api
association des psychiatres de secteur infanto-juvénile

La lettre

n°40
12/2015

1 Éditorial
Roger Teboul

3 Les 31èmes journées de l'API

4 Sur l'agenda

5 Nouvelles de l'association

8 Résumé des 30èmes journées de l'API
Marie-Christine Fouquay-Picard

10 Liste d'attente en CMP enfants : expérimentation d'un nouveau dispositif
Marie-Claude Bossière

13 Pourquoi les pédopsychiatres n'adressent pas de familles en thérapie familiale ?
Anne-Marie Garnier

16 CNASM

18 Notes de lecture

20 Bulletin d'adhésion

À l'heure où j'écris ces lignes la France vient de vivre une attaque terroriste sans précédent dans plusieurs lieux de sa capitale. Si notre première pensée va aux victimes de cette barbarie et à leurs proches, nous pouvons remarquer que la cible qui était visée, dans ces lieux de fête et de culture de l'est parisien, est bien notre jeunesse cosmopolite qui prend du plaisir à la vie. La jeunesse d'un pays représente son avenir, ce dont nous, pédopsychiatres, sommes bien conscients, tant la question de l'avenir des enfants et des adolescents que nous soignons constitue un des fondements de notre pratique et donc de notre identité professionnelle.

Quel avenir au-delà de la terreur ?

L'éditorial de Roger Teboul

Quel avenir voulons-nous aujourd'hui ? Dans quelle société comptons-nous vivre pour que de telles horreurs ne puissent plus se reproduire ?

Depuis cet été, la Direction Générale de la Santé (DGS) a sollicité la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et son collège de pédopsychiatrie pour participer à un groupe de travail, sous l'égide du Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance (CIPD), sur la délicate question de la prévention de la radicalisation islamique. Il est clair, autant pour la DGS que pour les pédopsychiatres, que le repérage ou le signalement d'adolescents radicalisés ou en passe de l'être est avant tout un problème de sécurité publique. Ce phénomène, récent dans l'histoire de nos sociétés, nous concerne ainsi tous, au-delà de toutes considérations religieuses. Cependant, la psychologie d'un individu ne peut pas être la seule façon d'envisager et de traiter la radicalisation islamique chez les adolescents et les jeunes adultes. L'histoire, la pédagogie, la sociologie, la géopolitique sont aussi légitimes pour apporter des éléments de réponse. C'est pourquoi la question de la prévention de la radicalisation et du repérage des individus susceptibles de s'y engager, bien que tout à fait justifiée, est, de fait, très épineuse, tant elle nécessite d'être prudent, quelques soient les domaines où elle intervient, précisément parce que ce sont des adolescents qui sont concernés. C'est en ce sens que le collège de pédopsychiatrie, sous la plume de Jean Chambry, a apporté sa contribution au kit de formation édité par le CIPD à l'usage des professionnels de terrain, toutes catégories confondues, susceptibles d'être concernés par ce phénomène et donc d'effectuer des signalements, en insistant sur les processus psychiques à l'œuvre durant cette période de la vie où la question identitaire est fondamentale.
Par ailleurs, sur un autre aspect de la question, ce même groupe de travail au sein du CIPD accompagne aussi la création d'un centre de déradicalisation dont l'ouverture prochaine vient d'être annoncée par le Premier Ministre.
Quelles réflexions les pédopsychiatres sont-ils prêts à mener sur ces deux questions, de la prévention et du traitement individuel de tels actes qui, il faut le souligner, sont perpétrés par de jeunes français ? L'enjeu est de taille pour notre avenir, au-delà de la terreur !
Voilà déjà quelques années que nous réfléchissons à ce qui fait notre identité professionnelle. Depuis les Etats Généraux de la pédopsychiatrie en 2014 et les craintes de voir notre spécialité disparaître sous les pressions conjuguées de la démographie médicale, des restrictions budgétaires et de la refonte du système hospitalier avec la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), nous avons lancé cette vaste réflexion en alliance avec nos partenaires dont le plus proche reste la famille. Deux articles publiés ici vont apporter leur contribution à cette réflexion en cours.
Marie-Claude Bossière aborde dans cette lettre l'inépuisable question de la liste d'attente dans les CMP enfants et adolescents en présentant une expérience intéressante qu'elle a menée dans un CMP de la région parisienne. Parmi les constats qu'elle fait pour alimenter sa réflexion, celui de la pertinence de la demande qui est faite au CMP n'est pas des moindres, si l'on veut bien considérer que les pédopsychiatres ne peuvent pas tout traiter. C'est d'ailleurs l'un des objets du prochain carrefour de la pédopsychiatrie qui aura lieu le 5 février 2016 et dont le thème retenu est celui de l'accueil dans les CMP. L'autre article d'Anne-Marie Garnier est plus polémique et nous pose une question : « Pourquoi les pédopsychiatres n'adressent pas de familles en thérapie familiale ? ». Bien qu'un certain nombre d'entre nous soit formé à la thérapie familiale, systémique ou psychanalytique, il y a beaucoup moins d'adresses vers ce type de soins effectuées par les pédopsychiatres que par les psychiatres d'adultes. À méditer.
Marie-Christine Fouquay-Picard a particulièrement contribué à cette lettre puisqu'elle y a rédigé un compte-rendu très fidèle de nos journées nationales à Angers, au mois de juin dernier. Ces journées ont indéniablement été un succès, après une année d'interruption en 2014 du fait des États Généraux, succès que nous devons à Isabelle Monneau qui a mis toute son énergie dans cette entreprise et que nous remercions une fois de plus. Outre ce compte-rendu, Marie-Christine a rédigé une note de lecture très instructive sur le dernier livre de Christophe Dejours qui aborde la question de la souffrance au travail et soutient qu'elle n'est pas une fatalité à condition que les entreprises (y compris l'hôpital) consentent à modifier leur organisation. Dans la deuxième note de lecture concise de Jérôme Pradère, se pose la question de savoir si l'auteur du livre, Mary Dorsan, une infirmière qui a pris la plume pour raconter son quotidien dans un appartement thérapeutique pour adolescents, est un « écrivain ». Redoutable interrogation sur le statut littéraire des écrits professionnels.
Angers a été un moment particulier de la vie de notre association puisque lors de ces journées un nouveau Conseil d'Administration (CA) a été élu avec près de la moitié des membres de l'ancien CA qui a fait valoir ses droits à la retraite. Cet événement ne pouvait pas manquer d'être fêté en chansons dont vous

pourrez lire les textes dans la rubrique « Nouvelles de l'Association ». Ces jeunes retraités nous ont promis de rester actifs pour l'association dans une sorte de Conseil des Anciens (acronyme « CA ») dont la mission de transmettre va de soi.
Un de ces jeunes retraités (qui restent tous très actifs), Alain Bouvarel, nous fait part des nouveautés du CNASM pour lequel il consacre toujours une grande part de son temps.
L'agenda de l'API est toujours bien rempli, comme vous pouvez le constater. Les carrefours de la pédopsychiatrie, les rencontres de perfectionnement du ministère consacrées cette année à la protection de l'enfance et nos journées nationales, en mai 2016 à Biarritz sur le thème des injonctions de soins et des libertés, ont de quoi nous occuper.
La vie continue !

Docteur Roger TEBOUL
Président de l'API

LES 31èmes JOURNEES DE L'API

Elles auront lieu les 12, 13 et 14 mai 2016, à Biarritz, sur le thème :
« Va t' faire soigner ! », Injonction et liberté dans les soins en pédopsychiatrie.

Extrait de l'argument : « *Tous les enfants et adolescents concernés par l'ordonnance de 1945 sont gravement souffrants dans leur place au sein de la famille et de la société. (…) Comment les outils juridiques, qui n'ont pas eux-mêmes vocation à soigner, participent à un processus de requalification subjective de l'enfant et de ses parents, par le rappel à la loi ? (…)*
A un niveau différent, l'école, par le regard social qu'elle porte sur l'élève, contribue de façon prédominante à l'incitation aux soins. (…)
Dans les dispositifs de soin et de protection, quelle place donnons-nous à l'alliance thérapeutique ? (…)
La collaboration interinstitutionnelle est une source de tensions inhérentes au processus de requalification symbolique, tensions douloureuses pour chaque acteur engagé dans des soins longs aux résultats aléatoires. »

Conférences de Jean-Philippe Raynaud et du substitut du procureur de Bayonne.

3 ateliers :
un sur la petite enfance,
un sur les enfants et les adolescents dans lequel interviendra aussi l'éducation nationale
et le dernier sur les jeunes aux difficultés multiples avec un intervenant de l'observatoire de la protection de l'enfance et une association gérant un service d'accueil familial thérapeutique dédié à ce type de jeunes.

1 DPC dont le sujet est à préciser.

CARREFOURS DE LA PEDOPSYCHIATRIE organisés par l'API et la SFPEADA,
le **vendredi 5 février** 2016 sur le thème :
« L'accueil, un acte de soin ? », Spécificités, modalités et limites de l'accueil en CMP infanto-juvénile.
Attention, cette fois-ci **les carrefours n'ont pas lieu** à **Montesson**, **mais à PARIS**, à la FIAP Jean Monnet, 30 rue Cabanis (à côté de l'hôpital Ste Anne)

Extrait de l'argument : « *L'accueil est un acte de soin complexe. De l'écoute flottante aux protocoles formalisés, il se décline sous différentes formes. (…)*
Les demandes concernent-elles toujours la pédopsychiatrie ? Quel temps faut-il pour que l'alliance thérapeutique se construise ? (…)
Quels ajustements sont possibles dans la mesure de nos ressources ? Quelles expériences innovantes sont susceptibles d'ouvrir des perspectives d'accueil ? »

Conférences de Jacques Hochmann : « L'accueil au cœur de la pédospychiatrie : mise en perspective historique» et d'Isabelle Latinis-Héritier : « En quoi un travail rapproché avec les ARS peut-il permettre ou non d'avancer sur la problématique de l'accueil en CMP ? »

Ateliers :
1. L'accueil en CMP : une affaire d'équipe
2. Demandes de qui, demandes de quoi ? Quelles réponses ?
3. Accueil et continuité : de la rencontre à l'alliance thérapeutique
4. Quelles limites ? Quels ajustements possibles ? Du nouveau du côté de l'accueil en CMP ?

