

## De clinique communautaire en CLSC : la parole désintégrée From a community clinic to a CLSC : the desintegrated word

Denis Julien and Monique Panaccio

Volume 12, Number 2, November 1987

Chômage et santé mentale (1) et Histoire et politiques (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030397ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030397ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Julien, D. & Panaccio, M. (1987). De clinique communautaire en CLSC : la parole désintégrée. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 40–46.  
<https://doi.org/10.7202/030397ar>

Article abstract

SUMMARY

In this article, the authors relate their experience as clinical psychologists in a CLSC. The study questions certain ideological foundations of CLSCs which, as a consequence, entirely discard psycho-clinical services. According to the authors, the major elements of the "CLSC approach" — namely multidisciplinary, global intervention and programming — lead to the denial of a person's psychic dimension. As well, the authors argue that this approach is the source of questionable decisions in the area of mental health; for example, individual requests to talk freely seem to be ignored in the public health care system. The authors raise the underlying issues surrounding the coexistence of willingness to offer services to "people" on one hand and exclusion of these people as free-talking subjects (sujets parlants) on the other, while at the same time requests of clients to do so are totally neglected

## De clinique communautaire en CLSC: la parole désintégrée

Denis Julien\*

Monique Panaccio\*\*

Dans cet article les auteurs témoignent de leur passage en CLSC comme psychologues cliniciens et interrogent certains fondements idéologiques du CLSC ayant pour conséquence l'évacuation des services psycho-cliniques. D'après eux, des éléments majeurs de «l'approche CLSC» — tels la multidisciplinarité, l'intervention globale et la programmation — conduisent à nier la dimension proprement psychique de l'être humain et à prendre des décisions contestables en matière de santé mentale dans la mesure où, par exemple, les demandes individuelles de parler semblent devoir ne trouver aucune réponse dans le réseau public. Quels seraient les enjeux sous-jacents au fait que la volonté d'offrir des services à des «personnes» coexiste avec l'exclusion de ces personnes comme *sujets parlants*, tout en passant outre radicalement à la demande des usagers.

### DE CLINIQUE COMMUNAUTAIRE EN CLSC

Il y a de cela quelques années la Clinique des Citoyens de St-Jacques<sup>1</sup> avait été mise au pied du mur. M. Pierre-Marc Johnson alors ministre des affaires sociales avait été catégorique lors d'une visite sur la rue Cartier: la Clinique devrait dans le futur emboîter le pas au réseau des CLSC ou s'arranger dorénavant pour fonctionner sans subventions du ministère. Dans ces circonstances, il s'agissait d'un choix qui n'en était pas un. La Clinique prit le parti, après plus de quinze ans d'existence de jouer la carte de l'intégration, en espérant il va sans dire, que les pratiques développées à la Clinique en médecine, en dentisterie et en psychologie survivraient, du moins en partie.

En ce qui concerne les services psychologiques, l'objectif central était, à la Clinique, de permettre l'accessibilité à des services psycho-cliniques de qualité aux personnes souhaitant éviter le recours au réseau hospitalier d'une part et n'ayant pas les ressources financières pour se payer des consultations en privé, d'autre part.

\* Denis Julien est psychologue et analyste en pratique privée. Il a travaillé pendant sept ans à la Clinique des Citoyens de St-Jacques.

\*\* Monique Panaccio est psychologue et psychanalyste.

Lors des premières rencontres de prise de contact, la direction générale du CLSC n'avait pas manqué de souligner la réputation excellente dont bénéficiait la Clinique Saint-Jacques auprès de la population, compte tenu, entre autres des pratiques professionnelles qui répondaient aux demandes des gens du quartier et d'ailleurs. Des cliniques externes, des CLSC, des organismes communautaires avaient pris l'habitude de référer en psychologie à la Clinique, vu l'absence flagrante de ressources un peu partout ailleurs.

La direction générale promet verbalement le maintien des services de la Clinique St-Jacques, rassure les sceptiques, met de l'avant son ouverture d'esprit et son profond souci de bâtir un CLSC qui se calque sur la réalité du quartier. Elle se pose aussi à ce moment-là comme partisane du dialogue et de la consultation. Était-ce parole vraie ou parole de politicien passant comme le vent aussitôt l'élection gagnée parce qu'elle n'engage en rien celui qui parle?

