



**Journée d'études du 3 juillet 2003**

**« VALEURS DE L'ASSOCIATION ET COMMANDE SOCIALE »**

1) LA COMMANDE SOCIALE

L'objectif de cette journée d'étude est de « revisiter » les valeurs de l'association à l'épreuve de la commande sociale ( loi de 2002) au moment où il revient aux institutions de produire notamment :

- le livret d'accueil aux usagers
  - le projet individualisé de la personne prise en charge
  - Mise en place « les conseils de la vie sociale » au niveau de chaque structure
  - L'évaluation des prestations dispensées.
- Autant d'obligations qui renvoient au projet.

Les principes dominants de cette commande sociale :

- Le législateur pose la question de « la qualité », mot nouveau dans nos secteurs d'activité et dans nos pratiques quotidiennes qui témoigne de l'évolution de notre société et de la place donnée au « consommateur.
- La démarche- qualité renvoie à aux procédures, aux techniques de prise en charge et en amont aux valeurs qui les fondent et à leur évaluation et ce concernant tous les professionnels.
- Dans ces législations récentes (sanitaire et médico-social ), il est donné une place accrue dans les dispositifs de prise en charge à « l'usager.

L'association, les établissements sont conduits à la rédaction du projet associatif élément constitutif de valeurs fondatrices dans lesquelles s'inscrivent les projets des établissements.

## 2) LES VALEURS DE L'ASSOCIATION

Les valeurs déclinées des statuts de l'Association font l'objet d'un document intitulé « **les options fondamentales de l'association** » rédigé par le comité technique. (annexe 1)

Ce document est né du partage par des professionnels de conceptions identiques autour du soin et de l'éducation des sujets qui nous sont confiés. Ce document adopté par le Conseil d'administration est garanti dans son application par le Président et le bureau.

Il nous est apparu que cette revisite avec des acteurs de l'histoire des institutions constituait pour tous les acteurs professionnels un moment d'échange et d'appropriation.

Lors de cette journée devra se questionner la pertinence des procédures, des techniques et les valeurs qui les sous-tendent au travers pour exemples des situations suivantes

➔ Les « usagers » deviennent des valeurs imposées. Il s'agit pour l'association d'une obligation de droit qui constitue un nouvel état et questionne le fondement de la dualité relationnelle librement choisie. ?

➔ La situation de droit de « l'utilisateur- consommateur » dans nos organisations conduit-elle à poser la réalité d'un nouveau système en nous questionnant sur la fonction du 1/3 avec la place nouvelle donnée à l'utilisateur. Qu'est ce qui fait lien ? Le regard porté sur l'autre change-t-il ?

➔ D'un point de vue de la fonction institutionnelle sommes nous dans la suppléance ou la substitution ?

Suites :

Rédaction du projet associatif et déclinaison dans les projets d'établissement

## « VALEURS DE L'ASSOCIATION ET COMMANDE SOCIALE »

Journée d'études du 3 juillet 2003

### DEROULEMENT

#### 1<sup>o</sup> partie

- Accueil :

A partir de 13h45

- Introduction :

14 h 00

Lien avec le thème de l'an passé – « La première rencontre » élément constitutif des procédures.  
Intervenant : Jean-Luc VINCENT, Directeur de l'EMP « Arc-en-Ciel » de Thiais - ( 5')

La contingence externe – usager au centre du projet –les diverses formalités administratives – l'évaluation mais avant tout le projet associatif et ses déclinaisons dans les institutions.  
Intervenant : Jean-Claude BONNIN – Directeur Général de l'Association A.R.I.S. ( 5 à 8')

Le Président : Exposé sur sa conception du fonctionnement des établissements et services dans le cadre de notre Association. Fonction de garant auprès des professionnels.  
Intervenant : Marcel NORDON – Président de l'Association A.R.I.S. ( 5 à 8')

Cette introduction rapide sur la contingence et le cadre nous permettra d'entendre des acteurs de l'histoire associative en nous basant sur deux documents :  
Jean-Louis LANG, Psychiatre, fondateur de l'établissement de Jouy-en-Josas- Bernard VOIZOT, Psychiatre, ancien Directeur Médical de la CMP de Vélizy et de l'EMP de Thiais (30')