RENCONTRES ANNUELLES DE PERFECTIONNEMENT des pédopsychiatres de service public, organisées par l'API, la SFPEADA et la SIP, sous l'égide de la FFP,
les 4, 5 et 6 avril 2016, sur le thème « Protéger l'enfant et son développement »,
à Paris, au ministère de la santé.

Extrait de l'argument : « *Les équipes pédopsychiatriques connaissent depuis longtemps les ravages causés par un environnement non protecteur sur le développement de l'enfant et de l'adolescent. Sur leurs constats, elles proposent des pistes utiles pour construire une véritable politique de prévention et des approches thérapeutiques quand les troubles sont déjà présents. Nous partagerons au cours de ces journées ces expériences et en dégagerons des axes fondamentaux.(…)*
Les services de protection de l'enfance et la justice des mineurs ont connu de nombreuses mutations. Quels sont les bilans des réformes entreprises ? Comment développer des articulations pertinentes garantissant une continuité indispensable au développement des enfants et adolescents ? »

Plusieurs tables rondes se dérouleront le lundi et le mardi sur les thèmes suivants : la politique de prévention, la clinique de l'enfant maltraité, la fonction de protection des soins en pédopsychiatrie, l'évolution de la justice des mineurs, le développement des articulations entre la pédopsychiatrie et les services de protection de l'enfance. Le mercredi matin sera réservé comme d'habitude aux questions d'actualité et à un film en lien avec le thème.

Intervenants confirmés : Bruno Falissard, Catherine Zittoun, Rosa Mascaro, Daniel Rousseau, Sarah Bydlowski, Martin Pavelka, Pierre Levy Soussan, Michèle Créoff, Maurice Berger, Hervé Hamon, Catherine Sultan, Florent Cosseron, Laure Chandelier, François Bridier…

NOUVELLES DE L'ASSOCIATION

Le 25 juin 2015 un nouveau CA de 16 membres a été élu pour 4 ans lors des journées de l'API à Angers.

Ce CA a désigné les membres du bureau :
- Roger TEBOUL (Montreuil 93), président
- Claudine DESOBRY (Hénin-Beaumont 59), vice-présidente
- Véronique CHEBAT (Gentilly 94), vice présidente
- Claire PUYBARET-BATAILLE (Paris 75), secrétaire générale
- Christophe LIBERT (Créteil 94), secrétaire adjoint
- Vincent SCHERR (Epernay 51), webmaster
- Jérôme PRADERE (Argenteuil 95), chargé de communication
- Elsa PIOT (Marseille 13), trésorière
- Béatrice BENNEVAULT (Etampes 91), trésorière adjointe

Les autres membres élus du CA sont :
- Christine BERNARD-BERTRAND (Grenoble 38)
- Marie-Claude BOSSIÈRE (Neuilly/Marne 93)
- Catherine CHOLLET-FOUCKS (Toulouse 31)
- Patricia DO DANG (Lille 59)
- Isabelle MONNEAU (Angers 49)
- Martin PAVELKA (Etampes 91)
- Jacques SARFATY (Créteil 94)

Correspondants régionaux (cooptés) :
- Nord-Pas de Calais : Eric Salomé (Dunkerque), Claudine Desobry (Hénin), Patricia Do Dang (Lille)
- Ile de France : Claire Puybaret-Bataille (Paris), Béatrice Bennevault (Etampes), Martin Pavelka (Etampes)
- Centre : Marie-Christine Fouquay-Picard (Dreux)
- Normandie : Claire De Lorme (Le Rouvray)
- Bretagne : Thomas Dutoit (Vannes)
- Pays de Loire : Isabelle Monneau (Angers)
- Poitou-Charentes : Nathalie Gauffeny (la Rochelle)
- Aquitaine : François Bridier (Bordeaux), Alain Frottin (Bayonne)
- Midi-Pyrénées : Catherine Chollet-Fouks (Toulouse)
- Languedoc-Roussillon : Pierre Raysse (Montpellier), Christian Guibert (Uzès)
- Provence-Alpes-Côte d'Azur : Elsa Piot (Marseille), Yvon Dubois (Marseille)
- Rhône-Alpes : Christine Bernard-Bertrand (Grenoble), Alain Pourrat (Lyon)
- Auvergne : Jean-Loup Lebreton (Montluçon), Muriel Duranton (Vichy)
- Bourgogne : Cécile Jacob (Beaune)
- Champagne-Ardennes : Vincent Scherr (Epernay)
- Alsace : Nicole Steinberg (Erstein)
- Lorraine : Alain Bouvarel (Lorquin)
- La réunion : Christian Simon
- Le Limousin, La Franche-Comté, la Picardie, la Corse, les Antilles et la Guyane n'ont pas de correspondant régional.

Les correspondants régionaux sont conviés à 2 réunions par an spécifiquement consacrées à ce qui se passe dans les régions. Ils peuvent aussi assister aux CA quand ils le souhaitent. Leurs frais de transport sont pris en charge par l'API.

Si vous souhaitez connaître l'adresse email de votre correspondant régional, envoyez un email à la secrétaire générale de l'API : claire.puybat@noos.fr

Lors des journées de l'API nous avons par ailleurs fêté dignement le départ en retraite de piliers du CA pour lesquels on ne compte plus les années qu'ils y ont passées : François Bridier (Bordeaux), Muriel Duranton (Vichy), Alain Bouvarel (Lorquin), Odile Orphelin (St Nazaire), Christian Guibert (Uzès), Sylvain Berdah (Aulnay sous bois) et Michel Goujon (Marseille). Une chanson leur a été écrite à cette occasion par Anne-Marie Garnier et Claire Puybaret-Bataille :

API SONG

(sur l'air de « Les copains d'abord » de Brassens)

Depuis qu'on est p'tits ils sont là
Ce sont les piliers du CA
Z'ont vu Mises, Lebo, Soulé
Et Tony Lainé
C'est la fin' fleur d' l'intersecteur
Ils tenaient tête aux directeurs
A l'API ils s'engueulaient fort
Pédopsy d'abord…

François c'est simple, il est partout
Ministère, mission, SPEP, c'est fou
FFP, ITEP, et qui sait
S'il peut s'arrêter
Mais aux journées quand vient son heure
Son oeil bleu frise, il s' fait chanteur
A l'API il fait l' jolicoeur
Pédopsy charmeur…

Pour l'amitié franco-cubaine
Elle n'a pas ménagé sa peine
Muriel, le monde c'est sa patrie
Capitale Vichy
Plongée au coeur d' l'intersecteur
Nager sous l'eau n'lui fait pas peur
A l'API elle sait s'engager
Pédopsy mouillée…

Alain nous fait son cinéma
Et il en parle aussi parfois
Tous les grands psy de la planète
Sont dans ses cassettes
Notre Cannes à nous, c'est Lorquin
D'ailleurs des cannes il en a plein
Sur les rivières passe des heures
Pédopsy pêcheur…

Odile connait toutes nos adresses
Des listings c'est la grand' prêtresse
La maquette d' la lettr', elle la fait
A la virgul' près
Elle prend les p'tits graines de Vincent
Pas pour jouer à « papa-maman »
Dans son jardin ell' les enterre
Pédopsy doigts verts…

Christian lui c'est l'institution
Qui est, j' veux dir', sa vrai passion
39 c'est son chiffr' préféré
D'acteur engagé
Aux journées d' Beaune nous a donné
Une petit' bulle d'éternité
A l'API c'est un vrai noceur
Pédopsy danseur…

Michel quand t'étais trésorier
Fallait jamais trop dépenser
Tu nous payais un r'pas par an
Sans café gourmand
Celle qui r'prend la caisse c'est ta fille
Comme ça, ça rest' dans la famille
Elle non plus elle ne lâche rien
Pédopsys malins…

Sylvain sa vie c'est la banlieue
dans le 9-3 c'est presqu'un dieu
Il sait s'occuper de l'autisme
Avec humanisme
La cours' à pied, c'est son dada
Pour rester jeune, il faut bien ça
A l'API l'éléganc' c'est lui
Pédopsy dandy…

Vous qui entrez d'main au CA
N' pratiquez pas la langu' de bois
Suivez l'exemple d'ceux qui s'en vont
Mettez d' la passion
Dans votr' métier et dans votr' vie
C'est comm' ça qu'ils ont fait l'API
L'API où ils s'engueulaient fort
Pédopsy encore…
(Bis plus lentement) :
L'API où on les aime d'amor
Pédopsy d'abord…

Les retraités du CA ont eux aussi poussé joyeusement la chansonnette (écrite par Alain Bouvarel), avec quelques compères récemment retraités :

LA RETRAITE

(sur l'air de « La bohème » de Charles Aznavour)

Je vous parle d'un temps
Que les moins de 30 ans
Ne peuvent pas connaître
L'API en ce temps-là
Trouvait ses candidats
Déjà dès l'internat
Et si l'humble bureau
Qui nous servait de nid
Ne payait pas de mine
C'est là qu'on s'est connu
Avec plein d'illusions
Nous étions prêts à tout

Refrain :
La retraite, la retraite
Nous n' bossons plus
Qu'un jour sur deux
La retraite, la retraite
Grâce à l'API
On reste joyeux

On prenait la ligne 13
Pour aller à Compoint
S' retrouver chez Jean-Pierre
De tous les continents
C'était il y a 20 ans
Les CATTP
Les hôpitaux de jour
Nous les avons créés
Compagnons de rêverie
Les amis de l'API
Nous étions fiers et réunis

Refrain

Les bébés, les enfants
Les ados, leurs familles
Nous ont vraiment appris
Mais c'est au sein d' l'API
Qu'on vient se réchauffer
Jouer, rire et danser
Jusqu'au petit matin
Ca valait bien la peine
De vivre nos quotidiens
Pour nous les raconter
Aux prochaines journées

Refrain

Dans les secteurs voisins
Nous étions quelques uns
Qui attendions la gloire
Avec la tête pleine
Nous ne cessions d'y croire
Et quand quelques dirlos
Ne nous emmerdaient pas
Nous récitions Mises
Groupés autour de Jacques
Les idées toutes en vrac
On oubliait l'HP

Dernier refrain :
La retraite, la retraite
On était jeune, on était fou
La retraite, la retraite
Grâce à l'API
On reste heureux

Résumé des 30èmes journées de l'API à Angers (25 au 27 juin 2015) : «*Soins psychiques aux adolescents, regards croisés sur nos pratiques cliniques et sur la recherche en Europe* »

Marie-Christine FOUQUAY-PICARD
PH, Dreux (28)

Ces journées ont confirmé tout au long des interventions et ateliers que la définition de notre métier pouvait être contenue dans ces deux mots : rencontre et créativité.

