

# **Menaces sur les sujets et l'exercice de la clinique dans les CMPP en ces temps d'incertitudes**

**EPEP, le 6/6/2020**

**Louis Sciara**

Je remercie avant tout Isabelle Beaumont d'avoir accepté de jouer les coordinatrices pour cette séance et qui en profitera pour prendre la parole quand elle le souhaitera et bien entendu, les discutants de participer à cette séance de travail. Bien sûr, Sandrine Calmettes, co-responsable de ce séminaire que tout le monde connaît à l'ALI et qui exerce au CMPP parisien de la MGEN. Elle a été chef de service de pédopsychiatrie à La Croix Saint Simon et médecin directeur du CMPP de la MGEN ; Maria Roneide Cardoso-Gil, membre de l'ALI, psychanalyste, psychologue au CMPP de Villeneuve Saint Georges (APSI) où nous exerçons de concert ; Fabrice Fouchères, psychanalyste et médecin directeur du CMPP de Bonneuil (APSI) ; Emile Rafowicz, également psychanalyste, médecin directeur du CMPP de Charenton (APSI), avec qui je partage beaucoup de réflexions sur l'importance de la psychanalyse dans les institutions, sa place dans les questions sociales et politiques.

Il n'était pas prévu que je fasse un exposé en juin sur « Les temps de la cure chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte ». Je souhaite le faire en prenant le temps d'y réfléchir à deux fois pour la rentrée prochaine. Du fait des annulations successives en mars et en avril de notre séminaire commun à Marika, Isabelle, Sandrine et Josiane, j'ai pris la décision d'intervenir, mais en abordant une autre question devenue brûlante à mes yeux, celle de l'avenir menacé des CMPP. Je fais référence à des menaces réelles qui sont tombées sur ces institutions depuis le début de l'année 2020, avant même la pandémie du Covid 19 et qui perdurent. Elles touchent à la clinique, sa dimension psychopathologique, son abord psychodynamique, sa référence à la psychanalyse, et les conditions de son exercice. Elles sont d'autant plus à prendre au sérieux qu'elles sont le fruit d'une orientation idéologique, uniquement neuro-scientifique, entièrement approuvée par les instances politiques jusqu'au plus haut niveau de l'État. Elles se traduisent par des décisions politiques qui doivent être appliquées dans les meilleurs délais. Il me semble important d'en parler à l'EPEP, au sein d'une

institution analytique, pour faire entendre les dangers que nous encourons réellement, présentement, pour continuer d'assurer la transmission de la clinique pédopsychiatrique et, par-delà, de la clinique psychanalytique. Cette dernière peut certes se transmettre dans les institutions analytiques, mais cela n'a jamais été suffisant. Sans l'assurance de la pérennité du travail des psychanalystes dans les diverses institutions (sociales et sanitaires), elle risque de disparaître. Il faut l'avoir à l'esprit pour y résister, s'y opposer, proposer, inventer autant que faire se peut, pour que la clinique du transfert reste en vie.

Pourquoi cet intitulé ? Je l'ai choisi après une discussion avec Fabrice Fouchères à qui je proposais de participer à ce débat et que je remercie. J'y indique quelque chose de ma subjectivité du moment, celle de ressentir des menaces, des dangers qui se précisent et même s'accroissent. Quelles menaces ?