#### Documents supports:

La prise en charge du fait psychotique en externat chez l'enfant- texte de 1973- (annexe 2)  
Psychanalyse et institutions pour enfants. PUF Fil rouge - 2002

- Echanges avec les intervenants : (15')

## 2° partie

L'organisation des échanges en commissions : ( 15h –15 h30 à 17h15)

*L'objet n'est pas de nous adapter à la réalité législative mais d'examiner comment nous mettons en perspectives ces contingences dans la réaffirmation de nos pratiques.*

Trois groupes avec rapporteurs ayant pour thèmes :

- **La Personne** (l'usager du législateur) acteur/Sujet ? – La notion d'usager, sa place dans nos procédures, dans le cadre des consultations et des établissements. Le terme usager signifie-t-il l'abandon de la dimension du groupe ? Qu'en est-il de l'ensemble des personnes dans le groupe ? .
  
- **Les valeurs de référence** – sommes toujours dans ce cadre( document « les options fondamentales »texte joint  
Déclinons des principes qui s'y rattachent  
Le sujet, l'enfant, l'adolescent sa famille .....  
Le travail en réseau – en équipe
  
- **Les applications des valeurs – les projets en cours et nouveaux**  
Quelles modalités de prise en charge- Construisons « la valeur ajoutée » dans les espaces libres – Production de positions ?

Les prises en charge-leur contractualisation-comment évaluons-nous nos actions ?

Les travaux seront repris par la commission technique- Il faut trois modérateurs et deux rapporteurs par groupe pour alimenter les publications internes et la RE-MISE en forme des options fondamentales lors de la rédaction du projet associatif.

Clôture (5') (17 h 25)

**BUFFET/COCKTAIL (17 h 30)**

## - LES OPTIONS FONDAMENTALES DE L'ASSOCIATION -

- ◆ L'Association prend en charge des enfants et des adolescents présentant des dysfonctionnements intellectuels et affectifs ainsi que des souffrances psychologiques. Ces sujets sont en difficulté dans leur vie personnelle et sociale quelque soit l'origine de ces difficultés : affection d'ordre psychiatrique, psychologique, ou déficience accompagnée d'un handicap.

L'orientation commune est celle d'un accompagnement porté au sujet en difficulté, d'une aide à la personne elle-même, à son environnement familial afin de lui permettre de retrouver les capacités nécessaires à sa vie sociale.

- ◆ L'Association met en oeuvre une complémentarité de techniques autour de conceptions plurifactorielles de la genèse des troubles et une vision de prise en charge alliant des dimensions diverses et, non exclusives, autour de deux axes principaux :

- La dimension du soin dans son abord psychothérapeutique où la référence psychodynamique privilégie la psychanalyse qui permet de prendre en compte la part inconsciente des processus psychiques du sujet.
- Les dimensions éducatives, pédagogiques et sociales. Elles font appel à des pratiques et méthodes diversifiées empruntant toutes les formes connues, leurs seules limites seront liées :
  - soit à la psychopathologie du sujet (impossibilité permanente ou transitoire de mise en oeuvre)
  - soit à des considérations liées au respect de la personne/sujet
  - soit au respect d'une certaine forme de dynamique institutionnelle (travail d'équipe).

Nous rendons complémentaire ce qui est souvent présenté comme contradictoire à savoir le respect en tant que telles des dimensions éducatives et thérapeutiques.

- ◆ Ainsi, l'Association regroupe, actuellement dans des équipes composées de personnels diversifiés, (éducation, social, médical para-médical) qui s'engagent de manière différente dans plusieurs champs :

- **Les centres de consultation** : Consultations Médico-Psychologiques (C.M.P.) et Consultations Médico-Psychopédagogiques (C.M.P.P.) sont des lieux de soins et cure ambulatoire insérés dans la communauté, travaillent en réseau et assurent les actions de prévention. \*

Leur action de soin prend tout son sens dans la mesure où la signification de la cure ambulatoire est explicitée vis-à-vis du sujet, de sa famille, de son environnement.

On insiste particulièrement sur l'importance des relations avec l'école, les travailleurs sociaux, les collectivités locales.

