



Commission Socioprofessionnelle Société Psychanalytique de Paris

21 rue Daviel
75013 Paris

Dans le contexte tendu de remise en question de la légitimité de l'approche psychanalytique et de la présence des psychanalystes dans les lieux de soin, nous poursuivons notre réflexion autour du "savoir-faire" institutionnel des analystes.

Après nous être intéressés à des crises institutionnelles qui ont abouties au licenciement abusif d'équipes entières, nous nous interrogeons à présent sur les **conditions de la pérennité** d'autres institutions dans lesquelles la psychanalyse est toujours la théorie et la pratique de référence.

Prochaine réunion de la Commission Socioprofessionnelle

Psychanalyste et directrice/directeur d'institution*

Comment se pense et s'exerce cette fonction ?
Comment conjuguer gestion de la pénurie et éthique du soin ?
Ce type de direction protège-t-il des attaques contre la psychanalyse et les psychanalystes ?

*la fonction de direction pensée par les psychanalystes, psychiatres ou non psychiatres qui en ont la charge

Samedi 13 janvier, de 14 à 16h
Salle de conférences

Table ronde

Pr Marie-Rose Moro

Pédopsychiatre PU-PH
Psychanalyste SPP
Cheffe de service de la
Maison de Solenn

Dr Charlotte Flouest-Nguyen

Pédopsychiatre
Psychanalyste SPP
Directrice médicale des CMP
et SESSAD d'Aubervilliers

Dr Xavier Bonnemaison

Psychiatre
Psychanalyste SPP
Directeur général de
TASMI3

Conçues comme des **espaces privilégiés d'échanges** entre les membres de la SPP, les analystes en formation, et les professionnels du soin engagés dans les institutions, les réunions de la CSP sont et AEF sans inscription préalable et sur demande auprès des responsables pour les collègues qui ne sont pas affiliés à la SPP.

Marie-Hélène Huet
mhelene.huet@gmail.com

Bénédicte Bonnet-Vidon
bonnet-vidon@wanadoo.fr



CSP - Réunion du 13 Janvier 2024

Marie-Hélène Huet ouvre la réunion et souhaite la bienvenue aux participants

Nous souhaitons nous inscrire dans une continuité : lors de la précédente réunion de la commission socioprofessionnelle, nous avons eu le privilège d'entendre Gilbert Diatkine, Annette Fréjaville et Aline Cohen de Lara nous parler de l'expérience du « Coteau » à Vitry sur Seine. Nous sommes revenus sur les différentes crises institutionnelles qui ont bousculé l'institution - c'est le moins que l'on puisse dire - et qui l'ont complètement transformée. Au Coteau a été inaugurée une pratique qui depuis fait son chemin : c'est « *le licenciement avec effet immédiat* », qui représente une violence inouïe pour les soignants autant que pour leurs patients.

En référence aux attaques auxquelles les équipes peuvent être soumises s'est posée la question des moyens dont nous disposons pour protéger nos patients et nous-mêmes ainsi que les équipes qui fonctionnent avec le référentiel analytique ?

Ce qui nous amène à l'intitulé de notre réunion d'aujourd'hui et aux questions que nous posons et allons poser à nos invités.

Questions ouvertes bien entendu...

Quelles sont les conditions de la pérennité des institutions dans lesquelles la psychanalyse est toujours la théorie et la pratique de référence ?

Est-il *raisonnable* pour un thérapeute – en l'occurrence un psychiatre/psychanalyste de briguer une fonction administrative ou toute fonction dite d'autorité (comme la direction médicale) ?

Ces divers rôles et fonctions sont-ils compatibles ?

Comment se conjugue l'exercice de pouvoirs et de savoirs parfois contradictoires ?

Nous assistons à une démedicalisation du soin : aujourd'hui l'accent est mis sur l'éducatif et l'environnement. Est-il encore possible de subordonner l'administratif aux options thérapeutiques ou est-ce radicalement l'inverse qui se produit inévitablement ?

Que fait-on, que faites-vous, d'un éventuel sentiment de « déqualification », de difficulté à fonctionner au niveau de votre « technique » propre (de médecin, de psychanalyste, en l'occurrence), faute de temps et de disponibilité ?

En psychanalyse, disait J-L Donnet, « le cadre est bien cadré, bien précisé ; mais qu'en est-il dans l'institution ? ».

Ces questions sont très complexes et très actuelles et nous remercions chaleureusement nos invités : Pr. Marie Rose Moro, Dr. Charlotte Flouest-Nguyen (médecin-directrice) et Dr. Xavier Bonnemaïson d'avoir accepté de se livrer à un exercice d'analyse de leur **double positionnement** de directrice/directeur/ cheffe de service et de psychanalyste en institution.

Pour introduire notre discussion, Bénédicte Bonnet-Vidon va se faire la porte-parole de Vincent Rebière, médecin directeur de la Velotte pour faire un état des lieux de cette institution fondée en 1967 par Paul-Claude Racamier et qui fonctionne encore - à notre connaissance c'est la seule - sur le modèle mis en place au moment de sa création.

Bénédicte Bonnet-Vidon

Quelques éléments de présentation de la Velotte

Vincent Rebière, qui regrette de ne pas être parmi nous, décrit ainsi son institution dans laquelle il est à la fois médecin directeur et directeur administratif, modèle de fonctionnement qui va nous permettre d'introduire notre table ronde :

« Le centre psychothérapique de la Velotte crée fin 1967, début 1968 par P-C Racamier est **constitué d'un hôpital de jour** et d'un foyer d'hébergement, les deux établissements travaillent conjointement, permettant une alternative à l'hospitalisation complète en accueillant à temps plein de jeunes adultes entre 18 et 30 ans souhaitant effectuer un travail vers l'autonomie psychique et pragmatique par rapport à leur famille.

L'Hôpital de Jour est ouvert **tous les jours de l'année** de 10H à 20H, y compris les week-ends, les vacances, les jours fériés, et se situe dans une villa d'un quartier résidentiel de la ville de Besançon, non loin du centre-ville. Dans une autre maison du même quartier, à 10 minutes à pied, se situe le **Foyer d'Hébergement** où l'ensemble du groupe des patients réside le soir et la nuit, sans présence soignante. Ils doivent donc être suffisamment stabilisés au niveau symptomatique pour pouvoir être responsables entre eux de la bonne tranquillité vespérale du groupe (un contact téléphonique avec un soignant, en cas d'urgence, est toutefois toujours possible, et l'expérience montre qu'il y est très peu utilisé par les jeunes) »

« Psychanalyste et dirigeant » (tome 1, Esprit des soins, P-C Racamier) :

Selon P.C. Racamier, dans une institution, le mieux est que le dirigeant soit psychanalyste, non pas pour des questions de pouvoir d'après lui, **mais en tant que chef d'orchestre qui donne une congruence entre la partie du soin et la partie administrative**, c'était la gageure de ce projet. C'est d'ailleurs ce qui l'avait fait quitter une clinique suisse, après des désaccords avec la direction. Il crée alors la Velotte, où il était tant médecin directeur que directeur administratif.

C'est toujours le cas à l'heure actuelle, 57 ans après : le directeur médical est le directeur administratif. Ce qui ne va pas de soi, bien évidemment, car ce sont des métiers différents. Cela nécessite d'acquérir des compétences en termes de ressources humaines, d'orientation budgétaire, d'organisation logistique...

Mais cela permet d'obtenir une réelle cohérence et Racamier disait un « goût du risque » parce que « *La vie comporte des risques et l'inconscient est surprenant.* »

Le Dr Pascale de Sainte-Marie (SPP), a repris le flambeau de la direction de la Velotte en 1996, au moment du décès de Paul-Claude Racamier, et a perpétué ce travail de transmission à toute l'équipe médico soignante, avant que Vincent Rebière ne prenne la suite en 2013. Citons aussi la présence régulière, au cours de ces quinze dernières années, de plusieurs psychanalystes de la SPP pour des temps de travail : Ophélie Avron, Alain Gibeault, Vassilis Kapsambelis, Brigitte Reed-Duvaille, Bernard Voizot, ...

Les défis à venir :

Ils sont nombreux, à commencer par le difficile engagement des jeunes patients dans ce processus de soin axé sur un temps long ; de même pour les parents qui ont bien du mal à s'impliquer. Quand ce ne sont pas les psychiatres adresseurs qui ne croient plus à la psychanalyse, qui souhaitent des solutions rapides, un colmatage, qui ne comprennent pas le temps long de préparation à l'admission...

S'ajoutent les nombreuses contraintes administratives de contrôles par les tutelles : les certifications et la notion de « politique qualité et maîtrise des risques », les dossiers d'autorisation, le contrat pluriannuel d'objectifs et moyens, etc...

Une ombre plane à court terme (deux ans) avec le nouveau mode de tarification en psychiatrie : la « dotation populationnelle » (terme du nouvel algorithme de calcul national !) de la Velotte est assimilée à celle d'un hôpital de jour classique ouvert 5 jours sur 7, avec une amplitude horaire moins grande. La Velotte ne peut pas non plus prétendre à être considérée comme un service d'hospitalisation temps plein. Ce qui pourrait diviser la dotation budgétaire par deux à partir de 2026, et donc la fin du fonctionnement actuel...

Une concertation est d'ores et déjà en cours avec l'ARS Bourgogne Franche Comté qui soutient historiquement le projet...

L'expérience du Coteau nous montre qu'un tel soutien ne garantit pas forcément la pérennité d'une structure...
Voilà pour lancer la discussion.

Marie Rose Moro

Merci d'avoir eu l'idée de ce débat parce que ce que l'on constate avec La Velotte c'est que ça pose de nombreuses questions. A l'APHP, on n'est pas directeur, on est « chef de service », je ne sais pas si ça change quelque chose mais en tous cas ça ne change pas les enjeux de financement : il faut pouvoir évaluer, justifier, économiser... Justement, lundi et mardi prochains, il y a la certification de l'hôpital Cochin et donc de la maison de Solenn et cela signifie qu'il faut se conformer à un modèle économique et démontrer que ce que l'on fait est bien fait et que nous respectons les critères de qualité. Non pas les critères de qualité formelle qui sont absolument fous mais sur le fond. Ma position est de démontrer que l'on travaille bien collectivement et c'est l'occasion de le faire. Je démontre que ça se passe bien pour les adolescents, pour les familles et pour les professionnels, les critères concernant tout le monde.