Menace de cette manifestation du Réel que constitue cette pandémie. Une menace avérée, porteuse d'un danger mortel pour soi et pour tous. Une menace qui a pesé lourd, surtout au début du confinement : elle a envahi les discours sociaux, les réseaux numériques, les « plateformes » en ligne, suscitant une immédiateté, une profusion, une diffusion des informations dans les médias. Ces derniers ont participé à entretenir un climat de malaise social généralisé, d'autant plus inquiétant que cette épidémie s'est répandue, devenant peu à peu mondialisée. À l'échelle collective, on peut parler d'une sorte de « traumatisme collectif », et il ne semble pas exagéré de dire que le climat social est à la « paranoïa commune ». À l'échelle individuelle, chacun d'entre nous s'est senti concerné. Plus que jamais j'ai pu entendre dans ma pratique clinique à quel point une manifestation du Réel a beau avoir un effet collectif, elle n'en est pas moins singulière dans son retentissement symptomatique. « Le symptôme est ce qui vient du Réel » nous dit Lacan dans *La Troisième* en 1974. Cette manifestation est ressentie, jaugée, parlée, élaborée, intégrée, selon la structure clinique du *parlêtre* (sa réalité psychique, son fantasme, son symptôme, la logique de son désir, son rapport au corps), qu'elle soit en cours de constitution ou déjà en place, et suivant son âge, ce qui convoque en retour des capacités diverses pour s'appuyer sur la parole et le langage. Il est donc manifeste que cette menace a pris une valeur symptomatique différente selon les « sujets », mobilisant des ressources imaginaires très variables, bousculant le rapport à l'espace et au temps de chacun. Nous avons été plongés collectivement dans un univers de danger réel, d'angoisse de mort, chacun de nous étant aux prises avec un virus invisible, très contagieux, contraignant à s'éloigner des plus proches, à

prendre ses distances, à éviter de toucher le corps de l'autre, pour ne pas contaminer ni en être contaminé. [Dois-je rappeler que cette pandémie a atteint près de 6 millions de personnes à travers le monde, qu'elle a provoqué la mort de 360 000 personnes, dont près de 29 000 en France, qu'elle continue d'essaimer et de tuer ?]. Comme toute pandémie, celle-ci nous rappelle que nous sommes des mortels, induisant des doutes, des incertitudes, donnant l'illusion d'une « comme Une » humanité, alors que chacun se confronte à sa solitude en se débrouillant avec sa réalité psychique singulière. Nous ne sommes d'ailleurs pas à la fin de nos incertitudes, ni sur le temps qu'il faudra pour en venir à bout (l'endiguer, la traiter, la prévenir, l'éradiquer), ni sur la durée des précautions d'usage qui en résultent (qui ritualisent nos existences, réactivent nos phobies...), malgré le temps venu du déconfinement ! Cette pandémie a certes eu l'avantage de démontrer qu'il existe un État en France qui peut répondre pour une très grande majorité des citoyens. Elle a aussi révélé les failles, les manques, l'absurdité de la logique ultralibérale avec le flottement généralisé et l'impréparation des autorités politiques sur le plan de la santé publique, au moins depuis les années Sarkozy puisqu'avant tout préoccupées par le coût et une gestion à flux tendus, les débats contradictoires de la communauté scientifique, ses divisions, ses limites, ses passions subjectives et partisans, son impuissance bien humaine à trouver les bons traitements pour soigner des virus émergents. Les scientifiques ne seraient ainsi pas que des purs cerveaux rationnels ! La médecine a montré ses limites, dans un monde où on commence à rêver avec les Trans humanistes que la Science va nous permettre un jour de nous rendre immortels.

Plus grave, une telle pandémie, comme d'autres plus récentes (SRAS, EBOLA...), est déclenchée par les déséquilibres écologiques que nous autres humains avons induits à force d'obéir au diktat du capitalisme financier. Les bactéries résistantes et les virus émergents devraient de plus en plus nous envahir à force de mettre à mal, d'épuiser la dame Nature. Les zoonoses vont faire de plus en plus de dégâts si cette course folle au toujours plus de profit perdure... Enfin, je n'oublie pas une autre menace, et pas des moindres, celle qui concerne nos libertés individuelles. Ces dernières deviennent de plus en plus tributaires de l'emprise du numérique. Je ferai référence simplement au débat sur la traçabilité des cas de Covid 19 et à l'avis pertinent, nuancé, du conseil de l'Ordre des Médecins (1). Voici donc pour camper le décor du contexte social, économique, sociétal dans lequel nous avons exercé notre travail clinique, en

étant obligés de bousculer les modalités usuelles du dispositif du transfert (que ce soit à mon cabinet ou pour le CMPP, j'ai travaillé par téléphone et visio-conférences pour les réunions d'équipe) nous retrouvant en situation de réfléchir à leurs effets subjectifs sur nos patients, jeunes et moins jeunes, sur nous-mêmes en tant que sujets, et sur le maniement du transfert, en tant que praticiens.

