respectueux.

Il est intéressant de remarquer que le psychologue ne semble donc pas être intrusif, renvoyant ainsi à l'attente institutionnelle notifiée dans les interviews : « *régulation de conflits* », « *souape de sécurité* », « *maintien du lien* ». Il est bien dans un positionnement autant dehors que dedans, et apporte une certaine contenance.

Un professionnel parle du « *besoin de reconnaissance* » : le soignant est également un humain qui « *existe au-delà des soins avec son besoin de relation* », « *d'humanisation dans la routine des soins* ».

Il est aussi évoqué « *le rôle de veille* » du psychologue : il assure une attention particulière, il peut avoir un rôle de protecteur bienveillant, idée que nous retrouvons dans le cadre des qualités nécessaires au psychologue : « *une écoute bienveillante* »

Un interviewé pose une question simple : « A qui d'autre en parler ? » ; effectivement, qui peut se positionner dans le couloir de cette façon !

Une disponibilité essentielle

La fonction du psychologue de couloir ne peut s'appliquer que s'il est disponible : « *au moment où le professionnel en a besoin* »

Cette disponibilité renvoie à différents sens en lexicographie :

- dans le langage commun et en se référant au monde des objets, la disponibilité renvoie au fait de pouvoir être rapidement utilisé, d'être à la disposition de quelqu'un : le psychologue dans le couloir offre cette utilisation rapide, « sans engagement » tout en préservant sa qualité d'écoute, de neutralité et de bienveillance. Il n'est pas un objet comme les autres mais plutôt un « objet transitionnel » !

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Le soignant peut « *déposer ses difficultés sans entreprendre une démarche formelle demandant plus d'engagement dans le temps* ».

- En parlant d'une personne, il s'agit d'une activité de l'esprit - situation intellectuelle de celui qui est disponible, qui n'est pas limité par des choix antérieurs – et d'une tendance renvoyant à la capacité d'éprouver.

Et pour utiliser cette disponibilité dans tous ses aspects, il faut de la « confiance », qui renvoie à la notion de temps. Il faut que le psychologue soit connu, reconnu et que quelque part il ait déjà fait ses preuves !

Sinon : « *Avec ta collègue je ne le ferais pas, elle semble moins accessible.* » « *s'il y avait une nouvelle psy je la regarderais de travers* »

Un besoin de construction d'un cadre pour aller plus loin

L'analyse des résultats montre qu'il existe bien une approche clinique du couloir, avec un besoin d'écoute, de soutien des professionnels soignants pour parler de ses difficultés personnelles et/ou professionnelles, que le psychologue doit se mettre « en disponibilité » en restant lui-même.

Par contre, si nous voulons aller plus loin et si nous interrogeons l'ensemble des interviewés (psychologues et soignants) sur la possibilité d'un lieu adapté pour déposer cette parole, nous perdons alors l'homogénéité des réponses.

Quel(s) lieu(x) ? Quelle pratique ou quelles pratiques ?

- Un psychologue du travail ? des fois cela fonctionne et parfois pas du tout. Qu'il soit présent ou non, le psychologue du couloir est toujours interpellé. Pour les soignants, la démarche est difficile, deux lieux distincts, un, facile d'accès, l'autre plus officiel, avec prise de rendez-vous, que l'on ne connaît pas.
- Psychologue du travail comme si c'était le travail qui devait aller en thérapie ! Du coup, il faut parler travail et uniquement cela ? Quel est son positionnement, tenu au secret professionnel ou lié à l'institution ?
- Et le Psychologue du personnel ? Pour des temps individuels et/ou de groupe ? Pour de la gestion de conflits, de la supervision ?

Bref, trop de questions comme autant de freins alors que dans le couloir cela semble si naturel, si anodin.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Des pistes sont évoquées comme l'importance d'un « projet d'établissement », « d'un projet global de qualité de vie au travail » où le psychologue pourrait être « mis à disposition de plusieurs structures », avec « un rôle de médiateur », « une équipe mobile ».

La pratique du couloir pourrait ainsi nous éclairer sur une pratique plus globale pour le bien être des soignants dans leur milieu de travail.

Nous allons essayer de comprendre les mécanismes à l'oeuvre dans le couloir, dans les espaces interstitiels pour, pourquoi pas, proposer un cadre d'une psychologie clinique pour le soignant.