Mme **Claire Balleys, sociologue suisse**, nous a apporté son éclairage vivant au sujet de nos ados grandissant dans une société capitaliste qui les façonne. Ainsi la socialisation horizontale (entre ados) est particulièrement exploitée et devient un capital social. Il faut « se créer, s'inventer ». La vie privée devient une ressource et participe à la socialisation, il faut la capitaliser.
Dès 12-13 ans, les ados travaillent sur leur capital de séduction, véritable gestion du lien au profit de leur popularité via les réseaux sociaux d'internet qui mettent en scène le lien… ou l'absence de lien avec des processus discriminants d'exclusion / inclusion. Les enjeux identitaires liés à l'autonomisation et l'individuation sont prégnants : officialisation des couples, de leur création, des aléas et des ruptures relationnelles.

Puis ce fut le tour de **Mr Massimiliano Orri** de nous transporter dans le monde de la **recherche qualitative** où l'observateur est créateur de ce qu'il observe et où le chercheur traite la personne interviewée comme un expert… Exposé passionnant et sensible où le chercheur assume sa subjectivité et l'expérience subjective du patient. Il s'agit en effet d'une approche qui prend en compte la réflexivité entre le chercheur et le patient / objet de la recherche. Le chercheur accueille l'expérience subjective du patient sans nier la sienne car un observateur n'est jamais neutre même s'il se garde bien d'exprimer ses affects ; être là ou pas là ne fait pas vivre la même chose au patient. Mr Orri nous a convaincu qu'il y avait une vraie place pour la pédopsychiatrie dans le monde de la recherche qualitative.
Ainsi, autour du thème du suicide à l'adolescence, il a mis en relief les apports de la recherche qualitative où le chercheur traite la personne interviewée comme un expert.
Dans cette recherche, ont été explorés la dimension de souffrance individuelle (tristesse, sentiment d'échec, de rejet, besoin de contrôle sur sa vie, de maitrise, d'agir sur son corps …) et la dimension de souffrance relationnelle (blocage, échec de communication, désir de vengeance, de faire ressentir de la culpabilité chez l'autre, de la haine, de la violence …). La TS peut être un moyen de sortir d'une impasse individuelle et relationnelle, mais, en miroir, elle provoque chez tous les adultes (parents et soignants) un sentiment de sidération, d'incompréhension et d'impuissance.

Le **Pr Philippe Duverger** (CHU d'Angers) nous a amené sur le terrain de **l'accueil en urgence des adolescents suicidants**. En tant que «praticien de l'inattendu», il cite Philippe Jeammet qui parle de la destructivité comme «créativité du pauvre», comme essai de maîtrise sur sa vie. Son exposé a insisté sur l'importance de la rencontre («appliquer un protocole c'est tout le contraire de la rencontre») qui permet de rejoindre l'ado là où il s'est perdu, à condition d'accepter de ne pas tout comprendre et de ne pas tout contrôle ; « du lien sinon rien ». La TS est souvent une pulsion de vie plus qu'un désir de mort, une façon de sortir d'une impasse. Mais attention aux récidives (30 à 40 %) qui posent la question des symptômes à ne pas banaliser (pathologie psychiatrique sous-jacente, degré d'impulsivité) et du comment orienter sans abandonner, afin d'éviter des expériences cliniques discontinues.
Les scarifications ont aussi été abordées comme équivalent suicidaire possible, comme attaque de soi, recherche de ses limites corporelles ; pour limiter la tension, éviter une TS ?

La présentation de **Mme le Pr Véronique Delvenne** (Bruxelles) sur les résultats de la recherche européenne sur **les pathologies limites à l'adolescence** a mis en évidence le déficit d'intégration de premières relations sécures. Le défaut de modulation émotionnelle, l'impulsivité et les troubles de l'empathie semblent bien le fait d'un développement de l'intersubjectivité troublé très tôt du fait d'interactions précoces non adaptées (carence, surcharge, discontinuité,

violence…). Ces bébés qui, ne sachant jamais à quoi s'attendre, développent une attention soutenue à l'objet ; expérience précoce négative qui génère un défaut de mentalisation qui peut s'exprimer par une recherche d'excitations, des conduites addictives comme réponse à l'insécurité d'attachement (déplacement d'une dépendance affective vers une substance ou une conduite) et des TS pour combattre le sentiment de vide et de solitude.
Le diagnostic se pose à partir de symptômes suffisamment constants et invalidants sur un an. Les symptômes seraient plus internalisés chez les filles (TS, scarifications, dépression), externalisés chez les garçons (troubles du comportement).
Cette symptomatologie complexe implique un travail clinique qui doit résister à la destructivité du patient, grâce à la mise en place d'un transfert diffracté sur un réseau de soins constitué de différents lieux afin d'éviter les phénomènes d'hyperinvestissement / désinvestissement. Des médiations relationnelles et des supervisions sont nécessaires du fait de la massivité des éléments archaïques déposés sur l'équipe et l'institution. Dans 80% des situations, les parents présentent des vulnérabilités psychiques importantes, ce qui pose la question du travail avec eux.

Mme le Pr Marie Rose Moro (Maison des ados, Paris) nous a fait voyager en abordant **les psychothérapies transculturelles à l'adolescence**. Elle a insisté sur les savoirs et les représentations des parents, la lecture sociale et culturelle comme éléments qui donnent du sens. Il est important de construire les conditions pour qu'un récit se produise : importance symbolique des interprètes qui font reconnaitre le savoir des parents et incarnent le passage entre les mondes, le pédopsychiatre devenant l'anthropologue du « petit sujet ». Comment métisser le dedans et le dehors? Il est important de tenir compte de la question linguistique, de ce qui se passe dans la langue première avant la langue seconde… Chaque adolescent va faire son propre métissage entre sa culture d'origine et la culture du pays d'accueil ; il aura parfois besoin d'être aidé sur ce chemin délicat où la question de la «trahison» de sa culture d'origine se pose parfois douloureusement.

Dans l'atelier dans lequel j'étais, l'accent a été mis sur **le travail avec les familles.**
- Une équipe de Nantes (les Dr Catois et Deswert) nous a fait partager son expérience de soins à domicile pour des situations où les troubles de l'adolescent persistent et où la dynamique familiale est difficile à comprendre, ces familles n'arrivant pas à sortir de chez eux et à venir jusqu'au CMP. L'idée est de tenter une autre expérience de la rencontre avec les adolescents et leurs familles en étant au plus près de leur environnement. Ainsi c'est la famille qui accueille chez elle et l'adolescent peut aller et venir d'une pièce à l'autre en toute liberté.
- Le Dr Berdah (chef de service retraité d'Aulnay sous bois, 93) a raconté son expérience de praticien confronté à un adolescent qui refuse les soins ; il travaille alors avec l'entourage de celui-ci. L'idée est de créer un espace transitionnel. Le fait que les parents parlent de leur ado va modifier quelque chose dans leurs liens avec lui et celui-ci va souvent avoir envie de venir secondairement. Il s'agit d'essayer d'être le traducteur ou le passeur, d'amener de la créativité dans l'espace familial et dans les soins.
- Un jeu de rôle animé et éclatant autour d'une réunion de parents et de soignants nous convoquera à nouveau dans ce qui se joue dans la rencontre en CMP ou en service hospitalier avec les familles .

Ces journées nous ont ressourcées dans notre pratique de l'inattendu : se laisser aller à la rencontre, déployer créativité, inventivité et ainsi permettre du jeu et du possible à partir de l'espace transitionnel constitué.

Merci au Dr Isabelle Monneau de nous avoir permis de participer à Angers, sous le soleil, à ces journées fort bien organisées et riches dans leur contenu.

Liste d'attente en CMP enfants : expérimentation d'un nouveau dispositif

J'ai évoqué dans un article paru en septembre 2015 dans « Enfances et Psy » la question de la liste d'attente, dont j'ai senti le poids dans chaque service où j'ai travaillé. Dans ce texte qui rendait compte d'une expérience dans le Val de Marne, j'ai posé la question de la spécificité de la pédopsychiatrie : toutes les demandes adressées au CMP sont-elles à traiter en CMP ? Quel rôle fait-on jouer à la pédopsychiatrie publique ? Parallèlement à ces considérations, une dimension essentielle de la réponse aux demandes me semble être institutionnelle.

Marie-Claude BOSSIERE
PH, EPS Ville Evrard (93)

Tensions dans l'institution

En CMP, le consultant, médecin ou psychologue dans certaines équipes (ou seulement médecin dans d'autres où la question de la responsabilité médicale se fait plus tendue) adresse ensuite l'enfant en prise en charge individuelle, en groupe, en psychothérapie… auprès de ses collaborateurs. On peut donc arriver à une situation où certains sont submergés de travail et de demandes de consultations, et d'autres attendraient les patients et les indications de prise en charge, soigneusement et longuement évaluées, mûries, préparées par les consultants. Cela peut créer des tensions sur le plan institutionnel, avec risque de conflit entre ceux qui ne feraient jamais assez bien, assez vite, et ceux qui attendent de «bonnes» indications… La cohésion d'équipe, indispensable au bon fonctionnement et à la capacité de penser ensemble, risque d'en être fragilisée. La mission de service public de réponse aux demandes, importante pour toute équipe de CMP, n'étant plus assez bien assurée, le groupe se dévalorise, l'harmonie de la communauté soignante est attaquée et a besoin d'être restaurée. La constitution de bouc émissaire est un phénomène très opérant dans ce contexte… Une victime est désignée, sacrifiée, disparaît définitivement, et réapparaît plus tard sous la forme d'une autre personne ou autre catégorie professionnelle, qui subit le même sort… René Girard (*La violence et le sacré,* Hachette, 2008) développe le rôle du sacrifice (« processus infini, interminable ») dans le groupe : «C'est l'harmonie de la communauté que le sacrifice restaure, c'est l'unité sociale qu'il renforce» (…) « Le sacrifice est une violence sans risque de vengeance ». Une victime est trouvée, choisie, maltraitée, sacrifiée : aucune institution n'est à l'abri de pareils phénomènes.