Après trois ou quatre mois seulement, il apparaissait nettement que déjà l'intégration était en train de se solder par une *désintégration* de presque tous les services de la Clinique St-Jacques.

Pour s'en tenir ici aux services psychologiques cette désintégration se traduisait dans les termes suivants:

1. abolition de la psychothérapie jugée non à propos en CLSC;
2. réduction considérable des services psychocliniques directs;
3. remise en cause de la spécificité du travail psycho-clinique (s'assortissant à l'idée que tout le monde est un peu psychologue);
4. contestation de la marge d'autonomie nécessaire au professionnel pour procéder à ses évaluations et décider des suites à leur donner;
5. détérioration des conditions minimales nécessaires à l'exercice de la profession (à titre d'exemple: locaux non insonorisés, le peu de souci de la confidentialité etc.);
6. pressions à divers degrés visant à promouvoir des réponses de type collectif ou communautaire dans le cas de demandes appelant des réponses de nature individuelle. On se représentera sans mal par exemple, qu'une personne déprimée puisse ne pas avoir spontanément ou forcément envie de se retrouver en groupe pour parler de la souffrance qui la traverse;
7. exhortations à ce que les psychologues, dans certaines circonstances posent des actes professionnels ne relevant pas de leur compétence mais de celle des travailleurs sociaux; par exemple, répondre à des urgences de type social: demande de placement, dépannage financier, etc. De telles pratiques ne sont pas davantage justifiables au niveau administratif qu'au niveau éthique.

Une pratique professionnelle se fonde sur l'expérience du clinicien et également sur tout un travail de réflexion et d'élaboration mené au cours des ans. Or un style de gestion animé d'un empressement activiste et d'une tendance assimilatrice n'a pas tenu compte de cette dimension essentielle qui pourtant, aurait pu contribuer grandement à la mise en place d'un nouveau CLSC. Le parti-pris de vouloir plutôt faire table rase a vite fait de conduire au départ successif de médecins, de dentistes et finalement de psychologues.

En s'appuyant sur son interprétation de ce que serait la «mission» des CLSC et en tablant sur la structure organisationnelle de ces mêmes établissements, il aura été loisible à la direction de «bull-

dozer» littéralement des services auxquels la population avait eu droit, ceci sans qu'aucune discussion de fond ne puisse jamais avoir lieu. Quand on sait que la «mission» et les orientations des CLSC sont encore, à la suite de la Commission Rochon et du Comité Brunet en voie d'interrogation et de remise en question, de tels procédés paraissent d'autant moins justifiés. Nous relèverons au passage qu'en pratique, la structure organisationnelle des CLSC permet à la direction générale de s'arroger un pouvoir très étendu, à la limite elle peut décider d'à peu près ce qu'elle veut. Ni le Conseil d'administration, supposé garant de la participation populaire, ni les divers comités prévus par la loi —où le directeur général a partout droit de siéger d'office — ne sont véritablement en mesure de faire contrepoids à cette centralisation du pouvoir.

Comment comprendre après coup que la direction générale de ce CLSC en vienne dans ce qui semble être un élan d'humeur, à évacuer les services psychocliniques et à décréter du jour au lendemain l'abolition pure et simple de la psychothérapie? Vraisemblablement irritée que des professionnels trouvent normal d'avoir leur mot à dire, comment comprendre qu'elle leur enjoigne de «s'intégrer ou de partir» avant même que l'institution dans son ensemble, ne définisse officiellement ses orientations et ses priorités?

Invoquer tout bonnement le droit de gérance éluderait la question. Expliquer la chose en termes de «conflits interpersonnels» ou de «divergences d'opinions» serait répondre d'une manière superficielle et beaucoup trop hâtive. Nous croyons qu'au-delà des motifs de surface, il est possible de dégager des enjeux sous-jacents, moins apparents.