DISCUSSION :

Du psychologue dans le couloir au psychologue de couloir

Deux fonctions nous semblent essentielles à discuter avant d'aller dans l'interstice : la fonction de débarras et la fonction de l'objet transitionnel. Nous répondrons à la question du pourquoi le psychologue est-il interpellé ? l'adressage n'est pas anodin. Le professionnel soignant ne se trompe pas de personne.

La fonction de débarras : le dépôt

Il est donc maintenant établi que le psychologue passe dans le couloir et qu'il est régulièrement intercepté pour parler, soutenir, conseiller... quelle que soit l'institution avec son organisation, et les dynamiques d'équipes différentes.

Les soignants nous montrent qu'ils ont besoin d'un temps pour déposer leur plainte, leur souffrance, leurs interrogations et qu'ils ont identifié dans la personne du psychologue et sa présence dans le couloir un espace propice à cela.

Remontons à la source de ce besoin. René Kaës, explique qu'à côté de l'appareil psychique de chaque individu, il existe un appareil psychique groupal avec ses propres mécanismes de défense, d'adaptation et un besoin d'étayage externe pour consolider l'identité du groupe. Dans cet appareil psychique groupal, « *ce qui est en latence de structuration et de sens* » cherche des lieux où « déposer » ce qui pour l'instant ne peut être traité.

L'institution peut très bien prévoir un espace défini pour permettre ce dépôt : il s'agira de réunions de service, réunions de fonctionnement, d'équipe ou sur un sujet plus ciblé pour parler de telle ou telle organisation de travail. En général, dans ces réunions, on peut assister à des « débordements » que la direction essaie avec plus ou moins d'habiletés de recadrer. Nous pouvons alors observer cet appareil psychique groupal et les fonctionnements individuels qui le composent. En fait, ces débordements montrent l'importance de la « *fonction de débarras* », notion chère à René Roussillon, essentielle pour l'équilibre groupal et pour le fonctionnement institutionnel.

Si ces réunions ne suffisent pas ou lorsqu'elles sont organisées pour éviter tout débordement, il arrive que cet espace de dépôt s'incarne plus précisément dans une personne particulière de l'institution.

Dans ces formes premières, il peut même aller jusqu'à créer ce que nous appelons « *un bouc émissaire* ».

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Dans de nombreuses institutions, une « *personne débarras* » possède un rôle « *tampon* », c'est-à-dire proche des instances hiérarchiques mais néanmoins suffisamment différencié. Dans les institutions de soins, cette place est souvent dévolue aux psychologues.

Cette approche nous donne une première explication du positionnement du psychologue dans le couloir ; de par les choix institutionnels, conscients ou inconscients, de positionner le psychologue « hors hiérarchie », et pour peu que leur pratique s'y prête suffisamment, il se met dans la position de la « *personne débarras* ». Cela explique également pourquoi certains psychologues se retrouvent en situation de « bouc émissaire » rejeté de l'institution qui souhaite malgré tout les garder car ils incarnent le lieu de débarras, protégeant ainsi la totalité du groupe. Dans d'autres courants de pensée, cela porte le nom de « mauvais objet ».

En fait, le positionnement du psychologue semble sous tendu par un paradoxe : Les organisations institutionnelles comprennent que le psychologue ne peut pas être à la fois le soutien des patients/résidents, des familles et des équipes mais malgré tout, demandent au psychologue d'être omniprésent sous couvert de problèmes financiers. Et en plus, ça marche !

Le psychologue peut tout faire, il a le temps pour cela. Nous pouvons même illustrer cette idée en reprenant les propos d'une soignante interviewée : « *Tu es tellement abordable, tu es souriante et tu es à l'écoute même si tu n'as pas le temps, toujours deux minutes pour t'arrêter* ».

Il se trouve que la formation de base universitaire du psychologue pousse à occuper cet espace : ce professionnel à l'écoute, sans jugement, dans l'empathie, à la fois dans l'équipe et hors de cette dernière pour respecter la notion de « bonne ou juste distance ».

Finalement, ne sommes-nous pas tous contents que le psychologue occupe cet espace ! Nous les premiers.

La question du cadre qui sera repris en dernière partie de cette discussion est alors essentielle à ce niveau pour ne pas s'y perdre ou alimenter notre ego.

La fonction d'objet transitionnel

Dans l'analyse des résultats nous avons fait une référence à l'objet transitionnel.