La violence engendrée dans les groupes est en effet souvent liée à la question de la différence. La tendance de tout groupe, de toute institution, y compris le couple, est de vouloir estomper les différences, de tenter de ramener tous ses membres dans un fonctionnement identique et indifférencié que rapidement plus personne n'a le pouvoir de contester. Chaque professionnel a pu entendre : « Ici, on ne pratique pas de cette manière », en réponse à de nouvelles suggestions ! Pas question donc de confier l'accueil à d'autres professionnels que psychologues et médecins.

Valoriser les différences

En CMP, la différence est d'abord celle des fonctions, reposant sur des diplômes, elle existe et est non négociable. Mais la différence s'accorde bien avec un partage de compétences et un échange, échappant à une hiérarchisation verticale de savoir, donc de pouvoir.

Pour éviter ou atténuer la constitution de bouc émissaire ou le clivage, une attention toute particulière est à porter au groupe. Il s'agit de repérer et de respecter les différences : de statut, d'expérience, de désir, et de les valoriser. Les professionnels ont des différences irréductibles et ne seront jamais interchangeables, leur travail s'inscrit dans une singularité articulée avec celle des autres ; c'est l'articulation et le lien qui structurent le groupe et l'empêchent de se décomposer. Une assistante sociale dans une équipe ? Elle ne fera un entretien ni médical ni psychologique ! Ça n'en fera pas un médecin, ni la «spécialiste » des premières demandes ! Mais quelle chance ! Pouvoir avoir son point de vue dans une situation familiale complexe ! Une éducatrice intéressée par les écoles ? Rien à voir avec une consultation psychologique mais un atout de pouvoir établir des relations de confiance avec certains enseignants ! Les autres éducatrices ne souhaitent pas faire ce travail ? Quelle importance si elles ont un grand intérêt pour les groupes, ou le jeu dramatique, ou tout autre compétence ! Respecter et valoriser les différences est fondamental dans une institution, pour éviter que le processus sacrificiel soit chargé de restaurer l'harmonie de la communauté.

Propositions

Alors pourquoi ne pas déléguer à tous un rôle dans cette épineuse question de la liste d'attente ! C'est ce à quoi a réfléchi un groupe de travail, constitué d'un membre de chaque catégorie professionnelle du CMP concerné (médecin, psychologue, infirmière, éducatrice spécialisée, assistante sociale, secrétaire, psychomotricienne, cadre de santé), avec mission de se renseigner sur des pratiques différentes dans d'autres lieux et d'élaborer des propositions, puis de les évaluer avec le reste

de l'équipe. Il s'est aussi aidé des propositions de la Mission d'Appui en Santé Mentale. C. Isserlis écrit en 2009 (« Liste d'attente et délais de prise en charge en CMP de pédopsychiatrie : subir ou agir ? », Pluriels, n° 79, Août 2009, p. 6-9) : « L'attente pour accéder à une consultation en CMP reste le talon d'Achille du dispositif de soin en pédopsychiatrie… Si les ressources en santé mentale étaient illimitées, il n'y aurait pas d'attente. Mais, à moyens constants, le nombre de recours à la pédopsychiatrie est passé, au cours des dix dernières années, du simple au double. Cela rend l'attente et son allongement mathématiquement inévitables, à moins que de nouvelles organisations des soins et de nouvelles pratiques ne se mettent en place pour en réduire le délai. »

Les propositions du groupe de travail ont été les suivantes (et le même travail est mis en place parallèlement pour les anciennes demandes) :

1. Les nouvelles demandes sont étudiées chaque semaine, en présence de l'ensemble des professionnels, en se donnant une demi-heure supplémentaire sur le temps de synthèse ; ce temps permet d'évaluer l'urgence relative de la demande (traumatisme psychique, jeune âge du patient, troubles du comportement invalidants, demande personnelle d'un adolescent…), d'échanger en groupe sur la perception de chacun, de commencer à construire une culture clinique d'équipe. Ces temps se déroulent bien sûr en présence du médecin et sous sa responsabilité.

2. En dehors de l'urgence qui sera dès lors confiée à un consultant, il est proposé à la famille une rencontre en binôme, associant deux professionnels de catégorie différente.

3. Le « retour de binôme » : chaque rencontre avec une famille est exposée lors du temps de synthèse qui y est consacré, commentée en équipe. Elle donne lieu à des questionnements partagés, à une élaboration progressivement construite en commun de la réponse à apporter.

4. Les réponses sont alors très variables ; certaines situations sont adressées à nos partenaires libéraux : plus légères, ne nécessitant pas une prise en charge institutionnelle (retard de langage simple, symptômes réactionnels légers…), comme c'est le cas des situations d'adoption, de parents travaillant dans des institutions sanitaires ou médicosociales partenaires des CMP, d'enfants inscrits trop rapidement ou trop massivement dans la filière du handicap…

La synthèse peut aussi proposer une orientation sur les structures d'accueil municipales, associatives ou sociales, avec une nouvelle proposition de rencontre pour évaluer l'évolution de la situation.

5. En attendant les consultations quand elles sont nécessaires, et pour rendre compte aux familles des réflexions de l'équipe, le binôme les reçoit une deuxième fois.

6. Les consultations auprès des psychologues et des médecins, si elles sont jugées nécessaires, sont organisées ensuite en fonction des temps disponibles des consultants.

Gains institutionnels

Dans ce mode de fonctionnement, il n'y a pas de « spécialiste » du binôme, pas d'« expert » de l'accueil. Chacun est invité à prendre sa place dans ce dispositif d'accueil, et est valorisé dans ses qualités professionnelles et humaines lors des premiers entretiens. Chacun, de par sa qualification professionnelle établie par son diplôme, a la capacité d'accueillir une demande et de recevoir une famille ; il a aussi l'obligation de connaître la limite de ses compétences. La discussion en synthèse a le mérite de faire repréciser si nécessaire le rôle et la limite de l'intervention de chacun, afin d'éviter des empiétements de compétences. Le médecin a une qualification professionnelle spécifique, le psychologue aussi, de même que tout autre soignant recruté sur son expérience et son diplôme.

D'un point de vue institutionnel, cette pratique en binôme permet à chacun d'expérimenter le travail avec un collègue d'une spécialité parfois mal connue, sur laquelle chacun peut avoir des a priori. « Pour moi, le plus intéressant dans ces binômes, c'est que j'ai découvert le travail de X. (assistante sociale) : en fait, je ne travaillais jamais avec elle, je me suis rendue compte que j'avais des a priori sur ce travail-là », dit une infirmière. « Oh oui, j'ai fait un binôme avec Y., c'était chouette, jamais je n'avais reçu des patients avec lui, au début, j'avais un peu peur mais ça s'est très bien passé, on a bien trouvé chacun notre place», dit une éducatrice.

Elle développe la solidarité face à des situations d'entretien qui mobilisent de l'angoisse et de la souffrance, dans la famille reçue, mais aussi chez les accueillants. L'appui possible de l'un sur l'autre renforce la reconnaissance que l'un peut avoir pour l'autre dans ces situations difficiles. Chacun découvre de l'intérieur la façon de travailler de l'autre. L'échange entre eux à la suite de l'entretien permet d'enrichir les pensées et la verbalisation, entre eux puis avec le reste de l'équipe. Elle favorise aussi une identification partielle aux consultants, atténuant la perception d'une trop grande différence, permettant une meilleure compréhension de leur travail.

Ce qu'on a appelé dans cette expérience « le retour de binôme », c'est-à-dire la restitution en synthèse des données de ce premier accueil, permet à chacun et à tous d'entendre d'abord les données cliniques, d'élaborer ensemble une réponse à apporter à l'enfant concerné, d'évoquer au fil de la synthèse des formes différentes et évolutives de réponse.

La restitution en synthèse a une valeur de formation importante, chacun pouvant exprimer devant l'ensemble du groupe ce qu'il a perçu, compris, ce à quoi il a été sensible, les signes d'inquiétude… Les médecins et les psychologues échangent sur ce matériel clinique, dans une élaboration partagée, apportant des données théoriques connectées à une situation concrète, connexion éminemment formatrice. La responsabilité médicale est assurée pendant ces temps de synthèse, avec

toujours bien sûr la possibilité pour un médecin de se saisir d'une situation et de proposer une consultation.

Evaluation du dispositif au bout d'un an

Faite par l'équipe après une année de fonctionnement sur ces principes, l'évaluation met en évidence une diminution très importante de la liste d'attente, passant de dix-huit mois à deux semaines.
Le plaisir dans le travail, me semble-il, pourrait passer au premier plan des gains institutionnels, même si bien sûr l'accueil des enfants dans des délais raisonnables est le bénéfice premier. Réfléchir sur les phénomènes institutionnels et prendre soin du groupe solidarise l'énergie de tous. Ce travail sur la liste d'attente peut s'apparenter à la reconstitution d'une illusion groupale, basée sur l'élation et le plaisir partagé.
Le travail en institution pâtit souvent de la répétition, des consultations enchaînées, des groupes reconduits toute l'année voire plusieurs années, des prises en charge prolongées avec des enfants qui évoluent peu. La dynamique institutionnelle est marquée par cette dimension mortifère, et bénéficie toujours de projets vivants et novateurs. Tout consultant a expérimenté combien une nouvelle consultation, une nouvelle situation repose de la répétition des consultations habituelles ; exercer sa pensée sur de nouveaux objets procure un plaisir qui relance la réflexion intellectuelle et redynamise le travail. Ce que chaque consultant ressent est aussi éprouvé par les professionnels de CMP à l'occasion de ces nouvelles rencontres en binôme.

La question du transfert

On peut argumenter sur le fait que le premier entretien serait le lieu et le moment d'un transfert intense dont la dimension risquerait d'être perdue ou affaiblie lors d'un entretien en binôme, non assurée par un consultant. Mais un patient attendant à son domicile n'a que peu de chance de vivre un moment transférentiel unique ! La difficulté éventuelle d'une consultation dans un deuxième temps (après celui d'un premier accueil) sera celle du consultant, mais attendre sur une liste d'attente est difficile pour un enfant en souffrance : que préférer ?
Ceci étant dit, la première rencontre est évidemment différente selon qu'elle est assurée par un consultant ou lors d'un entretien en binôme. Les professionnels en binôme sont vigilants à proposer un entretien assez court, en évitant les débordements et investigations personnelles intenses susceptibles de favoriser un transfert d'emblée important, afin de ne pas entraver le travail du futur éventuel consultant.