- **Les centres de jour** :

\* **Des instituts médico-éducatifs** où l'effort est marqué sur le maintien des capacités des activités intellectuelles, quel que soit le niveau du handicap qui relève des déficiences psychiques et des troubles de la personnalité.

\* **L'Hôpital de jour**, centre de soins, propose un projet thérapeutique individualisé et comporte un accompagnement personnalisé qui tient compte de l'importance des troubles de la personnalité et des handicaps qui en résultent.

- **Le S.S.E.S.A.D.**(Service de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile) où l'action à temps partiel, en séquences pédagogiques et psychothérapeutiques est organisée en liaison avec des temps scolaires, permet ainsi une modification de la dynamique personnelle des enfants et de leurs capacités à réaliser des activités intellectuelles et des apprentissages scolaires.

- ◆ L'Association concourt à une mission de Service Public. Elle prend place dans les organisations sanitaires et médico-sociales de l'Etat parmi les institutions publiques et les autres structures associatives avec lesquelles elles travaillent en lien et complémentarité.

La pluralité des actions menées par l'Association lui permet de promouvoir une recherche sur l'évolution de ses actions ainsi que le développement de projets. L'association est un lieu ressource

\*\*\*\*\*

## « VALEURS ASSOCIATIVES ET COMMANDE SOCIALE »

Journée d'étude associative du 3 juillet 2003

### *Orientations générale de l'hôpital de jour de Jouy en Josas*

*Par J.L LANG, médecin-directeur*

Tenter de dégager les orientations générales d'une institution suppose une prise de distance, un recul, une réflexion sur ses buts et finalités, que certes une pratique de 10 années peut favoriser, mais qu'aussi bien l'implication qui est mienne dans l'histoire de cet établissement, dans son évolution, dans la pratique journalière d'activités tant d'impulsion que thérapeutique ou administrative ne facilite évidemment pas.

En faisant le point aujourd'hui des axes essentiels qui orientent notre action, je n'aurai donc pas la prétention de les considérer comme modèles ni intangibles, moins encore comme figés ou incontestés, et ceci au sein même de l'équipe, mais d'en donner une image qui dans l'ensemble paraît correspondre à un consensus suffisant de cette équipe pour vous éclairer sur nos positions essentielles.

Les justifications, nous aurons sans doute à en débattre au cours de la discussion, et je m'en tiendrai donc aux données théoriques et pratiques de fait. Leur interprétation toutefois suppose le rappel de quelques paramètres :

- les projets thérapeutiques ou éducatifs propres à chaque groupe ou chaque enfant sont inséparables du projet institutionnel dans son ensemble – de fait, ils procèdent de ce dernier ;
- le projet institutionnel, buts et finalités, et ses possibilités mêmes d'application, dépendent au premier chef des types de relations entre les divers membres de l'équipe, soulevant ainsi d'emblée les questions de hiérarchie, de rôles, fonctions et responsabilités, donc de pouvoir ; les modalités de prise en charge curative et éducative des enfants seront dans la dynamique institutionnelle, le reflet de la façon dont ces questions auront été abordées et résolues ;
- c'est dire l'importance des positions théoriques et idéologiques des divers membres de l'équipe, mais aussi de cette équipe dans son ensemble vis à vis des enfants, des familles, du fait psychotique, et plus généralement de la Société où s'insère cette institution ;
- mais c'est dire aussi l'importance de la mise en pratique d'un tel projet institutionnel et de ses modalités d'application dans le réel, et ceci en fonction de l'histoire propre de l'institution et dans un contexte socio-culturel donné ; c'est là tout le problème, dans un établissement à orientation psychanalytique comme le nôtre, des rapports entre le champ de l'analyse, et celui de l'institution en tant que société.

\*\*

1 – L'établissement de Jouy en général et son hôpital de jour en particulier se reconnaissent avant tout comme institutions à caractère social, dont le meilleur reflet est fourni par les critères d'admission où s'expriment des questions de choix, donc de ségrégation et de rejet.

