



Le Forum de la Fonction de Direction 2009
FNADES

Jeudi 3 et vendredi 4 décembre 2009 - Paris, Espace Reuilly
Compte rendu intégral des débats - www.compte-rendu.fr

ACTES DU

FORUM DE LA FONCTION DE DIRECTION 2009

DE LA FNADES

DIRIGER C'EST POSSIBLE !

PENSER L'ACTION ET LA FONCTION AUSSI...



F.N.A.D.E.S.

Fédération Nationale des Associations
de Directeurs d'Établissements
et Services Sanitaires Sociaux et
Médico-sociaux sans but lucratif

Jeudi 3 et vendredi 4 décembre 2009

Paris, Espace Reuilly



VENDREDI 4 DECEMBRE 2009, MATINEE

LA DIMENSION CLINIQUE DANS LA FONCTION DE DIRECTION. Animation par Madame Isabelle SARAZIN, Rédactrice en chef adjointe de la revue « Actualités sociales hebdomadaires ».

Michel DEFRANCE

Madame Isabelle SARAZIN est rédactrice en chef des ASH. Les ASH sont très présentes et contribuent à nos travaux de tous les jours.

Isabelle SARAZIN

Bonjour à tous. Nous allons reprendre nos débats sur la dimension clinique de la fonction de Direction. **Cette dimension ne va pas de soi** pour un observateur extérieur et sans doute pour les responsables politiques. C'est surprenant pour deux raisons.

La première est liée à la définition même de la clinique. Etymologiquement, le mot clinique vient de « cliné » qui signifie « le lit » en grec. L'art de s'incliner vers le malade et l'homme en souffrance en découle. Il s'agit donc d'être au chevet des personnes en souffrance. Cela renvoie à la dimension relationnelle du travail social et à l'écoute particulière mise en œuvre par les professionnels. Le travail clinique est donc bien au cœur de l'intervention des professionnels au contact avec les usagers de l'établissement. Cependant, **relève-t-il de la compétence du Directeur ?** Le bon sens nous ferait penser que les professionnels s'occupent des usagers et le Directeur dirige. Nous avons donc des cliniciens d'un côté et une direction en col blanc de l'autre. Bien sûr, nous savons que ce schéma ne peut pas s'appliquer aux institutions sociales et médicosociales. Néanmoins, cela montre bien que l'association des termes « diriger » et « clinique » ne va pas de soi. C'est notamment le cas en ce qui concerne l'image du Directeur.

La deuxième raison est que la dimension clinique apparaît comme surprenante par rapport à l'image renvoyée par les Directeurs. La FNADES en a bien conscience. Elle souhaite interroger les possibilités et ne pas s'en tenir à une plainte démobilisatrice. Cependant, nous, journalistes, et donc les responsables politiques et l'opinion,



n'entendons que les plaintes qui donnent une image négative de la fonction. Ces inquiétudes portent sur la réduction des coûts, la mise en place à marche forcée des groupements de coopération, la réglementation ou les risques de mise en examen. De plus, la plainte porte sur le décalage entre les injonctions de qualité et le manque de moyens. Les discours traduisent un malaise réel et une inquiétude légitime. **Les aspects gestionnaires et technocratiques sont mis au premier plan alors que la dimension clinique passe sous silence.** Il faudrait être capable d'interpréter que le tour de vis gestionnaire actuel menace cette dimension clinique.

L'autre intérêt de cette table ronde est de pouvoir cerner une dimension qui ne va pas de soi avec l'image du Directeur. Cette image est très imprégnée par ce qui est renvoyé par le secteur lucratif. En quoi la fonction du Directeur a une relation avec la dimension clinique ? Cela renvoie à la spécificité des institutions sociales et médicosociales car il s'agit de diriger des institutions soignantes. Le Directeur doit garantir le cadre d'une clinique respectueuse des usagers et des professionnels. Le service ne peut être prédéfini à l'avance. Nous pouvons penser au projet d'établissement et à l'inscription du travail clinique dans ce projet. Cependant, cela va au-delà. En effet, **comment, au quotidien, le Directeur peut-il permettre à l'équipe de penser ses pratiques et élaborer psychiquement les réactions sans prendre la place du psychiatre ou du psychologue ?** Il s'agit de comprendre comment il occupe cette place actuellement et comment il l'occupera demain. Nous allons le voir dans cette table ronde. Après la pause de la matinée, des représentants d'associations interviendront.

Je vous présente Xavier FLORIAN, Vice-Président de l'Association des Directeurs Cadres et certifiés de l'école des hautes études en santé publique. Il est Directeur de l'association METABOLE à Paris. Cette association accompagne des adolescents ayant de grandes difficultés psychologiques. Daniel VEIN est l'ancien Président du Groupement Technique des Directeurs du Var. Il dirige un établissement recevant des personnes autistes et dans lequel la dimension clinique est particulièrement importante. Claude MONTEILLER est Président de l'Association des Directeurs d'Etablissements Sanitaires et Sociaux d'Alsace-Lorraine. Il dirige un centre de formation en travail éducatif et social à Strasbourg.

Ces professionnels vont présenter la façon dont ils intègrent, au quotidien, la dimension clinique dans leur fonction. **Auparavant, Francis BATIFOULIER, Directeur de la Maison Saint-Vincent à Biarritz, va évoquer les nouveaux enjeux de la clinique dans un contexte en pleine évolution.**



Introduction des échanges par Monsieur Francis BATIFOULIER, Directeur d'établissement.

Francis BATIFOULIER

Bonjour. Tout d'abord, je remercie la FNADES et Monsieur Michel DEFRANCE de m'avoir invité à ce colloque. Je suis Directeur d'une maison d'enfants à caractère social à Biarritz. Mon propos sera certainement marqué par cette appartenance même si je vais tenter de ne pas m'enfermer dans un cadre particulier. Il m'a été demandé de réfléchir à la question clinique de la place du Directeur. **Il importe d'emblée de définir le terme « clinique ».** Pour cela, je vais prendre appui sur l'approche de Joseph ROUZEL. Il s'est demandé, lors d'un colloque à Pau, ce qu'était la clinique si ce n'est la transmission de l'humain par un humain à un autre humain. Il a poursuivi en disant que « la clinique naît de cette surprise permanente de la rencontre entre humains qui constitue le fond de tout métier d'intervention sociale ». La psychanalyste, Evelyne GRANGE-SEGERAL, est intervenue dans le même colloque. Elle a rappelé, comme Madame SARAZIN, que la définition de la clinique dans son sens originel, concerne ce qui se fait au chevet du malade. La posture clinique implique la proximité et le développement de facultés d'attention aux signaux et aux symptômes d'un patient dans un but de compréhension et de traitement.

Pour compléter ces tentatives de définitions, je vais faire référence à l'approche des rédacteurs des rapports sur la qualité des pratiques en protection de l'enfance. Elle me semble explicite. La démarche clinique revient à restituer à l'autre sa position de sujet dans ses déterminations individuelles et sociales. Elle revient à refuser à réduire cet autre aux perspectives d'un savoir automatique. De ce fait, la démarche clinique suppose une attention particulière à la parole, aux perceptions, et aux analyses de celui qui se présente dans la nudité de sa faiblesse. **Elle fait passer du souci pour l'autre au souci de l'autre.** En cela, elle est un support de qualité des pratiques.

Cerner le sens de la démarche clinique est un premier préalable. Nous pouvons en citer un second. Il s'agit de **caractériser le contexte inédit** dans lequel se pose la question qui nous occupe aujourd'hui. Il est inédit car de nouveaux paradigmes organisent de manière nouvelle le secteur social et médicosocial. Cela repositionne peut-être la position clinique. Cela modifie certainement la place du Directeur dans sa relation à la sphère clinique.

1/ Le nouveau contexte de la fonction clinique : des mutations de grande ampleur.



1.1/ La mise à l'épreuve de l'institution.

Nous pouvons dresser un premier constat. Il dépasse mais concerne ces institutions. C'est ce que François DUBAIS appelle le déclin de l'institution. Longtemps le travail sur autrui s'est inscrit dans un programme institutionnel. Le professionnel, armé d'une vocation appuyée sur des valeurs légitimes et universelles, mettait en œuvre une discipline dont il pensait qu'elle socialisait et libérait les individus. Ce modèle n'a pas résisté à la modernité. De ce fait, les professionnels ont le sentiment d'être emportés par une crise continue et par une sorte de décadence irréversible. Limitons-nous pour le moment à ce **diagnostic de l'épuisement d'un modèle institutionnel**. Nous verrons par la suite comment inventer d'autres figures institutionnelles. Il est évident que l'épuisement de ce modèle n'est pas sans effet. En effet, le fonctionnement de nos institutions, le travail clinique et la manière d'exercer la fonction de direction sont touchés. De plus, les institutions sociales et médicosociales sont affectées par des mutations majeures de leur environnement. Ces dernières ont des effets conséquents sur le fonctionnement quotidien. Je peux citer des exemples comme la rationalisation budgétaire, la précarisation de certaines organisations, le fonctionnement en urgence, ou les normes d'objectivation, de quantification et d'efficacité immédiate. Concernant ces mutations, Jean-Pierre PINEL, psychanalyste intervenant dans de nombreuses institutions, est catégorique. **Ces mutations participent à attaquer la pensée et à disqualifier le travail clinique**. Je crains que l'accélération et l'accentuation des processus en cours ne se traduisent par l'avènement d'un modèle dominant fondé sur la rationalisation budgétaire, l'emprise réglementaire et normative. Il ne s'agit pas de disqualifier toutes les procédures. Des procédures examinées, réfléchies et mises à l'épreuve de leur pertinence renforcent notre cadre de travail. Elles apportent sécurité, confort et appui aux professionnels. Les procédures et protocoles sont légitimes s'ils sont référés à un sens défini collectivement. Pour nous, c'est la référence à la clinique qui permet de construire une architecture technique signifiante.

1.2/ La métamorphose du sujet, ou avons-nous affaire à des mutants ?