Avant de diriger la maison de Solenn, j'ai eu la chance de diriger le service d'Avicenne de pédopsychiatrie, créé par Serge Lebovici. Lebovici, grand psychanalyste et pédopsychiatre et qui a créé ce service avec un modèle profondément psychanalytique aussi bien d'un point de vue institutionnel que du point de vue de la construction des soins : pour les bébés, les enfants et les adolescents. Après Lebovici, fondateur de ce service, il y a eu Mazet qui n'est pas resté très longtemps et ensuite moi. Mazet n'a pas changé du tout le fonctionnement mis en place par Lebovici. Lui-même n'était pas psychanalyste comme l'était Lebovici. Il y a eu une continuité entre nous et quand je suis partie en 2008, Thierry Baubet a poursuivi sur le même mode. A Avicenne, l'enjeu était la question d'être capable de construire « de novo » une structure qui, à l'origine, devait recevoir les bébés et leurs parents. C'est pour cette raison que Simone Veil a envoyé Lebovici là-bas. Progressivement, ont été créés des structures pour les enfants, en particulier j'ai créé le « centre du langage » (actuellement dirigé par Geneviève Serre) où l'on s'intéresse au langage dans son développement, dans sa globalité. Toutes une série de structures ont émergé autour du centre et j'ai ensuite créé « Casita », maison des adolescents, structure adaptée aux adolescents. L'enjeu initial de ce service était de s'adapter aux différents âges, de créer des structures ad hoc et que la psychanalyse se laisse affecter par le monde, par la diversité du monde. D'ailleurs Lebovici qui venait du 13^e et qui est parti à Bobigny a commencé par appeler Georges Devereux, le spécialiste de l'ethnopsychanalyse à l'époque et lui a demandé les « modes d'emploi », le « comment faire » pour que son modèle psychanalytique reste vivant, adapté, transmissible dans ce nouveau contexte social et culturel différent. Il décide de faire une co-construction : comment on co-construit ? En intégrant des éléments qui vous sont étrangers, des éléments de la diversité sociale et culturelle, par exemple. Comment mettre en œuvre dans les familles des traitements psychanalytiques pour des bébés ? Entre également en jeu toute la question des langues et aussi des groupes : on entrait librement dans sa consultation. Vous avez quelque chose à apporter à ma consultation ? Entrez donc !

Du point de vue enseignement c'était magnifique ; du point de vue de la transmission aussi.

Pour moi, le modèle autour de Lebovici/Avicenne reste un modèle fondateur. Et un modèle vivant, contemporain, toujours actuel à mon sens, toujours porteur.

Je pense qu'il y a un certain optimisme à imaginer que ce modèle que Lebovici a pensé, conçu et développé par d'autres, ce modèle est capable de se renouveler, de créer de nouvelles choses, d'être financé. La question du financement est évidemment importante.

C'est mon modèle fondateur. Ensuite, on me propose d'aller diriger la Maison de Solenn, Maison des adolescents de l'hôpital Cochin (www.maisondesolenn.fr). J'ai quand même dirigé Avicenne et la maison de Solenn en même temps pendant 8 ans. J'étais doublement cheffe de service.

J'ai pris la direction de Solenn dès 2008, avec au début quelques réticences. D'abord, je n'avais pas envie de quitter Avicenne. J'étais dans une institution qui s'était beaucoup développée, qui était très bien adaptée à la diversité des populations, des âges, des familles. Une institution qui avait une vraie âme. La question psychanalytique contribue à cela, elle contribue à donner une sorte d'éthos aux institutions.

Je n'avais pas très envie, d'ailleurs j'ai d'abord refusé. Il y a eu un intérim pendant une année et j'ai fini par dire : si toutes les conditions que je propose sont acceptées, je veux bien y aller !

Y compris de conserver la chefferie d'Avicenne quelques temps pour faire une bonne passation avec Thierry. En fait, c'est ce qui s'est produit. Je suis arrivée dans une institution – la maison de Solenn – qui n'avait pas d'histoire. Elle avait ouvert en 2005, trois ans plus tôt. Nous allons fêter les 20 ans bientôt.

L'institution a été créée sur des vrais sujets de santé publique mais sans idéologie ou philosophie institutionnelle.

Elle a été créée sur un aspect politique qui était la prise en charge des adolescents. Il n'y avait pas de vraie culture, ni pour ni contre une idéologie. Les gens travaillaient mais il n'y avait pas de pensée institutionnelle. Je me suis dit que c'était très intéressant parce que c'était au fond comme une nouvelle institution. On pouvait construire quelque chose en dépit des éléments très politiques qui donnaient des moyens mais qui étaient un peu donneurs d'ordre. Il y avait l'idée que cette institution « politique » serait dirigée par la politique, il aurait suffi de donner des directives et elles seraient suivies. C'était très particulier et ça m'a beaucoup appris. Autant à Avicenne j'étais très protégée, j'étais dans la suite de Lebovici, rien ne pouvait m'arriver si j'ose dire. A Solenn, c'était bien différent, très peu sécurisant, au sens où tout le monde avait son mot à dire, y compris sur le choix des infirmières, des cadres infirmiers, des psychothérapeutes, s'il fallait faire de la psychanalyse ou de l'EMDR par exemple. C'était une des caractéristiques de cette institution. Ça n'est plus le cas aujourd'hui mais pendant quelques années j'ai appris à définir et assumer des positions, à être capable de diriger pour le coup. Être capable de dire non : c'est moi et mon équipe qui allons décider. Et non, on ne mettra pas telle personne responsable de telle ou telle chose, et c'était comme ça à propos de tout (des techniques de soins, des activités culturelles...).

La maison des adolescents a trois fonctions et même quatre. La file active est de 6500 nouveaux ados par an et leurs parents et les professionnels qui s'occupent d'eux. C'est 20 lits qui fonctionnent tout le temps. 40 places d'HdJ. 10 à 15 situations nouvelles à l'accueil (au téléphone ou de visu) tous les jours. C'est aussi un CATTP et une Unité de recherche INSERM. C'est plus de 100 employés auxquels s'ajoutent 50 chercheurs. Au quotidien, ça fait beaucoup de RH, sans compter tous les stagiaires nationaux et internationaux.

Si l'on regarde les différentes fonctions :

- Il y a l'accueil sans rendez-vous mais vraiment sans RDV ! Des adolescents se présentent, parfois seuls. Ça fait partie de la charte des maisons des adolescents mais peu d'entre elles peuvent accueillir sans RDV tous les adolescents qui se présentent. Ils arrivent et c'est la « position winnicotienne » qui nous guide dans cette partie-là. Il faut accueillir sans conditions mais on ne va pas pouvoir proposer à tous une prise en charge. Vous savez peut-être que la Maison de Solenn est pluridisciplinaire : il y a beaucoup de pédopsychiatrie mais il y a aussi de la pédiatrie. Des ados arrivent parce qu'ils ont eu une relation sexuelle et ils ont peur – non pas d'être enceinte – mais d'avoir le sida, par exemple. Je dis ça parce que j'ai remplacé récemment à l'accueil et j'ai reçu une ado qui disait craindre d'attraper le sida. Je lui demande si elle a une contraception et elle répond que non, alors je lui dis qu'elle pourrait être enceinte mais elle répond que « non, non, pas la première fois ! » (*rires*).

C'est ouvert, il y a de la lumière, on entre et je trouve ça très bien. On va utiliser la psychanalyse, en particulier dans la notion d'écoute, de bienveillance, de contenance et c'est là où Winnicott intervient et toutes nos formations tournent autour de cela. Cet accueil sans RDV c'est à la fois j'accueille et je construis d'emblée une réponse.

- Le soin ambulatoire et le soin hospitalier

Le soin ambulatoire avec toute une série d'évaluations qui peuvent être somatiques et psychiatriques. Ensuite, on a des unités de thérapie : individuelle, familiale, multifamiliale, transculturelle, adoption, mineurs non accompagnés et j'en oublie sûrement. Après, on a des groupes pour les parents, pour les frères et sœurs, des groupes que l'on appelle « transition » quand les ados commencent à sortir de l'adolescence et aller vers l'âge adulte. Dans ces différentes unités, la psychanalyse intervient souvent, spécifiquement en thérapie individuelle mais nos thérapeutes familiaux ont une double formation : analytique et systémique. Pareil pour le multi familial, en particulier pour l'anorexie mentale restrictive et pour les phobies scolaires. Pareil pour les thérapies transculturelles qui sont faites par des personnes de formation analytique qui ont fait une formation complémentaire en anthropologie, en linguistique ou en transculturel. Pour nous, la psychanalyse prend place dans ces unités mais elle s'associe à d'autres « techniques », quand c'est nécessaire. Les thérapeutes individuels sont essentiellement des psychanalystes ou de formation analytique mais certains (environ 10%) ont d'autres orientations. On a la méditation en « pleine conscience » même si c'est plutôt pour un travail groupal, un peu d'EMDR ou d'hypnose pour le trauma, des choses comme ça. L'unité trauma est dirigée par une thérapeute de formation analytique. Pour nous, la psychanalyse peut, soit entrer dans une des thérapies –

il y a l'unité de psychodrame que j'ai oublié de citer (individuel et collectif) – soit entrer dans le fonctionnement institutionnel, et en particulier, dans la qualité de la supervision. Si je devais dire quel est l'élément premier de l'apport psychanalytique je dirais que c'est la supervision. On est supervisé, soit dans son unité, soit dans sa pratique (les psychologues, les médecins, les soignants, ceux qui viennent faire des activités, les enseignants, les travailleurs sociaux...). Il y a deux niveaux de supervision. Tout le monde est supervisé, même les professeurs qui interviennent à Solenn. Et nous-mêmes faisons de la supervision, par exemple pour les infirmières scolaires de notre bassin de vie ou pour les assistantes sociales, en particulier pour les situations de mise en danger des enfants.