- a) Certains choisissent des critères d'ordre technique et proposent un instrument de travail conçu pour un ordre particulier de troubles (suivant leur gravité ou leur profondeur, le niveau intellectuel ou scolaire, le degré de mobilisation de la structure,

etc...), ou encore d'après certaines modalités de fonctionnement, voire les impératifs institutionnels du moment – l'enfant doit pouvoir ainsi s'adapter à l'instrument préconçu. D'autres se basent sur des critères d'ordre pronostic et laissent transparaître dans leur choix des notions d'efficacité et de rentabilité. Ces deux positions semblent d'ailleurs répondre assez bien à une certaine politique des autorités de tutelle, elles se rapprochent d'un idéal technocratique, elles risquent de créer une psychiatrie infantile riche, et une autre démunie.

Nous les avons, quant à nous, rejetées, et avons choisi de recevoir le « tout-venant », notre instrument thérapeutique, c'est à dire l'hôpital de jour (et quelque'inadéquat que puisse en paraître ce terme) étant conçu comme un lieu de soins constants et intensifs, à court ou à long terme, qui doit à priori pouvoir s'adapter à tous les besoins d'un secteur géographique défini, y compris les cas les plus complexes ou les plus graves, voire les plus déficitaires, même si le pronostic est incertain ou mauvais – quitte bien entendu à reposer par la suite la question de la validité d'une prolongation de la cure, notamment pour les cas les plus légers ou les plus régressifs, ou de la nécessité d'une nouvelle rupture institutionnelle, ceci à condition d'y avoir préparé l'enfant et l'entourage, d'avoir trouvé un nouveau milieu d'accueil.

- b) Cette première option implique donc que l'hôpital de jour est ouvert à priori à tout enfant rentrant dans les catégories d'âges et d'effectifs dès lors qu'il se trouve rejeté par les autres collectivités éducatives, pédagogiques ou médicales – à condition qu'il présente une affection mentale reconnue comme sévère, qu'il puisse bénéficier d'une dynamique institutionnelle et qu'il réponde à une indication de cure externe. A ce dernier propos, même le critère habituel de la nécessité d'une coopération active de la famille ne nous paraît pas toujours à priori obligatoire : et que deviennent en effet ces enfants s'il n'en est pas ainsi ?
- c) Ce choix, sans doute facilité par l'existence des deux autres sections de l'établissement (externat psychothérapeutique et externat médico-pédagogique) qui pratiquent la même politique de non-ségrégation, et par le rattaché d'autre part de l'hôpital de jour à une organisation de secteur, est incontestablement un choix social, politique, idéologique peut-être. Il implique la reconnaissance du caractère avant tout social de l'institution, et c'est en cela qu'il intéresse toute l'équipe, qu'il infléchit son mode d'action, influence les rapports entre ses membres. Comme tel, il s'inscrit dans la lutte de ségrégation qui sévit à l'heure actuelle à tous les niveaux de la pédagogie, de l'éducation, de la scolarisation, qu'il s'agisse d'enfance normale, d'enfance dite inadaptée, ou de psychiatrie infantile. Il nous paraît répondre au mieux aux deux caractéristiques essentielles pour DONNET de l'hôpital de jour : disponibilité – ouverture.
- d) Il suppose aussi des contre parties :
  - a. Pour l'admission en hôpital de jour, obtenir l'adhésion, la participation sinon la coopération des familles et des services sociaux et éducatifs qui nous présentent l'enfant, et dont les motivations et les désirs doivent être analysés, dès avant cette admission, et mobilisés – ce qui implique toute une politique et une praxis de l'admission,
  - b. D'autre part n'accueillir les enfants que dans la mesure où toute autre solution moins ségrégative paraît inadéquate ou irréalisable, et inversement engager dès que possible le recours à d'autres solutions elles aussi moins ségrégatives – le



but est ainsi de remettre au plus tôt l'enfant dans le milieu scolaire, éducatif ou médico-pédagogique le plus approprié – ce qui peut aller de la classe normale à l'EMP pour déficients moyens ou profonds ;