Je souhaite parler des mutations qui affecteraient le sujet même. **Les équipes ont le sentiment que les personnes accompagnées sont en train de changer. Le cadre de pensée qui soutenait leur action n'est plus opératoire**. Il y a trois ans, une équipe éducative avait intitulé sa demande de formation « Ils ont changé mais nous n'avons pas changé ». Jean-Paul GAILLARD, psychanalyste, caractérise les enfants et adolescents d'aujourd'hui comme « mutants ». Il les appelle les « mutants normaux ». En effet, ils sont le produit d'une mutation sociétale à l'œuvre depuis de longues années. Elle est parvenue à un taux de densification suffisant pour que de nouveaux piliers psychiques émergent au sein d'une première génération. Il s'agit globalement



de celle des moins de 20 ans. Jean-Paul GAILLARD a repéré des effets concrets sur les enfants et adolescents. Ils concernent la culpabilité, la réflexivité, un glissement du désir vers le besoin, et le rapport au temps, à l'autorité, et à la hiérarchie. Nous ne disposons pas du temps nécessaire pour aller plus avant dans l'analyse critique de ce diagnostic. Ces approches coïncident avec celles d'autres auteurs. Je pense aux analyses de Jean DEMINC, philosophe. Dans un ouvrage dirigé par Jean-Pierre LEBRUN, il constate que c'est le sens de « devenir sujet » qui change. « Le sujet qui émerge est un sujet radicalement constructiviste entraîné dans des jeux pratiques et discursifs. C'est un sujet sans substrat qui naît dans l'événement ». Nous pourrions également citer un autre philosophe, Dany-Robert DUFOUR. Nous serions en train de passer d' « un sujet névrosé à un sujet sans mémoire, sans dette, qui se branche ici, qui se débranche là mais qui perd tout rapport à l'autre, qui perd ce qui est définitoire de la notion de sujet et de subjectivité, la présence à soi, la permanence à soi et le retour sur soi ». « Plutôt qu'à de nouvelles modalités de subjectivation n'a-t-on pas affaire à un véritable processus de dé-symbolisation ? ». Il n'est pas de notre compétence de trancher cette question des mutations affectant les sujets contemporains. Cependant, ce type d'incertitude n'est pas sans effet sur les équipes et donc sur la clinique. Nous tenterons de comprendre comment le Directeur peut se situer par rapport au caractère inédit de questionnements sur la clinique. Nous verrons également la façon dont il peut prendre en compte l'impact des incertitudes cliniques sur le fonctionnement des équipes.

1.3/ Le temps des reconfigurations organisationnelles.

Nous sommes entrés dans le temps des grandes manœuvres. Je parle des grandes manœuvres organisationnelles articulées autour des regroupements et des fusions absorptions. **Dans les années à venir, le paysage associatif risque d'être modifié par des reconfigurations organisationnelles majeures. Ces dernières auront un impact sur la fonction de direction, sur son métier et son exercice.** La question du Directeur et de la clinique ne se pose pas de la même manière. En effet, le Directeur peut diriger un seul établissement, ou être en charge d'un complexe ou d'un pôle de plusieurs structures. Nous pouvons penser que, demain, celui qui est en charge de plusieurs structures interviendra de moins en moins dans le suivi clinique. Cette intervention relèvera des cadres intermédiaires. Cela ne signifie pas que le Directeur ne devra plus se préoccuper de la question clinique. Nous allons donc tenter de montrer comment il pourrait se saisir de cette question dans un contexte profondément renouvelé.

Nous avons fait trois constats : le processus de désinstitutionalisation, l'avènement éventuel d'un nouveau sujet et la reconfiguration organisationnelle. Ils doivent être



pris en compte avec lucidité et sérieux pour le plan d'action que tout dirigeant soucieux de la question clinique va devoir penser et acter. Ce plan d'action va permettre d'organiser l'espace institutionnel où pourra advenir la rencontre interhumaine exigée par la clinique. C'est bien le Directeur qui garantit que les conditions institutionnelles sont réunies pour que la position clinique existe de manière optimale. Ce sont les mots « institutionnel » et « institution » qui nous semblent centraux. L'espace de la rencontre exigée par la clinique est l'institution. **Le cadre de la clinique est l'institution. Le Directeur soucieux de la question clinique aura l'institution pour priorité.** Garantir la démarche clinique de la place du Directeur c'est prendre soin de l'institution.

2/ Clinique et institution suffisamment bonne.

2.1/ De l'institution suffisamment bonne.

Qu'entendons-nous par institution ? Pour Pierre LEGENDRE, l'institution est l'ensemble des montages et assemblages qui font tenir. « Faire tenir à l'instar du joint ou de la cheville qui font tenir les éléments de la charpente, c'est l'essence de la fonction institutionnelle ». René CASSIN définit l'institution comme l'ensemble des formes et structures sociales instituées par la loi et par la coutume. L'institution règle nos rapports. Elle nous préexiste et s'impose à nous. Elle s'inscrit dans la permanence. Pour redonner un cadre institutionnel à la clinique, le Directeur devra redonner une dimension institutionnelle à une vie collective menacée de devenir un agrégat de personnes atomisées. Ce cadre fait tenir les éléments de la charpente, s'inscrit dans la permanence et différencie les places. Comme le note Jean-Pierre LEBRUN, le challenge pour ce Directeur est donc de refaire de l'institution une condition de la clinique. Le sujet contemporain, délié des attachements anciens, n'est pas libéré du collectif et de l'institution. En se croyant libéré du caractère instituant et déterminant du collectif, le sujet contemporain largue sans le savoir ses propres amarres. Il triomphe momentanément de toute hétéronomie, mais il ne peut que s'assécher par manque d'autrui. Sans plus rien à payer, y compris au collectif, il ne pourra plus être reconnu des siens. Il n'aura donc plus qu'à se conforter dans sa toute jouissance mortifère sans perte et manque et donc sans désir. Jean-Pierre LEBRUN nous invite à tout reprendre de zéro. Il s'agit de réinventer la vie collective et refaire de l'institution. Garantir la démarche clinique de la place du Directeur revient à prendre soin de l'institution. **Pour cela il faut re-fabriquer de l'institution suffisamment bonne.** Xavier RENDERS la décrit comme celle où l'on parle, où l'on décide et où l'on reconnaît ses maladies. C'est autour de ces trois axes que je voudrais maintenant réfléchir.



2.2/ Reconnaître ses maladies ou penser cliniquement l'institution.

Reconnaître ses maladies ou ses fragilités revient à prendre la mesure des spécificités structurelles des institutions sociales et médicosociales. PINEL dit que les institutions du secteur médicosocial sont des instances fragiles. D'où vient cette fragilité ? Dans leur cœur des métiers, dans leurs tâches primaires, « elles sont d'emblée confrontées à des tensions massives ». Leurs tâches primaires sont de prendre en compte et d'accompagner des personnes en souffrance. Les institutions doivent accueillir, gérer ou traiter ce que le social exclut. A la fois désavouées et magnifiées, elles figurent l'espace d'accueil du négatif. Modèles emblématiques, elles sont en même temps **le lieu du recyclage de l'exclu, du désavoué ou de l'impensable**. Cette position paradoxale n'est pas sans effet sur les praticiens. Ils ne sortent pas indemnes de rencontres qui les éprouvent dans leurs fondements mêmes. **La reconnaissance des spécificités de nos institutions est, pour le Directeur, une invitation à penser cliniquement l'institution**. Les termes « clinique de l'institution » impliquent une institution complexe et fragile. En effet, les professionnels ont de fortes attentes vis-à-vis de l'institution. Ils en attendent une identité, appartenance, appui et reconnaissance. La thématique de la souffrance au travail démontre que cette attente est loin d'être satisfaite. Dans notre secteur, cette souffrance est souvent à mettre en lien avec un manque de contenance institutionnelle. Cependant, comme le note Evelyne GRANGE-SEGERAL, il faut prendre en compte les enjeux propres aux institutions sociales et médicosociales. Une souffrance en provenance directe de la population accueillie s'ajoute à la souffrance due au manque de contenance institutionnelle. Son diagnostic prend appui sur l'analyse d'un autre psychanalyste, José BLEGER. Il pense que **toute institution est affectée par la clientèle accueillie**. « Toute organisation a tendance à maintenir la même structure que le problème qu'elle essaie d'affronter et pour lequel elle a été créée. Ainsi, un hôpital finit par avoir, en tant qu'organisation, les mêmes caractéristiques que les malades eux-mêmes : isolement, privations sensorielles, déficit de communication... ». Cela me semble également vrai pour nos institutions. Prenons l'exemple du secteur de la protection de l'enfance. Il a pour mission d'éduquer les enfants et adolescents. Evelyne GRANSEGERAL décrit une réalité institutionnelle souvent éprouvante pour les acteurs. Je suis convaincu que ce constat concerne l'ensemble des professionnels du secteur social et médicosocial. Le quotidien permet de vérifier que les professionnels sont réellement éprouvés par les rapports avec les enfants, adolescents et les familles. Ils ont un sentiment de non coopération, d'une disqualification de leur travail, d'une impuissance, et d'une incompréhension mutuelle. Cela souligne le fait que l'image d'un simple partenariat doit être vue comme un vœu pieu plutôt qu'une réalité opérationnelle. Evelyne GRANGE-SEGERAL nomme souffrance la manière dont les professionnels sont affectés par ces collaborations



difficiles. La non prise en compte de ces phénomènes institutionnels est un enjeu important pour la santé de nos institutions. Ces dernières risquent d'être intoxiquées par les souffrances qu'elles hébergent. Nous sommes invités à la mise en place **de dispositifs institutionnels propres à désintoxiquer l'institution. Cela passe par la mise en place d'espaces de pensée collectifs.** Ils sont propices à l'observation, l'attention et à la construction des états émotionnels des équipes. Nous les appelons « analyse et pratique » et « supervision et régulation ». Nous sommes invités à penser cliniquement l'institution. **Il s'agit de ne pas oublier que l'institution a une histoire, des idéaux et a vécu des changements idéologiques et des traumatismes.** Les traces de l'origine sont actives dans le présent de l'institution. Evelyne GRANGE-SEGERAL nous rappelle que l'institution est construite sur le modèle des ensembles groupaux auxquels appartiennent les familles accompagnées par les institutions. « Les institutions veulent toujours que les familles organisent leur histoire, le désordre voire le chaos apparent de certains lieux familiaux ». Cependant, l'institution fait-elle pour elle-même ce qu'elle préconise aux autres ? Le professionnel connaît-il l'histoire de l'institution à laquelle il est lié ? Sait-il seulement comment se sont traités les deuils et les pertes d'idéal concernant la tâche principale ? connaît-il les réorganisations précédant sa venue ? **Elle constate qu'il est possible de repérer dans les pratiques des professionnels la trace des traumatismes institutionnels non élaborés.** Ces traumatismes sont charriés dans une histoire souvent ignorée, rarement partagée, ni mise en travail. Cette histoire est volontiers refoulée voire clivée car elle porteuse d'angoisses, de hontes et de souffrances. De plus, il manque des outils méthodologiques psychiques pour avancer en sécurité. Le premier chantier pour le Directeur soucieux de garantir la pratique clinique dans son établissement est de penser cliniquement l'institution.