La supervision est le mécanisme que l'on devrait exporter : toutes les institutions devraient s'y mettre. Malheureusement, à l'AP il n'y a pas de crédit alloué à la supervision. Comment est-ce que je fais ? Je prends de l'argent de la recherche, l'argent des prix que l'on gagne, et cet argent là je vais l'employer à faire de la supervision. Il faut tout de même que je dispose de plus 20.000 euros par an, de mémoire. Or je n'ai pas de financement donc je dois aller chercher un financement à l'extérieur et trouver des mécanismes pour payer les superviseurs. C'est un enjeu dont je parle à l'ARS au moment de la négociation des budgets. 5M d'euros sont donnés par an par l'ARS. Dans cette dotation, je parle des intervenants superviseurs qui ne peuvent être assimilés à des vacataires. L'hôpital vérifie l'activité des vacataires et se rend compte que le superviseur vient seulement une fois ou deux par mois et il/elle a une activité en termes de patient nulle. Je ne peux pas dire que c'est un vacataire, je dois dire que c'est un superviseur. Comment faire pour le payer ? Ce sont des mécanismes complexes qui aboutissent au fait qu'un certain nombre de superviseurs ont un statut de chercheur dans mon unité.

Tout cela va entrer en jeu dans l'enseignement, en psychologie ou en médecine, en psychiatrie. Nous offrons toute une série de séminaires, j'évoquais tout à l'heure le séminaire que nous animons avec Julia Kristeva sur « le besoin de croire ». Nous en avons un autre avec Gilbert Diatkine, on a toujours plusieurs offres en cours : quasiment un séminaire par jour.

Je crois beaucoup de l'importance de l'articulation entre ce qui se passe dans ces séminaires qui sont des lieux d'enseignement et de formation et ce qui se passe dans le service, même si les séminaires sont largement ouverts.

Notre recherche porte sur les adolescents et sur les évaluations des psychothérapies individuelles et transculturelles. Nos recherches sont très ancrées dans la clinique et dans la thérapeutique. Ça suppose des allers-retours entre les différents niveaux. Sachant que notre spécialisation en termes de méthodologie est qualitative. On fait quelques études statistiques, épidémiologiques (études dites mixtes) mais ça n'est pas ce qui nous caractérise.

Les méthodes qualitatives nous permettent de travailler sur les corpus, sur ce qui est dit, non-dit, sur les contre attitudes, sur le contre transfert, sur tous les éléments que l'on considère importants pour la recherche.

Pour conclure, je dirais que je me pense assez chanceuse mais je crois aussi que l'on doit pouvoir défendre et développer ces façons de travailler. Nous sommes en pédopsychiatrie, c'est un peu plus facile qu'en psychiatrie adulte, à mon sens. Cependant, je n'ai pas beaucoup d'inquiétudes concernant la pérennité. Bien sûr il faut défendre et ouvrir notre modèle mais je n'ai pas beaucoup d'inquiétude sur le fond. Sur la question de la responsabilité, il faut que l'on assume de prendre des responsabilités. Je ne ressens pas de disqualification – pour essayer de répondre à vos questions qui sont très concrètes. La question de la faute de temps et de la disponibilité, je ne ressens pas malgré les exigences très importantes. Si on diminue notre activité, on nous enlève des postes, c'est très clair !

On doit pouvoir négocier avec ces contraintes et en faire une chance presque. Je ne sens pas que cela interfère avec la qualité de nos soins. Et sur les cadres, les cadres institutionnels et individuels, il faut les défendre en permanence. Résister en somme !

Charlotte Flouest-NGuyen

Merci de m'avoir invitée aujourd'hui. Je suis heureuse de parler après Marie-Rose parce que travaillant dans le 93, j'ai des liens assez privilégiés avec le service d'Avicennes. Dans un territoire si compliqué du 93 avec des conditions de vie difficile et peu de moyens mais – à l'inverse – beaucoup de créativité. Je ne sais pas si c'est « à l'inverse » mais une chose est sûre c'est qu'il faut se forger dans l'adversité, il faut inventer tout le temps,

il faut aller chercher les limites. Les gens qui viennent travailler dans le 93, ont cette envie de dépasser des limites.

Je vais peut-être parler des CMPP qui ont une histoire singulière. Ils ont été créés après la guerre par des psychanalystes et par des pédagogues. Le premier CMPP est celui de « Claude Bernard », le second a été créé à Strasbourg. Avec déjà cette volonté de prendre en charge les enfants en ambulatoire avec la pensée analytique. On faisait aussi appel à des pédagogues pour ces enfants confrontés à des difficultés à l'école et qui étaient pris en charge dans le CMPP. La direction était double (bicéphale) : médecin-directeur et directeur administratif co-dirigent l'institution. C'est un modèle particulier. J'ai commencé mon travail de pédopsychiatre à l'institut Théophile Roussel puis à Antony dans le service d'Annick Le Nestour. J'avais une vision du travail à l'hôpital et quand j'ai complété mon temps de PH par du temps au CMPP d'Aubervilliers, j'ai été reçue par « ce binôme ». J'ai senti que quelque chose était en dialogue. Ça n'était pas d'un côté le monde médical, de l'autre l'administration bien au loin. Quelque chose se co-construisait réellement. C'est cela qui m'a donné envie de rester et m'a donné envie de prendre la suite quand le médecin directeur pris sa retraite.

Dans le CMPP d'Aubervilliers - qui est un très grand CMPP (2^{ème} plus grand après Claude Bernard) - nous avons une file active de 1000 patients pour 35 professionnels (20 ETP). Le CMPP a été créé en 1969, il est géré par la municipalité plutôt communiste. Notamment Jack Ralite, qui a été longtemps maire d'Aubervilliers, a beaucoup soutenu le CMPP. Jusqu'à 2016, le directeur administratif était enseignant, détaché de l'éducation nationale. Nous avons encore à ce jour 6 psychopédagogues. C'est une pratique qui a toute sa spécificité et qui est assez passionnante. La pensée analytique est présente depuis la création du CMPP avec des écoles différentes, pas spécialement la SPP. Les espaces de pensée ont toujours été présents. Il y a eu des périodes institutionnelles plus ou moins complexes mais j'ai toujours trouvé qu'il y avait une vitalité, en particulier au sein de ces espaces de pensée. Vous parliez de cocréation, je trouve que c'est effectivement très présent. La difficulté qui est la nôtre aujourd'hui est de garder nos convictions, notre espace de pensée tout en répondant aux injonctions des tutelles, comme les recommandations de bonne pratique pour certaines activités.

Comment rester dans le dialogue, répondre à ce à quoi nous avons à répondre tout en gardant notre pensée analytique et notre façon de voir la clinique ? Je pense également que c'est possible.

Je suis de nature optimiste donc j'ai envie de dire que les choses sont possibles. Mais cela demande des ajustements. Je me demande toujours - quand on m'impose un cadre – à partir de ce que l'on sait faire comment le faire entrer dans le cadre imposé. Par exemple l'évaluation, l'évaluation interne, externe, qui change tout le temps. Comment mettre les équipes au travail avec de la pensée et montrer que ce que l'on fait déjà et ce que nous accomplissons est traduisible dans le langage de l'ARS. Cela demande un certain travail et parfois on se fait aider par des intervenants extérieurs. Mais au fond, le travail est fait. Ça n'est pas parce qu'on l'appellera « bientraitance » ou un quelconque vocabulaire référentiel imposé que ça changera ce qui a été accompli. Il y a énormément de choses que l'on fait, que l'on sait faire, qui sont décrites par nos tutelles dans un autre langage mais que l'on peut arriver à traduire. Dans les espaces de pensée du CMPP, il y a beaucoup de clinique, il y a une analyse de pratique qui est proposée aux professionnels. Dans le travail de codirection, avec le CA, nous avons très peu de « fonctions support », donc on s'occupe des RH, de la comptabilité mais en contrepartie, nous sommes libres de construire nos projets de soins. Dans l'histoire du CMPP, il y a toujours eu une passation, une transmission : on s'est toujours choisis les uns les autres. J'ai moi-même participé au recrutement de la directrice administrative. J'avais la possibilité d'évaluer si au niveau personnalité nous allions pouvoir nous entendre. Après le Covid, à la suite des crises traversées, j'ai proposé une analyse de pratique pour les directeurs : un psychanalyste vient 3 à 4 fois par an. Cela nous aide à faire un pas de côté, à penser, élaborer les situations auxquelles nous sommes confrontées. La directrice administrative actuelle n'est pas du tout clinicienne mais cela n'a pas été un frein parce qu'humainement j'ai senti qu'il y avait compatibilité. Nous allons devoir bientôt négocier notre CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) et nous avons besoin de quelqu'un de solide pour négocier les budgets. Je ne me sens absolument pas de compétences sur ces domaines purement administratifs. Je le lis, je m'informe, je participe au recrutement, donc aux RH mais il ne faut pas me demander de faire les « prévisions budgétaires », les « fiches de paye », etc...

Xavier Bonnemaïson

C'est peut-être à moi que revient le rôle de déprimer tout le monde !