Avant de comprendre sa place dans le couloir, revenons au concept d'objet transitionnel et d'espace transitionnel selon D. Winnicott. Pour lui, un être affirme son autonomie, son existence à travers un environnement c'est à dire un espace ni dedans, ni dehors, ni moi, ni l'autre : une aire intermédiaire d'expérience.

« *Un bébé tout seul, ça n'existe pas.* » nous dit-il.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Ce qui intéresse D. Winnicott, ce n'est pas l'objet, ce n'est pas l'ours, le bout de tissu..., mais l'usage que le petit enfant en fait. Pour nous, cela renvoie au fait que le plus important n'est pas le couloir en soi mais l'usage que nous pouvons en faire pour permettre la dynamique transitionnelle de s'exprimer.

De plus, il fait le lien entre l'expérimentation et la naissance de la créativité. Il faut pour découvrir le monde qui nous entoure, avoir un esprit entreprenant, s'ouvrir aux autres en créant notre parcours de vie.

Pour que se développent des phénomènes transitionnels, il précise qu'il est nécessaire d'avoir un climat de confiance et de fiabilité pour « *fournir l'opportunité d'aller de la dépendance vers l'autonomie* ».

Ainsi, l'espace transitionnel c'est l'ensemble du dispositif permettant la mise à disposition d'un espace et des objets dans un climat de confiance et en toute sécurité ; la personne peut alors révéler son autonomie, s'apercevoir qu'elle peut faire seule, voire créer sa propre dynamique : révéler son « *potentiel créatif* ».

Les deux aide-soignantes lors des entretiens expliquent très bien ce phénomène transitionnel porté par la psychologue :

« chez vous (les psychologues) vous écoutez sans guider, ça fait drôle car je souhaiterais avoir des réponses mais ça fait du bien de parler. »

Effectivement, le « nounours » ne parle pas mais il fait du bien !

« C'est difficile de donner des adjectifs comme ça, c'est ta présence parce que même si j'ai pas besoin de te parler quand t'es là l'ambiance est calme; entre collègues on parle pas pareil ».

De plus, il faut que la personne expérimente l'objet et cela demande du temps. Nous avons noté cela dans l'analyse des résultats : il faut faire ses preuves pour que les soignants nous interpellent dans le couloir.

Le psychologue se retrouve dans cette phrase du Petit Prince « *Apprivoise-moi* ».

Les psychologues portent en eux l'espace transitionnel - comme un bibliothécaire qui se déplace avec son bibliobus itinérant - et ils invitent les soignants à utiliser leur potentiel créatif et modifier ainsi leurs attitudes, leurs paroles, tout en proposant un espace sécurisé, de confiance : un espace contenant. Nous entendons « contenant » au sens de « faire se rencontrer ». Le couloir est alors le lieu où se produisent les phénomènes transitionnels.

Les psychologues portent en eux le dispositif et acceptent d'être l'objet qui fait la transition entre le soignant et le monde extérieur.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Ajoutons ici l'idée que l'objet transitionnel est dans cette position caractéristique qui fait "transition" en ce sens qu'il est une part de l'enfant, tout en lui étant déjà extérieur. Ainsi, le psychologue fait partie de l'équipe, de l'institution et en même temps il en est extérieur de par son positionnement.

Le fait que les personnes ne savent pas où le situer est justement ce qui permet de projeter sur sa personne l'espace transitionnel.

La notion de décharge et de contenance

Nous nous permettons ici d'ajouter deux notions qui renvoient bien aux deux fonctions dont nous venons de parler : les fonctions de débarras et d'objet transitionnel étudiées par de nombreux auteurs. Nous reprenons brièvement ici le travail fait par Didier Houzel, pédopsychiatre et psychanalyste, pour faire le lien entre les deux fonctions et le positionnement du psychologue soignant de soignants :

Pour lui, il existe 3 modèles de soins psychanalytiques : la *décharge*, le *dévoilement* (dont nous ne parlerons pas car il s'agit de la thérapie proprement dite) et la *contenance*.

- Le premier modèle est celui de la *décharge* : ce qui soigne c'est de décharger par la parole. Dans les entretiens, le psychologue est vu comme permettant « de se vider », un « déversoir ».

D'ailleurs, ne disons-nous pas dans le langage commun : « Il faut que tu en parles, tu verras ça ira mieux après » !

- Le deuxième modèle est celui de la *contenance* : ce qui soigne n'est pas tant de décharger par la parole, ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. Contenir une expérience c'est la comprendre. Cela passe par une attention à l'autre, de l'empathie comme vu ci-dessus.