2.3/ Une institution où l'on décide.

L'approche de Jean-Pierre LEBRUN nous permet de renouveler notre approche de l'institution et de la fonction de direction. Il note que **la mutation du lien social empêche que la reconnaissance de la direction aille de soi.** C'est un nouveau régime symbolique qui organise l'ensemble. Hier, la vie collective était implicitement et explicitement organisée par la présence d'une position d'extériorité et d'une place d'exception. Cette place était identifiée et légitimée par chacun. Nous pouvons prendre les exemples de l'Etat, du Roi, du Chef, du Président, du père ou du maître. La permanence de la reconnaissance collective d'une place différente extérieure à l'ensemble caractérisait l'organisation sociale. Cette place différente avait pour conséquence le don de soi. L'occuper pouvait engendrer de multiples formes de conflictualités. Aujourd'hui, la décision doit venir d'une confrontation des avis, d'une discussion entre les protagonistes et après échanges entre les interlocuteurs. C'est donc



la totalité de l'ensemble lui-même qui a préséance. De ce fait, le pouvoir organisateur ne peut plus compter sur la légitimité spontanée accordée par les membres d'une équipe à celui qui occupe la place d'exception. Ces notions d'exception fondant la différence des places sous-entendent la nécessité logique qu'un ensemble humain ou une institution soit constitué, structuré et que la place soit exceptée de l'ensemble considéré. La description de la mutation du lien social faite par LEBRUN semble pertinente. Cependant, en quoi cette évolution pose-t-elle problème ? Nous pouvons penser qu'à première vue, il s'agit d'un dispositif positif d'émancipation des individus préalablement enfermés dans des liens aliénants. LEBRUN nous invite à dépasser cette première lecture. Pour lui, il existe bien un problème. Il fait ce constat à partir des nombreux accompagnements d'équipes qu'il a réalisés. Le problème est que sans la légitimité de cette place d'exception, la dimension collective est laissée aux seuls individus et à leurs propres ajustements et arrangements. Jean-Pierre LEBRUN constate **les effets de crises et de marasmes générés par ce fonctionnement dans les institutions**. Selon lui, l'air du temps discrédite la tâche de tous ceux appelés à signifier à leurs contemporains le nécessaire renoncement au tout possible. En effet, ce consentement à la perte est une donnée irréductible de la condition humaine. Ce discrédit et cette « délégitimation » touchent aussi bien les enseignants, les politiques, les parents, que les dirigeants. Ces acteurs tentent de faire appel à la négociation et à la contractualisation pour se soutenir à la place qui reste pourtant la leur. C'est pour cela que les responsables d'aujourd'hui essaient d'obtenir leur légitimité de la part de ceux qu'ils dirigent. Cela pose problème à LEBRUN. Il identifie un état général d'insatisfaction des équipes qui peut aller jusqu'au burn-out. Ce constat est autant valable pour le champ psychiatrique que médicosocial. Sa description des institutions, si elle est juste, appelle notre attention. Il dit rencontrer des professionnels qui ne peuvent plus soutenir leur tâche. Ils n'arrivent plus à faire équipe. Ils ont le sentiment d'être en proie à des impératifs purement gestionnaires stérilisant toute initiative. Ces dirigeants doivent sans cesse faire face à l'urgence, sans véritable orientation. Ils donnent l'impression de ne pas savoir où ils vont et encore moins où ils veulent aller.

LEBRUN est catégorique. Nous sommes aujourd'hui sur une corde raide. Selon lui, **il faudrait ressusciter l'irréductibilité de la place d'exception**. Dans la phase sociétale actuelle, il considère comme un véritable travail le fait de faire entendre la nécessité de cette place pour le fonctionnement. Entre le statut quo et l'impossible retour en arrière, il nous propose une troisième voie. Elle consiste à faire vivre cette place d'exception, structurelle pour l'humain, mais sur un mode « relatif et précaire ». Ce sont les termes de Jean LAVOUE, Directeur Général. Faire vivre une place qui peut être exercée doit être dialectisé et coupé par une position démocratique. Cette place doit être réinventée sans cesse et advenir dans une recherche d'accords entre les parties



prenantes. Pourtant, cette place ne se résout pas à cet accord. Elle le dépasse et l'excède. Cette troisième voie nous semble mériter une attention.

Cependant, nous nous distinguons de Jean-Pierre LEBRUN dans ce qu'il dénonce. Il dénonce cette nouvelle forme d'exercice de l'autorité et du pouvoir nommé gouvernance. Cela fait écho à ce qui a été dit hier avec François NOBLE. Le véritable challenge pour le secteur associatif concerne notre capacité à articuler gouvernance et place d'exception. En effet, sauf à espérer la restauration à l'identique des pratiques anciennes de gouvernement, il faut reconnaître que les modes d'exercice du pouvoir et de l'autorité ont profondément muté. Le concept de gouvernance fournit un cadre de prise en compte renouvelé de toutes les parties prenantes. Je parle des administrateurs, des équipes de direction, des professionnels, des usagers et de la régulation de leurs relations. J'ai bien conscience de la complexité de ce chantier. Cependant, j'ai aussi la conviction qu'il n'y a pas d'autre issue que de **mettre en tension gouvernance et place d'exception**. Il s'agit d'une tension subtile à maintenir ou introduire. Elle porte sur la nécessité d'assumer pleinement une place d'exception. Elle ne fait pas nombre mais différence. Il faut également s'employer à construire des processus démocratiques institutionnels. C'est l'axe des projets et des progrès pour les années à venir. Cela nous permet de faire le lien avec la troisième propriété qui porte sur une bonne institution.

2.4/ Une institution où l'on parle.

La pratique clinique peut-elle se déployer dans une institution où la parole est ligotée ? Didier ROBIN est Directeur thérapeutique dans un centre résidentiel. Il rappelle que dans l'institution, le droit à la parole de chacun articulé à la différenciation des responsabilités est le seul outil pertinent pour repérer les enjeux du transfert. **Quand un intervenant se cantonne à une prescription, il n'y a plus de clinique institutionnelle.** Une institution où l'on parle entre professionnels et usagers dispose d'un espace où peut se développer une activité de pensées et de paroles. **L'enjeu est de pluraliser les espaces de pensées et de paroles.** Nous avons parlé des espaces de pensée collectifs propices à l'observation. Ils sont également propices à l'attention et la construction de l'état émotionnel des équipes. Les professionnels peuvent y co-construire des projets. La parole des usagers y est prise en compte tant en ce qui concerne leur projet personnel qu'institutionnel. De plus, ces espaces peuvent servir à construire des modes de coopération solidaires incluant les usagers, bénévoles et professionnels. Des pratiques de gouvernance peuvent y être expérimentées en intégrant toutes les parties prenantes dans la négociation des compromis. L'idée est de ne jamais renoncer à la différenciation des places. Le chemin pour prendre en compte la parole des usagers est encore long à parcourir. C'est le cas même si nous constatons



de réels progrès. Néanmoins, il arrive parfois que la parole des salariés ne soit pas véritablement prise en compte.

Conclusion : l'enjeu de l'évaluation.

Je voudrais conclure cette réflexion sur le Directeur de la clinique en nous invitant à une nécessaire vigilance sur ce qui se joue autour de l'évaluation. En introduction, j'ai constaté l'emprise forte des logiques instrumentales sur notre secteur. **Il existe un véritable danger qu'un modèle dominant transforme nos institutions en des espaces placés sous le registre exclusif de la gestion, du protocole et de la procédure.** Ces espaces ne seraient que formellement respectueux du droit des usagers. **La clinique serait remise au rang des accessoires.** Ces espaces s'adresseraient à des ayant-droits auxquels ne seraient accordés que des droits théoriques. Ils ne seraient pas considérés comme des sujets en souffrance. J'ai essayé d'ouvrir des pistes propres à conjurer ces possibles dérives. Cependant, la production de l'ANESM de Juillet 2009 sur l'évaluation interne appelle notre vigilance. Les documents produits par cette instance ne sont pas sans intérêt. Néanmoins, dans la dernière préconisation, de bons connaisseurs de notre secteur ont repéré un possible basculement de logique.

Je conclurai donc mon propos par la reprise d'une mise en garde de Bertrand DUBREUIL, consultant. Il reconnaît la prudence de l'ANESM à propos de la mesure des effets de nos pratiques. Cependant, il pointe certaines imprécisions qui demandent à être levées. Il rappelle **la nécessaire distinction entre les pratiques développées dans une relation de service à la personne et la relation même.** Cela nous ramène à la question clinique. Il dit : « Définir les pratiques ne consiste donc pas à décliner sur le mode procédural des actes à produire systématiquement, ni à déterminer qu'à telle manifestation de la personne doit correspondre tel acte professionnel sauf à se ranger au fantasme comportementaliste qui présuppose un conditionnement instrumental. L'interaction d'aide ou d'éducation, elle, relève du rapport entre les sujets, de l'hypothèse et de la pertinence ». Il ne s'agit donc pas d'évaluer ce qui se joue entre le professionnel et la personne. En effet, ce qui relève de l'action est toujours singulier et ne peut faire l'objet que d'une analyse singulière et clinique. Il nous appartient, en tant que Directeurs, de penser et d'acter une démarche d'évaluation prenant en compte la demande légitime des pouvoirs publics d'objectivation des processus d'accompagnement. **Cependant, il est important de préserver les conditions de la rencontre humaine sans laquelle il n'y a pas de clinique.** Cette vigilance participe aussi à la construction d'une institution suffisamment bonne. On tend à y reconnaître ses maladies, à décider et à parler. Il s'agit également de définir un périmètre d'évaluation respectueux de la clinique.