Nous avons été jusque-là (*dans la réunion*) dans l'optimisme généralisé, ce qui n'est pas l'habitude des réunions de psychiatres ou des soignants en psychiatrie, en ce moment ; et alors, du côté des psychiatres/psychanalystes,

on entre dans le champ de ceux qui sont très déprimés, avec l'impression qu'ils ont perdus beaucoup dans les vingt dernières années. J'ai 46 ans, j'ai commencé à l'ASM13 comme assistant et j'y suis resté depuis presque 20 ans maintenant, 18 ans plutôt. Aujourd'hui, je suis le directeur général de l'association, j'ai succédé à Françoise Moggio à cette fonction. Elle est parmi nous et pourra compléter ce que je vais vous dire. A l'ASM13, les structures n'ont pas grand-chose à voir les unes avec les autres. Cela est très différent d'être chef de service à l'APHP ou directeur d'un CMPP et d'être Directeur général à l'ASM13. C'est une spécificité de l'ASM13 d'avoir un psychiatre directeur général (cumul des fonctions) à sa tête. C'est dans les statuts de l'association depuis sa fondation en 1958. Le directeur général adjoint est également un psychiatre et le troisième du trio de direction générale est un administratif. Aujourd'hui, c'est le secrétaire général de l'association - qui sera une fondation bientôt - qui est directeur administratif et financier. Le budget de l'ASM13 est de 45M d'euros environ, entre 45 et 50 M d'euros. C'est plus de 700 équivalents temps plein, 1100 salariés. La psychiatrie de l'adulte et la psychiatrie de l'enfant sont les secteurs de psychiatrie et psychiatrie infanto-juvénile du 13ème arrondissement (183.000 hbts approx). L'ASM13 est dotée d'un département médico-social depuis les années 2000. Cela représente 140 places d'accueil de jour et d'accueil temps plein pour des autistes adultes. Les deux autres départements sont un département d'enseignement (PSY13) et un département que l'on appelle « le pôle psychanalytique » et qui regroupe deux CMP qui ont rejoins l'ASM13 : le « *centre Jean Favreau* » (qui est dans ces murs) et l'IPSO, avec des émanations de chacun des deux départements sur des fonctions psychanalytiques du « *centre Alfred Binet* » et du « *centre Philippe Paumelle* » sur la partie « *centre Evelyne et Jean Kestemberg* ».

Le directeur général est « chef » de tout, de ce fait il assume la responsabilité juridique, par délégation du président du CA. Il est chargé de l'exécution de l'ensemble des politiques : RH, gestionnaires, qualité, gestion des risques. Et - vu qu'il est aussi président de la CME - il a également la charge de la politique médicale. Le directeur général adjoint est historiquement issu du centre Alfred Binet sauf dans mon cas : en effet, j'ai été directeur adjoint de 2017 à 2019 quand Françoise Moggio était DG et j'étais psychiatre d'adultes. La responsabilité repose sur le DG mais les fonctions de chef de service qui émanent de cette position-là sont centrées chacune sur les départements. La DG adjoint, en ce moment, c'est Sarah Bydlowski, qui est chef de service du département enfant, je suis moi-même chef de service du département adulte. Et le secrétaire général - donc l'administratif - est responsable du département médico-social. Ceux qui connaissent le médico-social - surtout dans la partie « adulte » - savent que c'est extrêmement administré. Ce sont des fonctions aux limites de ce qu'un médecin peut piloter. Ce qui nous amène à avoir beaucoup de réflexions - parce que ce département est également le plus récent - pour voir comment articuler une politique médicale. Quelle est la place de la psychanalyse alors même que le socio-éducatif est largement prévalent et que le médical est largement périphérique, surtout chez les adultes ? Comment articuler tout cela sachant que la loi de 2002 - par la pression des associations de parents d'autistes sur les tutelles - préconise la prévalence du neuropsychologique dans l'évaluation et la prise en charge de l'autisme ? Ce sont des choses qui sont régulièrement au travail mais l'histoire la plus stable c'est celle de la psychiatrie de secteur qui a fondé l'ASM13. Là, on peut trouver une certaine parenté avec La Velotte, puisque Racamier a aidé Paumelle dans la création notamment de l'hôpital de l'Eau Vive, dans la création du secteur mais surtout l'hôpital. Il y a « *le psychanalyste sans divan* », ouvrage collectif mais il y a également un texte paru dans le numéro spécial de « *l'information psychiatrique* » consacré à l'ASM13, datant de 1965, qui comprend un excellent texte de Philippe Paumelle sur comment il a fondé cet hôpital, comment il a réfléchi à l'hôpital. Et là, il décrit le travail en proximité avec Racamier où l'on retrouve des préoccupations plus centrées sur la fonction de médecin directeur (ou directeur médecin) et l'institution. Cette question de l'articulation des espaces est très bien pensée par la psychothérapie institutionnelle, du côté de Racamier par les soins institutionnels. Il y a de très beaux textes à ce sujet que vous devez connaître, j'imagine. Dans le texte cité (de Paumelle), on peut voir que - dans l'hôpital psychiatrique - Paumelle veut que s'exerce une certaine politique, une politique médicale qui doit être absolument tenue par le directeur. On voit que dans l'hôpital existe une espèce de borne où Paumelle dit d'emblée que si le médecin directeur n'est pas responsable de l'ensemble de la politique médicale, il va se déresponsabiliser de ce qui est le plus pénible. A savoir - dans les psychoses les plus graves - ce qui va relever du rejet par la micro-société que forme l'hôpital, les réactions - en particulier des administratifs - face aux passages à l'acte, à un ensemble d'événements traumatiques qui surviennent dans les hôpitaux psychiatriques. A ce moment-là, le médecin protège l'espace de soins et il protège indirectement le patient. Le médecin directeur a cette fonction - très bien décrite par Racamier dans « *L'esprit des soins* » - cette fonction de travail du cadre. Il est à la fois à l'extérieur avec les

cadres du cadre - les histoires d'articulation avec la politique - dans un cadre vivant, il ne s'agit pas de créer un mur hermétique entre extérieur et intérieur mais bien une articulation vivante ; et à l'intérieur, il doit protéger les espaces de soin. Cette fonction de directeur médecin est – pour Paumelle – centrée sur l'idée qu'existe un collectif médical. Un collectif qui doit travailler dans une collégialité et dans une culture commune en rapport avec cette responsabilité d'avoir la direction. Parce que la direction est médicale, les collègues doivent se sentir responsables et donc, à partir du moment où ils sont responsables de quelque chose, ils doivent eux-mêmes tenir compte du fait que tout ce qui est en rapport avec le soin peut avoir un impact sur notre fonction de médecin directeur, qui doit être par nature relativement instable.

C'est-à-dire que ce je dis aujourd'hui ne tient pas lieu de socle définitif, du jour au lendemain ça peut changer. On peut en discuter, il n'y a pas de raison que ce soit gravé dans le marbre. Si on n'est pas responsable - si on est irresponsable ou pas assez responsable - il n'y a pas de raison que l'on garde la direction. Cela dit beaucoup de ce que l'on doit transmettre – de ce que l'on m'a transmis – car je suis un héritier moi-même. On transmet cette responsabilité. Et c'est sur ce point que je suis moins optimiste parce que cette responsabilité lourde, plus personne aujourd'hui n'en veut, parmi nos collègues médecins.

C'est déjà une responsabilité terrible d'être chef de service, je ne parle pas d'un énorme service comme Solenn, mais même d'être chef de pôle est une position très difficile. Les collègues le perçoivent. Cependant, ils sont privés de la fonction de direction. S'ils ont un directeur avec lequel ils travaillent bien, les choses peuvent avancer : ils ne se font pas piquer de budget, ils ne se font pas malmenés, on ne surréagit pas à un événement potentiellement traumatisant, on ne ferme pas un service, on ne vire pas 10 personnes mais les médecins peuvent n'avoir que les inconvénients de la responsabilité et pas les avantages. Parce que la fonction de directeur garantit que l'on ne fait pas n'importe quoi sans son aval. Le bon côté de la responsabilité peut se trouver dans cette fonction de directeur. L'écueil est vraiment que la culture des médecins est vraiment très éloignée de ce que demandent les fonctions de direction actuellement. Et nous parlions de la politique qualité/gestion des risques, il faut développer une science à la fois de la traduction mais aussi d'une certaine a-culturation (*et enculturation, ajoute Marie-Rose Moro*). Et aussi modeste car il s'agit de quelque chose de superficiel. On parlait de la qualité des soins, il faut accepter que ce ne soit pas la « réalité ». Ça n'est pas qu'un travail de traduction, c'est aussi un autre langage. On fonctionne dans des cultures qui sont tellement éloignées de celle du soin qu'il faut accepter lorsqu'on discute avec un ingénieur-qualité que la référence au soin représente autre chose que le soin dont il est question chez Racamier.

On parle de quelque chose qui est en rapport à d'autres types de règles. Il faut trouver des manières de contenir suffisamment ces effractions - qui sont permanentes - pour que les collègues puissent travailler dans une paix relative et dans le sentiment qu'ils peuvent garder une culture commune. Et cette culture commune – c'est là où la psychanalyse va avoir un effet très puissant. Il y a quelque chose dans les modalités de transmission – ce qui d'ailleurs pose des problèmes très importants entre freudiens et lacaniens car la transmission ne se fait pas de la même manière, les sociétés sont relativement hermétiques entre elles, on a beau avoir des collègues que l'on apprécie et qui sont lacaniens, quand on va un peu plus loin et que l'on cherche à faire des séminaires en commun, on n'y parvient pas, pas forcément, parce qu'il y a dans la transmission quelque chose qui a à voir avec la filiation, avec quelque chose d'un peu familial et si ça n'est pas familial c'est tout de même une relation à un groupe d'appartenance qui prend une valeur très importante surtout en ce moment où l'on se sent attaqué dans le soin. On a besoin de se sentir appartenir à quelque chose et si ça n'était pas là il faudrait que ce soit ailleurs. Le groupe d'appartenance est très important. Cette culture commune, la psychanalyse peut vraiment l'apporter.

Dans vos questions, il y avait : « *Est-ce raisonnable ?* ». Non, pas du tout ! (*rires*).

C'est pour cela que nous avons besoin d'une « direction tournante », il faut qu'existe cette possibilité de partir quand vous êtes directeur. A l'ASM13, le mandat de directeur général a une limite. Ça n'est pas par hasard, ça a été travaillé. Un groupe a dû réfléchir à la question. Je pense que c'est indispensable. Dans la fonction de chef de pôle ou chef de service, on dit facilement que l'on est là jusqu'à la retraite. Ça n'est pas forcément une bonne idée, notamment quand il y a de nombreux départs en retraite et que vous demandez à un collègue de 35 ans de prendre la relève. Le type sait qu'il en prend pour 30 ans et il n'en a pas forcément envie.

