

Intervention pour l'atelier 8 « Nouveaux règlements, nouveaux dispositifs. Quels effets sur nos pratiques? », aux journées de la FDCMPP 2023 à Toulouse.

Le Cahier des Charges (CC) pour l'évolution de l'offre des CMPP en Nouvelle Aquitaine paru en novembre 2019 a fait couler beaucoup d'encre.

De nombreux groupements professionnels ont publié des communiqués, nombres d'articles ont été publiés, des collectifs se sont constitués, des députés, des sénateurs se sont mobilisés, le gouvernement a été interrogé, des juristes s'y sont penchés, tous ont relevé de sérieuses incohérences avec la clinique, une inadéquation au projet régional de santé mentale, des contradictions mettant les CMPP en porte à faux avec les annexes 32 régissant leur fonctionnement, un style menaçant excluant le dialogue, ou encore des choix idéologiques marqués venant faire effraction dans les pratiques professionnelles en cours dans les CMPP, etc...

Il n'a pourtant jamais été désavoué par les autorités de tutelle, et le départ du directeur de l'ARS et de son directeur de l'autonomie en 2021 n'ont en rien modifié l'inflexion donnée aux fonctionnements des CMPP de Nouvelle Aquitaine.

S'il n'est plus possible aujourd'hui de trouver le texte de ce cahier des charges sur le site de l'ARS Nouvelle Aquitaine, ses effets continuent de se produire dans les CMPP. Tous les CMPP n'ont pas été impactés de la même manière car toutes les associations gestionnaires n'ont pas appliqué ce CC de la même manière, mais on observe que peu ou prou, l'ensemble des CMPP se conforment à son modèle. Les CPOM qui ont été signés sont tous imprégnés de ses injonctions et l'idéologie qu'il véhicule semble de plus en plus adoptée par les gestionnaires qui modifient les fonctionnements progressivement dans son sens.

Rien n'y a fait donc, et aujourd'hui il n'y a plus de CC contre lequel continuer ou renoncer à lutter, il n'y a que des CMPP transformés, dont certains servent d'affichage aux promoteurs de cette politique, ou des CMPP en cours de transformation, dans lesquels des professionnels tentent de préserver, d'adapter ou de ré-inventer leur pratique; dans la plupart des CMPP, des professionnels sont arrivés avec une formation initiale conforme à ses objectifs; remplaçant souvent ceux qui n'ont pas pu préserver une pratique et ont dû partir, dans des conditions difficiles.

Tenter de saisir ce qui, dans ce projet managérial absurde, peut constituer un levier de changement positif, amener un renouvellement des pratiques vivifiant, relève d'un exercice périlleux. Le risque est bien de faire disparaître sous le ta-

pis autant de savoir-faire professionnel que de drames invisibilisés. Le directeur de l'ARS en 2019, Mr Laforcade, n'avait-il pas énoncé sans inquiétude sa référence à la théorie du chaos en management : induire le chaos dans le médicosocial pour provoquer le changement et l'innovation. Quel mépris pour la souffrance des professionnels et des personnes en cours de soins soumis à ce chaos ! Un ancien directeur général d'association énonçait lui aussi sans inquiétude que certains métiers dans le médicosocial étaient « obsolètes ». À bon entendeur salut, nous devons nous considérer aujourd'hui comme des soignants jetables.

Il est pourtant absolument nécessaire de travailler à distinguer ce qui, parmi ces injonctions dangereuses, constitue une transformation nécessaire au regard de l'évolution du tissu social où nous exerçons, et au regard des dits « progrès » de la science et des pratiques thérapeutiques. Tout comme il est absolument nécessaire de travailler à distinguer ce qui n'est pas acceptable, quand bien même cela est imposé; car si nous savons que la gestion n'est pas notre métier, le soin n'est pas non plus le métier du gestionnaire; quand il se trompe dans sa lecture des nécessités cliniques, il est de notre responsabilité de le lui faire savoir. Ce n'est qu'à partir de ces distinctions, que des inventions sont imaginables.

Le document intitulé « Missions Socle » des CMPP est en ce sens précieux. Il permet de repérer ce qui, dans le fonctionnement actuel des CMPP de Nouvelle Aquitaine, fait écart et doit continuer d'être critiqué.