Le Forum de la Fonction de Direction 2009
FNADES

Jeudi 3 et vendredi 4 décembre 2009 - Paris, Espace Reuilly
Compte rendu intégral des débats - www.compte-rendu.fr

Isabelle SARAZIN

Merci beaucoup pour ce brillant exposé sur tous les enjeux auxquels sont confrontés les Directeurs. Cela soulève beaucoup de questions. Nous ferons donc un large débat après la pause.



COMMUNICATIONS

Association invitée : ADC (Association des Directeurs, Cadres de direction et certifiés de l'EHESP).

Isabelle SARAZIN

Après avoir entendu l'introduction de Francis BATIFOULIER, qui a décrit l'évolution à laquelle sont confrontés les Directeurs, nous allons écouter des témoignages très concrets sur la manière dont nos Directeurs mettent en place cette dimension clinique.

Nous allons commencer avec Xavier FLORIAN, Directeur de l'association METABOLE à Paris.

Xavier FLORIAN

Je dirige l'association METABOLE qui gère deux gros établissements : un à Paris et un en Seine-Saint-Denis. Ils accueillent respectivement 90 et soixante adolescents de l'aide sociale à l'enfance. Ceux-ci sont confrontés à des difficultés psychologiques majeures et ne trouvent pas leur place dans les institutions traditionnelles. Cela nous a amenés à développer des projets singuliers que j'évoquerais pour illustrer mon propos. Ce pour répondre à la question suivante : **comment fait-on pour donner une place prééminente à la clinique**, que ce soit la clinique de nos équipes ou notre propre clinique de Directeur ? Je prends la parole au nom de l'ADC dont je suis un des quatre Vice-Présidents. Je suis particulièrement en charge de la question de la formation et de la qualification des personnels de notre secteur. Je voudrais remercier la FNADES et son Président, Michel DEFRANCE, d'avoir permis à l'ADC de s'exprimer ici. Notamment de nous avoir sollicités pour aborder la place de la clinique et de la fonction de direction. En effet, l'ADC a trop longtemps souffert d'être perçue comme une association de froids gestionnaires. Ce qu'elle n'est pas et n'a jamais vraiment été.

Je veux remercier la FNADES d'avoir mis ce sujet en débat. La place de la clinique dans la fonction de direction peut paraître saugrenue. On oppose systématiquement gestion et clinique. Dans notre secteur, cette opposition se pose d'une manière singulière sept ans après la loi de 2002. Une loi dont le législateur se plaît à dire qu'elle met l'utilisateur au centre au centre du dispositif qui le concerne. Cependant, paradoxalement, elle impose des outils d'homogénéisation et d'uniformisation qui



risquent de nier la rencontre avec l'incertitude et avec la singularité de chacun. Dans ce contexte, il faut savoir si **cliniciens et gestionnaires sont condamnés à rester sur des voies qui ne peuvent se rejoindre**. Comme Francis BATIFOULIER l'a dit, il est possible que ces voies se rejoignent.

La première raison est que nous dirigeons des établissements et des services qui conduisent des projets laissant une place centrale à la clinique. Cela a été dit dans les propos précédents.

Définition de la clinique. Il y a une double étymologie du mot clinique. Une étymologie grecque : « clinicus », qui désigne « le lit » ou la position couchée ou allongée. Une étymologie latine (latin impérial) : « clinice », qui s'approche de la définition moderne, à savoir la médecine exercée près du lit du malade. La définition actuelle est : « Ce qui se fait par examen direct du malade sans appareil ni examen de laboratoire ». Ce terme d'origine médical a évolué. Aujourd'hui, il désigne l'ensemble des acteurs et des personnels qui interviennent pour accompagner les patients. Il s'applique à notre secteur. Le travail de nos équipes consiste toujours à procéder à une observation de la situation et de l'environnement des usagers, à recueillir des données, à élaborer des hypothèses, à définir des objectifs, à mettre en œuvre une action concertée et à évaluer nos résultats.

Cette clinique des professionnels diffère selon les institutions et les usagers. Elle va impacter ensemble de l'institution. Le Directeur doit prendre en compte la place de cette clinique centrale et les incidences qui lui sont propres.

Pour illustrer mon propos, je prendrais l'exemple de l'association que je dirige.

Je l'ai créée il y a 17 ans avec d'autres professionnels pour répondre aux besoins d'adolescents, âgés de seize à 21 ans, qui sont confrontés à des difficultés psychologiques importantes. Au point rejeter tout ce qui fait institution à leurs yeux (la RATP, la police etc.) et même l'institution sociale et médico-sociale. Ces difficultés psychologiques conduisent tous les professionnels amenés à les aider à considérer qu'il n'y aura pas d'insertion sociale et professionnelle aboutie si un travail psychothérapique n'est pas effectué parallèlement. La plupart de ces adolescents refusent d'aller voir les psys, avec de bonnes raisons en apparence. Ils disent qu'ils ne sont pas fous, ce qui est vrai ; que ça ne sert à rien de parler, ce qui est moins vrai ; qu'ils ne veulent pas revenir sur un passé douloureux et veulent tourner la page. Pour élaborer un projet répondant aux attentes de ces adolescents, nous avons essayé de sortir des schémas qui étaient les nôtres. Nous nous sommes posé la question suivante : qu'est-ce que la situation spécifique de ces adolescents nous conduit à faire ? Nous leur avons donc proposé une mise en situation d'autonomie. Ils rejettent



tout ce qui est institution et ne veulent pas être insérés dans des groupes. Nous leur proposons un hébergement individuel. Il s'agit de donner les clés d'un studio à quelqu'un qui est la dernière personne à laquelle on songerait pour ce type d'expérience. Le fait de mettre ces adolescents en situation d'autonomie permet, sur le plan thérapeutique, que les difficultés propres qui sont les leurs émergent plus rapidement. Ils ne peuvent plus se défausser sur le collectif. Ils sont ainsi très vite face à ce qui fait difficulté pour eux. La partie la plus originale a été de se tourner vers des psychothérapeutes en leur disant : **puisque'ils ne veulent pas aller vers vous, c'est vous qui allez aller vers eux**. L'équipe de METABOLE, qui accueille 90 adolescents à Paris, a fait intervenir 27 psychologues et psychothérapeutes. L'équipe de Seine-Saint-Denis, qui accueille soixante adolescents, en a fait intervenir 18. Cela met la clinique au centre du projet. Je suis convaincu qu'il n'y a pas plus de clinique dans les institutions et les services que gère l'association METABOLE que dans une MECS, un foyer ou n'importe quelle structure d'accueil. La clinique est l'aune de toute l'organisation et du fonctionnement de l'institution. Les institutions notre association sont au service de la clinique. Ce n'est pas la clinique qui trouve péniblement sa place dans un cadre institutionnel qui s'impose à elle. L'issue est de **mettre la clinique au centre de tout**. Il ne faut pas hésiter à faire bouger les cadres de nos institutions dès lors que la clinique, c'est-à-dire le besoin analysé des populations qu'on accueille, impose un changement.

Michel DEFRANCE

Peux-tu expliquer comment les psys vont vers eux ?

Xavier FLORIAN

Ils vont vers eux de deux façons. La première est d'avoir des entretiens avec cet adolescent dans leur cabinet. Il ne faut pas être dans cette posture d'attente traditionnelle du psy qui attend que la demande vienne du patient. Il faut être dans une dynamique d'offre. Les psys, y compris dans leur cabinet, abordent des sujets que les jeunes n'abordent pas. Ces derniers abordent les sujets qui font l'objet du projet personnalisé : scolarité, formation, budget, santé et démarches administratives. A un moment ou un autre, le psy va aborder avec eux d'autres sujets. Il va également vers eux en sortant de son cabinet. À chaque fois que l'adolescent est confronté à un problème ou une question, le psy accompagne par principe. Il considère que cette démarche est pour lui un lieu et un moment de recueil clinique privilégié. Par ailleurs, un problème administratif ou éducatif peut cacher un problème plus intime. Les psys travaillant pour METABOLE ont pu témoigner à de nombreuses reprises que c'est à



l'occasion de démarches faites hors du cabinet que leurs hypothèses ont pu être validées. A moins que celles-ci leur ait permis de comprendre des situations qu'ils n'avaient pas perçues lors d'entretiens à leur cabinet. Tous témoignent du fait que c'est un moment d'une richesse incroyable pour les cliniciens qu'ils sont. Les équipes de psys à METABOLE sont tous des psychologues cliniciens et tous des psychothérapeutes. Ils n'ont donc pas qu'une formation universitaire. L'orientation psychothérapique majoritaire est une orientation psychanalytique où toutes les écoles de la psychanalyse sont représentées.

Je reprends mon propos. Diriger un établissement social ou médico-social consiste à accorder la place centrale à la clinique. Ne pas le faire revient à vider de son sens toute l'action dirigeante au profit d'une démarche exclusivement mécanique. Je vais citer à ce propos le sociologue Henri MINTZBERG : « Vouloir élaborer de la stratégie sur la base d'une démarche mécanique ne peut aboutir qu'à des résultats médiocres ». A mon sens, c'est pire que médiocre. **Telle est la première raison pour laquelle la clinique a une place centrale dans la fonction de direction : nos établissements sont fondamentalement cliniques.**

Seconde raison : le Directeur des établissements de services développe par sa pratique sa clinique de l'institution. Diriger n'est pas seulement gérer ou administrer. Cela reviendrait à passer son temps à appliquer des protocoles et des procédures. Diriger revient à observer une situation interne, un environnement et un contexte. C'est recueillir des données et faire le lien entre des éléments qui en apparence ne sont pas liés. C'est définir des objectifs et élaborer une stratégie. **Diriger est donc une démarche fondamentalement clinique.** A cette nuance près que le patient sur le chevet duquel nous nous penchons est l'institution que nous dirigeons.