Cette question de la durée limitée vaut parce que ça n'est pas raisonnable, pas raisonnable du tout !

La supervision ne suffit pas pour traiter la mégalomanie... A l'école de Rennes¹, il n'est pas sûr que la supervision psychanalytique les brancherait beaucoup, en raison d'une mégalomanie importante inhérente au choix de carrière. Dans ces fonctions de direction, il y a d'excellents directeurs, des gens de grande culture, mais il y a des potentats, des fous, des affreux personnages, cruels, etc...

Bénédicte Bonnet-Vidon remarque que les médecins n'échappent pas non plus à la mégalomanie ...

Xavier Bonnemaïson acquiesce et reprend sur « ça n'est pas raisonnable » donc il faut des bornes.

Les statuts de l'ASM13 instituent des bornes qui ont permis que ça tienne jusque-là. Ça tient encore très bien pour un certain nombre de choses. Cette affaire de « qu'est-ce qui est raisonnable et qu'est-ce qui ne l'est pas » a été pensée d'emblée en plus de la question du collectif, le collectif médical. Et j'insiste parce que je crois au collectif pluridisciplinaire de la psychothérapie institutionnelle, et je crois - au moins autant - que la culture de la collégialité médicale est indispensable. Je parle en tant que médecin. On pourrait probablement dire la même chose pour les psychologues, d'ailleurs. Ça n'est pas simple, on doit donc organiser une collégialité, quand on est médecin directeur, avec nos collègues médecins. Et du côté des psychologues ou du pluridisciplinaire existent d'autres types de collectif - au niveau des équipes - qui vont avoir leur importance et être dans des espaces qui vont s'articuler les uns aux autres sur le modèle du soin institutionnel. Cependant, quand vous êtes en responsabilité médicale, il faut que le collectif comprenne que ça repose aussi sur vous. Si les collègues comptent sur le médecin directeur - et lui seul - pour exercer la responsabilité, et qu'ils se permettent de ne pas respecter la politique, ils sont irresponsables et on perdra la responsabilité médicale à terme.

Charlotte Flouest-Nguyen : Je voudrais préciser – après une présentation où tout pouvait paraître rose – qu'après le Covid (qui a révélé des fragilités), j'ai bien réalisé que ça n'était pas si simple. Nous travaillons en mini-équipe. Il y a 9 synthèses cliniques. Chacune est sous la responsabilité d'un médecin. Tous les patients du CMPP sont reçus au moins une fois par un médecin. Il existe plusieurs réunions transversales dans l'équipe : celle qui réunit les 35 personnes, qui est la réunion institutionnelle, il y a également des groupes de travail, des réunions par champ professionnel, un travail sur la consultation avec les médecins et les psychologues car ce sont eux qui font les consultations familiales. Des réunions transversales très importantes, qui portent sur des projets partagés. Parfois, dans les réunions institutionnelles, il y avait d'un côté « le couple de direction » (médecin directeur et directeur administratif) et de l'autre, les 35 autres membres du personnel. Il manquait une enveloppe institutionnelle, nous avons mis en place une réunion médecins/direction au moment même où nous avons fait appel à un psychanalyste pour une supervision avec les directeurs. J'ai cette double casquette de médecin directeur et de pédopsychiatre, qui reçoit certains des patients de l'institution (½ temps administratif et ½ temps clinique). J'ai de multiples activités de groupe, de thérapie, de psychodrame. C'est cette diversité qui permet de tenir : sans clinique, la fonction n'a pas de sens. J'aime l'institution parce que j'aime le travail en équipe, j'aime faire un groupe avec un collègue, être assise par terre avec les enfants, tout ce qui fait le métier de clinicien. La création de cette nouvelle « enveloppe institutionnelle » a été très utile à la bonne marche de l'institution et appréciée par les collègues médecins.

Marie Rose Moro

Un mot sur un point qui me paraît important, c'est la question de l'articulation entre celui qui dirige – pour ma part c'est le service – et le reste des médecins et psychologues, car mes unités de psychothérapie peuvent être dirigées par un « couple » psychiatre/psychologue ou par un psychologue seul. Je pense que l'on ne peut assumer cette fonction que si l'on est effectivement porté et légitimé par tous les niveaux intermédiaires. Si les médecins des différentes unités n'avaient pas la même idée que moi de ce qui fait soin, je ne pourrais certainement pas être la responsable. C'est quelque chose de fondamentalement interactif. On sent, dans la nouvelle génération, que l'idée d'être chef de service pour protéger le soin tel qu'on le pratique est une fonction qui n'est pas plébiscitée, elle fait moins envie qu'auparavant. Je ne sais pas pourquoi mais je le constate. Ces dernières années s'est posée la question de préparer quelqu'un - bien longtemps à l'avance – à ma succession et j'ai bien vu que tous n'avaient pas envie de le faire. Le discours est : « *c'est très bien Marie Rose que tu le fasses et le plus longtemps possible est le mieux* ». Ça me semble, en effet un point important. Par ailleurs, j'ai fait une présentation très optimiste - et je maintiens cet optimisme - mais si je dois le tempérer c'est sur la question de l'autisme. La perte de vivacité, la perte de pouvoir – au sens philosophique -, la perte de

¹ École des Hautes Études en Santé Publique

responsabilité sur la question de l'autisme me sidère. Ça n'est pas une de mes spécialités, donc je ne sais pas répondre sur le fond. Mais j'ai siégé dans un certain nombre de commissions au ministère, avec les associations de parents d'autistes, et j'ai été choquée de voir comment ces associations traitent les psys.

Comment le politique n'a aucune représentation de ce qui se passe. Dire dans la même phrase : « *l'autisme ça n'est pas psychiatrique* » - et évidemment surtout pas du ressort de la psychanalyse – et « *on a besoin d'un médecin pour prescrire* » ! J'ai tenté des interventions qui ont été inaudibles, pas du tout entendables.

Si vous osez expliciter cet élément-là et parler de la place de la psychanalyse, c'est l'exclusion : vous n'êtes plus la bienvenue à la prochaine réunion !

Il y a un blocage tel que je ne saurais pas dire comment en sortir.

Questions de l'assemblée

Bernard Voizot : A titre anecdotique, hier au soir, j'ai fait mon « petit Lebovici » !

Il y avait un jeune collègue roumain de passage chez moi - il fait une formation à Bucarest en périnatalité - que j'ai mis en lien avec notre chère Leticia Solis-Ponton qui a travaillé avec Lebovici. Pourquoi ? parce que chaque fois que Lebovici rencontrait quelqu'un, il le mettait en lien avec d'autres.

Ils nous ont appris à faire cela. Notre difficulté face à un jeune de 35 ans – qui a envie de vivre et ne veut pas « *cramer* » - est que tout ce que l'on pourra dire c'est que nous y avons passé beaucoup de temps, en effet.

En contrepartie, nous avons participé à la construction du cadre. Nous devons remercier Racamier d'avoir parlé de la paradoxalité. Un jour, à une réunion du CRAIF (Centre Régional Autisme Ile de France), une famille propose de visionner le fameux film - « *Le mur ou la psychanalyse à l'épreuve de l'autisme* » qui date de 2011 et constitue une attaque en règle contre la psychanalyse – et nous demande ce que l'on en pense. On a pu en parler. Seulement, ce conseil technique a depuis été supprimé. La question qui se pose est celle de la légitimité, la légitimité des processus au moment où ce qui est demandé ce sont des étiquetages. Au niveau des CMPP, je serai assez angoissé par les injonctions à étiqueter et rééduquer. N'oublions pas la tête que faisait Roger Misès quand on parlait des CMPP : ça n'est pas évident de faire vivre des CMP et CMPP, nous avons eu des difficultés dans nos institutions. Les structures intermédiaires sont ambiguës, difficiles à gérer mais ce sont des lieux d'élaboration, des lieux de légitimité qui permettaient que les maires nous soutiennent. Ce travail local est fondamental.

Notre espoir est de maintenir des liens de solidarité et de vie entre les petites unités ou celles plus ou moins grandes. Merci Marie-Rose pour les séminaires organisés à Solenn avec tous ces jeunes avec lesquels nous pouvons échanger. Seule inquiétude : comment expliquer au socius, comment expliquer au politique ce que nous faisons alors même qu'ils prennent une voie si radicalement différente ?

Vincent Flavigny : Je suis médecin directeur d'un CMPP en Seine Saint Denis, c'est comme ça que je connais Charlotte. Je suis également médecin-directeur d'un Hôpital de Jour dans le 12^e – pour enfants autistes- où je succède à Denys Ribas. J'ai donc été, pendant un temps, médecin-directeur du CMPP tout en étant « simple » psychiatre à l'HdJ du 12^e.

Quand je suis arrivé, j'ai eu l'impression de gagner en expérience en travaillant avec Denys, tout en faisant ma formation de psychanalyste. C'est intéressant de regarder les structures depuis des places différentes. Quand Denys – qui était directeur général de la structure - a quitté ses fonctions, je n'ai pas souhaité reprendre l'ensemble des fonctions qu'il avait occupé. Nous avons cherché une modalité qui permettait que je lui succède et nous en sommes arrivés à créer une fonction de directeur administratif, un peu comme dans un CMPP. Évidemment, la direction administrative doit s'inscrire dans le projet de soin tel qu'il est conçu par le médecin-directeur. C'est tout de même une liberté de ne pas être dans une position trop « puissante ». La psychanalyse a besoin d'être dans une position un peu passive/active. On a tout de même un retour des associations qui ont trouvé que la psychanalyse avait parfois établi des personnes dans une position de toute puissance (je caricature un peu). Il faut donc se méfier de cet aspect-là. D'un autre côté, ça fonctionne tellement bien la psychanalyse et ça a apporté tellement de choses à la psychiatrie que je suis plutôt optimiste sur le fond. Je vois des institutions qui fonctionnent bien. Là où je suis plus sceptique c'est effectivement sur le socius. Nous en sommes à la 4^e ou 5^e accréditation sur l'HdJ, les parents et l'évolution des enfants sont remarquables dans un certain nombre de domaines et on sent des marges de progrès qui peuvent se faire au niveau théorique et pratique. Les parents ont beau dire qu'ils sont très contents, ça ne changera pas d'un iota ce que l'ARS ou

l'HAS va penser. La démarche qualité – du côté des réunions de parents – Denys l'a mise en place. C'était pas mal de rendre un peu des comptes. Une position tierce qui regarde votre façon de travailler, pourquoi pas ? Il faut avoir un peu d'imagination pour en faire quelque chose de positif. Ça a tout de même permis de recentrer des choses et corriger un certain nombre de dérives.