J'en viens à cette autre menace que je perçois depuis des mois, celle qui concerne l'exercice de la clinique en CMPP. En effet, au moment du déclenchement de cette pandémie, avant même les mesures de confinement, j'étais très préoccupé par le climat délétère qui envahissait les équipes soignantes des CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques), un peu partout en France, dans certaines régions plus que d'autres, la plus paradigmatique étant la région Nord-Aquitaine. Une volonté politique manifeste, décidée, s'est « abattue » : celle de mettre au pas les cliniciens et les administrateurs de ces institutions médico-sociales. Pour rappel, les CMPP font partie du médico-social. Ils ont été créés après la Seconde Guerre mondiale en France, avec comme vocation d'accueillir, de prévenir, **de diagnostiquer et de traiter sous autorité médicale** les enfants et adolescents de 0 à 20 ans atteints de « troubles neuro-psychiques ou de troubles du comportement » et leur famille, en assurant des suivis ambulatoires par une équipe multidisciplinaire (composée de pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, des psychopédagogues, d'une secrétaire et d'une assistante de service social). À titre d'indications, dans les CMPP, se pratique actuellement un tiers des actes de pédopsychiatrie en France. Y consultent 120 000 enfants, on compte 220 000 consultations annuelles. Y exercent 5 000 équivalents temps plein.

Nos tutelles gouvernementales ont donc décidé de mettre sur pied, à marche forcée, durant l'année 2020, de nouvelles suprastructures, des « plateformes » (un signifiant devenu ordinaire, utilisé depuis longtemps dans divers domaines comme les travaux publics, dont la désignation concerne de plus en plus le champ de l'informatique, en tant qu'il regroupe un ensemble d'outils – logiciels, matériels, systèmes d'exploitation – destinés au stockage et au partage de contenus virtuels, audios ou vidéos ; la plateforme désigne précisément un environnement permettant la gestion et/ou l'utilisation de services applicatifs), dans le but d'ouvrir un espace de soins coordonné pour les soignants professionnels (du secteur sanitaire, du secteur médico-social et du libéral), de créer une synergie des champs de compétences pour répondre aux besoins des enfants qui nécessitent des soins et qui n'en bénéficient pas, au cas par cas de

chaque situation. En soi, l'idée n'est pas si mauvaise. Or, cela inspire malgré tout beaucoup d'inquiétudes. Vous avez entendu que ce signifiant « plateforme » ne doit rien au hasard. Il est lié à l'emprise du numérique et ce n'est pas le travail à distance par les portables et les écrans qui nous a mobilisés récemment qui viennent le démentir. Le télétravail est surtout utilisé dans le monde de l'entreprise, il fait désormais partie du vocabulaire propre à tout management. Il a gagné le champ du soin et envahi celui de la santé mentale, pour organiser des manifestations collectives et nous en savons quelque chose avec notre séance de travail d'aujourd'hui. Récemment, j'ai reçu à mon cabinet, un appel à communication pour un symposium portant sur « **Management et Psychiatrie** ». Cela m'a mis d'autant plus la puce à l'oreille que l'affiche est celle d'une vue par en haut d'un cerveau, certes chevelu, mais il y a surtout un sous-titre significatif (2) : « Impacts et pilotage des innovations numériques en **santé mentale** ». Vous aurez compris que le marché devient juteux !