La place du médecin

Cette délégation à l'équipe de certaines tâches de longue date réservées aux consultants peut être source d'inquiétude quant à la spécificité médicale et psychologique. D'une part, sur un plan concret, le médecin ne peut qu'être satisfait qu'une réponse soit apportée aux familles dans des délais qui répondent à leur inquiétude au moment où elles font leur demande. Mais il peut craindre de perdre de son pouvoir, être tenté de s'accrocher à un modèle qui immobilise les patients dans une attente excessivement longue et s'apparente à une forme d'emprise. Pourtant notre spécificité médicale ne peut être confondue avec emprise et maintien d'un tout savoir et d'une toute-puissance.
Le pouvoir-savoir médical n'est plus sanctuarisé dans une position de supériorité verticale, modèle mandarinal combattu en son temps, modèle patriarcal que l'on retrouve encore dans de nombreux domaines de « reproduction du symbolique », selon P. Bourdieu (1970, *La reproduction*, Paris, Éditions de Minuit). Internet, les groupes de parents et les groupes d'éducation thérapeutique remettent en question cette domination. Chacun sait qu'avant la consultation certains parents sont très renseignés sur les symptômes de leur enfant et ont en tête un diagnostic parfois précis. Pourtant ils viennent en consultation avec des besoins : la rencontre avec un médecin est parfois vécue comme une confrontation, à moins que le médecin se décale d'une position de tout pouvoir pour laisser advenir le savoir du patient. Si le médecin est à l'évidence détenteur d'un savoir, le patient développe, lui, un « savoir expérientiel ». Il connaît ses symptômes et leurs caractéristiques subjectives.
Actuellement la rencontre a lieu sur la base d'un savoir reconnu aux uns et aux autres. Le savoir du parent face à un enfant en difficulté avec lequel il vit au quotidien sera toujours irremplaçable et inaccessible au médecin lors de son seul examen clinique limité dans le temps et dans l'interaction. La construction du savoir dans une consultation se fait donc toujours de façon conjointe et suppose que le médecin accepte de se laisser décentrer de sa position de départ et d'établir une relation sur un mode horizontal. Et ce qui est vrai dans la relation au patient l'est aussi dans le partage clinique entre médecins et collaborateurs.
C'est donc un enjeu de taille pour les médecins que de résister au discours ambiant qui voudrait que toute modification de leur place puisse être une attaque majeure et définitive. La position médicale change, mais la spécificité demeure dans l'expérience clinique et l'accompagnement, et surtout la conception de la pathologie d'un enfant dans sa globalité. L'important dans les nouvelles demandes, selon Diatkine, c'est de savoir où est sa maison. En d'autres termes, savoir définir sa place et ce qui est spécifiquement pédopsychiatrique, savoir l'affirmer sereinement auprès

de nos interlocuteurs. Il ne me semble pas y avoir un risque à déléguer l'accueil en CMP, mais bien plutôt un allégement et un partage du travail, et un enrichissement dans les échanges avec nos collaborateurs. Le parallélisme est clair entre l'évolution de la position médicale en institution et celle de nos rencontres avec les familles d'aujourd'hui ; moins de verticalité, plus d'horizontalité.

Conclusion

Ces réflexions ne sauraient se poser comme un modèle, c'est une expérience, vécue et construite par un groupe singulier, générée par lui, dans un environnement et une histoire. Les gains en termes comptables sur la durée de la liste d'attente sont clairs ; les gains institutionnels reconnus par tous en font une expérience-témoin. Résister à une ambiance morose ou routinière est vital pour les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; poursuivre la recherche de solutions pour garder vivantes nos ressources et faire respecter notre spécificité en continuant de faire évoluer les rapports professionnels va dans ce sens.

Le fonctionnement décrit ici autour de la question de la liste d'attente a bénéficié de l'existence d'une belle équipe, ce qui n'est sûrement pas le cas de tous les CMP ; mais chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile a dans ses effectifs des infirmiers, des éducateurs au moins dans les CATTP, hôpitaux de jour… On peut donc envisager de mobiliser les professionnels de ces structures sur la question de l'accueil en CMP, de même que ceux des CMP peuvent apporter quelque chose de leur expérience et savoir-faire, par exemple pour un groupe d'enfants d'hôpital de jour, pour une médiation particulière ; bref favoriser les échanges, ce qui est la définition de la vie.

Pourquoi les pédopsychiatres n'adressent pas de familles en thérapie familiale ?

Anne-Marie GARNIER
PH, Genneviliers (92)

Des soignants formés et inemployés, une théorie peu utilisée

Sans rencontrer un succès majeur, la théorie systémique est devenue une des théories importantes dans le champ de la psychiatrie. Longtemps considérée avec une grande circonspection, elle a tout de même intéressé de nombreux collègues, psychiatres ou d'autres professions. Au point qu'il existe, dans la plupart des services, une petite poignée de soignants - quelle que soit leur formation d'origine - ayant suivi des formations en systémique longues, assez coûteuses et qu'ils n'utilisent quasiment pas – sinon pour partager une connivence d'initiés sans emploi. Ces soignants restent souvent isolés, constituent rarement un groupe actif. Et quand ils proposent une consultation de thérapie familiale, elle peine souvent à recruter des familles. Alors que les familles difficiles sont une source importante d'échec des prises en charge, les consultants ont du mal à faire des adresses vers les consultations de thérapie familiale, au point que ces consultations reçoivent parfois plus de familles adressées directement par des partenaires que par leurs collègues au sein de leur service.

Alors que la rencontre avec la famille est au cœur de la pédopsychiatrie, il est paradoxal que l'approche familiale systémique se soit moins répandue dans son champ qu'en psychiatrie adulte, et que l'adresse en thérapie familiale reste souvent très marginale dans nos pratiques.

La référence souvent exclusive à l'approche analytique ne paraît pas une raison suffisante pour expliquer ce phénomène. Elle n'a pas empêché les soignants de piocher dans d'autres approches des techniques ou des façons de voir différentes et qui ont permis d'avancer vers des traitements plus variés, plus adaptés pour les enfants que nous suivons, en intégrant des approches médicamenteuses, pédagogiques, rééducatives, corporelles, groupales, qui ne pouvaient pas toutes se regrouper sous la bannière analytique. Et très peu de collègues se forment à la thérapie familiale psychanalytique. La vraie raison est sans doute ailleurs.

En fait, tous les soignants en pédopsychiatrie ont une approche de la famille, construite de manière à la fois empirique et assez solitaire, qui devient un espace de créativité souvent important, et très personnel. J'en apporterai pour preuve l'abondance de métaphores, d'histoires, de petits exemples utilisés en consultation par les collègues pédopsychiatres, dont ils parlent volontiers et avec fierté, pour répondre à telle ou telle nécessité de travail – rôle du père, difficultés de la séparation, manière dont fonctionnent les soins. Ça commence par « moi dans ces cas là je dis aux parents… » et le récit qui suit est toujours vivant et intéressant, il résume des années de recherche de formulations de problèmes difficiles, avec tact, sens de la provocation bien dosée, empathie et humour. Cette recherche personnelle les empêche peut-être de se poser la question d'une formation spécifique.

C'est pourquoi il me paraît important d'essayer de décrire ce qu'apporte une formation à l'approche systémique dans le travail au jour le jour que nous faisons au sein de nos services, avec les familles, les enfants, les équipes, en dehors des thérapies familiales

proprement dites. Je pars de mon expérience : dès le début de mon internat, j'ai démarré en parallèle une analyse et une formation à l'approche systémique, heureuse de quitter le monde des concours pour développer les pratiques qui m'intéressaient. Il m'est un peu difficile de faire la part de ce que j'ai engrangé en fonction de chaque approche. Aussi ai-je demandé à des collègues, psychologues et pédopsychiatres, formées d'abord à la psychanalyse puis à la systémique, de relire et valider mon texte, qui est enrichi de leurs commentaires.

Ce qu'apporte l'approche systémique au travail en pédopsychiatrie

1. Un travail plus facile et plus efficace avec les familles, notamment en consultation

- L'approche systémique permet de construire une vision globale de la famille intégrant la dimension des générations, des places parentales, du rôle de la fratrie, du cycle de vie de la famille, des phénomènes de lien, mais aussi de domination et d'emprise. Elle permet de voir la famille comme un tout. Le changement d'un des membres affecte forcément les autres et provoque des changements en retour qui peuvent amplifier une évolution positive. Mais ils peuvent aussi détruire les effets d'une prise en charge. La systémique aide à mieux comprendre beaucoup de résistances familiales aux traitements, et les fréquents phénomènes de bascule de symptômes d'un membre à l'autre de la famille. Elle permet de mieux se repérer dans ce jeu complexe, de prendre en compte la dynamique familiale sans juger les parents et sans les opposer à l'enfant.

Cette vision donne une grande liberté pour faire advenir des changements en s'adressant aux parents, à la relation entre les membres de la famille - parents et enfants, mais aussi enfants entre eux - ou à l'enfant lui-même. Ce qui facilite le travail d'un consultant qui doit orchestrer la prise en charge d'un enfant en tenant compte de ses parents et de son entourage.

- L'approche systémique insiste sur la force des liens familiaux et sur la loyauté de ses membres à la famille, comprise à la fois comme un groupe humain, un ensemble de relations, et un ensemble de représentations partagées. Elle permet de mieux concilier le fait de s'adresser à l'enfant tout en respectant sa loyauté à ses parents par exemple, ou d'éviter, dans certaines situations, la tentation de séparations inefficaces car trop en contradiction avec les loyautés et le fonctionnement familial.