## LA VISION CLSC; SA TÂCHE AVEUGLE

### L'approche bio-psycho-sociale

Un modèle très prisé actuellement préconise une approche «bio-psycho-sociale» sous-tendue par une vision tridimensionnelle de l'être humain (être corporel-être spirituel-être social) dont les multiples aspects seraient en interrelation les uns avec les autres. Dans cette perspective, toute intervention sur un aspect de l'être humain a des effets ou des

conséquences sur les autres aspects. Cette approche qui voudrait refléter une vision globale de l'être humain a, en fait, l'effet inverse, celui de considérer l'être humain, non pas comme un sujet mais comme un objet morcelé dont les différentes composantes concernent autant d'intervenants différents qui s'échangent entre eux divers savoirs sur tel ou tel aspect. N'est pas pris en compte le sujet dans ce qu'il a de spécifiquement humain soit son rapport au langage.

### Une tridimensionnalité boiteuse

Malgré ses visées d'intégration de tous les facteurs en jeu, ce modèle tridimensionnel ne s'en révèle pas moins boiteux et insuffisant, dans la mesure où il lui faut exclure en pratique la dimension psychique dont il prétend rendre compte, en niant sa spécificité, en la secondarisant nettement au profit des deux autres dimensions. Que le modèle ne soit pas neutre n'a évidemment pas de quoi surprendre — puisque rien ne l'est; à l'examen on peut s'apercevoir que la perspective sociale et/ou environnementale en reste le pivot. La perspective sociale qui est dominante dans les CLSC, constitue l'assise sur laquelle est construit ce modèle «global». Avec ce patron, vous pourrez penser et actualiser des projets tout à fait valables mais vous ne pourrez certainement pas tout penser; nous avançons qu'il est même des choses auxquelles vous serez systématiquement empêché de penser.

À en juger par l'expérience, prôner une place pour la psychologie clinique en CLSC doit impliquer une remise en cause de ce «credo» bio-psycho-social. L'approche écologique, comme on la dénomme parfois, *contourne la question de la subjectivité*: l'individu en tant que sujet en est en quelque sorte, la bête noire. C'est peut-être pourquoi écouter quelqu'un individuellement suscite tellement de résistances dans certains CLSC; comme s'il s'agissait d'un écart menaçant la nouvelle norme, comme si la parole d'un sujet et la pratique psycho-clinique ne pouvaient être qu'inopportunes.

### Le corollaire de l'approche bio-psycho-sociale: la multidisciplinarité

La multidisciplinarité pratiquée au CLSC est

conçue comme mode d'intervention selon lequel les professionnels sont interchangeable à condition qu'ils veuillent bien «échanger leur savoir» et, concernant particulièrement les psychologues<sup>2</sup>, donner aux autres intervenants leurs «trucs». La rationalisation derrière ceci est d'éviter le double emploi des ressources. Par exemple: un bénéficiaire demande à voir un psychologue pour parler de sa souffrance psychologique. Supposons qu'il ait aussi un problème de logement. Dans la perspective multidisciplinaire, le psychologue devrait consulter le travailleur social et donner au bénéficiaire les moyens de résoudre son problème de logement. Et vice-versa: le travailleur social ayant à faire avec quelqu'un qui, en plus d'avoir des problèmes «sociaux» adresserait une demande d'aide psychologique en référerait au psychologue pour savoir comment intervenir! Ce type de multidisciplinarité a pour effet de rendre chaque intervenant «multidisciplinaire» et on se retrouve dans un échange de savoir où, au fond aucun n'est compétent dans le champ de l'autre. C'est l'illusion «tout le monde est pareil» et «chacun peut tout faire». Ce qui apparaît derrière cette demande adressée au psychologue de «livrer son savoir» ressemble davantage à une tentative de maîtrise d'un objet qui échappe et sur lequel achoppe l'intervention dite sociale à savoir: la réalité psychique.

Ce déni de la réalité psychique en même temps que l'illusion de toute-puissance d'une équipe capable de «faire le tour» d'un sujet, ont des conséquences pour les personnes qui s'adressent au CLSC. L'une d'elles facilement repérable est le non-respect de la confidentialité malgré l'assurance qui en est clamée. Nous avons constamment eu à faire face à des demandes de renseignements de la part d'autres professionnels et même de gestionnaires (!) concernant des personnes qui venaient nous consulter. Dans une «équipe», les tentatives de maintenir la confidentialité sont perçues comme un refus de collaborer et de partager notre savoir; des pressions extrêmement fortes et subtiles nous ont parfois mis dans des situations difficiles où le maintien d'une certaine éthique de travail de notre part nous était renvoyé en écho comme un refus de s'adapter.