Pendant, le mouvement qui consiste à tout ramener sur l'école me paraît voué à l'échec : l'école ne fera pas le travail des IME. Il est certain que l'ARS devra prendre en compte la diversité des situations mais je suis plutôt optimiste.

Nathalie Jozefowicz

J'écoute les mots qui reviennent dans vos propos et je me pose la question de l'interface avec l'extérieur. Après le Covid, nous avons été bousculés et amenés à repenser nos relations avec l'extérieur. Ici, nous sommes dans les locaux de la SPP et vous n'avez pas choisi de « faire du mixte », par exemple. C'est l'une des questions que je me pose. D'un côté il y a les relations avec les autres sociétés de psychanalyse : comment se mettre en réseau. Il faudrait se mettre en dialogue à l'intérieur mais aussi à l'extérieur. Il y a aussi le mot « traduction » qui est revenu sous l'angle de se faire aider par d'autres. Marie-Rose Moro a témoigné de l'intervention de techniques et de techniciens des communications à la Maison de Solenn. Comment utiliser le socius et intégrer dans les organismes de soin les évolutions, les avancées technologiques ?

Guillaume Charlery

Une question pratique mais qui devrait permettre de réfléchir à la place de la psychanalyse dans le champ du soin et comment elle fait liant, collégialité, cadre. J'aimerais savoir qu'elle est votre « marge de manœuvre » dans le recrutement de vos équipes et de vos collaborateurs ? Comment vous accueillez leur place de psychanalyste/non-psychanalystes ? Comment les choisissez-vous, en fonction, peut-être, de leur capacité à avoir une position bienveillante ? Et quel message leur donnez-vous au moment du recrutement sur la place de la psychanalyse dans votre institution et sur l'importance que ça aura pour eux, peut-être, de s'y impliquer ?

Philippe Turmond

J'ai effectué un parcours en pédopsychiatrie pendant de nombreuses années. J'ai travaillé avec Louis Moury qui était un spécialiste de la groupalité dans l'intersecteur. Je suis devenu par la suite médecin directeur d'un gros CMPP, en Seine et Marne, le CMPP de Melun qui emploie plus de 30 personnes. J'aimerais apporter une expérience qui se différencie de ce qui a été dit jusque-là. Ce CMPP fait partie d'une association - qui a beaucoup grandi ces derniers temps - qui gère actuellement 42 à 43 établissements de pédopsychiatrie de tous types : CMPP, Sessad, HdJ, IME, établissements spécialisés dans l'autisme, etc...

J'ai eu la chance il y a quelques années – à la fin de ma carrière au CMPP – d'avoir été sollicité pour faire partie du bureau de l'association. Nous sommes deux représentants disons « de la clinique », avec Marie-Pierre Pougnet qui est également à la SPP, au conseil d'administration de cette énorme association.

C'était une association très intéressante car les établissements fonctionnaient sur le modèle du « couple », médecin-directeur/directeur administratif, celui-ci étant chargé de l'interface entre la DG et une équipe travaillant dans un lieu donné. Chaque établissement était responsable de son budget. L'interaction entre le projet de soin, la clinique, et l'aspect financier était intéressant, en particulier pour penser le développement des outils de soin. Par exemple, si vous souhaitez faire un psychodrame analytique qui mobilise trois/quatre collègues mais qui ne représente qu'un forfait d'un acte, vous devez trouver un moyen de le rendre possible sur le plan économique. Cette association gère beaucoup d'établissements de la grande banlieue ce qui rend la question du recrutement très complexe. On ne trouve plus de collègues pour venir travailler dans cet environnement. Quand j'ai commencé, nous étions cinq médecins, quand j'en suis parti il n'en restait qu'une, seule pour gérer l'équipe et 12.000 rendez-vous/an.

C'est un cadre médico-social. Je constate que l'identité de base de ces établissements est en train de changer du fait de l'absence de médecins. Nous réfléchissons à la place des psychologues à la direction de certains établissements parce que certains n'ont plus de médecin du tout. La disparition du médical donne un tremplin à la main mise de l'administratif sur le projet d'établissement. C'est un problème qui me semble insolvable à l'heure actuelle.

Annette Fréjaville

Comme je l'ai déjà exprimé, ce thème pourrait faire l'objet de plusieurs réunions : une sur les CMPP, une sur les CMP et une sur les services hospitaliers. Ce sont des questions tout à fait fondamentales, et j'ajouterai - à la suite de l'intervention de Philippe Turmond - une sur les conseils d'administration.

Je pense également qu'il existe un désintérêt de la part des médecins et des personnels un peu expérimentés à être dans les conseils d'administration. Le gros CMPP de Melun fonctionnait remarquablement bien et je me rappelle le temps où Laurence Kahn, elle-même, y a été psychothérapeute, jeune psychanalyste. Maintenant, en effet, il n'y a plus de médecin nulle part !

Je crois que CMP, CMPP et hôpital ça n'est pas tout à fait pareil. Les CMPP sont assez idylliques quand ils fonctionnent, par exemple Claude Bernard que je connais bien. Cette direction bicéphale avec médecin-directeur et administratif qui a une sensibilité au soin quand même : un psychologue, un pédagogue, par exemple. Un couple idéal quand ça fonctionne !

Quand on entend Xavier Bonnemaison, on est terrifié par la charge de travail, y a-t-il encore du temps pour la clinique ?

Xavier Bonnemaison répond que l'on réserve des espaces mais qu'ils sont forcément très restreints. Il faut qu'il y ait de tels espaces sinon un médecin perd sa crédibilité auprès des collègues. Et Marie-Rose Moro ainsi que Charlotte Flouest-N'Guyen acquiescent en disant qu'elles font toutes deux beaucoup de clinique au sein de leurs établissements.

Annette Fréjaville poursuit en disant qu'il faut se battre pour garder de tels espaces. *Marie-Rose Moro parle de « sanctuariser ».* Annette Fréjaville ajoute que ça n'est pas forcément « bien vu » car on est sollicité par le poids de l'urgence. Et l'urgence, ça me rappelle ce qui a été créé avec Casita à Avicennes. Ce lieu où les adolescents viennent comme ils veulent. Cela devient de plus en plus une exigence du socius : des lieux où l'on puisse se rendre à toute heure du jour et de la nuit, dans le fantasme collectif.

Ce qui rejoint la question du médico-social. Le médical est convoqué, dit-on, quand la maladie est évolutive et qu'il reste des séquelles, cela justifie alors une prise en charge pluridisciplinaire. Pour trouver des médecins un peu formés pour travailler dans le médico-social, ça devient extrêmement difficile. Tout cela entre dans la catégorie autisme mais aussi TDAH, HPI, etc ... on entre dans le médico-social et cette ambivalence dont vous parlez : ça n'est pas du tout médical car c'est supposément neurodéveloppemental mais il y aura des urgences et un médecin devrait être là – dans leur fantasme – 24h sur 24h parce que l'un des patients aura fait une TS !

Je pensais aussi que par rapport à la psychanalyse, la position de Bernard Golse est assez défendable. Il dit qu'on ne peut plus parler de psychanalyse, on peut à la rigueur parler de psychopathologie. C'est une façon de dire que la pensée psychanalytique peut aider à essayer de comprendre un processus psychopathologique.

D'autre part, pour comprendre les associations, il est utile de repérer les « mythes fondateurs » : mythe fondateur du 13^e, mythe fondateur d'Avicennes avec Serge Lebovici. Ce qui est important, par exemple, c'est la formation d'ethnopsychiatre de Marie-Rose Moro qui est au cœur de son « image de marque », de même que la passion des bébés pour Lebovici. Chaque fois qu'il y a refondation, on change d'image et ça implique des choix budgétaires : on prend de l'argent, soit pour faire venir des superviseurs, soit pour organiser un psychodrame, soit pour payer des traducteurs, etc...

J'en parlais avec Albert Louppe qui est titulaire formateur de la SPP mais qui a fait aussi un petit bout de l'école de Rennes. Il n'y en a pas beaucoup comme lui qui choisissent de se former à l'administration des soins. Comment donner à de jeunes collègues, psychiatres de surcroît, l'envie de se lancer dans ce type d'études ?

Gilles Vidon

Tout d'abord j'aimerais vous féliciter pour vos présentations que j'ai trouvé très intéressantes et très détaillées. J'aimerais préciser une chose : vous êtes des petites institutions ! Alors, la maison de Solenn n'est pas peut-être pas un petit machin ! Mais en comparaison avec le GHU, par exemple, la maison de Solenn est un petit machin, l'ASM13 est un petit machin... (*rires*).

Je suis extrêmement pessimiste ! J'ai commencé à quelques centaines de mètres d'ici, à Ste Anne, chez Daumezon qui était le père de la psychothérapie institutionnelle. Il était médecin directeur de l'hôpital Henri Rousselle au sein de Ste Anne. Il n'y a plus d'hôpital H. Rousselle ! Tout cela, c'est Ste Anne aujourd'hui. Puis Ayme a succédé à Daumezon. Tout cela fonctionnait très bien.