Il faut aussi rappeler que, depuis CROZIER et FRIEDBERG, la sociologie des organisations est une sociologie de l'acteur. L'organisation est un construit humain en perpétuel ajustement. Comment faire pour que les agents soient acteurs de leur fonction ? Ce pour qu'ils ne soient plus agents ? Une réponse est proposée par Blaise OLLIVIER, qui est sociologue et psychanalyste. Selon lui, il faut donner à l'agent les moyens de son travail. Ce afin qu'il fasse sens pour lui. Comment faire ? Selon Blaise OLLIVIER, en créant les conditions d'une véritable **démocratie au sein de l'institution**. Francis BATIFOULIER dit qu'il faut ouvrir des espaces de dialogue au sein de l'institution tout en respectant les places et les fonctions de chacun. Cela signifie-t-il qu'on ouvre des espaces à chaque fois qu'on a une décision à prendre ? Faut-il passer par des étapes où les salariés s'expriment dans des groupes de parole ? **Qui décide ? Est-ce que cela va jusqu'à l'autogestion ? Est-ce une cogestion ?** C'est une vraie question. J'ai travaillé pendant quatre ans au début de ma carrière à



l'association Les Quatre Chemins à Paris. C'était une institution autogérée. L'ensemble des tâches à exécuter dans l'institution (être avec les adolescents, faire une nuit ou une soirée, faire la comptabilité, faire le ménage, etc.) était chaque année listé sur un grand tableau blanc. Toute l'équipe était réunie et nous ne sortions pas de la pièce tant que chaque tâche n'avait pas été attribuée à un salarié. Nos emplois du temps consistaient donc en un temps partiel éducatif auprès des adolescents et un temps partiel administratif. C'est passionnant mais **impossible**. C'est épuisant, d'où un turn-over des salariés extrêmement important. De plus, chaque nouveau salarié remet en question les décisions. Ce qui fait qu'il est impossible d'acquérir de l'expérience. .

C'est un des problèmes de l'institution. Il a été dit qu'elle risque de s'éparpiller et de s'atomiser. Cela dit, un problème la menace : produire du totalitarisme. Elle énonce sa loi interne et l'interprète. A ce sujet, il faut rappeler que le droit français est fondamentalement interprétatif : la jurisprudence est primordiale, ce qui est le contraire dans le droit anglo-saxon. Nous énonçons donc systématiquement des règlements et des lois qui sont faits pour être interprétés. Il y a donc **un risque de totalitarisme. Sauf si la clinique est le seul élément à partir duquel on évalue la pertinence d'une règle ou d'une loi**. Dans ce cas, on évite ce risque et on invite les cliniciens à prendre la parole pour éclairer la décision qu'on envisage de prendre.

Je vais illustrer mon propos en évoquant METABOLE. Il y a quinze ans, les psys étaient salariés de l'institution. En raison d'une situation financière impossible, nous avons pensé à les payer en tant que travailleurs indépendants. Ce afin de ne pas payer les charges salariales. Y avait-il autres raisons que financières ? Ce sont les psys qui nous ont fourni la réponse. Financièrement, ils étaient perdants avec un statut de travailleurs indépendant. En effet, ils devaient payer plus de charges. Ils ont néanmoins souhaité la mise en place de ce système. Avec l'idée que leur statut de salarié les mettait en situation d'être assujettis à leur employeur. Ils y trouvaient là une contradiction. Selon eux, ils ne pouvaient pas avoir la même parole. Ce système a donc été mis en place avec leur accord. Aujourd'hui, je suis convaincu qu'il s'agit d'un élément fondamental dans le mode d'organisation de l'association. Nous avons une mise en tension permanente entre les psys, à qui nous confions les accompagnements des adolescents et qui tirent en permanence vers la quête du sens, et l'institution qui est soumise à l'environnement et au contexte. Du coup, la clinique de direction sert à ouvrir les espaces nécessaires pour permettre à la clinique des praticiens d'exister. C'est un élément salubre.

Quelques conséquences. Si l'on reconnaît la place centrale de la clinique dans les établissements, dans les projets et pour la clinique de l'institution, peut-être faudrait-il d'abord arrêter de parler de fonction de direction. En effet, cela réduit notre métier à



ses aspects fonctionnels. **Parlons de métier de Directeur.** Disons que l'on traite ce matin de la place de la clinique dans l'exercice du métier de Directeur. Il faut ensuite évoquer **l'exigence d'un niveau de qualification élevé** accompagné d'une formation de haut niveau. A ce sujet, le décret de qualification ne peut pas nous satisfaire. Il place le niveau 2 comme niveau principal dans l'exercice de la fonction de direction. Cela nous semble insuffisant. Il en est de même de la formation qui l'accompagne. Nous observons aujourd'hui des regroupements et la disparition progressive des postes de Directeurs dans toutes les régions. Ce au profit de responsables ou d'adjoints, des termes dont nous ne connaissons pas vraiment la signification. Cette disparition se fait également au bénéfice de sièges renforcés avec des Directeurs de pôles ou des Directeurs territoriaux. Ces professionnels sont de plus en plus éloignés du terrain. D'où la question : quelle est la place de la clinique dans l'exercice de leur métier ?

Isabelle SARAZIN

Merci. Daniel VEIN va maintenant évoquer la manière dont il envisage la dimension clinique.



Associations membres de la FNADES :
GTD (Groupement Technique des Directeurs,
Département du Var).
ADESAI (Association des Directeurs d'Établissements
Sanitaires et Sociaux d'Alsace-Lorraine).

Daniel VEIN, GTD

Je vais tout d'abord m'excuser de donner une tournure dramatique à ma prise de parole. Le GTD a perdu un de ses membres : hier matin, après deux mois de souffrance, Alain est mort. Je veux lui dédier mon intervention.

Dans les trois dimensions que nous avons placées cette année au cœur de nos journées, une hiérarchie s'impose. La dimension managériale, comme lieu où se met en œuvre la manière de piloter la structure que nous dirigeons, constitue la première partie du socle de nos fonctions. La dimension gestionnaire en constitue la seconde partie. Seconde, car les meilleurs moyens du monde ne seront rien si nous ne savons pas gérer les hommes. Elle n'est donc pas secondaire. De ce fait, la dimension clinique constitue le point orgue de ce socle. Les problèmes arrivent soit quand le Directeur se perçoit comme prioritairement manager : on sent qu'il pourrait diriger n'importe quoi d'autre ; soit comme gestionnaire : il tient le nerf de la guerre, mais il est lointain, inaccessible, ectoplasme davantage que symbole.

Au cœur de la fonction directoriale il y a la dimension clinique. Au cœur de cette dimension se trouve le caractère symbolique des fonctions que nous assumons. La clinique est la compétence et le savoir professionnel. Ceux-ci se construisent au plus près du sujet que nous accompagnons. La dimension clinique traduit la capacité à savoir donner à cette construction en actes d'un savoir et d'une compétence une dimension institutionnelle. On la trouve quand le Directeur ose se confronter à son non savoir. Il se reconnaît alors comme non sachant et garantit que la parole puisse circuler parmi les acteurs premiers de l'accompagnement direct que sont les membres des équipes. Il permet alors qu'une véritable expertise émerge. Sans qu'il y ait mise en concurrence avec le premier marchand, le premier prestataire, le premier entrepreneur, le premier vendeur de méthode, de méthodologie, de procédure ou le premier rationalisateur venus. La dimension clinique est la colonne vertébrale du dispositif institutionnel. C'est autour d'elle que viennent s'enrouler les dimensions managériale et gestionnaire. C'est cette dimension qui réunit les acteurs institutionnels autour des



projets d'accompagnement des personnes accueillies. Le Directeur, dans ce cadre, doit soutenir, inciter et mobiliser une réflexion. C'est ce qui le distingue du manager ou du gestionnaire. Il n'ignore pas, car il est partie prenante, qu'il y a un orgueil incommensurable et aussi beaucoup d'humilité à prétendre accompagner quelqu'un. Le Directeur se situe à la croisée de ces chemins. C'est de cet endroit qu'il parlera en toute légitimité de ce travail d'accompagnement qui se réalise dans nos institutions. C'est de là qu'il pourra expliquer les demandes forcément pharaoniques qu'il a présentées au budget prévisionnel et les dépassements forcément délirants qu'il présentera au compte administratif. Bien sûr, nous sommes des managers et des gestionnaires ! Je me revendique comme tel. Cependant, ces fonctions éminentes ont leur place et leur raison d'être seulement si elles s'articulent à ce qui fait le sens et la finalité de nos institutions. C'est-à-dire des dispositifs conçus pour accueillir et accompagner des personnes qui ont besoin de professionnels formés, compétents et aguerris à leurs côtés. Sans la dimension clinique, nous ne sommes que managers et gestionnaires. Nos institutions se trouvent alors ravalées au rang d'officines délivrant toute une série de prestations.

La Dimension clinique est ce qui nous distinguera toujours de ce que la directive BOLKESTEIN « new look » s'apprête à nous concocter. Soit l'ouverture à terme de notre champ d'intervention à tout type d'entrepreneur. Ce au motif qu'un prestataire est toujours interchangeable. Allez échanger de l'accompagnement éducatif et thérapeutique ! Allez échanger de la relation transférentielle ! Tous ceux qui vendent des méthodes, de la méthodologie et de la procédure sont des petits BOLKESTEIN qui s'ignorent et dont nous devons nous défier. Au nom de la cohérence de nos institutions, pour rendre les dispositifs ambitieux, pour garantir les personnes que nous accueillons et les personnels qui les accompagnent, nous devons nous assurer que ces dispositifs sont pertinents. Nous devons camper sur ces positions. Sans rien lâcher de nos valeurs et de notre éthique, de notre engagement et de notre militantisme. Nous n'avons pas besoin de singer les marchands en plagiant petitement leur jargon. Nous n'aurons pas besoin de craindre la concurrence. Ils seront toujours plus forts que nous en matière d'organisation, de méthodologie, de procédure et de rationalisation. Ils en sont les inventeurs. En revanche, il ne pourront jamais se mesurer à nous en matière d'organisation de la rencontre entre deux sujets, en matière de définition du dispositif institutionnel, de soutien et d'accompagnement. Car ils ne seront jamais capables de comprendre que l'humain n'est pas un être de besoins mais un être de désirs. **Cela ne sera jamais épuisé par aucune méthodologie.**



Isabelle SARAZIN

Nous allons maintenant donner la parole à Claude MONTEILLET. Il est Président de l'ADESAL et dirige un centre de formation en travail éducatif et social à Strasbourg.