On observe ainsi en Nouvelle Aquitaine un certain nombre de divergences avec les missions socles:

Voici quelques *expressions* spécifiquement précisées dans les missions socles, telles qu'opposables en divers degrés à la réalité du terrain :

Non sectorisé ----> Interventions territorialisées

Au plus près des lieux de vie -----> fermetures d'antennes de proximité

Adresse directe des familles ----> guichet unique d'entrée (projet)

Accéder à des soins psychiques ----> l'accent est mis sur le handicap et sont priorisées des actions de réadaptation, de compensation, ou d'aménagement de l'environnement, qui sont certes souvent nécessaires, mais ne peuvent à elles seules constituer un soin psychique.

Modèle polyfactoriel du soin psychique ----> Prééminence des neurosciences

Diversité des référentiels et des instruments ----> Monoculture neuro-scientifique

Meilleure information des familles ----> Familles soumises à de multiples nécessités avant tout contact avec un professionnel. Invisibilisation de familles.

Mission généraliste sans discrimination ---> Sont priorités certains diagnostics. Des modalités dans le processus d'accueil sont discriminantes.

Accueil flexible---> questionnaires à l'entrée, accueil par administratif, commissions de sélection

Globalité de l'enfant ---> Vision prioritairement neuro-développementale, par secteurs de compétences cognitives; actions d'inclusion de l'élève qui font passer au second plan le soin de l'enfant.

Partenariat identifié, CMPP positionné comme tiers----> Le CMPP devra se déplacer au sein de l'école, il est au service de l'inclusion et de l'école.

Secret médical---> Le diagnostic est connu de tous car il est le principe directeur des interventions au sein de l'école

Mais quels avantages le CC voulait-il bien amener? On laissera ici de côté, malgré son évidente implication, la question financière.

Ce qui est mis en avant par la plupart des gestionnaires, en relation avec le discours des politiques publiques, c'est le diagnostic comme fondement de la prise en charge. C'est à partir du diagnostic que se pense toute action auprès de l'enfant et de sa famille, dans une préoccupation de rationalisation et d'efficacité du soin. Il s'agit de lutter contre la « perte de chance », de mieux « répondre aux attentes des familles », et d'« aller vers » dans une perspective résolument inclusive.

L'approche doit être « populationnelle » et territorialisée, le diagnostic le plus précoce possible, la démarche constamment évaluative. L'école est le centre de la démarche en tant que lieu de vie de l'enfant, et il s'agit d'expertiser le handicap au plus près des besoins de l'enfant, de coordonner au maximum les partenaires autour de l'enfant et à partir de son diagnostic.

La démarche est consensuelle, et les interventions protocolisées par les RBPP., et hiérarchisées sur un territoire donné.

Concrètement que se passe-t-il dans les CMPP aujourd'hui en Nouvelle Aquitaine?

Aujourd'hui, ce sont souvent les directions et les administratifs qui rencontrent les familles à l'accueil et disent ce qu'il en est du projet de soins. La lecture des bilans peut se faire ainsi par la direction.

Des familles ont signifié qu'elles n'étaient pas du tout contentes. Il leur est demandé de venir 3 fois pour se caler dans le projet. Certaines se plaignent de la manière dont elles sont traitées.

Ailleurs des questionnaires redondants doivent être remplis avant tout contact avec un soignant. Il est manifeste que des familles peuvent renoncer.

Sur certains CMPP, on a organisé des filières, induisant un clivage au sein même du CMPP. Les filières créent de l'embouteillage. Les bilans et comptes rendus de bilans prennent beaucoup de temps.

Les comptes-rendus de bilans sont rédigés avec un formalisme standardisé où toute référence au sujet disparaît. L'ensemble du système gomme la part du sujet.

À aucun moment on ne se pose la question de ce que pense l'enfant, de ce qu'il en dit, de comment il voit les choses. C'est une objectivation à tous les niveaux des comptes-rendus, qui impliquent de multiplier des interventions superposées. La clinique disparaît. Ça explose...

Exemple : Un directeur reçoit le beau-père d'un enfant sur convocation, car des choses difficiles doivent être dites, pour caler le projet de soins. Le refus du beau-père et de la mère de l'enfant est immédiat dans cette rencontre. L'enfant, lui, est invité à se taire.

La distinction « cas légers, cas lourds », « TND, non TND » correspond à une certaine conception du développement de l'enfant, les fonctions cognitives étant évaluées avec une grande précision une à une, la dimension psycho-affective dissociée de celles-ci..

Chacun fait son petit bilan. On juxtapose des petites parts du fonctionnement mental de l'enfant. On sectorise son développement.

Le résultat est qu'on classe, on étiquette, on applique des modèles préétablis, on trie, on contrôle, on expertise, on « critérise ».