Le plus délicat reste en suspens : qui va coordonner ces plateformes ? Selon quelles modalités ? Quelles sont les orientations cliniques sous-jacentes ? Nul ne peut contester l'intérêt d'un accès aux soins des enfants sans prise en charge, inscrits sur des files d'attente qui rallongent (puisque les CMP et CMPP n'ont plus les moyens en personnel pour y répondre), ni celui d'une amélioration de la coordination des soins. En revanche, ce qui nous menace avec ces plateformes, ce sont : une volonté manifeste d'un moindre coût, y compris en proférant des soins à distance ; un désinvestissement financier croissant, en cours, des lieux de soin existants ; une volonté d'imposer des orientations cliniques précises, celle d'homogénéiser des pratiques en veillant à leur valeur scientifique et à leur efficacité selon les critères de l'HAS ; une détermination à réduire le travail des intervenants à leur champ spécifique de compétences, à des méthodes préétablies ; une volonté d'imposer une organisation des soins qui fait de chaque praticien un prestataire de services ; une dynamique qui tend à « désinstitutionnaliser » les CMPP existants ou de les remanier pour n'être que des pourvoyeurs de services rendus à une place comme une autre dans un réseau de prestataires hétérogènes de compétences, ; une volonté de démanteler tout travail d'équipe, soit ce qui caractérise les soins en « psy », à savoir la valorisation de la circulation de la parole entre professionnels à propos de leurs patients en commun. Nous en sommes rendus avec ces plateformes à des années-lumière de ce qui a été promu par la psychothérapie institutionnelle et

par l'implication des cliniciens formés à la psychodynamique et la psychanalyse ?

Ces plateformes ont d'abord été destinées aux enfants présentant un « TSA » (trouble du spectre autistique), avant de s'étendre rapidement aux « POC » ou « Plateformes d'orientation et de coordination » pour les enfants et adolescents codifiés « TND », soit un grand sac diagnostique. Il est capital d'avoir en mémoire que c'est bien l'actualisation et le développement de la clinique des autismes, l'engouement passionnel que cela suscite, les multiples interrogations sur leur causalité organique, les engagements et regroupements associatifs des parents d'autistes longtemps laissés dans le désarroi d'avoir à s'occuper d'enfants malades, sans trouver de solutions, sans reconnaissance, sans possibilité de recours à des institutions spécialisées, car en nombre insuffisant, qui ont suscité la création de plateformes pour enfants présentant un « TSA ». Désormais, cette force citoyenne compte et certaines associations comme Autisme France ont infiltré le monde politique, y exerçant une forte influence depuis Marysol Touraine. Il en a résulté cette ambition de créer ces plateformes, sur le modèle unique et préconçu d'une causalité purement organique de toute maladie mentale, au prix même de lâcher le mot maladie et de ne raisonner qu'en termes pragmatiques de handicap et de troubles. La clinique des autismes est devenue le modèle du handicap psychique forcément neurologique. Dans un excellent article paru en octobre 2019, Anne Delègue, pédopsychiatre, nous alertait déjà (3). La dénomination « TND » a pris le relais, elle est apparue dans le DSM 5, elle n'est ni dans la CIM 10, ni dans la CFTMEA. Voici son commentaire : « l'accolement du préfixe "neuro" met l'accent sur les organisations neuronales et cérébrales, alors que leur développement va *toujours de pair*, dans une intrication étroite avec le développement psychologique, prenant place au sein d'un contexte relationnel et social ». Elle cite le site du gouvernement au 2 avril 2019 : le neuro-développement « recouvre l'ensemble des mécanismes qui, dès le plus jeune âge, et même avant la naissance, structurent la mise en place des réseaux du cerveau impliqués dans la motricité, la vision, l'audition, le langage ou les interactions sociales. Quand le fonctionnement d'un ou de plusieurs de ces réseaux est altéré, certains troubles peuvent apparaître : troubles du langage, troubles des apprentissages, difficultés à communiquer et à interagir avec l'entourage ». Bref, nous n'avons là qu'une causalité neurobiologique ou neurologique. Finie la pédopsychiatrie. Finie la complexité de la clinique : le « TND » fait table rase de l'hétérogénéité des tableaux cliniques. Cet acronyme

regroupe les TSA, les « dys » (troubles spécifiques des apprentissages), les TDAH, les « troubles moteurs » dont les tics, les Hauts Potentiels intellectuels, les déficiences intellectuelles. Le DSM 5 le définit, presque plus prudemment que le gouvernement, comme « un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire, caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel ».

Les autorités politiques ont DONC fait désormais du DSM 5 la « classification de référence », celle qui serait supposée scientifiquement établie. Les TND étant susceptibles d'engendrer un « handicap », ils justifient des aménagements, des orientations, des accompagnements de ces enfants dans une visée déterminée : leur inclusion scolaire. Les dossiers MDPH sont devenus incontournables, leurs décisions attribuant aussi des aides publiques spécifiques pour les familles.