Aujourd'hui Ste Anne - devenu GHU - a mangé Maison Blanche et mangé Vaucluse, je ne sais pas si vous réalisez la bête que cela représente ! On ne peut pas être médecin-directeur d'un lieu comme celui-là. Ils ont d'ailleurs trouvé un énarque qui vient d'un cabinet ministériel et lui ont donné la direction !

Ils ne sont pas forcément meilleurs (rires).

Quand je suis arrivé comme chef de service à Esquirol - Esquirol était un superbe établissement, c'est super beau – en tant que Président de la CME j'ai toujours dit qu'il fallait boire du vin avec les directeurs. C'est une solution qui marche bien, ça détend, ça crée une proximité.

C'est bon pour l'optimisme !

L'hôpital Esquirol a été marié à l'hôpital de St Maurice - qui est juste à côté - pour devenir les hôpitaux de St Maurice. Et, depuis le 1^{er} janvier les Murets et St Maurice sont devenus le même établissement. Les Murets et St Maurice sont très éloignés l'un de l'autre, ils n'ont rien à voir et pourtant ... Ce que je veux dire c'est que nous perdons totalement le contrôle. En tant que médecin d'un secteur, on n'a plus aucun contrôle sur ce qui se passe. Ma question est très simple : est-ce que vous êtes en mesure de calculer l'évolution de votre budget sur les trente dernières années ?

C'est un exercice auquel je me suis livré pour mon secteur (le 12^e arrondissement de Paris). Faisons les comptes : Centre de Paris 1,2,3,4e, il y avait trois secteurs, aujourd'hui il n'y en a qu'un ; 11eme, il y en avait trois, maintenant il n'y en a plus qu'un. En augmentant les masses, on permet de faire de grosses économies. J'ai pris le poste en 1990 et j'ai arrêté en 2018 : en 28 ans, j'ai perdu 60% du budget de mon pôle.

Comment voulez-vous que les gens viennent à la psychiatrie aujourd'hui ? C'est une rigolade ! Les hôpitaux sont des trucs monstrueux où l'on n'exerce plus aucune responsabilité médicale et le budget diminue continuellement. La psychiatrie est sinistrée !! Ça fait les gros titres des journaux.

Je m'éloigne de la psychanalyse mais c'est l'état de la psychiatrie qui me semble être au cœur du sujet. Quand j'ai démarré, j'ai ouvert un certain nombre de structures. Elles ont toutes été fermées depuis : 1 HdJ aujourd'hui pour 3 existants en 1990, 2 unités de soin pour 4 existants à l'origine, etc ...

Pour être optimiste, il faut reprendre le pouvoir.

La question porte sur l'évolution de vos budgets en 15 ans.

Isabelle Béguier

Je suis extrêmement touchée par votre intervention et vos interventions à tous les trois. En particulier, je suis sensible à tout le travail d'élaboration clinique et psychanalytique que vous menez dans vos institutions. Vous n'évoquez pas encore la question des effectifs. Nous sommes confrontés à une crise profonde en psychiatrie : des professionnels au GHU quittent leur poste. Les psychiatres, les psychologues, les infirmiers, tout particulièrement, partent en grand nombre ou n'acceptent plus que des statuts d'intérimaires. Je me dis que – pour garder notre vitalité et l'amour de notre travail en psychiatrie psychanalytique – nous avons besoin d'espaces d'élaboration clinique. Plus que jamais, « Vive la psychanalyse » en psychiatrie et dans les institutions médico-sociales ! C'est un vrai combat que nous menons. Ceux qui peuvent encore le mener le mènent.

Elisabeth Lévy

Je suis psychologue et non pas psychiatre ! (*Applaudissements*).

Je trouve très intéressant tout ce que vous avez décrit. Je travaille à la Fondation Vallée qui est un lieu où nous avons eu beaucoup à lutter contre « la désertification » des psychanalystes. La formation des psychologues et des psychiatres n'y est pas pour rien. Vos institutions sont probablement repérées comme plus accueillantes pour les psychanalystes. Comment faire pour attirer des psychanalystes dans des institutions dans lesquelles notre façon de travailler est remise en cause : durée des séances, psychodrame, supervision ou reprise élaborative ? C'est le réel des hôpitaux. On se retrouve avec des psychologues plutôt « neuropsychologues » ou se disant tels. Dans le travail de supervision que je faisais avec les internes en médecine, je constatais que le niveau des internes qui ne faisait que décroître. Et de toutes façons, les supervisions ne sont plus proposées partout. Sur les CMP, les psychologues se retrouvent en position de consultant, avec un psychiatre sur le CMP qui va signer les dossiers MDPH que nous ne pouvons pas signer mais que nous remplissons. Votre environnement de travail semble préservé, c'est bien, ça donne envie mais ça n'est pas la réalité de l'hôpital avec le GHT, le regroupement, etc...

Sur la question de l'autisme, nous recevons l'injonction de diminuer la durée des prises en charge. On s'aligne sur la psychiatrie d'adultes. On les fait sortir deux semaines pour pouvoir les réaccepter, tout en sachant pertinemment qu'ils reviendront pour pouvoir poursuivre le traitement. On essaie, en effet, de traduire les recommandations de l'ARS pour faire au mieux notre travail. La fondation Vallée semble être de nouveau en essor et retrouver une vitalité. Peut-être que la vitalité retrouvée est due à une certaine lutte et résistance contre les questions de financement, de codification. Si je codifie comme on me le demande, je perds une demi-journée de consultations, on me dit que c'est ainsi. Si je dis que cela ne correspond pas à mon profil de poste au moment de mon recrutement, ça n'intéresse personne. On résiste plutôt en ce sens, on reprend de la pensée en essayant de s'adapter au système.

Je crois que les instances et les ministères se fichent bien de la théorie qui est appliquée à l'autisme, elles se préoccupent uniquement de financement. Dans ce cadre, il est admis que les thérapies TCC coûteraient moins cher que les thérapies analytiques.

Bénédicte B-V : Il s'agit surtout de se placer sur une autre ligne budgétaire qui serait le médico-social.

Françoise Moggio :

Beaucoup de points ont été abordés qui mériteraient que l'on y passe la fin de la journée et peut-être même la nuit.

Je suis d'accord avec le constat de Gilles Vidon : la psychiatrie est réellement sinistrée. Mais n'oublions pas que pendant que se fermaient les lits de psychiatrie publique s'ouvraient des lits de psychiatrie privée. Nos soignants, en nombre important, filent dans le privé. C'est exactement la même chose que ce qui se passe en médecine : mieux vaut faire une fracture du fémur que des choses extrêmement compliquées qui se traitent à l'APHP. Et cela est un réel problème social, économique et politique (insistance). Sans une vision politique, on ne s'en sortira jamais. Il faut que l'on s'engage politiquement. C'est mon premier point.

Pourquoi la psychanalyse est-elle vilipendée ? Parce que la psychanalyse a toujours dérangé, la psychanalyse est subversive. Et l'on s'est trompé en imaginant – dans les années fastes 50/60 – que tout le monde adhère à la psychanalyse. Nous connaissons les résistances, celles de nos patients, alors imaginez celles de ceux qui ne sont pas nos patients. C'est mon second point.

Pour le troisième point, je m'adresse à mes collègues de CMPP parce qu'avant de prendre une semi-retraite j'étais à la Fédération Française de Psychiatrie, section Pédopsychiatrie et il était question de mettre les CMPP du côté du médico-social. Pour que, pour la plupart, ils ne s'occupent plus que d'autisme et de rien d'autre². Une bagarre était engagée avec les pouvoirs publics il y a 2 ou 3 ans, quand j'y étais, je ne sais pas où vous en êtes avec ça. C'est crucial car cela correspond à une réduction importante des soins que l'on peut apporter aux enfants.

Annette Fréjaville ajoute que cette affaire a démarré en Nouvelle Aquitaine comme une « expérience pilote » et que, dès lors, les enfants « malades » ont été reçus au CMP. Les équipes en Nouvelle Aquitaine sont obligées de faire des bilans successifs, ils font comme s'ils faisaient des bilans très longs pour pouvoir continuer à suivre les enfants.

Bernard Voizot cite l'ouvrage de Jean-Louis Lang, auquel il a participé, « *Psychanalyse et institutions pour enfants* », en particulier, le chapitre X qui s'intitule « *Du cumul des fonctions et des rôles. Relations avec les instances administratives* » qui est très intéressant.

Autre information : Les éditions de la Velotte ont sorti les quatre tomes de « *L'esprit des soins* » de P-C Racamier.

Marie-Rose Moro :

Je vais répondre de manière très rapide à certaines des questions posées.

En réponse à Gilles Vidon : A l'APHP lorsque l'on est chef de service, on nous oblige à faire un stage budgétaire et un stage de communication. J'ai plus appris dans la communication que dans le budgétaire mais j'ai fait mes deux stages obligatoires. En ce qui concerne les budgets, qu'il s'agisse d'Avicenne ou Solenn, les budgets ont

² Les associations de parents sont très puissantes et ont l'oreille de nos gouvernants.

augmenté en 20 ans, en euros constants. Mais ce sont des exemples spécifiques, je ne dirais pas que c'est généralisable. Nous n'ignorons pas la crise globale de la pédopsychiatrie.

Gilles Vidon intervient : *Alors tu as pris mon argent ! (Rires)*

Marie-Rose Moro : Il y a une crise et en particulier il n'y a pas assez d'internes qui choisissent la psychiatrie. Je suis coordinatrice des internes en Ile de France et je sais que c'est un enjeu majeur. Actuellement, il y a une légère progression mais nous n'avons pas de vision à moyen termes, en particulier en ce qui concerne la pédopsychiatrie. Combien sur les 111 qui ont choisi la psychiatrie, vont choisir la pédopsychiatrie ? Jusque-là, 25% d'entre eux choisissaient la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent mais avec la séparation des deux cursus, on ne peut pas prédire ce qu'il va se passer.