Claude MONTEILLET, Président de l'ADESAL

J'ai peur de ne pas être à la hauteur de mes prédécesseurs. Le débat a atteint un tel niveau que ce que je vais vous raconter va sembler un peu décalé.

Comme l'a souligné hier Monsieur GAQUERE en répondant à une question d'un participant, la dimension clinique de la fonction de direction peut s'envisager de plusieurs manières. La mission de nos établissements est de tenir compte de la clinique pour construire le projet individuel de chacun avec son aspect éducatif et thérapeutique. Ce n'est pas de cette clinique dont je veux vous parler. **Je veux parler de la clinique de l'institution et plus précisément de la clinique de vos équipes** et de votre maison. Chaque établissement, chaque service et chaque groupe d'individus a sa propre personnalité. Je choisis le terme personnalité au sens de la construction d'une personnalité, comme nous construisons notre personnalité au cours de notre développement. Cette personnalité se construit tout au long de l'histoire de l'établissement. Il y a deux ans, notre association a consacré une de ses rencontres à la thématique de l'héritage. C'est-à-dire l'héritage que le Directeur qui part laisse et l'héritage reçu par celui qui arrive. Tous les témoignages de nos collègues ont montré comment leur propre action a façonné la personnalité de leur établissement. Il n'y a pas que la personnalité du Directeur qui façonne cette personnalité. Comme ce n'est pas l'action des parents qui façonne la personnalité d'un enfant. Ce sont toutes les interactions avec l'environnement (usagers, salariés, tutelles de l'association gestionnaire) qui donnent une personnalité à l'institution. Cependant, **le Directeur joue un rôle particulier dans le façonnage de la personnalité de l'institution**. C'est en cela qu'on peut parler d'une dimension clinique dans la fonction de direction. Comme cela a déjà été dit, la méthode clinique se pratique à l'origine au pied ou au chevet de malade. Cette définition s'est restreinte au fil du temps. Les premiers cliniciens se voulaient non seulement observateurs des signes du malade, mais corroboraient ces signes par des examens exploratoires, comme l'auscultation. Ce afin de poser leur diagnostic. Je vous renvoie à Daniel LAGACHE qui a donné en 1949 une très bonne définition de la clinique. Les cliniciens se basent sur une série de comportements.



Le Directeur d'un établissement doit prendre en compte la dimension clinique parce qu'il est lui-même un clinicien. Il n'est ni clinicien médecin, ni clinicien psychothérapeute ni clinicien médecin. Cependant, **le Directeur utilise les outils du clinicien.**

1/ Les observations. Un bon Directeur est toujours à l'affût du moindre détail. Les sens aux aguets, il repère tout changement dans les comportements. Il voit si chacun va bien. Ses observations lui permettent de se faire une idée de l'état de santé de sa maison. « Sa maison », dont il parle comme de sa chose. Je ne devrais d'ailleurs pas dire « sa chose ». En effet, il personnifie sa maison. Il utilise un vocabulaire et des expressions comme s'il s'agissait d'une personne. Il en parle souvent avec passion et émotion, parfois avec amour. Quand cela ne va plus, il y a du dégoût et du rejet. Comme le médecin au chevet du malade, le Directeur cherche à repérer tous les signes qui vont lui parler. Beaucoup de salariés le disent : « On ne peut rien vous cacher ». Il arrive à anticiper les réactions face aux décisions qu'il prend, tellement il connaît bien son public.

2/ Les examens complémentaires. Autrefois subjectifs, facultatifs ou laissés au bon vouloir du Directeur, ils sont très présents aujourd'hui : audits, évaluations internes et bientôt externes, tableaux de bord, indicateurs, statistiques, prévisions pluriannuelles etc. Des outils qui n'ont rien à envier aux tests du psychologue clinicien ou aux analyses biologiques et autres radiographies, scanners et dopplers des médecins. Ce ne sont pas que des outils de gestion. Ils permettent aussi de diagnostiquer, de confirmer des impressions, de vérifier des hypothèses, de projeter et d'anticiper. Associés aux observations évoquées précédemment, ils sont une caution de la justesse du jugement clinique du Directeur.

3/ L'écoute. C'est une chose que l'on attend de la part du Directeur. Je vais vous raconter une anecdote. Il y a quelque temps, je me suis amusé à compter le nombre de personnes venues dans mon bureau, sur une plage horaire d'environ une heure et demie, pour une demande, un conseil ou un arbitrage. Il y en avait huit. C'est beaucoup. Il faut donc écouter tous et chacun, mais aussi écouter les murs. Écouter les silences, qui sont parfois très bavards. Écouter également les sous-entendus, les messages sublimineurs, paraverbaux, interpréter les regards, les grimaces, les moues, les soupirs ou les serremments de mains. Tout cela participe à la veille et à la prise de température permanente. N'oublions pas que chaque institution a ses hauts et ses bas, ses rhumes de cerveau et ses langueurs, ses états d'âme et ses crises et qu'il faut parfois faire appel à la chirurgie. Il faut alors amputer ou appeler des spécialistes de l'extérieur : consultants, formateurs ou inspecteurs.



La dimension clinique dans la fonction de direction est donc une certitude. Nous travaillons pour l'humain et avec de l'humain. Rien d'étonnant que les institutions elles-mêmes soient considérées comme des personnalités. Cela sans faire pour autant de l'anthropomorphisme. Malheureusement, **la formation des Directeurs ne prend guère en compte la dimension clinique**. Sans pour autant en faire des psychologues institutionnels, je pense néanmoins que quelques outils leur seraient utiles : l'étude du concept de représentation (comment on se représente les autres et comment les autres nous représentent), de projection et de transfert. Ce sont des concepts issus de la théorie psychanalytique. Il y a aussi dans les autres théories des choses intéressantes : la communication, l'école de Palo Alto ou encore l'analyse transactionnelle.

La notion de reconnaissance a été plusieurs fois évoquée hier. Reconnaître fait partie de la dimension clinique de la fonction de Directeur. La dimension managériale doit prendre en compte cette dimension. C'est une demande forte des équipes et des personnes. C'est encore plus nécessaire quand on traverse une phase difficile, un changement ou la mise en route d'une nouvelle activité, surtout si elle est innovante. Dans ces situations, les rôles et statuts de chacun sont remis en cause. Cela relève du narcissisme de chacun, parfois de la blessure narcissique et de l'estime de soi. Je vais m'arrêter sur cette dernière notion. **Le Directeur doit faire adhérer ses troupes au projet de l'institution. Cela passe par la reconnaissance** qu'il a des compétences, des savoir-faire et des savoir-être de ses collaborateurs. C'est-à-dire **leur engagement**. Nous entendons sans arrêt les managers dire que les salariés doivent s'impliquer dans le projet de la maison ou du service. Or, l'implication n'est pas l'engagement. Nous attendons de nos salariés un engagement. C'est-à-dire de ne plus être ce qu'ils étaient. Car ils se sont engagés et sont devenus autres. Par ailleurs, il ne faut pas confondre engagement avec embauche. Ces deux termes étaient peut-être synonymes à l'époque où la valeur travail était très forte. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Nous attendons donc une transformation individuelle radicale permettant l'adhésion au projet. Cela ne peut se faire et perdurer que si le Directeur reconnaît les hommes et les femmes dans leur engagement. La reconnaissance ne passe qu'accessoirement par le salaire, bien que ce soit important. Elle passe par la mise en miroir réciproque de l'estime de soi du salarié telle qu'elle est renvoyée par le Directeur. Cette relation duelle est tout aussi valable entre le Directeur et son adjoint ou le Directeur et son Président. C'est la reconnaissance de ce qu'est l'autre.

L'estime de soi. Chacun a façonné au cours de son histoire un idéal : l'accomplissement de sa vie, l'idéal de soi, la perfection, le but à atteindre pour se réaliser totalement. C'est devenu de plus en plus important dans une société de plus en plus individualiste. Cet idéal est inatteignable, mais on y tend. Le point où on est arrivé



dans la quête, l'endroit où l'on se considère arrivé correspond à l'estime de soi. Chacun a sa propre estimation, qui est en lien avec son propre narcissisme. Nos interlocuteurs, et donc notre hiérarchie, se font également une idée du point auquel nous sommes arrivés. Le problème de la reconnaissance est qu'il faut que l'idée que je me fais de moi et celle que l'autre se fait de moi coïncident. Si c'est le cas, il y a **reconnaissance**. Il y a encore une étape à accomplir : la manière dont je vais faire passer ce message : « Je te reconnais et j'attends que tu me reconnaises ». Cela fait aussi partie des fonctions cliniques et du rôle du Directeur. C'est-à-dire la capacité à envoyer des **signes de reconnaissance** confortant le narcissisme de l'interlocuteur.

En conclusion, je dirais que la dimension clinique dépend éminemment de l'ordre des relations humaines et de leur complexité.

Isabelle SARAZIN

Après ces divers exposés, nous allons pouvoir vous donner la parole. Beaucoup de choses ont été évoquées : la clinique de l'institution et la place de l'utilisateur, la place d'exception du Directeur, la manière de pouvoir exercer cette dimension dans un contexte d'évolution profonde. Avez-vous des questions ?