Surtout, elle facilite chez le consultant une humilité respectueuse. Il garde à l'esprit, derrière l'enfant qu'il soigne, la présence d'une famille, avec ses qualités et ses défauts, qui porte cet enfant et qui aura toujours le dernier mot sur ce qui se fait dans notre bureau. Elle lui permet de mieux comprendre les impasses dans lesquelles il peut se trouver enfermé. Elle entraîne à bien percevoir, dans les difficultés d'un enfant, ce qui lui appartient en propre mais aussi ce qui participe d'un jeu familial, d'une réaction à ce qui vient des parents, à la fois dans l'ici et maintenant et dans l'histoire familiale.

- L'approche systémique donne aussi des outils pour mobiliser les ressources et les compétences des familles, y compris de familles très dysfonctionnelles. Elle aide à aborder rapidement de manière thérapeutique le vécu d'enfance des parents, à repérer les logiques transgénérationnelles à l'œuvre, à utiliser les ressources familiales pour les déjouer et en sortir.

2. Une formation aux entretiens complexes, au partage en équipe, au travail institutionnel

- La systémique s'est construite comme une pratique partagée. Les thérapeutes sont souvent plusieurs, ils s'adressent à un groupe familial. La vidéo a été utilisée d'emblée à la fois comme un outil thérapeutique et comme un outil de formation. Les personnes qui se forment à l'approche systémique le font dans un groupe stable et contenant. Et si elles ne font pas l'expérience d'une thérapie familiale pour elles-mêmes, il leur est demandé au cours de leur formation, parfois de manière individuelle mais le plus souvent au sein du groupe de formation, de faire un travail approfondi sur leur propre famille. Ce travail leur permet de repérer des places qu'elles auront tendance à prendre au sein d'un groupe, de mieux percevoir ce que les familles qu'elle rencontrent peuvent réveiller chez elles. Et surtout, cette formation

partagée en groupe ouvre au partage en équipe, à la confrontation des pratiques, elle permet de sentir la force d'un groupe au travail.

- La formation systémique est aussi une véritable formation à la technique d'entretien, qui fait souvent défaut dans nos formations initiales. Les systémiciens ont développé des outils sophistiqués permettant de mettre les familles au travail. Ainsi ils cultivent des techniques d'entretien indirectes, comme les questions circulaires qui donnent de nombreuses informations sur la manière dont chacun perçoit les autres membres de la famille, l'utilisation d'images et de métaphores. Ils proposent volontiers des tâches entre deux entretiens, qui fonctionnent comme des propositions permettant à la famille des expériences nouvelles, et qui font avancer le travail thérapeutique que les familles les aient suivies ou pas.
- Enfin, l'approche systémique, en plus du travail avec les familles, a développé une approche théorique générale du fonctionnement des groupes humains. Ce qui est d'une grande aide pour penser le travail en équipe et la globalité du système thérapeutique qui comprend, autour de l'enfant, sa famille, l'équipe soignante mobilisée autour de lui, et d'autres systèmes importants selon les situations : école, institution médico-sociale, justice des mineurs ou aide sociale à l'enfance etc… Il s'agit alors de considérer cette équipe élargie comme un système et de repérer les différents enjeux à l'œuvre.
- L'approche systémique est donc particulièrement aidante pour le travail de consultant, et de responsable d'équipe. Elle donne des outils pour surmonter des difficultés que nous rencontrons tous et de ce fait rend plus intéressants et moins épuisants des aspects difficiles de notre travail : réunions partenariales houleuses, rencontres avec des écoles ou des institutions lors de crises, réunions d'équipe conflictuelles, rencontres avec des familles difficiles....

Les collègues non formés à l'approche systémique nourrissent leurs rencontres avec les familles de leur créativité individuelle, de leur curiosité naturelle et respectueuse et des apports d'autres approches. Il arrive régulièrement qu'ils fassent un travail que les systémiciens reconnaitraient volontiers comme très systémique, tant il est vrai que personne n'a le monopole des bonnes idées. Mais une formation au travail avec les familles et les équipes en tant que groupe humain complexe, qui n'empêche pas de développer sa créativité ensuite, donne un bagage précieux dans nos métiers complexes.

Et les thérapies familiales ?

Chaque soignant développe librement ses orientations de travail, et c'est cette liberté qui crée l'utilité et l'intérêt d'un travail pluridisciplinaire en équipe. Tout le monde n'a pas envie de centrer son travail sur la dynamique familiale, mais tout le monde y est confronté. Le faible recours à la thérapie familiale reste donc une vraie question. Pourquoi demandons-nous si peu souvent de l'aide pour cette partie si compliquée de notre travail ?

Travaillant depuis quelques années, et pour la première fois de mon parcours professionnel, dans un service doté d'une consultation de thérapie familiale à laquelle je participe, j'ai pu pleinement vivre la douce schizophrénie d'être à la fois un thérapeute familial en manque de familles et un consultant en difficulté pour adresser ses familles en thérapie familiale.

Dans la place de consultant, le travail avec la famille se résume souvent à recevoir la mère régulièrement, parfois les deux parents, mais le père est souvent un peu en retrait. La fratrie est le plus souvent absente ou très au second plan. Ce travail avec la famille est au cœur de la consultation et il est difficile d'imaginer de le déléguer. Il est difficile aussi de trouver des repères dans ce travail continu pour poser une scansion et décider qu'il faut le reconsidérer, faire appel à une approche complémentaire. On peut craindre de perdre le lien avec la famille. Enfin il n'est pas facile d'adresser une famille si on n'a pas une représentation positive et concrète du travail qui lui sera proposé. On revient là au fait que le travail avec les familles est souvent une construction personnelle des soignants, et de ce fait les repères qu'ils construisent sont peu centrés sur le fait d'adresser les familles.

Il est sans doute important de préciser que les thérapeutes de famille, au fil de l'expérience, ont modifié et assoupli leur cadre initial pour l'adapter aux familles que nous recevons. Ils ont appris à travailler avec des familles dont certains membres sont absents, par exemple, ou avec des familles peu motivées, ou très atypiques.

Quelques repères simples pour aider à poser ces adresses

- D'abord, une thérapie familiale est un moment dans la vie d'une famille. C'est une aide d'une ou quelques années qui permettra d'améliorer les relations familiales, de dégager l'enfant qui présente des troubles de la place centrale négative qu'il occupe, de mobiliser autour de lui de manière positive l'ensemble des ressources familiales.
- Ce travail facilitera le travail du consultant qui restera présent au long cours, et la thérapie familiale ne remplacera pas son travail. Au consultant de repérer le moment propice, ce qui n'est pas toujours facile. Le consultant peut craindre de perdre certaines dimensions intéressantes du travail, si la famille investit beaucoup la thérapie familiale. La famille peut avoir du mal à repérer les différentes places des uns et des autres. Enfin, la question importante du moment de l'indication doit être réfléchie au cas par cas : il vaut parfois mieux adresser tôt, avant d'attendre d'être dans une impasse.
- L'approche familiale peut même être indiquée en tout début d'une prise en charge, dans les situations bruyantes où les symptômes présentés par l'enfant paraissent directement en lien avec la dynamique familiale. C'est souvent le cas pour les adolescents, lors de situations de crise – tentative de suicide, fugues par exemple. Les prises en charge parents-bébés

fonctionnent aussi souvent comme des thérapies familiales qui ne disent pas leur nom.

- L'indication de thérapie familiale ne repose pas sur un diagnostic de pathologie chez l'enfant, ni même sur un indice de gravité des dysfonctionnements familiaux. Certaines familles très dysfonctionnelles en tireront profit, d'autres seront incapables de s'en saisir. Mais il faut se poser systématiquement la question d'une indication dans certains cas.
- Quand plusieurs enfants de la famille présentent des symptômes, une approche familiale permet un regard global sur une dynamique familiale qui peut éviter de multiplier les suivis individuels. Dans le cas où ces suivis individuels multiples sont nécessaires, elle permet qu'ils fonctionnent en synergie et sans morceler la famille.
- Dans certaines situations, on sent qu'il est important de travailler en profondeur la dynamique transgénérationnelle, l'articulation des places parentales et le conflit parental, l'histoire de vie et l'histoire familiale des parents. Ce travail alimente souvent les consultations. Mais le consultant est responsable de très nombreuses dimensions de la prise en charge. Il doit entrer en relation avec l'école, prescrire des bilans, convaincre la famille de l'utilité de diverses prises en charge, rédiger des certificats, orienter l'enfant vers d'autres structures etc... Ce travail protéiforme ne laisse pas toujours le temps au travail en profondeur sur la dynamique familiale, il empêche souvent de créer l'intimité et la tranquillité nécessaire pour l'aborder dans de bonnes conditions. L'adresse vers une thérapie familiale est alors une aide précieuse.
- Le consultant s'étaye sur les parents et leur demande de manière implicite ou explicite de tenir leur place. La thérapie familiale est un espace tiers qui permet d'aborder leurs difficultés, de faire la place à leurs défaillances, à leurs manques pour mieux les travailler, mais avec plus de liberté que dans le cadre d'une consultation. La thérapie familiale redéfinit le cadre, et permet d'aborder des difficultés parentales de manière plus libre et plus large que dans le cadre d'une consultation.
- Un autre aspect est que le travail de thérapie familiale a une valeur préventive intrinsèque, il mobilise des ressources de la famille, prévient l'apparition de troubles chez les autres enfants de la fratrie. La famille ainsi aidée sera mieux à même de surmonter des difficultés et d'accompagner le développement de ses enfants. La thérapie familiale peut donc être indiquée quand l'enfant que l'on suit va mieux et que l'on sent que la famille conserve des fragilités. Elle peut apporter aussi beaucoup quand un enfant présente des difficultés graves qui modifient lourdement la dynamique familiale, dans les cas de trouble chronique, d'autisme par exemple. Il est dans ces cas encore plus important d'expliquer lors de l'adresse que la thérapie est proposée pour aider la famille face à une difficulté et non, comme elle risque de le penser, parce qu'elle est la cause du trouble de l'enfant.

Au boulot les systémiciens !

Ce court texte se veut donc une incitation aux collègues formés à la thérapie familiale systémique à travailler ensemble, à partager avec leurs collègues et leurs équipes ce qu'ils perçoivent en donnant des informations sur leur formation systémique, à partager des articles ou des éclairages cliniques. Prendre cette place est infiniment plus facile quand on peut se référer à un groupe, à une pratique collective, d'où l'intérêt de le faire à plusieurs. L'approche systémique a beaucoup à apporter à notre travail de soignants en pédopsychiatrie. Il est peut-être temps pour les systémiciens de se départir de leur discrétion excessive,... et de se mettre au boulot.

nouveautés du CNASM

Les DVD ci-dessous sont en vente au prix de 40,00 € et peuvent être commandés à l'adresse email suivante :
cnasm@orange.fr
Réalisateurs : Alain Bouvarel, Michael Spreng, Pierre H. Tremblay / Producteur : CNASM Lorquin, CECOM Montréal, Michael Spreng.