- c. Savoir reconnaître nos échecs et nos limites, et donc accepter et faire accepter par l'équipe et par l'entourage, le recours aux solutions d'assistance ou de placement définitif, ce qui suppose souvent un long travail préparatoire ;
- d. Enfin faire participer toute l'équipe et notamment l'équipe éducative.
- e. Ce choix est enfin incontestablement celui de la difficulté et tout particulièrement aux niveaux des éducateurs : la coexistence d'enfant dont la gravité ou la profondeur des troubles est fort diverse (schizophrénie infantile et autisme, pré ou parapsychoses, états dysharmoniques de niveaux variés, névroses graves – enfants d'intelligence normale ou subnormale à l'efficacité très variables, ou au contraire structures déficitaires sous-jacentes (plus ou moins profondes...), la coexistence aussi d'indications de cure à long terme (type schizophrénie), à moyen terme (dysharmonie d'évolution par exemple), à court terme (phobie scolaire), et de séjours d'observation ou de déconditionnement, posent des problèmes fort complexes d'organisation des groupes, d'harmonisation entre eux, de niveaux d'activités etc..., dont les solutions ne sont pas évidentes et qui exigent une remise en question incessante des principes qui y président. Je dois dire à ce propos que dans notre hôpital de jour les indications de cure court terme ne sont encore qu'un projet, et que nous n'avons guère débuté que cette année les séjours d'observation.
- f. C'est pourquoi un tel choix justifie aussi nos exigences : équipement, locaux, personnel, mais aussi variétés des modalités de prise en charge (par exemple : à la journée, à mi-temps ...), places disponibles en permanence, financement de la pré ou de la post-cure, ruptures provisoires de prises en charge, etc... , qui sont hélas loin d'être toutes prises en considération.

## II – Seconde option : le caractère thérapeutique, médical de l'institution.

Si l'on peut facilement accepter la formule de CAHN considérant l'hôpital de jour comme établissement de cure externe réalisant « une approche pluridimensionnelle au sein d'une institution structurellement thérapeutique dans ses buts et son organisation », encore faut-il en préciser le contenu ; et ne peut-elle s'appliquer à des externats qui ne reçoivent ni des psychoses, ni ce qu'il est convenu d'appeler des « troubles graves de la personnalité ? »

Que signifient par exemple les qualificatifs de thérapeutique (soigner ou guérir ?) ou de médical ? Ils soulèvent la question de la place du « médical » par rapport à l'éducatif, le pédagogique, le social..., références qui nous paraissent bien fragiles, ainsi que leurs oppositions éventuelles ou les conséquences conflictuelles qu'elles peuvent entraîner dans une certaine optique de prévalence d'une technique. De même, que recouvre le concept de trouble de la personnalité, et que serait une institution qui négligerait l'organisation de la personnalité, obligatoirement atteinte dans sa genèse et sa dynamique par des facteurs aussi bien organiques qu'affectifs ou psychosociaux ? A ce niveau, que recouvre également le terme de psychose, d'état ou de versant psychotique, et donc de prise en considération ou en charge de tels états ou versants ?

Notre orientation, dès avant l'admission, et nos options nous permettent de ne prendre en considération ces difficiles problèmes qu'au fur et à mesure qu'ils viennent à se poser à nous, à partir de l'enfant et de la famille, et non à partir d'a-priori théoriques. Je n'y insisterait donc pas (...) tout en soulignant cependant la relative spécificité du fait (...) en soi et le problème qu'il nous pose dans la mesure où sa prise en charge dans une section définie vient reposer au sein même de l'institution la question de la ségrégation.

Si les qualificatifs de médical et de thérapeutique semblent devoir être maintenus, c'est à double titre :

- 1) le point de départ me paraît être le suivant : un enfant en situation (familiale, scolaire, sociale...) de souffrance ou de conflit. C'est à partir de lui, l'enfant, et d'elle : la situation (familiale d'abord, puis institutionnelle aussi) que se dégageront les principes qui orienteront notre action. D'où la nécessité de permettre d'abord à l'enfant et à la situation de s'exprimer, et de se modeler ensuite sur l'évolution de l'un et de l'autre dans leurs expressions. L'enfant n'est ainsi point considéré comme objet de soins, ou objet de désir de soigner ou guérir, mais comme sujet désirant, ce qui consiste moins à lui donner la parole qu'à créer les conditions qui lui permettent de la prendre.