Nous sommes bien là dans un soin relationnel. Le soignant dans l'expérience du couloir ressent qu'il se passe quelque chose : « Cela fait du bien ». Il n'est plus tout à fait le même avant qu'après avoir parlé au psychologue.

Le couloir vu comme un Interstice

Maintenant que ces deux fonctions sont posées et comprises, nous pouvons aborder la question de l'*Interstice* développée par René Roussillon. Voici quelques éléments de base avant d'aborder la pratique interstitielle.

- D'un point de vue économique, l'Interstice est l'Espace-Temps dans lequel s'effectuent de manière spontanée les remises à niveau psychique et les régulations de tensions.

L'espace désigne un lieu commun à tous, lieux de passage, de rencontre (couloirs, machines à café, bureau de la secrétaire, salle d'attente) et parfois à l'extérieur de l'institution (café du coin, restaurant appelé « l'annexe »...).

Le temps quant à lui représente la séparation entre la durée de travail juridique (35h par exemple) et la durée de travail effectivement passée à effectuer les activités structurées au sein des institutions.

- D'un point de vue topique, l'interstice est, comme l'espace transitionnel, l'espace-temps qui régule les passages de l'intérieur vers l'extérieur et de l'extérieur vers l'intérieur, comme un épiderme, une membrane, une peau.

Dans les institutions de soins, l'interstice est indissociable du fonctionnement de l'institution avec qui il entretient un rapport de co-étayage et/ou un rapport de clivage.

- Le fonctionnement par *co-étayage* de l'interstice renvoie à la fonction de porte-parole, c'est-à-dire « celui ou celle à qui est dit ce qui ne peut être dit ailleurs (dans des espaces officiels), afin que cela soit porté, transmis sans trop de danger, grâce à une distance qui se trouve être aménagée par l'existence d'intermédiaires » : le psychologue, par exemple. Cela peut passer aussi par l'expression d'un « trop plein » qui n'a pas pu s'exprimer au moment, après une réunion, une confrontation entre collègues ou à différents niveaux de hiérarchie, et par l'élaboration de ce qui a été vécu. Il est intéressant de noter l'expression « déversoir » dans la fonction du psychologue exprimée lors des interviews. Ainsi, le psychologue est repéré dans sa fonction d'étayage.
- Par contre, si les patients mettent en péril l'équilibre l'appareil psychique groupal (mécanismes étudiés dans les institutions accueillant des personnes psychotiques) ou lorsque la structure de l'établissement (conjoncture sociale, réorganisation,...) est fragilisée, l'Interstice se fait « crypte », il « se privatise » et devient un espace secret. Le *clivage* peut

s'exprimer. Cette fois-ci les choses sont dites pour ne pas être dites ailleurs. Cette fonction est importante car il s'agit d'un rempart contre la désorganisation mais elle entraîne l'exclusion des autres, où le mécanisme de la rumeur peut même s'exprimer. La « neutralité » du psychologue, repérée par les soignants, peut canaliser ces mouvements tout en conservant alors le secret du couloir. Même les institutions pensent à cette fonction en parlant de « régulation », de « baisse des tensions », « soupape de sécurité ».

Dans ce cadre-là, la personne du psychologue est parfois vue comme un objet transitionnel : une des soignantes de l'interview relate que la présence du psychologue entraîne un changement d'ambiance, une modification du vocabulaire utilisé dans le service sans que cela soit perçu comme négatif ; il n'est nullement question alors de vécu de surveillance.

Revenons sur les propos des psychologues interviewés réclamant un cadre si la fonction de psychologue de couloir devenait une pratique structurée et institutionnelle. Effectivement, la mise en place d'un cadre doit permettre d'identifier les risques de cette pratique et le respect des mécanismes inconscients à l'oeuvre pour éviter que le système se grippe ou se retourne contre « la personne débarras ». Nous pourrions essayer de travailler la question du co-étayage avec l'idée d'un retour de la parole vers l'institution pour « fabriquer une équipe » (Fustier).

La pratique interstitielle

La question d'une « pratique interstitielle » de René Roussillon est délicate.

Tout d'abord, il faut accepter que des psychologues ne souhaitent pas être dans cette pratique que nous avons vu potentiellement dangereuse pour le système et la personne qui porte cet espace-temps. D'ailleurs, certains adoptent dans l'interstice un état d'esprit non professionnel et sont donc un soignant parmi tant d'autres ; ils apprécient de sortir de leur fonction pour se retrouver entre personnes voire créer un lien amical avec continuité à l'extérieur de l'établissement.