- **L'apprentissage et ses troubles chez l'enfant… Un entretien avec Evelyne LENOBLE. 35 mn**

Evelyne LENOBLE est pédopsychiatre, praticien hospitalier responsable du centre de référence des troubles du langage et des apprentissages de l'hôpital Sainte Anne à Paris. Son équipe reçoit des enfants présentant des retards dans les apprentissages de la lecture, de l'écriture ou des mathématiques (les «dys») non explicables par un retard intellectuel, un déficit neurologique ou sensoriel, ni par une maladie psychiatrique.
Des investigations diverses s'appuyant sur les théories piagétiennes et psychanalytiques sont proposées pour trouver des points d'appui et des ouvertures permettant d'envisager des aides individuelles ou groupales variées, en étroite collaboration avec les parents et les écoles.

- **Les nouvelles familles… Un entretien avec Serge HEFEZ. 34 mn**

Serge HEFEZ est psychiatre, psychanalyste, thérapeute de couple et de famille, auteur de nombreux ouvrages.
Après avoir défini la notion de famille, il nous invite dans cet entretien à mieux comprendre la notion actuelle de famille dite «horizontale» par rapport aux familles dites «verticales». L'évolution de notre société accentue le nombre de familles dites horizontales : monoparentalité, familles recomposées, procréation médicalement assistée... Il illustre ses propos par de nombreux exemples cliniques rencontrés dans sa pratique professionnelle.

- **Approche psychanalytique de l'enfant autiste... Un entretien avec Geneviève HAAG. 25 mn**

Geneviève HAAG est pédopsychiatre, psychanalyste, membre de la Société Psychanalytique de Paris, co-fondatrice de la CIPPA (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant des Personnes avec Autisme)
Au travers d'observations fines effectuées auprès d'enfants autistes et de bébés, elle

nous montre la pertinence des approches psychanalytiques, dont l'objectif est de percevoir et de mieux comprendre ce que l'enfant vit dans son corps et ce qui contribue à la construction de son identité. Geneviève HAAG nous montre également que les hypothèses psychanalytiques s'articulent aux découvertes des neurosciences. Elle défend pour conclure, l'alliance thérapeutique nécessaire avec les parents.

● **Le long chemin de l'école… Un entretien avec Marcel RUFO. 21 mn**

Puisque 47% des consultations en pédopsychiatrie relèvent d'un problème scolaire, la solution est sans doute à trouver en ce lieu. Instituteurs, professeurs, CPE, infirmières scolaires ou assistantes sociales sont les intervenants de première ligne, ceux vers qui les pédopsychiatres doivent tendre afin d'apporter l'offre de prise en charge adaptée.

L'école est le lieu de la socialisation et de l'apprentissage, mais elles ne s'effectuent pas au même rythme selon chaque enfant. Pour Marcel RUFO, il faut savoir laisser à l'enfant le temps d'apprendre en lui faisant confiance, afin de ne pas attaquer l'estime qu'il a de lui. L'alliance enfants, parents et enseignants doit être la garante de l'équilibre et de la construction d'une personnalité épanouie, où chacun a son rôle à jouer et où le pédopsychiatre n'est qu'un superviseur.

● **Psychopathologie des tableaux cliniques chez l'enfant et l'adolescent… Un entretien avec Daniel MARCELLI. 33 mn**

Daniel MARCELLI est Professeur émérite de pédopsychiatrie, auteur de nombreux ouvrages.

Il nous invite dans cet entretien à mieux comprendre les formes cliniques actuelles chez l'enfant et l'adolescent dans une approche psychopathologique. Il nous montre comment les évolutions de la famille et de la société ont directement modifié ces troubles cliniques. Il interroge alors la validité des nouveaux diagnostics faisant abstraction d'une compréhension psychopathologique.

● **L'imitation chez l'enfant autiste… Un entretien avec Jacqueline NADEL . 42 mn**

Jacqueline NADEL est directrice de recherche émérite au CNRS ; elle dirige une équipe au centre émotion à la Salpêtrière. Elle est l'auteur de nombreuses recherches en psychologie et psychopathologie du développement, dirige la revue Enfance et coordonne le réseau interdisciplinaire « autisme-science ».

Elle nous invite dans cet entretien à comprendre l'importance et la richesse de l'imitation dans le développement de l'enfant. Du plus jeune âge jusqu'à l'acquisition du langage, l'imitation est une forme importante de l'apprentissage de la communication. Ses travaux trouvent directement leur application dans le développement de la communication chez l'enfant avec autisme.

Elle évoque le rôle des parents, donne des outils aux professionnels concernés et nous montre avec précision que des méthodes de type ABA ne prennent pas en compte la richesse et la complexité du rôle de l'imitation comme moyen thérapeutique dans les soins aux enfants autistes.

● **L'utopie en psychiatrie… Un entretien avec Thierry TREMINE. 30 mn**

Thierry TREMINE nous donne une lecture passionnante de l'histoire de la psychiatrie en apportant des clés pour mieux comprendre comment l'évolution des idées génère de l'utopie. Elle devient alors à chaque étape de l'histoire le ferment d'une nouvelle approche de la psychiatrie qui se confronte aux données économiques et sécuritaires. Il illustre ses propos par une érudition historique, politique et littéraire pertinente permettant aux soignants de mieux définir la spécificité de leur place et de leur rôle dans le rapport à l'autre.

● **Inconscient cognitif, inconscient freudien… Un entretien avec Lionel NACCACHE. 36 mn**

Lionel NACCACHE est neurologue, spécialiste de la conscience à l'hôpital de la Salpétrière, chercheur en neurosciences cognitives, membre du comité d'éthique.

Il nous fait découvrir dans cet entretien le long chemin scientifique qui a conduit à la découverte d'un inconscient cognitif. Il rend hommage à Freud et c'est avec enthousiasme qu'il articule l'inconscient freudien à l'inconscient cognitif aboutissant à l'éventuel concept de plusieurs inconscients dans la perspective de mieux comprendre la conscience humaine.

● **Les troubles bipolaires… Un entretien avec Christian GAY. 29 mn**

Christian GAY est psychiatre, co-fondateur de France Dépression, membre de l'association Française de Psychiatrie Biologique, auteur de nombreux ouvrages.

Depuis le début des années 80, la Psychose Maniaco Dépressive (PMD) a été rebaptisée trouble bipolaire. La grande difficulté face à ce trouble se trouve dans la nécessité de poser un diagnostic précis et de proposer le traitement le mieux adapté. Le trouble bipolaire est très complexe dans son évolution et nécessite un suivi pharmacologique régulier.

L'analyse Bio-Psycho-Sociale du sujet est nécessaire à une approche thérapeutique plus fine. Le patient doit devenir partenaire et acteur du soin. Christian Gay, exprime toute son admiration face au courage de ses patients et la nécessité d'entretenir l'espoir.

Le Choix
Souffrir au travail n'est pas une fatalité,

de Christophe Dejours,
édition Bayard, 2015

Marie-Christine FOUQUAY-PICARD, PH, Dreux (28)

Comment prendre en compte la souffrance au travail sans se préoccuper de l'organisation du travail ? Ce livre attire l'attention sur un des aspects les plus graves de l'évolution de notre société.
Dans ce livre très clinique nous appréhendons le tragique de cette souffrance inédite dans le monde du travail qui n'est pas une fatalité, mais bien le problème de l'impuissance politique à s'emparer de cette question. Certaines entreprises ont fait le choix du changement.

Banalisation du pire

A partir de l'analyse clinique en profondeur de la description de la banalisation du pire à la suite de deux enquêtes, l'une consacrée au travail dans un service de réanimation (Normalisation du soin) et l'autre dans un centre d'appels téléphoniques (Rendre service ou vendre du service), nous mesurons combien le système actuel fonctionne grâce à notre zèle (servitude volontaire) et combien le travail n'est jamais neutre pour la santé mentale. Ce système est fondé sur la division et la répartition des tâches entre les travailleurs au service de méthodes de domination, dont l'évaluation individualisée introduite par les gestionnaires génère solitude et démantèlement de toutes formes de liens comme la coopération et le la solidarité dans une équipe. Cette décomposition de la coopération amène à la lutte de chacun contre tous et affaiblit les capacités de résistance des travailleurs, cadres compris (suicides sur les lieux de travail). Nous sommes tous engagés sans le savoir dans ces pratiques. Le fait de participer à des actes que pourtant on réprouve produit une souffrance éthique qui ne fait que s'accroitre avec la précarité de l'emploi. « Le terme de souffrance éthique, rappelons-le, désigne la souffrance que le sujet éprouve lorsqu'il se trouve entrainé à agir à l'encontre de son sens moral, en raison de sa participation à des actes injustes ou préjudiciables à autrui. »