Le « projet » qui peut ainsi se dégager pour chaque enfant ne dépend point de la prévalence accordée à quelque technique ou méthode privilégiée. Toute action punctiforme (scolarisation, thérapie individuelle, action auprès des parents) n'est donc qu'un élément d'une cure pluri-dimensionnelle où il ne prend sens que dans la situation actuelle vécue par l'enfant, dans le contexte institutionnel du moment, et de la façon aussi dont il est abordé et vécu par l'enfant, les parents, et par l'équipe institutionnelle. C'est dans ce sens, apaisement de la souffrance, tentative de résolution des conflits, à travers les expressions de l'enfant en situation, que se définit pour nous l'option thérapeutique, dans le sens large du mot anglais « care » : prise en soins.

- 2) Le second argument est d'ordre social : j'estime que dans les conditions socio-politique et en fonction du contexte réglementaire et administratif actuel, le médecin représente encore, s'il veut bien en assumer le rôle et la responsabilité, le meilleur garant du respect de la liberté de l'individu « en cure », ce qui paraît d'autant plus nécessaire que cet individu est un enfant, et un enfant atteint dans la liberté d'expression. C'est en tout les cas pour moi une des dimensions fondamentales de la pratique psychiatrique. Quoiqu'il en soit le psychiatre me paraît le mieux placé pour restituer dans sa globalité la situation de l'enfant en conflit et y repérer le niveau de son désir.

III - Si nous devons « prendre soin » de l'enfant, ce qui nous est le plus souvent demandé, et surtout par les parents, est d'un autre ordre : qu'il puisse apprendre, qu'il soit gentil, qu'il devienne normal. L'institution est ainsi confrontée à des options d'ordre éducatif, pédagogique et adaptatif – ce qui ne constitue d'ailleurs pas un mauvais départ, mais qu'il est nécessaire, nous l'avons vu, de dépasser. En fait si elles peuvent constituer un point d'arrivée, si l'action éducative, voire pédagogique peut superficiellement paraître représenter dans certains cas l'essentiel de l'action entreprise, c'est ici encore en tant qu'instrument thérapeutique au sens large qu'il faut les envisager. Le maître d'œuvre en effet, le personnage central, c'est celui qui est en contact direct et constant avec l'enfant et le groupe, c'est l'éducateur ; et c'est à travers ses activités que passera l'essentiel de l'action institutionnelle en tant qu'elle est thérapeutique, et que prendront sens les interventions ponctuelles éventuelles (psychothérapies, rééducations, etc...).

Toute une série de problèmes se posent en effet à son niveau à lui : composition des groupes (structurés ou non, non homogènes mais équilibrés, etc...), choix des activités (restreintes

ou multipliées, orientées ou libres...), modalités des relations (liberté et déconditionnement, choix et discipline, spontanéité et directivité, etc...), options éducatives (adaptation, apprentissage, mobilisation des structures, expressions émotionnelles et affectives ...), choix aussi de sa propre place par rapport à l'enfant (éducateur de référence ou de groupe de vie, spécialisation dans certaines activités, par exemple scolaires – dispersion de l'enfant entre plusieurs éducateurs ou captation par l'un deux, etc...).

Ainsi se tisse un triple réseau de communications, dont en dernier ressort l'éducateur est, sur le plan de la cure j'entends, le point fixe, le repère, le destinataire dernier, en même temps que le trait d'union avec l'enfant :

- celui des « psy » avec leurs orientations théoriques et techniques, leurs légitimes prétentions, leur possibilité de recul relatif ;
- celui des parents vis à vis de l'enfant mais aussi dans leurs relations avec l'institution, avec leurs aspirations et leurs a-priori (à la limite : de quel droit et dans quel but voulons-nous intervenir à leur niveau ?)
- celui des éducateurs et pédagogues enfin, avec leurs positions propres, leur implication directe dans l'action de tous les jours, les réactions transférentielles et contre-transférentielles auxquelles ils sont confrontés concernant l'enfant mais aussi au reste de l'équipe – ce qui à tout le moins pose le problème, que je n'ai pas le temps d'envisager ici, du rôle et de la place des psy au sein de l'équipe éducative, voire du caractère abusif de ce rôle.