Dominique ROLIN

Je souhaiterais prolonger les remarques de ce matin sur la fonction de direction et sur le rapport à la clinique. La majorité des interventions fait la part belle à la clinique entendue comme un rapport lié aux soins et un rapport entre le Directeur, les salariés, les usagers et le fait qu'il doit prendre soin d'eux. C'est vrai pour les Directeurs qui se sont exprimés et sont dans des établissements d'enfants ou médico-sociaux. Je pense à tout le **champ de l'insertion**, à tous nos collègues qui sont dans **des missions d'une difficulté inouïe**. Dès lors qu'il ne s'agit plus de prendre en compte des salariés face aux difficultés institutionnelles qui ont été décrites ici, mais la difficulté des institutions et des salariés en souffrance. Ce face à l'absence de réponses d'une société qui interdit le rapport au travail, l'accès au soin et l'accès à des droits aux usagers dont ils ont la charge. Cela accentue un malaise énorme qui est générateur de souffrance. A mon sens, il y a donc aussi une dimension clinique du Directeur qui n'a pas été abordée. Il ne s'agit pas d'une clinique du soin individuel ou déportée vers la psychologie ou la psychothérapie. Il s'agit d'une force de **clinique militante**. **Le soin militant consiste à développer une capacité à générer des forces de lutte pour réduire un certain nombre d'inégalités** dont souffrent les personnes accueillies dans nos institutions. Nos collègues des CHRS ou qui travaillent dans des institutions



d'urgence de l'enfance peuvent témoigner que cet aspect de réparation est un élément énorme dans leur tâche. Cela leur prend l'essentiel de leurs préoccupations.

Daniel VEIN

Ce qui a été dit par les différents interlocuteurs, ce sont des illustrations, et en aucun cas des exemples. Ce que Dominique ROLLIN vient de dire à propos de certains secteurs pourrait s'appliquer aux personnes âgées. **L'important est la question de la posture, dans laquelle entre une dimension politique, au sens littéral du terme.** Le Directeur est impliqué dans ce qui touche à la gestion de la Cité. Nous ne sommes pas équipés pour résoudre les problèmes des personnes accueillies. Nous nous tendons vers ou nous tendons à. En ce sens, nous avons une posture à tenir et un militantisme politique à soutenir.

Xavier FLORIAN

Je rejoins ce que vient de dire mon collègue. Dominique ROLLIN pointe un environnement où les équipes ne sont plus capables d'exercer leur clinique. On leur retire les moyens d'effectuer leur travail clinique auprès des populations qui sont les leurs. Cela confirme nos propos. Les équipes souffrent car elles ne peuvent plus faire le cœur de leur métier. Du coup, les **institutions sont malades**. Cela met en difficulté les Directeurs qui sont des médecins malades au chevet d'un patient malade. **La militance et la dimension politique sont induites par cette situation.** Comme dans d'autres professions, quand on ne peut plus exercer son métier.

Illustration : la question des stagiaires et la rémunération des stages. Les départements annoncent qu'ils n'accepteront pas le financement des stages. Cela ne doit en aucun cas nous conduire à retirer cet élément de notre budget prévisionnel. Nous n'avons pas à faire leur jeu. Ils ont le droit de prendre cette responsabilité. Cependant, le stagiaire est souhaitable et nécessaire. Notamment du fait que les formations dans notre secteur sont en alternance. Par ailleurs, accueillir des stagiaires revient à ouvrir les portes et les fenêtres de nos institutions à des regards extérieurs et différents. C'est un très bon moyen pour empêcher l'institution de ronronner. Nous devons donc mettre le nombre de stagiaires dont nous avons besoin. Il faut laisser le représentant du département ou de la collectivité territoriale prendre sa responsabilité et refuser lors de la discussion budgétaire. Cela permettrait de transmettre ces rejets systématiques des départements aux écoles de travailleurs sociaux avec lesquelles nous sommes en lien. Nous pourrions ainsi les soutenir dans un engagement politique. Selon les échos que nous avons à l'ADC, beaucoup de Directeurs nous disent : « Je ne mets



plus de stagiaires car ils sont systématiquement refusés ». Je pense que c'est une erreur.

Francis BATIFOULIER

Dans nos propos, nous avons essayé de marquer un nécessaire basculement d'une clinique individuelle à une clinique du collectif. La clinique de l'institution n'est pas la clinique de l'utilisateur. Elle prend en compte une institution. Peut-être y a-t-il des situations impossibles. Nous basculons alors dans un autre registre : celui de la militance ou de la politique. Même si nous sommes ici ancrés dans les secteurs de l'enfance ou de l'adolescence, le propos tenu voulait marquer ce déplacement. Mon souci est que les cadres intermédiaires puissent demain exercer du côté de la clinique individuelle. Aujourd'hui ils sont happés par tant de tâches que nous risquons d'avoir un manque. Cela va remettre en cause la clinique du sujet.

Patrice BARRET, Directeur du CMPP de Montpellier

Un certain nombre d'interventions montrent bien que la clinique est la clinique de l'institution. Il faudrait également souligner que le métier de Directeur a besoin qu'on s'en occupe. **Il faudrait une clinique du métier de Directeur.** La faible présence de Directeurs aujourd'hui me renforce dans cette idée. Il faudrait être plus nombreux. Peut-être devons-nous organiser une résistance. Nous avons toujours besoin de Directeurs d'institution qui soient des cliniciens d'institution. Ce même s'il y a des Directeurs généraux, des regroupements de Directeur ou des CPOM. Il faut peut-être trouver autres moyens de se mobiliser en France. Même s'il y a des associations départementales ou régionales, nous ne sommes pas assez à réfléchir sur le métier de Directeur sur l'ensemble de la France.

Isabelle SARAZIN

J'ai une question à poser à Michel DEFRANCE. Y a-t-il un repli individuel des Directeurs ?

Michel DEFRANCE

Je ne sais pas. Une chose est sûre. La montée des tâches qui leur sont dévolues, que ce soit dans le registre juridique, de la sécurité, de la technocratie managériale et gestionnaire fait qu'ils sont aujourd'hui pris dans une nasse qui les empêche de lever le nez du guidon. **Les associations organisent par elles-mêmes les relations, l'élaboration de stratégies et les dynamiques de projet au sein de l'institution.** Le



Directeur n'est donc pas que le Directeur de son institution. Il est engagé dans une coconstruction associative. Ce qui se passe à l'intérieur des associations invite le Directeur à s'investir à ce niveau-là. Un certain nombre de fédérations d'employeurs ne sont pas favorables à ce que les Directeurs se rendent dans des associations, des fédérations de Directeurs, ou aillent faire de la formation qui leur permettrait d'apprendre des choses contradictoires. Le problème n'est pas seulement celui des recompositions. Il faut que **le Directeur lève le nez de son guidon**. C'est une des raisons qui expliquent à mon sens que nous soyons peu nombreux aujourd'hui. Nos collègues n'ont pas le temps. Le premier sujet sacrifié est le transversal : aller voir les autres. Le temps est d'abord consacré à l'association ou au public auquel le Directeur s'adresse. Les journées comme les nôtres ont pour ambition de sortir les Directeurs de leur isolement. La FNADES veut être un lieu où il est possible de lever le nez du guidon. Ce afin que les Directeurs rencontrent des collègues dans les mêmes problématiques qu'eux. Nous ne nous positionnons pas sur des constructions institutionnelles. En revanche, il faut élaborer ensemble une posture et une capacité à agir. La dimension clinique est, pour le dirigeant, cette fenêtre-là.

Francis BATIFOULIER

Ce malaise est perceptible sur terrain. Il est transversal. Comme le dit Michel DEFANCE, quand on fait de la formation de Directeur ou de chef de service, on constate que les cadres de direction sont aujourd'hui éprouvés. Il faut certainement des lieux tels que celui-ci pour échanger. Une question se pose : les équipes ont dit qu'elles ont besoin d'espaces de relecture des pratiques. La question ne se pose-t-elle pas pour les cadres de direction ? Peut-être y a-t-il une difficulté quand on est en situation d'exception et qu'on doit reconnaître qu'il y a nécessité à partager avec d'autres sur ces difficultés. Peut-être y a-t-il une articulation qui n'est pas facile à mettre en œuvre. Je crois qu'il y a un chantier à ouvrir à côté de ces espaces de réflexion et de pensée. Il faudrait pouvoir évoquer ces difficultés dans des lieux où l'on est en pleine sécurité. Cela n'est pas simple dans un secteur très concurrentiel. Quoi qu'il en soit, un certain nombre de Directeurs sont relativement seuls. La souffrance des professionnels n'exclut pas les Directeurs et les cadres de direction.

Claude MONTEILLET

Il est toujours délicat de faire des généralités. Il y a tellement de cas singuliers et de différences entre les établissements et les associations. Les Directeurs comme nos salariés cherchent une reconnaissance. J'en veux pour preuve les réactions de déception lors des dernières journées de la FNADES, quand le décret sur les



certifications est sorti. Nous attendions autre chose. Ce parce que les **Directeurs cherchent quelque chose de l'ordre de la reconnaissance**. Par ailleurs, la loi 2002-2 a repositionné très fortement les associations comme interlocutrices et employeuses. On ne s'adresse plus qu'au siège, à l'association ou au Président. Les Directeurs y ont perdu leur rôle interlocuteurs.

Yves CHKROUN, Directeur de maison d'enfants à Marseille

Je voudrais rebondir sur les propos de Xavier FLORIAN et revenir sur les notions de métier et de fonction. C'est assez fondamental. Dans la mesure où il y a une véritable spécificité à cette fonction de Directeur d'établissement social et médico-social. Celle-ci se retrouve dans l'aspect clinique. Je souhaiterais souligner un risque à venir concernant la formation des Directeurs. Aujourd'hui, nous constatons que la formation, par notre souci de reconnaissance, a obtenu une qualification et une technicité, au travers notamment du CAFDES. Pourtant, nous assistons aujourd'hui à une ouverture de plus en plus large de cette formation à des champs très diversifiés : commercial, industriel ou technique. Sans oublier les champs habituels aux promotions de carrière des éducateurs via les CAFERUIS, les CAFDES, etc. Nous constatons que cette question de la clinique relative à l'approche et à la permanence au sujet a un peu disparu. Je pense aux temps anciens où les Directeurs avaient une trajectoire avec une connaissance du sujet, l'expérience et la compétence liée à l'approche du sujet. Nous payons peut-être notre souci de technicité et de reconnaissance. **Notre désir de voir le décret viser à juste titre le niveau qui est le nôtre a renvoyé à une telle technicité que nous avons peut-être perdu le sens même de la clinique**. Ce au profit de quelque chose qui est de l'ordre du management pur et dur. Cet éloignement est aussi lié aux générations qui arrivent. J'aimerais qu'elles s'évertuent à complémentariser leurs fonctions dans ce qui est de l'ordre du métier de Directeur. Celui-ci nécessite impérativement la notion de clinique et de relation au sujet.