La collaboration interdisciplinaire, possible et bénéfique quand les places de chacun restent bien

définies se révèle certainement plus riche si on respecte le caractère distinct de chaque collaborateur.

S'il s'avérait que la «vision» CLSC en est une qui tend trop au nivellement des disciplines, nous croyons qu'il peut en résulter le danger de nier le caractère distinct de chaque pratique, exposée par conséquent à l'appauvrissement d'elle-même.

À l'instar d'autres disciplines comme la médecine ou le travail social, la psychologie clinique réfère à un champ et à un objet qui lui sont propres. Or, ce n'est certainement pas en rejetant son optique spécifique que le psychologue clinicien sera le plus utile ou le plus créateur, là où il travaille.

Dans le cadre des interventions de nature préventive, nous avons formulé un projet concernant les couples et les familles, dont le premier volet en était un d'enquête auprès de la population pour cerner d'abord les demandes à partir desquelles la seconde partie aurait pu s'élaborer de façon pertinente. Si ce projet n'obtint pas le feu vert (malgré une apparence d'encouragements à présenter des projets) il ne fait pas de doute que c'est en raison du fait qu'il était conçu d'abord par des psychologues et mettait l'accent sur le versant psychologique. Exemple de résistance institutionnelle à la prise en compte de la réalité psychique de manière distincte.

### La programmation

Tout se passe comme si, au fil des ans, les CLSC s'étaient constitué un répertoire-type d'interventions et d'activités préventives et il arrive qu'on s'en échange des pièces d'un CLSC à l'autre, voire d'un ancien CLSC à un nouveau. Des demandes du milieu aux réponses de l'institution, le circuit s'est raccourci sinon bouclé. Reprenons ici l'exemple du projet que nous avons présenté. On a invoqué l'argument suprême du manque de fonds (sans même nous donner la possibilité financière de consulter un expert sur les coûts réels d'une telle enquête) pour empêcher qu'il y ait enquête sur les demandes des gens, leurs besoins, les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs relations familiales et sociales. Cette étape était pour nous essentielle en ce sens qu'elle aurait permis d'offrir des services en rapport avec la demande. Or on nous suggéra de passer au second volet du projet qui était la mise sur pied des services. Dans le fond, ceci signifie: à la

limite, la demande on ne veut rien en savoir, ce qui importe c'est d'offrir des services. Au même moment on embaucha une infirmière «sexo-thérapeute»...

Certaines problématiques à la mode suscitent une précipitation, un empressement à agir. Parfois la vitesse avec laquelle on pourra mettre en oeuvre certains programmes semble le critère déterminant leur acceptation. La pertinence de l'analyse conduisant à privilégier certains programmes plutôt que d'autres n'est pas toujours évidente. En effet, l'analyse est parfois aussi vite faite qu'en criant lapin, et une fois le cri poussé, des sommes d'argent importantes pourront rapidement être débloquées: budgets non renouvelables obligent. Le «fast-service» n'est pas à dénigrer en soi, il ne faudrait pas en faire une règle absolue. Si les CLSC sont là pour rester, ils peuvent aussi penser à plus long terme et élaborer des moyens qui leur permettraient d'entendre réellement les demandes qui leur sont adressées. Au CLSC où nous avons travaillé, il nous est apparu qu'idéalement, pour la direction et certains gestionnaires, la programmation aurait dû couvrir tout le champ des demandes et des services offerts. À la limite, dans cette optique de la suprématie de la programmation et du fonctionnariat, ce qui est nommé services courants et implique un rapport immédiat entre un usager et un professionnel devrait disparaître.

## LES CLSC ET LA SANTÉ MENTALE

### Ambiguïté de la position des CLSC

Dans un article paru dans la revue *Santé mentale au Québec*, juin 1986, Monsieur Marcel Sénéchal, directeur-général du CLSC Basse-Ville de Québec, se demande s'il n'y a pas lieu de s'inquiéter des nouvelles responsabilités qu'un plan d'action du M.S.S.S. proposait d'octroyer aux CLSC et parmi lesquelles on retrouve dans le domaine de la santé mentale

- l'accueil, l'évaluation et l'orientation
- l'intervention psychologique et sociale courante.