Le retournement du travail contre l'être humain, jusqu'au suicide

L'enquête faite dans le service de réanimation d'un hôpital de province à la demande du chef de service montre très vite, à partir de divers entretiens auprès de l'équipe, une grande souffrance au travail. L'introduction de la tarification à l'activité de l'hôpital a conduit à un contrôle à partir d'indicateurs (financement lié à la production de soins) où il n'est jamais fait référence à la matérialité du travail, à ce qui se passe dans le vécu quotidien. Or il y a toujours un écart entre le travail prescrit et le travail effectif du fait d'imprévus, de pannes, d'incidents ; c'est la concrétude du réel qui amène alors chacun de nous à des ajustements qui malheureusement ne sont pas pris en compte dans les nouvelles méthodes de gestion.
Ainsi dans ce service de réanimation chaque soignant est confronté, au-delà du souci d'habilités techniques spécifiques, à des situations extrêmes et sensibles du point de vue relationnel. Le soignant est souvent seul avec ce que cela lui fait, il n'y a pas de soutien du collectif ; il n'y a plus de liens, d'échanges avec les médecins, chacun est dans son coin, la division du travail opère ! Il n'y a pas de lieu formel ou informel pour parler ce qui ne va pas ; il n'y a plus de cohérence. Les médecins ne voient presque plus les patients, tout se passe via le « net ». Chacun se tait et est contraint à gérer seul les imprévus. Le clivage s'est progressivement installé. Les prescriptions médicales se font à partir d'un nouveau logiciel, chacun dans son bureau ; les erreurs se multiplient, les décisions se contredisent, les soignants sont démunis.
Pour qu'un collectif fonctionne, en l'occurrence une équipe soignante, il faut une référence à des règles communes qui nécessitent l'existence d'espaces-temps communs où échanger, partager, régler les difficultés sur fond de repères éthiques posés pour assurer la prise en charge de la vulnérabilité humaine et l'éthique du métier.
Par ailleurs la sécurisation du soin encore plus de mise que partout ailleurs en réanimation a profondément modifié l'activité. « Les médecins sont fortement incités à suivre ces standards de pratiques. Ces normes viennent brouiller les critères fondés sur l'expérience du métier, habituellement partagés entre médecins et paramédicaux. » Les politiques publiques d'évaluations et d'assurance qualité assurées par le médecin à partir d'outils évacuent l'intuitif, et les décisions se prennent à partir des protocoles. Nous comprenons bien combien la personne du médecin est évacuée, seules les preuves objectives comptent et la rentabilité au détriment de la qualité, au détriment du métier et de ses valeurs.
« La psychodynamique du travail l'a démontré, la qualité du travail vient de l'engagement subjectif des individus lorsqu'elle peut se fonder sur une conception partagée du sens donné à l'activité, lorsque les membres de l'équipe peuvent confronter leurs modes opératoires et leurs ruses dans des espaces dédiés à cette discussion, et forgent ensemble les règles de travail. »
Les impératifs de gestion et de rentabilité induisent un alourdissement des tâches, une souffrance psychique grandissante, un effritement de toute dynamique collective, le développement de stratégies individuelles défensives au détriment de la relation aux patients et à son entourage. Beaucoup s'engagent dans l'activité avec frénésie afin d'occulter ce conflit affectif. « La surcharge sature en effet le fonctionnement psychique de telle manière qu'elle permet de faire l'économie de l'angoisse qui étreint l'individu lorsqu'il réfléchit au sens et à la finalité des pratiques auxquelles il apporte sa contribution ».
« Dans un contexte d'isolement grandissant et de méfiance vis-à-vis des collègues, les soignants pratiquent la grève du zèle : ils font uniquement ce qui est prévu et limitent ainsi leur engagement subjectif…. Destructuration de la coopération et disparition des solidarités conduisent ainsi à une dégradation de la qualité du soin prodigué aux patients. » Le

mensonge devient la règle pour masquer les erreurs liées à l'organisation du travail. La haine de soi émerge alors quand le sujet exécute des tâches qu'il réprouve, contre ses valeurs, contre lui-même, et cette souffrance éthique peut amener au passage à l'acte suicidaire.
« Si la situation clinique de la réanimation engage des pratiques professionnelles singulières, elle se présente aussi comme des loupes grossissantes des mutations qui affectent le rapport subjectif au travail dans les organisations contemporaines. Le travail ne peut jamais se réduire à une pure activité de la production d'un bien ou d'un service. Il mobilise l'ensemble de la personnalité, avec à l'horizon, la possibilité de l'accomplissement de soi, ou au contraire sa destruction. Il engage la subjectivité tout entière, mais aussi le destin de l'autre. »

Le cynisme de la résignation

Il est éclairant de comprendre les modalités d'adaptation à la souffrance éthique des employés qui ne croient plus au fait de résister. Ainsi dans les services de soins la peur du judiciaire amène soignants et médecins « à suivre scrupuleusement les protocoles dits de bonnes pratiques établis par des conférences de consensus et dûment estampillés par les administrations…. On se désengage et on joue la traçabilité….». Il n'est plus question de mettre en œuvre un mode opératoire non standard, l'échec devient erreur puis faute. La standardisation du soin exonère de délibération collective, évacue la vie subjective et nous entraîne dans le cynisme de la raison instrumentale. « La rationalisation gestionnaire correspond en fait à une mutation en profondeur de l'organisation du travail….C'est avant tout le congé donné à l'éthique professionnelle qui a des conséquences tragiques.» (…)
« Les suicides ne sont pas seulement l'issue de la souffrance éthique mais aussi le signe patent d'une destruction de l'entraide, de la prévenance et de la solidarité entre collègues. » Les équipes frappées par le clivage se vident de la pensée et se remplissent du cynisme de la résignation (Régression infantile, lâcheté sous différentes formes, prêt à penser…).
« Crise morale… sous l'effet d'une conjugaison inédite du cynisme des gagnants et du cynisme de la résignation que tout devrait opposer. (…) La psychopathologie de la souffrance éthique et la psychopathologie du travail contemporaines ne peuvent pas être élucidées sans un appui sur la théorie psychanalytique. »
L'analyse des modalités d'adaptation à la souffrance éthique nous conduit à essayer de comprendre ces nouvelles formes d'aliénation et de consentement pour les contrer (clivage du moi au niveau des individus et clivage entre les individus, défaite du collectif).
Les conséquences de ces dérives sur l'avenir de notre culture, dans un contexte de faiblesse frappante des réactions syndicales et de l'activisme de l'Etat, sont inquiétantes.

Expérimentations en entreprise : le changement est possible

La servitude volontaire explorée dans les ouvrages précédents de C. Dejours a permis la mise en route d'expérimentations dans certaines entreprises demandeuses de changements.
La seconde partie du livre ouvre donc sur l'analyse d'alternatives concrètes auprès de ce type d'entreprises pour tenter des transformations en profondeur de leur organisation du travail. Nous y verrons comment « la coopération exige au contraire la formation et l'entretien par l'organisation du travail d'espaces de délibération à l'intérieur des entreprises… Ces espaces de délibération constituent aussi des lieux d'apprentissage et d'expérimentation, par chacun, des exigences d'un fonctionnement démocratique. »
« La dimension politique de l'organisation du travail ne peut être abordée rationnellement que par l'investigation et la connaissance appropriée du travail vivant aux deux niveaux de l'individu (ingéniosité) et du collectif (coopération), ce dont ce livre propose l'illustration. »

Ce n'est pas une fatalité

La seconde partie du livre ouvre sur des possibles, en revenant sur des questions fondamentales : Qu'est ce que le travail pour un être humain ? Le travail collectif ? Le management ?
Le travail engage la subjectivité toute entière ; il construit ou détruit l'individu… La centralité des enjeux subjectifs pris en compte permet de penser les changements possibles et de rétablir la confiance et l'autorité, la coopération, le vivre ensemble grâce à un travail sur la durée à tous les niveaux ; il implique tous les salariés. Pour qu'une coopération réussie à l'intérieur d'une entreprise profite aussi à la cité, il faut une coopération avec celle-ci. La démocratie à l'intérieur doit s'articuler avec une démocratie à l'extérieur par transversalité et les expérimentations dans des entreprises publiques et privées montrent que la reconnaissance de la portée politique de l'organisation du travail est centrale.
Le changement est possible, c'est une question de choix.

Le présent infini s'arrête,
Mary Dorsan,
éditions POL, 2015.

Jérôme PRADERE
PH, Sup'ado, Argenteuil (95)

« Le bruit & la fureur » bien sûr. Nombreuses sont les références dans la critique littéraire de la rentrée sur le « roman » de Mary Dorsan – pseudonyme – infirmière «dans un appartement thérapeutique, rattaché à un hôpital psychiatrique. On accueille des adolescents. Très malades, souvent, dont personne ne veut. Qui en plus de leurs troubles psychiatriques, ont des troubles de l'attachement, des pathologies du lien. Alors ça remue ! ça remue les soignants. J'écris les souffrances de ces jeunes. La difficulté de les soigner, de les accompagner, ou tout simplement de rester là, avec eux ».
La forme, c'est la succession, en chapitres plus ou moins longs des jours tels qu'ils passent dans cet appartement thérapeutique.
Quand à savoir si cette oeuvre fait «roman», laissons le soin à Mary Dorsan de répondre : «Serais-je écrivain ? C'est un problème…»*

**www.franceculture.fr/emission-hors-champs-mary-dorsan-2015-10-27*

association des psychiatres de secteur infanto-juvénile

Bulletin d'adhésion

Nom et Prénom (en majuscules)

Fonction (rayer les mentions inutiles)
PH temps plein
Chef de service chef de pôle
PH temp partiel
Autre statut (préciser)
Retraité

Coordonnées professionnelles
Région
Département code secteur
Lieu principal d'exercice (adresse, téléphone, fax, email)

Coordonnées personnelles (si vous le souhaitez)

A quelle adresse souhaitez-vous recevoir La Lettre de l'API ?

Etes-vous intéressé par l'envoi d'informations et de la lettre de l'API par email ? oui ☐ non ☐
Si oui, indiquer l'adresse email à utiliser :

Avez-vous déjà participé à des activités organisées par l'API ? oui ☐ non ☐

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association.

Fiche à retourner accompagnée du chèque de 60 € au secrétariat de l'API :
Unité Ado 93, CHI André Grégoire • 56 Boulevard de Boissière • 93100 MONTREUIL
secretariat@api.asso.fr • www.api.asso.fr

cotisation 2016 60 €

REÇUS FISCAUX

Si vous souhaitez un reçu fiscal pour votre cotisation, n'attendez pas. Vous pouvez dès maintenant envoyer un mail à secretariat@api.asso.fr

Attention : bien préciser votre adresse postale actuelle.

Si vos coordonnées ont changé
- adresse postale
- adresse électronique

merci de nous adresser un courriel à adhesion@api.asso.fr

La lettre de l'API est une publication de l'Association des Psychiatres de Secteur Infanto-juvénile

Responsable de la Lettre Roger Teboul
Coordination Claire Puybaret-Bataille
Illustrations Pierre Sadoul
PAO Pierre Jacob
Imprimerie Ateliers Malécot, 59160 Lomme

La lettre de l'API
Unité Ado 93, CHI André Grégoire
56 Boulevard de Boissière
93100 MONTREUIL
Tel : 01 49 20 35 58 • Fax : 01 49 20 35 67