D'autres se sont déjà risqués à cette approche et en gardent un souvenir cuisant. Ils se sont perdus dans la fonction de porte-parole et se sont retrouvés seul face à l'institution ; ils ont expérimenté le clivage et ont même vécu la fonction de « bouc émissaire ».

Pour les autres, ceux qui veulent faire de l'interstice un lieu essentiel de leur pratique, il est important de ne pas rester sur une simple écoute disponible à qui souhaite en profiter.

Ils pourraient se poser la question de Jean Oury : « *Qu'est-ce que je fous là ?* ».

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Il est pertinent de travailler l'illusion de laisser de côté personnalité et distance professionnelle, où règne une impression d'échange mutuel, confraternel. Les différences statutaires ne disparaissent pas ; elles sont mises de côté, à la périphérie de la relation parce qu'en même temps, le soignant sait qu'il s'adresse à un psychologue et à personne d'autre. Il n'irait pas voir ailleurs.

Voici le « mode d'emploi » de René Roussillon à l'attention des psychologues voulant travailler dans l'interstice :

- Certaines caractéristiques extrinsèques sont requises pour que la pratique interstitielle ait une bonne chance d'efficacité : « l'expérience semble indiquer que le praticien doit avoir du temps de présence dans l'institution suffisant, qu'il doit par ailleurs s'être aménagé dans l'institution un territoire reconnu, que ses qualités personnelles et ses attitudes concrètes aient laissé de lui l'idée d'un « conteneur » suffisamment bon et fiable et enfin, qu'il ne soit pas trop situé dans une position hiérarchique, ni dans les luttes de pouvoir. » Cela rejoint les propos des aide-soignantes qui expriment utiliser la psychologue de couloir parce qu'elles la connaissent depuis un certain temps et qu'elles ont confiance en elle, notamment autour de la question du secret professionnel et de la neutralité.
- « L'intervention au sein de l'interstice doit prendre la forme d'une implication personnelle, elle ne sera « professionnelle », c'est là son paradoxe, qu'à ne pas se formuler comme telle ». « le principe général semble être que sa forme respecte le paradoxe, l'ambiguïté, constitutif du lieu et de sa valeur ». N'oublions pas que nous sommes dans un couloir... pas dans le bureau du psy ; la rencontre est donc fortuite, comme si elle était le fait du hasard. Il est nécessaire que le psychologue fasse « comme si » il était une personne comme les autres, en acceptant les identifications à l'ami, au confident, collègue, au confrère...
- Les échanges qui se produisent dans les interstices relèvent du domaine privé et du domaine professionnel, de la raison et du plaisir, du labeur et de la récréation. L'important dans notre pratique n'est pas de « trancher » entre ces composantes, mais de parvenir à contenir, sans choisir, les éléments antagoniques qui construisent le paradoxe.
- Il pose la question de l'utilisation du « tact » dans la pratique interstitielle en donnant la définition suivante : « dans l'échange interpersonnel, le tact apparaît comme ce qui témoigne ou atteste, rend sensible, la réalité vécue de cette forme d'identification » : « je te connais, je te fais confiance, tu es semblable à moi ». Ainsi, le tact serait le trait d'union entre implication

personnelle et respect de l'autre. Le psychologue dans le couloir n'est pas dans un premier temps le ou la psy mais : « Sandrine », « Sophie », « Carole », « Maud », « Sandra », ...

A le définir ainsi, nous ne pouvons pas nous empêcher de relier cette notion de tact à celle de l'empathie selon Carl Rogers.

Les psychologues connaissent l'importance de l'empathie dans la pratique thérapeutique. Il s'agit de comprendre l'autre en se gardant de tout jugement de valeur, toute évaluation et essayer de saisir intellectuellement et avec des sentiments positifs les cadres de références d'une autre personne. En aucun cas en revanche, il ne s'agit de ressentir la même chose que lui, de se projeter en lui, ou de revivre émotionnellement ses émotions. Carl Rogers se demande : « aurai-je assez de finesse pour comprendre non seulement ce qu'il comprend clairement, mais aussi son non-dit, ce qu'il ne perçoit lui-même que de manière trouble ou confuse ? Y a-t-il des limites à cette compréhension ? ». Dans *L'approche centrée sur la personne*, nous pouvons lire : « sentir la colère, la peur, l'embarras du client comme si c'étaient les siens, tout en restant à distance de cette colère, de cette peur et de cet embarras : voilà la condition que nous essayons de décrire (en définissant ce qu'est l'empathie). ».