Le tripode TND/Handicap/Inclusion scolaire est bel et bien au cœur de la mise en place de ces plateformes dont la mission d'appliquer à la lettre les recommandations de la Haute Autorité de Santé, au point de les transformer en injonctions. Les conséquences pourraient en être dramatiques : évaluation diagnostique dissociée du traitement (exclusivement à l'appui de tests neuropsychologiques, de bilans neuro-génétiques, neuro-pédiatriques, et de questionnaires « scientifiquement établis », de repères neuro-cérébraux médicaux : si on ne peut contester leur utilité, ce qui inquiète est le caractère unique de l'approche théorique et le déni du « relationnel ») ; forclusion du transfert ; approches théoriques et thérapies univoques, cognitivistes, comportementalistes avec l'hypermédication qui les accompagnent (certains cliniciens sont devenus des enthousiastes de la psychologie intégrative qui permettrait de concilier psychodynamique et TCC, psychopathologie et neurobiologie... mais est-ce vraiment une découverte ?) ; réduction de la clinique aux seuls TND avec comme conséquence un véritable abandon des patients qui n'en relèvent pas (85 % des consultants), qualifiés de « cas légers » qui pourront être traités ailleurs que dans les institutions de soins (une hérésie sociale) ; disparition, si ce n'est éviction de la psychanalyse, mais aussi de toute référence à la psychodynamique et à toutes les psychothérapies qui en relèvent. L'enfant TND est quasiment réduit à son handicap, ce dernier étant conçu comme l'effet d'une lésion organique cérébrale. Il n'est plus qu'une machine neuro-cérébrale, au point d'oublier qu'il a une histoire singulière, qu'il s'inscrit dans une filiation qui l'a baigné dans un environnement familial particulier. Le pire dans l'affaire

est que je ne puis pas faire abstraction de la bonne volonté et de la qualité clinique de certains cliniciens qui participent à ces plateformes et qui accordent encore une importance à l'approche psychodynamique. Mais le problème n'est pas là, il est malheureusement structurel. La logique de ces plateformes ne semble pas faire de doute sur leur caractère implacable quant à une causalité univoque des « troubles » des enfants. Place nette risque d'être faite pour des soins réduits à des rééducations déconnectées du psychisme, mais supposées compenser le handicap cérébral. Au-delà des besoins des enfants, des demandes de soins justifiées réclamées par leurs parents regroupés en associations (qui, pour certaines constituent des lobbies qui font pression et peuvent compter sur l'appui et le financement de l'industrie pharmaceutique), des préoccupations de coût et de gestion de la santé publique, les autorités politiques n'écourent plus désormais que les neuroscientifiques. Participant aux journées de la FdCMPP en début d'année, j'ai entendu la déléguée interministérielle chargée de mettre en place et de coordonner ces plateformes. J'ai aussi eu à écouter un responsable de l'ARS Ile de France chargé de réfléchir aux études consacrées aux TND. Il n'y a aucun doute. Ils sont pétris de certitudes. L'orientation politique dominante – elle ne date pas du gouvernement actuel – est la même : il n'y a plus de patients, de malades, seulement des handicapés ; on ne s'occupe plus désormais que des handicapés TND ; on veille à leur inclusion scolaire à tout va, au nom de l'égalité des droits et des chances, sans prendre en compte les avis des professionnels de la pédopsychiatrie, si ce n'est ceux qui sont acquis à cette cause. Toute la complexité de la clinique a volé en éclats. On fait comme si tous les jeunes patients très malades s'intégreront à l'école ordinaire (via des RASED, pourtant réduits à la portion congrue, des AVS sans qualification, des dispositifs dans les établissements scolaires et des formations des enseignants à double visée psychoéducative mais aussi préventive de repérage des « dysfonctionnements » des enfants, ce qui entraîne une confusion des fonctions), plutôt que de renforcer les moyens nécessaires aux institutions spécialisées existantes et d'en créer de nouvelles.