Les propos de l'auteur de l'article témoignent d'une ambiguïté aisément décelable dans le réseau

des CLSC. En effet, s'il se montre vers la fin de son texte, en faveur des CLSC et propose d'y «introduire plus de psychologues et d'autres professionnels qui auraient une formation de base appropriée<sup>3</sup>», il se contredit dans la mesure où il a insisté auparavant pour souligner la «limite de l'intervention professionnelle» pour finir par n'accorder aux CLSC, en matière de santé mentale qu'un rôle de «support social». Pourquoi engagerait-on des psychologues en CLSC si, au bout du compte on continue de confiner ces derniers à pratiquer des interventions les plus déspecialisées possibles, d'emblée à très court terme et strictement de nature sociale? Dans le même numéro de *Santé mentale au Québec*, M. Camille Laurin souligne quant à lui, la nécessité «d'établir une distinction nette entre les soins de premier et deuxième niveau et d'en tirer toutes les conséquences pratiques<sup>4</sup>». Ces deux articles permettent d'illustrer comment, à l'occasion les hôpitaux et les CLSC se renvoient la balle, l'enjeu consistant à démontrer qui saura le mieux circonscrire son champ d'intervention et limitera d'autant ses dépenses tout en défendant sa raison d'être. Les CLSC se plaignent que des patients référés par eux à l'hôpital s'y trouvent refoulés; de l'autre côté, d'écrire M. Laurin, «une fois le malade stabilisé, les mêmes omnipraticiens et CLSC refusent souvent (...) d'en assurer le suivi<sup>5</sup>». Mais tandis que s'effectue ce délicat départage, il est évident que plusieurs personnes ne trouvent nul endroit pour être entendues. Il nous est arrivé de recevoir ainsi au CLSC des personnes ayant fréquenté les hôpitaux et déplorant n'y avoir trouvé aucune écoute; or, du fait des directives de l'institution, nous étions tenus de nous montrer à notre tour, sourds à leurs demandes. Il est courant de parler de cas lourds pour lesquels il faut des services lourds, spécialisés et à long terme et de cas légers pour lesquels il faut des services légers, déspecialisés et à court terme. (Quoique parfois, les cas lourds peuvent avoir recours aux services court-terme v.g. les centres de crise). Un examen plus minutieux de cette formulation pour le moins imagée, reflet d'une appréhension comptable et épicière de la réalité humaine, nous permet de voir que ce qui est nommé «cas lourd» (toujours dans ce champ de la santé mentale) relèverait de la médecine psychiatrique considérée comme un

service spécialisé et lourd. Donc la psychologie est un service déspecialisé et léger! N'importe quel clinicien vous dira avoir rencontré des personnes qui n'ont pas forcément envie d'être hospitalisées en psychiatrie, ni même de faire une thérapie, mais qui viennent de façon ponctuelle rencontrer quelqu'un dans des moments difficiles. Quelqu'un qui pourra justement entendre sans nécessairement donner des médicaments ou se précipiter à vouloir gérer son chèque de B.E.S.

S'il n'est pas permis au psychologue clinicien d'occuper cette place, où s'adresseront ces personnes cherchant autre chose qu'une médication, autre chose aussi qu'un support social ou communautaire?

### **Une politique d'économie ou une économie de politiques?**

Il est bon de rappeler que dans la foulée du mouvement de «désinstitutionnalisation<sup>6</sup>» coïncidant avec celui de «rationalisation» des services, il y a eu dans certaines cliniques externes d'hôpitaux des coupures importantes au niveau des ressources en santé mentale, des ressources psycho-thérapeutiques plus particulièrement, et ceci sans que du côté des CLSC ou ailleurs dans le réseau ne se produisent de changements significatifs comme par exemple, l'embauche de personnel qualifié dans ce domaine.