Dans la pratique du psychologue de couloir, engagé dans cette démarche, il faut y trouver de l'empathie. Cela tombe bien pour un professionnel qui en possède déjà, car déjà formé à cela.

Ainsi, après la question « Qu'est-ce que je fais là ? » Nous pouvons nous poser la question : « Qu'est-ce que tu fais là ? » avec tact et empathie, pour arriver à « Qu'est-ce que nous faisons là ? » : le travail d'étayage vers un appareil psychique groupal peut alors être à l'oeuvre.

Reconnaissance d'une pratique clinique comme les autres

De la personne débarras à l'espace débarras

Nous l'avons vu l'interstice est un espace et un moment privilégiés. Il est possible qu'actuellement avec l'évolution des politiques sanitaires et sociales, le manager cherche exclusivement à augmenter l'efficacité ou la productivité de l'organisation qu'il dirige. Dans ce contexte, les espaces interstitiels sont vus comme du temps perdu. Il cherche à développer une productivité d'objets c'est-à-dire une juxtaposition d'individus préoccupés exclusivement par la réalisation de la tâche qu'ils ont à remplir. Le manager est pris dans ses obligations sans s'apercevoir qu'il crée lui-même les conditions de la crise. Fustier nous renvoie à une « *productivité de liens* » qui se construit notamment dans les

espaces interstitiels. Se sentir bien au travail et constituer une équipe améliore la productivité d'objets.

Le travail de Fustier nous amène à penser le rôle du psychologue de couloir. S'il reste uniquement la « *personne débarras* », le risque est grand de s'y trouver enfermé, détenteur de secrets, de tensions, de rumeur, pris entre les différents niveaux institutionnels, ballotés entre équipes soignantes, équipes de cadre, équipe de direction réclamant leur moment interstitiel. Nous passerions de l'impuissance des soignants à celle des psychologues, ce qui est déjà un peu le cas.

Nous pourrions amener les institutions à repenser l'existence d'espace débarras, d'interstices. Le psychologue serait alors médiateur de ce lieu, garant de l'histoire commune des uns et des autres et d'amener chacun à s'y rendre.

Ces espaces seraient, comme ils l'ont toujours été :

- un lieu de rassemblement où l'on peut se cotoyer selon des modalités qui ne sont pas déterminées ou strictement codifiées par les exigences formelles de la tâche à accomplir,
- un lieu de construction de l'équipe, du vivre ensemble, où s'expriment des banalités mais pas que,
- Un lieu où « penser pareil » pour des individus qui forment une équipe signifie qu'ils sont devenus partiellement des semblables – à noter le « partiellement » qui est essentiel pour ne pas tomber dans un phénomène sectaire – et peuvent développer une culture d'équipe ou une culture institutionnelle.

Une ébauche de cadre possible pour la pratique interstitielle

Si nous partons du postulat, comme nous venons de le démontrer que l'interstice est un espace transitionnel, contenant, bref un lieu où le travail psychique se produit, alors, il peut exister un cadre comme tout travail psychologique voire thérapeutique.

C'est pourquoi nous avons porté notre attention à travers ce mémoire au dispositif et à son élaboration.

Tout d'abord, chaque psychologue, en fonction de sa formation, de sa sensibilité, de ses compétences doit élaborer un dispositif singulier. Tout en sachant que comme l'indique Carl Rogers « *Ce qui est le plus personnel est aussi ce qu'il y a de plus général* ».

Ce dispositif dépend des objectifs recherchés et de la spécificité du cadre institutionnel. Si nous le mettons en lumière c'est pour démontrer sa raison d'être, sa pertinence, ses propres ressorts potentiellement soignants.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Objectifs de la pratique de couloir :

- permettre un temps informel pour être écouté et soutenu
- libérer certaines tensions émotionnelles
- et sur le plan institutionnel, aider à maintenir une certaine homéostasie

Cadre :

- Une présence minimum du psychologue est requise au sein du service : dans le groupe des psychologues interviewés la plus petite quotité de travail est de 0,20 ETP
- Passages réguliers dans les couloirs : nous pouvons mettre une variante lorsque le bureau de la psychologue est dans le service, porte ouverte sur un couloir où il y a des passages (idée discutée entre psychologues lors de nos rencontres)
- Sans rendez-vous

Outils :

Nous restons sur les fondamentaux de l'entretien clinique : écoute, attention, confidentialité, et l'empathie, le non jugement, l'authenticité (Carl Rogers)

CONCLUSION :

Il existe bien une pratique de couloir du psychologue. Chaque psychologue peut en faire l'expérience dans la mesure où il souhaite s'y positionner.