Voici de quoi vous alerter sur cette menace, ce rouleau compresseur mis en route, à marche forcée. Je crains qu'elle ne continue de faire des ravages. L'ARS de Nouvelle Aquitaine montrant l'exemple, elle en appelle les cliniciens à appliquer les méthodes requises, à obéir à la lettre, sous peine de stopper les crédits, voire de fermer les établissements. Les directeurs des CMPP, en majorité dans un cadre associatif, sont censés obtempérer et mettre au pas les

professionnels qui refusent d'appliquer les directives des ARS. Pour imposer ces POC, les ARS sont toutes en première ligne et plus ou moins en ordre de bataille. Une métaphore guerrière désormais usitée jusque dans les propos de notre président de la République à propos du Covid 19.

Nous traversons en conséquence une période tumultueuse, périlleuse et tueuse. Les menaces sont multiples. Nous en avons une idée plus précise avec les difficultés mises en évidence à l'échelle du système sanitaire français par la pandémie. Les champs de la psychiatrie adulte comme de la pédopsychiatrie sont touchés de manière criante. Ils sont très mal lotis, même s'ils ne sont pas les seuls. Quelles politiques, quels financements à venir ?

Si les CMPP sont en danger, je crains que cela ne s'arrange vraiment pas. L'exercice de la clinique est bel et bien en péril. Dois-je rappeler que les CMPP sont pratiquement les seules institutions en France, en pédopsychiatrie, pour lesquelles la référence à la psychanalyse est inscrite dans les textes fondateurs ? Je vous cite l'article 16 de l'annexe XXXII du décret du 18 février 1963 (décret venu s'ajouter à celui du 9 mars 1956 qui a créé les CMPP). Leur création officielle en 1956 fut le fruit d'une volonté des élus politiques de l'époque grâce à une collaboration engagée entre psychanalystes, praticiens auprès des enfants et des familles, et responsables du ministère de l'instruction publique. Cette création a été un des faits historiques majeurs qui indiquent l'apport de la psychanalyse et des psychanalystes à l'humanisation des soins psychiques et aux politiques de santé publique. Elle répondait à l'idée que se faisait Freud de la psychanalyse, « c'est une lourde tâche que d'avoir pour patient le genre humain tout entier » (« Résistances à la psychanalyse » - 1925) et de sa visée : celle de faire de la psychanalyse une discipline universelle qui se préoccupe de tous les humains. Freud témoignait ainsi de sa conception de la responsabilité du psychanalyste pour éclairer le genre humain. On pourrait y entendre une modalité de responsabilité politique du psychanalyste à participer à une politique de soins – Freud parle d' « avoir pour patient le genre humain » – qui va au-delà de la responsabilité du psychanalyste vis-à-vis de chacun de ses analysants, à l'échelle d'un travail en institution comme dans les CMPP. Soit ce que Lacan nommera par la suite « psychanalyse en extension ». [Je vous rappelle que Freud, en créant la Polyclinique de Berlin dès 1920, avait tenu à souligner toute l'importance de l'engagement des cliniciens psychanalystes dans les institutions, notamment pour que les personnes les plus démunies puissent avoir accès gratuitement aux « soins » psychanalytiques. Sans omettre l'influence

déterminante dans l'après-guerre des cliniciens psychanalystes promoteurs de la psychothérapie institutionnelle, de la politique publique de secteur psychiatrique et, comme je l'ai mentionné, de la mise en place des centres médico-psycho-pédagogiques.]