À une époque où l'on clame dans la société québécoise «l'ampleur<sup>7</sup>» des problèmes de santé mentale, quelles sont les solutions envisagées politiquement parlant? Comment comprendre par exemple la faveur spontanée qu'ont trouvée auprès des politiques certaines avenues comme le bénévolat et l'entraide? Les gouvernements peuvent certes avoir d'excellentes raisons d'être séduits par des formules dont la vertu première serait de promettre les remèdes les plus efficaces aux coûts les plus minimes. Toutefois, s'il s'agit de mesures utiles, doit-on se laisser aller à conclure qu'elles autorisent à mener une politique de déspecialisation et de déprofessionnalisation systématique? Il n'est pas évident qu'un tel choix politique soit le plus judicieux à faire, ni même qu'il représente, à tout bien calculer des économies véritables à moyen et long terme. Un engagement que l'État semble résolu à

tenir, c'est celui de se désengager, et ce d'ailleurs dans tous les secteurs. Il n'en reste pas moins qu'une stricte politique d'économie, ça signifie une économie de politiques!

L'État est préoccupé d'économiser. Bien. À quel prix et sur le dos de qui réalisera-t-on ces économies? Entre l'hôpital et les services psychologiques privés, le fossé s'est élargi, le manque de ressources est encore plus grand qu'il n'était. *Les CLSC hésitent à occuper cette zone intermédiaire.* D'ores et déjà, il n'est pas exagéré de dire que les gens les mieux nantis auront accès à des services spécialisés<sup>8</sup> tandis que les moins fortunés devront se contenter de s'en passer ou de repasser. Ce vacuum entre le médical et le social, c'est la reprise au niveau de la société du déni de la réalité psychique.

### L'évacuation des services psycho-cliniques

L'approche clinique dérange en CLSC. Dans certains CLSC, les psychologues sont réduits à exercer leur pratique clinique semi-clandestinement. Si ça ne se parle pas, si ça ne se sait pas, pas de problème! À la limite, le travail psychothérapeutique serait toléré si le psychologue consentait à le faire en dehors des heures de travail; du moins officiellement ferait-il de la programmation.

La demande de parler, de se raconter, surtout si elle s'accompagne de problèmes dits sociaux, vg problèmes financiers, de logements, est perçue par l'institution comme secondaire aux problèmes sociaux et il est tacitement entendu que si l'on peut *agir* (améliorer les conditions matérielles par exemple), la demande de parler disparaîtra. L'urgence est entendue comme urgence sociale et est, selon le vocabulaire du milieu, priorisée. Ceci parce que la demande de parler est reçue dans son sens le plus superficiel et être écouté apparaît comme un luxe que les contribuables ne peuvent s'offrir en services publics. Au CLSC où nous avons travaillé il fut même question, de faire un centre d'écoute avec des bénévoles pour répondre à la demande d'aide et d'écoute adressée au CLSC. Le simple fait d'envisager cette option est preuve de la méconnaissance d'un travail psycho-thérapeutique et de la formation nécessaire à sa pratique. La psychothérapie est perçue comme du placottage. De cela découle la

phrase si souvent entendue: si vous voulez faire de la psychothérapie, allez en faire en bureau privé, sous entendu, ici on a autre chose de plus sérieux à faire. Cette attitude quasi générale au niveau des instances de pouvoir réel du CLSC, a des conséquences extrêmement graves quand on se targue d'offrir des services à la population et qu'on fonde son action sur une méconnaissance de la nature humaine. Si la psychothérapie apparaît comme un luxe, qu'on la confond avec «la relation d'aide» et «l'écoute active» ce que, en effet monsieur et madame Toulemonde peuvent pratiquer dans leur salon, c'est que n'est pas reconnue la souffrance psychique, que n'est pas reconnu l'être humain comme sujet originant de sa propre histoire et s'inscrivant dans un champ social donné selon des modes de relations et une dynamique qui lui est propre. Soit l'être humain comme sujet de sa parole.

Qu'on le veuille ou non, les questions qui absorbent les sujets humains — si on se réfère à leur singularité — sont celles de la vie, du désir, du sexe et de la mort. L'approche clinique procède d'abord de la demande et de la parole des sujets.