On dépiste, on intervient, on recueille des données, on influence, on adapte.

Il faut trouver un consensus à partir du diagnostic. On juxtapose des remédiations. On répond par petits bouts, qui sont tous réputés nécessaires.

Cela mène à l'épuisement de l'enfant et des familles.

On favorise certaines familles

On délaisse les cas complexes et les précaires.

Tout ce qui est institution, stratégie thérapeutique inscrite dans des liens transférentiels n'est pas pris en compte. Des clivages apparaissent dans les équipes. Il y a les bons et les mauvais.

Comment circule alors la parole dans les CMPP ?

Certains n'osent pas parler, on est rangé d'un côté ou de l'autre par les directions, les collègues... Il y a même des injonctions à se taire, voire des sanctions pour des paroles « non conformes ».

On parle maintenant de « dispositif d'inclusion » tant pour les CMPP que pour d'autres établissements médicosociaux. Mais qu'est-ce qu'un dispositif ?

C'est une manière de travailler à plusieurs, qui permet une conflictualité bien tempérée, et qui implique que l'on puisse travailler de l'intérieur le dispositif. Il peut se transformer au fur et à mesure du travail, cela s'énonce, se tisse. C'est un ensemble de règles, d'usages professionnels reconnus par tous, mais jamais immuables.

Les plate formes PCO, ne sont pas des dispositifs dans ce sens-là. Ce sont des structures, des filières. Les CMPP de Gironde ont été transformés en plate-formes où les bilans se multiplient.

Les protocoles de soins qui en découlent impliquent TCC, remédiations cognitives, habiletés psychosociales; ils excluent la dimension psychoaffective et son implication étiologique.

La complexité des causes des « troubles » du développement psychique (et/ou neuro-psychologique) est ainsi évacuée.

Mais même les cognitivistes remettent aujourd'hui en question le modèle de découpage des fonctions cérébrales tel qu'il se traduit dans le repérage des diagnostics TND.

Le cerveau traite les choses de manière globale. La recherche par secteur est un artéfact.

Un mouvement actuellement se dessine : la « cognition incarnée ». Il appartient à la troisième vague des sciences cognitives. Des travaux sur l'idée d'une cognition où tout le corps est impliqué, non coupée de l'émotion. On observe un rapport très fort entre cognition et émotion. Et de même dans les interactions cognition, émotion, environnement...

De nombreuses publications témoignent d'une insuffisance conceptuelle des diagnostics TND.

En réalité, ce que l'on retrouve dans les publications récentes, c'est la complexité. Des résonances dans chaque cognition étudiée de la globalité de la vie

psychique. On commence à s'intéresser à d'autres modèles théoriques. Le modèle cognitif de FODOR tel type de fonction, telle zone corticale est daté. La dernière génération de TCC découvre des choses plus intégratives; on peut être sûrs ainsi que le fait même de l'évolution des sciences cognitives ramène bientôt à des pratiques qui se rapprocheront de ce qui préexistait à ces changements, à savoir pensées à partir d'une conception globale du développement de l'enfant, dans ses liens avec son environnement.

Quelles inventions alors?

La question qui s'est posée aux professionnels de Nouvelle Aquitaine, une fois passé le premier choc, c'était comment créer du liant.

Nous avons d'abord du entendre :« ce que vous faites c'est de la m.... », « faites maintenant ci, ci, ça.. »

Il n'y a eu aucune concertation avec les équipes, ce que les gestionnaire reconnaissent aujourd'hui comme une erreur, qu'ils n'auraient pas du faire comme ça.. car il s'agissait bien d'un management par la violence.

Nous avons dû encaisser , à cause de cela nous nous sommes rassemblés.

A partir de collectifs de lutte qui ont émergé en 2019, une association a été créée, « CMPP Avenir en Nouvelle Aquitaine », dispositif inventé pour se relier entre professionnels, continuer de penser ensemble, en particulier lorsque la pensée est empêchée au sein du lieu de travail. Car en effet, nombreuses ont été les injonctions à se taire, à changer de vocabulaire, à faire comme si on pouvait continuer à travailler. sans broncher. Le CC nous a amenés ainsi à nous mettre en lien entre départements et avec d'autres régions, telles le Grand Est.

Le chiffon rouge qui est agité partout ,c'est le clivage entre les « pour » et les « contre » : NeuroSciences versus Psychanalyse. Mais dans la réalité de la clinique, la question est tout à fait ailleurs.