C'est pourquoi, je trouve important de vous en parler, d'y insister ce soir à l'EPEP. Ce qui est en train d'advenir menace les fondements de la clinique psychanalytique et de la clinique pédopsychiatrique, la possibilité de maintenir une pluralité des approches théoriques et, par-dessus tout, l'exercice même de la clinique, la liberté des praticiens à traiter chaque patient, chaque enfant, en sujet, au plus près de sa singularité. Cette menace pèse désormais sur les médecins des CMPP, ne serait-ce qu'en risquant de remettre en cause le code de déontologie médicale, en particulier le principe de non subordination. Cela a toute son importance, car dans les CMPP les médecins directeurs ont la responsabilité clinique des soins et de l'équipe pluridisciplinaire qui y veille. Le fait de s'attaquer à l'éthique médicale a des conséquences considérables sur le travail des autres cliniciens, quand on connaît la place qu'occupe encore la psychanalyse pour ces derniers. De surcroît, la psychanalyse et même la psychodynamique désormais ouvertement décriées sont de moins en moins enseignées en psychologie, psychiatrie et dans les études des paramédicaux. Ce sont les tenants des théories cognitivistes, des approches comportementalistes qui ont la mainmise sur les études universitaires. Je n'insisterai pas sur la formation actuelle des psychiatres centrée sur le neuro-cérébral, la biologie, ni sur celle des infirmiers en psychiatrie qui a disparu... Il est tout de même significatif que dans le champ de la pédopsychiatrie, discipline paupérisée et en voie de devenir moribonde, on recrute désormais pour diriger les CMPP des pédiatres, des neuro-pédiatres, des neuropsychiatres, des neuropsychologues...

Vous avez entendu qu'il est fortement recommandé aux CMPP de se rattacher à ces plateformes, mais ce qui est visé ne relève pas de simples remaniements. L'objectif politique est clair : en faire autre chose, les inféoder à ces plateformes pour leur faire perdre leur âme. Il existe certes une indéniable lutte que livrent les professionnels soignants avec leurs tutelles (ARS, ministère des solidarités et de la santé, secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des personnes handicapées). Mais l'issue de cette lutte est plus qu'incertaine. Comment endiguer cette lame de fond qui oblige les cliniciens des CMPP à radicaliser leurs pratiques, à remettre en cause leurs références cliniques, en imposant des cahiers des charges qui éradiquent la place fondamentale de la psychanalyse et

de la psychodynamique, pour ne finir qu'à privilégier la pensée unique du tout neuro-cérébral ? Nous sommes beaucoup à lutter, à résister en veillant au dialogue avec les responsables des directions des associations qui gèrent les CMPP (j'étais il y a deux jours à la fondation Vallée pour aider à négocier une contractualisation de l'association où je travaille avec les promoteurs d'une POC). Ces derniers pour certains comprennent, partagent même nos idées, mais ils ne sont pas à la même place, ils n'occupent pas les mêmes fonctions, n'ont pas la même formation, ne sont pas animés par le même discours. Il semble bien compliquer de parvenir à refuser, mais aussi à contourner l'incidence de la mise en place de ces plateformes, véritable cheval de Troie qui ne laisse guère de doutes sur l'issue de la bataille en cours, malgré les prises de position nettes de la FDCMPP, de l'API, du Collège Français de la Pédo-Psychiatrie de la Fédération Nationale de Pédopsychiatrie, de Stop DSM, de l'appel des 39. De surcroît, nous assistons au démantèlement progressif des inter-secteurs de pédopsychiatrie, des CMP.

Une dernière menace s'ajoute en toile de fond : celle qui concerne notre discipline, la psychanalyse. Une discipline aujourd'hui très fortement décriée et accusée de n'avoir aucune valeur scientifique. Les attaques qu'elle subit portent sur l'absence de preuves objectives de son efficacité, faute de répondre aux exigences des études fondées sur l'EBM (Evidence Based Medicine ou Médecine fondée sur les faits). Plus largement, c'est l'importance de la dimension de la parole, celle de la relation humaine, celle du transfert dans sa disparité subjective qui sont déniées. Nous payons le prix fort de l'assujettissement du discours de la science, notamment par le biais de ses applications technologiques (si formidables soient-elles), au discours du capitaliste, ces deux discours ayant comme caractéristique commune de forclure le sujet. Des collègues, comme Anna Konrad, participante à ce débat, essaient de montrer que les aspects psychodynamiques sont eux-mêmes considérés comme incontournables dans des études neuroscientifiques sérieuses et que s'appuyer sur la psychopathologie orientée par la psychanalyse n'est pas incompatible avec la prise en compte d'avancées, de recherches, d'études neuroscientifiques. Certes, le discours analytique a toujours eu vocation de subversion, il a toujours été antipathique aux discours du maître et au discours universitaire, mais, depuis Freud, il a toujours été important de faire évoluer la théorie en prenant en compte les avancées scientifiques. Les temps sont pourtant devenus très difficiles. L'heure est à l'hégémonie d'un scientisme exacerbé, au