Daniel VEIN

Je ne crois pas que ces jeunes professionnels l'aient oubliée. Une chose est sûre : la clinique fait flipper. C'est beaucoup plus rassurant de s'occuper des comptes ou d'apprendre des techniques de management. Nous sommes alors dans le rationnel et dans le repérable. Cela n'est pas le cas quand il est question du sujet. Il est donc normal que cela dérive de ce côté-là. Cela dit, j'ai vu des éducateurs arriver au travail avec un attaché-case. Peut-être avons-nous des collègues qui arrivent avec des non références concernant les valeurs et l'éthique. Le savoir-faire est impressionnant. Il n'en est pas toujours de même pour le savoir-être. Cependant, nous sommes les



formateurs de ces jeunes. Nous devons donc aussi nous méfier de nous. Il faut **nous défier de nos préférences pour le rationnel et le fonctionnel.**

Damien CANTESSE, Directeur d'une maison d'accueil spécialisée dans le Nord

J'aime aller aux synthèses. En tant que Directeurs et responsables du projet d'établissement, nous sommes responsables des projets personnalisés et des personnes accueillies. Il faut donc savoir ce qui se dit et se fait pour chaque résident. J'essaie d'assister à toutes les synthèses. Les équipes apprécient ma présence symbolique. Quand il y a des questions de mise en œuvre, je peux y répondre. C'est mon bonheur dans ma fonction de direction. Je m'autorise cette clinique-là. Elle est prioritaire, même si elle ne fait peut-être pas partie de mes priorités potentielles en tant que manager et dirigeant. C'est à mon sens une position indispensable dans la clinique de l'équipe.

Xavier FLORIAN

Je suis tout à fait d'accord. Une bonne résistance est de nous **vautrer en permanence**, en tant que Directeurs, **dans la quête du sens**. Il faut inciter nos équipes à faire de même. Au risque de s'y perdre. C'est d'ailleurs cela qui fait flipper. Cela part dans tous les sens et nous ne savons pas où nous allons. C'est aussi une bonne manière d'entraîner nos jeunes collègues, qui n'ont pas forcément notre parcours, ou même ces super gestionnaires qui viennent de grandes écoles. Il faut prendre la loi 2002-2 et mettre l'usager au centre.

S'agissant des formations des IRTS et autres, beaucoup d'étudiants cafdésiens sont en attente de solutions clés en main. Nous n'avons pas la réponse. Si je mets la clinique du sujet en devenir, ainsi qu'une organisation qui elle-même est au service d'un sujet en devenir dont je ne sais pas ce qu'il va advenir, je ne sais pas quelle organisation mettre en œuvre. C'est la recherche de la réponse qui est intéressante. Il faut organiser une institution et structurer des procédures pour organiser la recherche de la réponse.

Isabelle SARAZIN

Comment faites-vous avec les recommandations de l'ANESM ? Comment organiser la clinique alors qu'il y a de plus en plus de normes qui viennent de l'extérieur ?



Xavier FLORIAN

Je vais prendre une illustration. Dans notre cas, nous avons fait le choix de construire notre référentiel pour l'évaluation interne. Nous avons mis au travail l'ensemble des salariés qui étaient d'accord. Cette tâche nous a pris un an. Nous nous donnons donc un an pour assurer le recueil des données : axes d'amélioration, indicateurs etc. C'est long, mais je ne sais pas faire autrement.

Sur l'ANESM, c'est vrai qu'il y a une vraie menace. Dans le décret de qualification, le mot « Directeur » est absent. Il est en de même pour la recommandation de l'ANESM sur le rôle de l'encadrement dans la mise en œuvre de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. Ce mot est absent de toutes ses recommandations.

De la salle

Je voudrais rassurer Yves CHKROUN à propos de la formation des futurs dirigeants. Je ne suis pas une formation du CAFDES. Cependant, j'en arrive aux mêmes conclusions. Je viens d'un domaine universitaire lié à eux. Je suis en mastère gestion des entreprises sociales. Je souhaiterais préciser que gérer est aussi penser. **Dans le cadre de nos formations, on parle de sens, de valeur, d'éthique, d'identité.** On y parle aussi, c'est vrai, de stratégie, de management et de gestion des ressources humaines. La dimension clinique est bien au cœur même de nos futurs métiers.

De la salle

Je souhaiterais faire une différence entre la parole et le sens de la parole. On peut toujours parler sur le sens et la dimension humaine. L'important est de savoir sur quoi tout cela repose. Quelle est la clinique du sujet ? Quelle est l'approche de l'humain ? Nous pouvons toujours dire que nous allons donner du sens à la gestion. Il faut avoir une approche humaine et intime pour avoir un ressenti sur les choses.

Je ne suis pas d'accord avec le fait que les Directeurs aient le nez dans le guidon. Ni que cela expliquerait leur absence. C'est sans doute vrai. Cependant, il y a autre chose. **Peut-être ne se sentent-ils plus, à cause des nouvelles formations, en position de penser leur action.** Je fais partie d'une association. Je suis sûr que son Directeur général n'a interdit à aucun des Directeurs de venir. Politiquement et psychiquement, un changement est en train de se faire qui nous empêche de penser. D'autres secteurs et d'autres formes d'approche de l'humain dans la société sont touchés. C'est pourquoi il faut résister. Pouvons-nous demander à nos collègues de se libérer pour venir en parler avec nous à Paris dans deux ans ?



Daniel VEIN

En matière de résistance, je souhaiterais revenir sur la loi de janvier 2002 et la question de l'évaluation. Concernant la loi de janvier 2002, je connais peu de textes aussi imbéciles et rétrogrades. Un « crâne d'œuf » est venu nous dire que le sujet doit être au centre du projet. Comme si nous n'y avions pas pensé. Dans le même mouvement, cette **loi a oublié les principes**, les valeurs et les références.

Sur l'évaluation, je voudrais vous citer un extrait du projet institutionnel que je viens de récrire pour les établissements que je dirige : « Au sens péjoratif et réducteur du terme, évaluer c'est étiqueter, régler, cadrer. C'est segmenter, c'est découper pour mesurer, quantifier, classifier. C'est pourquoi, pour en faire autre chose, il faut choisir en conscience de s'engager avec rigueur et prudence dans un processus qui ne soit jamais un chiffrage généralisé mais un déchiffrage au cas par cas ». J'ai joint également ce texte dans le texte d'accompagnement du budget d'accompagnement prévisionnel. J'y ajoutais : « En conséquence, nous ne parlerons pas d'évaluation. Car nous ne réaliserons pas d'évaluation. Nous nous engagerons dans une démarche qui vise : 1) à déterminer les éléments à même de permettre une lecture aussi éclairante et transparente que possible de nos choix et modalités d'accompagnement ; 2) Nous nous engagerons dans une démarche qui vise à analyser les dispositifs institutionnels en termes de compréhension, cohérence et lisibilité entre présent et avenir ». Si je réduis ce texte en un seul mot, cela s'appelle évaluation. Cela va mieux en le disant. On ne fait jamais assez d'efforts pour aller creuser au fond de notre pensée et en sortir ce qui fait la chair de notre travail.

De la salle

L'idée d'une analyse pratique de la fonction adressée aux Directeurs a été mentionnée. Je suis médecin conseiller technique. J'ai été saisi de cette demande par certains de mes Directeurs. Elle va être mise en œuvre. Après y avoir réfléchi, je proposerai à l'ensemble des Directeurs que cette démarche soit obligatoire. Au sens où je fais une différence entre une analyse pratique et une supervision, qui implique que l'on parle plus de soi que de sa pratique. Je ne vois pas en quoi il serait mauvais de proposer qu'elle soit obligatoire.

Par ailleurs, je me demande si les Directeurs que vous êtes mettez assez de pression sur la direction générale en matière de dimension clinique. J'ai l'impression que beaucoup de Directeurs font preuve d'une acceptation un peu passive vis-à-vis de la pression exercée par la direction générale sur d'autres aspects non cliniques de la fonction de direction. Il semble que la résistance est faible. Cela me permet de le dire.



En effet, j'essaie de contribuer à cette résistance. Je tiens à vous faire part d'un de mes succès. J'ai décidé après avis de mettre en place au sein de l'association où j'exerce une formation clinique pour tous les cadres non thérapeutiques : les Directeurs, les chefs de service, le Directeur général, le Directeur financier, le Directeur des ressources humaines et la responsable de communication au plan associatif. Ceci pour permettre à ces responsables d'entendre un peu plus parler de clinique et de recueillir leur avis sur ce qui pourrait être dit de leurs pratiques.

Didier VINCHES, Directeur d'un centre de formation CAFDES

Évitons d'opposer la clinique, qui serait la bonne dimension du Directeur, et la technicité froide et implacable qui serait dommageable à cette fonction. Certains cliniciens de renom ont parfois été de véritables gourous institutionnels faisant beaucoup de mal à leur institution. Il en a été de même pour des techniciens qui ne se sont pas préoccupés de clinique. Il faut donc éviter d'opposer ces deux dimensions qui doivent évoluer dans le bon sens. En cela, la loi 2002-2 a été une avancée, comme en leur temps les Annexes 24. Par ailleurs, opposer les Anciens et les Modernes est à mon sens une querelle un peu dépassée. Au regard de ma place d'intervenant et de Directeur dans des centres de formation, je peux témoigner que la dimension personnelle est une unité de formation proprement dite. Aucun mémoire de Directeur ne sort de chez nous sans que le rapport public et parfois individualisé n'y soit présent. Enfin, nous avons besoin du milieu professionnel et des Directeurs. D'autant plus que, dans nos effectifs, seul un quart des Directeurs est en fonction. Tous les autres sont en formation, sont cadres ou viennent d'autres secteurs. Il est donc important que vous soyez aux côtés des centres de formation. Ceux-ci sont des outils de la branche professionnelle. Saisissez-vous en ! C'est extrêmement important pour nous.