Nous avons vu que cette pratique renvoyait à deux fonctions générales du psychologue dans le couloir : la fonction débarras et la fonction d'objet transitionnel.

L'Interstice est un lieu passionnant qui peut être tout à tour constructeur ou désorganisateur du psychisme individuel et groupal.

La pratique de couloir pourrait réellement exister c'est-à-dire noter dans une fiche de poste. Elle pourrait s'exercer au grand jour.

Maintenant, à nous d'utiliser maintenant notre *potentiel créatif* pour que de cette pratique de l'ombre une pratique reconnue soit acceptée.

Pour cela, il faut être vigilant à deux niveaux :

- La mettre en lumière, n'est-ce pas le risque de la dénaturer. Chacun voudrait la saisir, s'en servir en fonction de ses intérêts propres. Faire de cet espace, un bel endroit mais une coquille vide.
- L'Interstice ne doit pas être un lieu « poubelle » dans une société où tout va vite, où nous voulons tout, tout de suite, avec une difficulté de gestion de la frustration. L'aspect facile d'accès, sans engagement, pourrait faire penser à du langage de commercial.

Au psychologue à analyser les demandes et à savoir dire « non », ce qui n'est pas toujours simple.

Et peut-être à laisser cette pratique dans l'ombre pour réfléchir à de nouvelles approches comme l'idée d'un psychologue « itinérant » au sens premier du terme « qui se déplace dans l'exercice de ses fonctions » (Larousse), disponible dans les lieux de passage, allant à la rencontre des professionnels, qu'ils soient bien ou pas.

Quelqu'un qui nous veut bien, qui nous apporte un service.

Mots clés :

Pratique de couloir – Interstice – pratique interstitielle – objet transitionnel – contenance – personne débarras

ANNEXES

1 : Le guide d'entretien

2 : Nuages de mots

1 : Le guide d'entretien

Grille d'entretien semi directif avec les professionnels ayant bénéficié du psy de couloir

1°) Avez-vous une pratique de Psychologue du couloir dans vos établissements ? (J'entends comme définition de Psy du couloir : les interpellations des professionnels dans le couloir, de façon informelle)

2°) Si oui, pour quels motifs êtes-vous interpellés ?

- Motifs professionnels : conseils sur une prise en charge, sur des questionnements concernant la pratique des uns et des autres...
- Motifs personnels : situation de séparation/divorce, problématique autour des enfants/adolescents, situation de deuil/maladie...

3°) Pour vous, qu'est-ce que cela leur apporte ? qu'est-ce que cela apporte à l'établissement ?

4°) Pensez-vous qu'ils iraient consulter un psychologue extérieur si toutefois il y avait une consultation Psy du personnel ? ou un psy libéral ?

5°) Pensez-vous qu'une consultation avec un psychologue du travail ou orienté vers les professionnels serait un plus ?

6°) Si oui, pourquoi ?

7°) Quelles qualités sont requises pour que les professionnels aillent vers le psy de couloir ?

8°) Que vous évoque le terme de Psychologue itinérant ?

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Grille d'entretien semi directif avec les professionnels ayant bénéficié du psychologue de couloir

1°) A quelle occasion avez-vous utilisé la psychologue dans le couloir ?

- Raisons personnelles

- Raisons professionnelles :
 - relations interprofessionnelles :
 - relations soignants/soignés :
 - liées aux pathologies des patients/résidents :
 - Autres :

2°) Qu'est-ce qui est simple dans la démarche du couloir ?

Que je sois là au bon moment

Que vous me connaissez depuis longtemps :

3°) Avez-vous déjà consulté un « psy » ?

4°) Viendrez-vous me voir si j'avais une consultation au sein de l'hôpital ?

- Avec prise de rdv ?

5°) Quels adjectifs représentent le psychologue ?

L'apport du psychologue



Les qualités attendues du psychologue