Aussi, lors d'une entrevue, le psychologue laissera-t-il place à l'inattendu, à l'imprévu; et pour cela il s'abstiendra de prodiguer des réponses toutes prêtes. Plutôt, il se disposera à entendre l'interrogation subjective de celui qui vient lui parler, souffrant à des degrés divers, et en quête souvent d'une écoute utile pour dénouer l'impasse dans laquelle il se trouve pris à un moment particulier de son histoire.

### EN RÉSUMÉ

De fait la réalité psychique est constamment déniée, la souffrance psychique apparaît soit comme résultante des conditions sociales et comme telle concerne les travailleurs sociaux, soit elle apparaît comme maladie et concerne alors le champ médical et psychiatrique. L'intervention reste sociale ou médicale et la parole tue<sup>9</sup>. On objectera qu'il est faux de prétendre que la réalité psychique est déniée dans les CLSC, à preuve il y a des psychologues! Or, l'expérience nous apprend que les psychologues ont leur place en CLSC en autant qu'ils cessent d'être des psychologues cliniciens et des

psychothérapeutes. Il leur est demandé de contribuer à ce que toute réponse demeure au niveau du social et de participer avec les autres à la non-circulation de la parole. Si le psychologue ressent et parfois très douloureusement, comme insoutenable et tente de nommer cette place impossible: soit de travailler sur la mise à jour du sens de la parole<sup>10</sup> et de répondre en même temps, à la demande institutionnelle d'en empêcher l'émergence, il est prié de démissionner puisqu'il ne «s'adapte pas». Et c'est la vérité. Un psychologue adapté serait celui qui ne ferait plus ce travail de mise à jour des conflits psychiques, qui ne tenterait plus avec la personne de symboliser son histoire et de se réapproprier son désir et sa parole.

#### NOTES

1. Fondée par un comité de citoyens avant l'avènement au Québec du régime d'assurance-maladie et du réseau des CLSC, la Clinique des Citoyens de St-Jacques a été active de 1968 à 1986, longévité remarquable au Québec pour un groupe populaire. La Clinique fut un organisme très engagé, entre autres pour la défense des "droits du peuple à la santé". L'assemblée de dissolution a donné lieu à des débats animés quant au bilan à faire après-coup de l'intégration au CLSC. Un comité travaille à la rédaction d'un texte d'analyse historique.
2. Le terme «psychologue» réfère moins dans ce texte à une appartenance à une corporation professionnelle qu'à la *position particulière d'objet de transfert* occupée par le psychologue, pour le sujet lui adressant une demande et à partir de laquelle s'effectue le travail psycho-clinique.
3. Sénéchal M., 1986, Les C.L.S.C. et la santé mentale, *Santé mentale au Québec, XI*, numéro 1, 117 à 123.
4. Laurin, C., 1986, La maladie mentale: un défi à notre conscience collective, *Santé mentale au Québec, XI*, numéro 1, 105 à 116.
5. *Ibid.*
6. Notons qu'il n'y pas eu de politique de désinstitutionnalisation. En effet, on a cru que sortir les gens des hôpitaux équivalait à désinstitutionnaliser!
7. Pour reprendre le mot du Dr Y. Lamontagne pour qui la souffrance psychique est une maladie.
8. Bien sûr pour nous, les services psychologiques sont des services spécialisés.
9. Il faut croire que c'est là le fantasme quand on voit l'acharnement mis à faire taire les gens...
10. Ce qui est habituellement la demande qui lui est adressée en propre par les gens qui viennent le voir aux prises avec des symptômes témoignant de leur souffrance et des ratés de la symbolisation.

#### SUMMARY

In this article, the authors relate their experience as clinical psychologists in a CLSC. The study questions certain ideological foundations of CLSCs which, as a consequence, entirely discard psycho-clinical services. According to the authors, the major elements of the "CLSC approach" — namely multidisciplinary, global intervention and programming — lead to the denial of a person's psychic dimension. As well, the authors argue that this approach is the source of questionable decisions in the area of mental health; for example, individual requests to talk freely seem to be ignored in the public health care system. The authors raise the underlying issues surrounding the coexistence of willingness to offer services to "people" on one hand and exclusion of these people as free-talking subjects (*sujets parlants*) on the other, while at the same time requests of clients to do so are totally neglected.