Quoi qu'il en soit, méfions nous ici de tout idéologisme ou théologisme doctrinal : substitution aux besoins de l'enfant d'un schéma pré-établi, étouffement dans l'œuf de son besoin de se faire entendre et de ses possibilités de se reconnaître dans son propre désir, risque aussi de privilégier arbitrairement un registre d'action (la relation, la réparation, le déconditionnement, l'épanouissement, l'adaptation...) et finalement d'écarteler l'enfant entre les désirs contradictoires des parents, de l'équipe et des siens propres.

IV – C'est à dire, et nous terminerons par là, l'importance de la dynamique institutionnelle et de sa constante analyse : c'est là une quatrième option, la plus délicate sans doute, en raison du risque doctrinal qu'elle est susceptible d'introduire, bloquant alors toute spontanéité et effets de sens – en raison aussi, il faut bien le dire, de notre insuffisance de connaissances théoriques et pratiques en ce qui la concerne, que nous soyons psychologues, éducateurs ou médecins.

Cependant, dans tout établissement qui cherche à écarter l'autoritarisme hiérarchisé et le directivisme doctrinal, la dynamique institutionnelle s'exprime en terme de conflits, conflits de tendances ou conflits défensifs, tenant aussi bien à l'équipe elle-même qu'aux apports extérieurs (famille et société) et aux enfants. Nous avons dit que dans un hôpital de jour, établissement ouvert, à caractère « psy », et qui de surcroît reçoit des enfants atteints de troubles graves de la communication, ces conflits expriment la vie même de l'institution et ses options fondamentales, que les modalités relationnelles entre membres de l'équipe d'une part, avec l'enfant et la famille d'autre part en procèdent directement, et que c'est en leur sein que prendra sens toute action orientée vers l'enfant dans le but de lui permettre de dégager et d'exprimer sa propre communication à lui même, à l'autre, au monde.

En outre l'analyse institutionnelle aura pour visée de permettre, à travers une liberté de circulation de la parole qui peut aussi bien être le silence, en donnant toute son importance au non-dit qui peut aussi bien être respecté s'il est reconnu, dans le respect aussi des positions, choix et orientations de chacun, de permettre, dis-je, une névrotisation de ces conflits et de

mobiliser les positions qui sous-tendent le dialogue paranoïaque ou le discours pervers, précisément dans la mesure où ils sont alors, de leur place, susceptible d'être entendus.

Est-ce à dire que nous y soyons parvenus ? Bien évidemment non. Qu'il s'agisse du projet institutionnel et des options essentielles que j'ai tenté de dégager, ou qu'il s'agissent des divers projets concernant chaque enfant dans son originalité propre, bien des problèmes, bien des doutes ou des points obscurs, bien des oppositions subsistent ou se font jour, et ceci aussi, c'est la vie de l'institution. Sans entrer dans les détails, je soulignerai néanmoins deux carences majeures auxquelles nous sommes confrontés et que nous n'avons point encore comblées :

- c'est d'abord, je l'ai indiqué, l'insuffisance de nos connaissances et de notre pratique concernant l'analyse institutionnelle,
- c'est ensuite l'indigence de nos possibilités de perfectionnement sur le tas et de leurs corollaires habituels : la formation et la recherche. Ce dernier point me paraît cependant capital, dans la mesure où il peut permettre non seulement évocation et gratification, mais aussi un déplacement des investissements relançant les intérêts d'une équipe, notamment éducative, dont on ne dit sans doute pas assez le poids que fait peser sur elle la prise en charge institutionnelle du fait psychotique chez l'enfant.

Quoi qu'il en soit, c'est dans l'engagement de cette équipe dans le projet institutionnel, c'est dans ses relations intra et extra-institutionnelles dès avant l'admission et jusqu'aux projets de sortie, en dehors de tout dogmatisme préconçu et ayant fait le deuil d'un monolithisme défensif à caractère maniaque, qu'une telle équipe aura au mieux l'occasion de faire la preuve de son niveau de cohérence, de ses tensions, de ses doutes et de ses espoirs, reflets eux aussi de la dynamique d'une institution vivante, étroitement reliée à une action commune dans un dispositif géographique de ce secteur qui permet d'éviter les écueils du splendide isolement ou de l'expérimentation *in vitro*, au sein d'une Société donnée par rapport à laquelle, les choses étant ce qu'elle sont, elle aura à se situer et situer son action.