détriment des apports de la psychanalyse. On ne parle plus de maladies, de symptômes, mais de handicaps et de troubles. Si nous sommes encore épargnés en libéral, ce n'est plus le cas dans les institutions soignantes. Au fil des ans, les cliniciens psychanalystes qui y travaillent en mesurent l'étendue. Nous sommes passés des menaces au danger avéré de compromettre un exercice cohérent, rigoureux de la clinique.

Vous comprenez ainsi pourquoi j'ai mis au pluriel les incertitudes, les menaces qui planent, sur les sujets (les patients, en particulier ceux des jeunes générations, les professionnels, les citoyens) et sur les conditions de l'exercice de la clinique en institution pour les praticiens. Il me semble fondamental que ce soit entendu au sein des associations analytiques par les praticiens qui n'exercent plus ou n'ont jamais exercé en institution et parfois peu informés des décisions politiques nuisibles à la pratique clinique. Cela pose la question du positionnement des associations d'analystes quand le politique fixe des orientations de soins qui paraissent antinomiques des principes éthiques qui guident notre travail. La position de l'analyste nécessite du recul, mais l'avenir de la psychanalyse n'est pas sans passer par celui de la transmission et du travail des praticiens de cette discipline dans les institutions qui sont aussi des lieux de formation des cliniciens. Ne pas prendre la mesure des dangers en cours, ce n'est pas contribuer à continuer d'assurer l'avenir de la psychanalyse. Je ne sais si vous savez que dans les divers courriers à nos autorités de tutelle, même des psychanalystes évitent d'y inscrire le mot « psychanalyse », jugé comme politiquement incorrect, pour éviter de ne pas être entendus !

Pour conclure, je voudrais insister sur un danger récemment mis en lumière par le confinement et ce qu'il a entraîné comme modifications dans notre exercice clinique : celui d'une bascule potentielle de notre pratique de clinicien dans la consultation téléphonique et/ou la téléconsultation avec Skype, Zoom... Si nous n'y prenons garde, nous encourons le risque d'un confinement de notre pratique d'analyste en l'inféodant au tout technologique, pour ne pas dire au tout numérique, au risque non seulement de favoriser mais aussi d'entériner son hégémonie. Le numérique n'est-il pas devenu notre symptôme social transculturel, universel, mondialisé ? Il y a ce risque indéniable de fascination qu'exercent sur nous les outils technologiques de plus en plus performants, redoublé d'une facilitation apparente engendrée par leur usage dans la clinique. Nous venons de connaître un temps d'exception, il s'agit d'en prendre la mesure et de ne pas en faire la règle, la norme de l'exercice de la clinique. Bien entendu,

je n'exclus pas un usage raisonné, inventif de ces outils, comme le démontrent de jeunes cliniciens. Mais, comment ne pas se méfier et ne pas réfléchir à la généralisation de pratiques cliniques qui se font hors présence, hors du lieu repéré de l'analyse, celui où exerce un psychanalyste. On pourrait *in fine* admettre que la spécificité d'un tel lieu ne serait plus aussi indispensable pour y déposer sa parole, en s'adressant à l'Autre. Le praticien pourrait peu à peu se volatiliser devenir virtuel, réduit à une image avec une parole portée par une voix qui serait comme détachée de son corps, sans le jeu des regards ni des gestes qui accompagnent toute relation. Cette mise en garde vaut d'autant plus pour la pratique du clinicien en institution, car le doute n'est plus permis. Elles rêvent d'imposer le télétravail d'entreprise à moindre coût aux cliniciens, le travail clinique par mails en suivant les recommandations d'un arbre clinique de décisions selon le diagnostic établi. Cette dérive pourrait bien être renforcée par cette expérience récente du confinement, puisque nous avons assuré les soins !