Par rapport aux internes, j'ajouterai qu'ils ont des supervisions dans le cadre de leur formation et c'est nouveau. En PEA, Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, la supervision est devenue obligatoire : une année de supervision au moins est requise. La psychiatrie adulte a refusé. La psychiatrie de l'enfant que je représentais l'a rendue obligatoire. Elle est faite par 15 groupes (diades) de psychiatres volontaires. Quand j'ai fait un appel aux collègues pour assurer la supervision des internes, ce sont essentiellement des psychanalystes qui ont répondu et ce sont eux qui supervisent les internes PEA. La supervision non psychanalytique n'a pas trouvé preneur cette année.

A propos des technologies, nous travaillons beaucoup en réseau, y compris avec des politiques. Les politiques viennent parfois le soir aux conférences grand public.

Quelle manœuvre avons-nous pour le recrutement ? Nous avons une liberté totale de recrutement pour toutes les catégories et toutes les personnes. J'associe les responsables des unités, j'associe – quand c'est possible – les psychologues, les psychiatres, les cadres. Je n'exige pas que les gens soient psychanalystes mais je souhaite qu'il y ait des psychanalystes dans mes équipes. Je privilégie la diversité, y compris de générations, des jeunes et des moins jeunes, par exemple. C'est une psychanalyse qui est ouverte sur le monde.

Les médecins, c'est un vrai problème en ce qui concerne le recrutement. Les internes ont l'air plus intéressés par la psychanalyse qu'il y a quelques années.

Xavier Bonnemaïson

A propos des échelles et du gigantisme d'un établissement comme le GHU :

Notre action à nous, en tant que cliniciens, est centrée sur les patients, l'important est de bien s'occuper des patients. Au GHU – qui est notre voisin – ils n'ont tellement plus de prise avec le terrain, ils sont si loin de la réalité des patients, que lors des réunions du projet territorial de santé mentale et des responsables locaux de santé mentale au niveau parisien, **soit** il n'y a plus aucun médecin autour de la table - je suis le seul - **soit** il n'y a plus aucun administratif qui comprenne quelque chose à ce que l'on fait. Dans un cas, on est très loin et c'est très virtuel, on parle de « stigmatisation », d'« actions de santé mentale » un peu généralistes avec un effet de communication. Ces actions restent très générales et coupées de la réalité du terrain. Ou c'est l'inverse, on se retrouve à discuter avec la préfecture de police, là il n'y a plus d'administratif, on est « *dans le dur* ». Les administratifs sont totalement largués et la préfecture de police demande ce qui se passe. La clinique dure, très très dure, reste quand même notre objet. J'assiste aux réunions sur la place du secteur par rapport au médico-social où il est dit que le secteur prend trop de place et doit en laisser au médico-social qui doit se développer. Quelqu'un prend la parole, heureusement du côté des usagers, et donne une vision plus proche de la réalité : le secteur ne répond plus à nos demandes donc il faut arrêter de diminuer les moyens du secteur parce que les patients en crise sont ingérables (sans les structures adaptées). Quand on est dans des secteurs très sensibles socialement comme ça, les choses se jouent sur le terrain. J'imagine que le maire d'Aubervilliers, on ne va pas lui piquer son CMPP ! Il n'y a pas moyen, comme on dit !

On discute avec le maire du 13^e, le commissariat du 13^e, pour eux il n'est pas question que l'ASM13 s'en aille. Ils ne sont pas les décideurs, cependant. Si un jour, le GHU décide qu'il regroupe tout, que le secteur tel qu'il est organisé disparaît, tous ces acteurs de terrain n'y pourront rien. Mais si quelqu'un chez Anne Hidalgo se rebelle et dit que ça ne se passera pas comme ça, ça change le rapport de force. Il y a un moment où la réalité du quotidien les débordent, ils sont incapables de répondre aux élus, incapables de répondre au préfet de police, incapables de répondre aux députés. Nous avons vu des députés qui nous disent ne pas comprendre et demandent des explications. Les administratifs n'ont rien à dire. Ils sont déconnectés du terrain. C'est cela qui

est très étrange dans ces effets d'échelle et dans ces effets de dépossession de la culture du soin. Tout le monde s'est senti dépossédé de la culture du soin quand on a commencé à parler de ce que l'on faisait avec d'autres mots et que l'on s'est rendu compte que l'on ne voulait surtout plus que nous en parlions. A ce moment-là, s'est créé quelque chose d'artificiel, une sorte de bulle spéculative qui tend à exploser. Je fais référence à l'article sur la bulle spéculative des neurosciences de Gonnet dans la revue Esprit, lui-même est neurobiologiste. Il y a quelque chose de toute façon sur une bulle spéculative en santé mentale et en neurosciences sur laquelle les politiques ont spéculé qui va exploser ... et les patients seront là. Si nous savons bosser, si nos équipes savent travailler, probablement qu'un jour ils reviendront chercher des gens qui savent bien travailler.

MH Huet : S'ils sont encore là ! Ce que l'on souhaite ardemment, mais dont on peut également douter, en particulier du côté de la formation des psychiatres.

Vincent Flavigny : En Seine-Saint-Denis, il y a des financements pour regrouper cinq CMPP et on nous demande de créer des structures, ce qui montre qu'il y a encore des moyens.

Annette Fréjaville : D'un côté les politiques publiques mettent le « bocson » et de l'autre les ados se suicident. Il faut en arriver là pour créer de la demande.

Charlotte Flouest-Nguyen : Je pense que les gens ont envie de transmission et de formation. Je crois que les internes reviendront à la psychanalyse en raison de la complexité de la clinique. Ils chercheront un cadre pour penser les choses, surtout quand ils sont livrés à eux-mêmes après quelques années d'assistantat. **J'en ai rencontré.** Pour ce qui est du recrutement, lors des entretiens, j'énonce que notre outil de pensée c'est la psychanalyse. J'ajoute que nous ne sommes pas fermés. Nous n'employons pas de neuropsychologues au CMPP mais pour ce qui est de l'autisme, si les familles le demandent, nous pouvons faire appel à des orthophonistes avec des communications adaptées ou une prise en charge éducative spécifique, nous sommes ouverts. Ce qui importe c'est le dialogue. Il n'y a pas UNE façon de prendre en charge, il y a des façons diverses mais il est nécessaire qu'elles dialoguent les unes avec les autres. C'est notre manière de pratiquer.

Il y a eu un moment où il a été question que les CMPP deviennent des centres de diagnostic et ne fassent plus de prises en charge thérapeutiques, des « plates forme diagnostic » mais je pense qu'il y a un « rétropédalage » parce que les lieux de soin ne sont pas assez nombreux. L'ARS en est tout à fait consciente, en tout cas dans le 93. Cela dépend probablement des départements. Cependant, il ne faut pas imaginer les tutelles uniquement enfermées dans des tours d'ivoire, ce sont des gens avec lesquelles on peut dialoguer, on peut construire. Ils ont des injonctions des délégations des ministères mais ils sont capables d'écouter, pour la plupart. Pour ce qui est des actes, en CMPP on travaille à l'acte depuis 50 ans, cela ne nous a pas empêché de faire du psychodrame. Poser des diagnostics et les étayer c'est également un outil et c'est avec cela que l'on défend nos budgets, nos besoins. Participer à témoigner de ce qui est fait, c'est aussi montrer que l'on s'occupe des patients, qu'il y a des besoins et c'est également avec ça que l'on peut dialoguer avec l'ARS. On répond avec les outils qu'ils imposent mais on peut le faire en bonne intelligence.

Ils sont capables de voir qui est présent sur le terrain pour s'occuper des enfants, des familles, il n'y a pas tant de professionnels que cela. Donc, je reste optimiste !

Victor Souffir : Pendant la réunion je me suis souvenu que demain matin j'ai un rendez-vous téléphonique avec une de mes nièces qui a deux enfants autistes. J'ai eu des conversations avec elle dans certaines occasions. Elle récuse totalement le discours analytique. Mais les deux enfants ont maintenant 16 ans, ils commencent à s'agiter. Ils évoluent de façon différente. Alors je suis « à disposition » 4 à 5 fois par an. Je me positionne seulement dans le rapport à sa demande et elle m'interroge sur la compréhension pharmacologique du comportement. Je deviens un « spécialiste des médicaments » qui prescrit quelques gouttes de ceci ou cela. Ils me rappellent quelques mois après et on fait le point. C'est un peu comme une infirmerie psychiatrique qui ne peut plus fonctionner sans les psychiatres. Les parents sont formidables mais ils sont confrontés à des troubles du comportement dangereux.

Fin de la réunion

Et nous nous retrouverons le jeudi 13 juin 2024 à 21h pour une nouvelle session plénière de la Commission Socioprofessionnelle.

Le thème sera communiqué aussitôt que possible. Il reprendra, comme à chaque fois, certains des éléments présentés ce soir.

Bernard Voizot appelle nos invités à écrire collectivement un papier à propos des conseils d'administration et du pouvoir du ministère et des pouvoirs des politiques. Afin d'échanger au niveau de ce que l'on sait et de notre perception de la culture actuelle. En 1980, un article est paru dans la RFP intitulé : « *La société deviendra-t-elle normalement opératoire ?* ». Aujourd'hui, l'aspect opératoire est plus présent que jamais, c'est un point fondamental.

Bénédicte B-V précise les raisons pour lesquelles nous avons choisi de ne pas utiliser zoom ou le « mixte » pour les réunions plénières de la Sociopro. Parce que nous trouvons très précieux l'échange avec la salle, comme aujourd'hui. C'est une option « douloureuse » car effectivement le zoom permet que plus de personnes puissent participer mais compte tenu de notre format, pour le moment, on ne souhaite pas utiliser cet outil. On ne s'adresse pas au même public que les conférences de Ste Anne qui donnent la parole à un invité sur un thème précis. Les réunions de la Sociopro ont vocation à donner la parole pour qu'elle s'exprime de façon spontanée, sans que l'intervenant ait trop à réfléchir à la forme ou la « légitimité » de son expression.