Par exemple, la question évoquée ce matin, en plénière, de la gemmellité ou de l'opposition entre ergothérapeutes et psychomotriciens doit être reprise comme une problématique politique, et non pas interprofessionnelle. Chacune de ces disciplines a son champ et sa cohérence. La question est de savoir quels sont les choix que font les employeurs ou prescripteurs ? Qui peut croire que l'on pourrait substituer les uns aux autres ?

Ce clivage est de l'ordre d'une manipulation idéologique. Les travaux ne manquent pas pour relier, spécifier, comprendre, étoffer l'intérêt et les complémentarités des diverses approches.

La distinction TND/non TND , ou bien cas lourds/cas légers, est artificielle, et ne correspond pas à une réalité clinique ni étiologique. Les indications de soins ne sont pas simplement des remédiations de fonctions aussi sophistiquées soient-elles. Il ne suffit pas de les coordonner. Il faut les penser ensemble, les articuler, choisir les priorités dans une élaboration intersubjective, et une perspective relationnelle du soin.

Car pour nous, et pour ces collectifs ou associations qui ont germés ici ou là, la vraie question c'est bien comment revenir à une conception globale de l'enfant, conviction s'appuyant sur notre expérience clinique antérieure, mais aussi soutenue par l'évolution des discours scientifiques qui vont dans ce sens.

Penser que l'on va maltraiter des gens pour bien soigner ensuite est une aberration. Les effets délétères de ce choix de management se poursuivent sur les familles et les enfants.

C'est au nom des familles que cela s'est perpétré.

Pour tous c'est une perte de sens.

Le fait de se relier ainsi a eu un effet soutenant et étayant très important pour chacun des professionnels impliqués. Et cela reste une fonction importante de l'association. Nous nous sommes attachés à sortir de la colère et à prendre la mesure de ce qui se jouait sur le terrain, avec nos moyens personnels.

Nous avons pu considérer qu'il y avait au moins un point où nous pouvions malgré tout rejoindre l'ARS : la question de ce que les familles attendent de nous. Mais notre perception n'était évidemment pas la même. Est ainsi née l'idée d'une confrontation à cette réalité : pour l'ARS, les familles attendent ce que nous ne leur donnions pas, et ils s'appuient sur des associations de parents pour l'affirmer; pour nous la politique de santé qui est imposée est génératrice de soins dégradés et d'une invisibilisation de bien des familles que nous suivions jusqu'à maintenant.

Qu'attendent en effet de nous les familles, et en particulier celles qui ne sont pas impliquées dans des associations de parents ? Comment perçoivent-elles notre action auprès de leur enfant?

Rapidement est apparue la nécessité de travailler avec des tiers pour répondre de ces questions, et nous mettre en risque d'avoir à entendre que nos raisons n'étaient pas les seules. Nous avons alors pris contact avec des sociologues, puis organisé une journée de réflexion avec eux à Bordeaux en mars dernier. Nous avons contacté des gestionnaires, rencontré certains d'entre eux, invité aussi des responsables à l'ARS.

Une recherche-action est ainsi en cours de construction et en recherche de financements.

Le projet de recherche-action ce n'est pas seulement recueillir la parole des familles pour entendre leur perception de notre travail. Nous sommes allés chercher des sociologues parce que nous ne pouvions pas nous mettre à toutes les places.

Eux nous ont montré qu'ils avaient une stratégie pour recueillir l'avis des familles reçues mais aussi de parents qu'on n'arrive pas à atteindre.

Il feront ainsi un recueil sur le territoire. Les familles en liste d'attente, les familles qui voudraient bien consulter, mais à qui l'on a répondu qu'il n'y avait pas de place. Que font elles en effet?

C'est une vision sociologique : pouvoir interroger ceux qui ne croient pas pouvoir être accueillis dans nos structures mais pour lesquels un suivi serait probablement utile...

Nous sommes partis de notre perception que des familles disparaissaient de nos listes. Les sociologues nous ont amené un décalage utile : poser aussi la question de ceux qui n'y croient pas, n'auront pas accès, ne seront jamais sur nos listes.

Mettre les familles et leurs attentes au coeur de la réflexion et du débat entre équipes de CMPP, directions et politiques nous semble une voie féconde pour quitter la colère et l'inhibition professionnelle.

Quant à trouver de la joie au travail, comme le propose l'argument de cet atelier, nous pensons qu'il y a dans cette formulation une étonnante façon de passer par dessus les expériences vécues par les uns et les autres dans ce maelström théorico-administratif.

Pascale Fauveau

Novembre 2023

Texte élaboré avec Eric Soutif et Marc Rodriguez