



« Le CMPP de demain »

Participants : Anne Amabile, Myriam Garing, Bénédicte Siat, Anna Spitz, Pascal Bernard, Jean-Luc Caron, Yves Gitton, Didier Malhomme, Lucien Coudrin.
La commission s'est réunie cinq fois de septembre 2011 à juillet 2012.

Thierry Jouanique de la commission Psychopédagogie a participé à une de nos réunions. Anne Kammoun, Claudine Pillot, Estelle Souci, Christophe Rouleaud, membres de la commission « Annexe 32 » ont été invités à nos deux dernières réunions.

Préambule

En introduction, Jean-Luc Caron, responsable de la commission, a rappelé que ce projet de thème de travail est né des rencontres dans les régions pour la construction de la FDCMPP et qu'il s'est officialisé lors de la réunion avec les groupements régionaux de mars 2011.

L'objet de nos travaux est d'avoir une vision prospective, dans l'esprit de la loi 2002-2. Cette loi et les suivantes ont modifié l'approche de la loi de 1975 centrée sur les réponses proposées par les établissements et services, pour donner priorité à celles à proposer aux besoins identifiés des et par les usagers. C'est un renversement de perspective majeur qui donne toute sa place à l'imagination créatrice. Au-delà des fondamentaux qui structurent actuellement les CMPP nous tenterons donc de définir ce que peut être dans l'avenir un dispositif appelé ou non CMPP, mais dont les principes originaires seraient sauvegardés sur le fond, mais pas nécessairement dans la forme.

Il ne s'agit donc pas de défendre un outil - même si sa pertinence n'est pas à démontrer- ce qui d'ailleurs est très bien fait par d'autres commissions et le CA de la FDCMPP, mais d'avoir une vue prospective pour faire des propositions qui tiennent compte des évolutions constatées et à venir.

Contexte et constats

- L'Education nationale se désengage, ce qui a des effets sur les capacités d'accueil des CMPP, mais surtout des effets sur le plan symbolique en raison de la référence historique à la psychopédagogie, concrétisée par la mise à disposition de personnel enseignant.
- Les petites associations sont invitées à se regrouper ou à établir des contrats de coopération pour entrer dans des ensembles associatifs plus vastes, ce qui tend à centraliser les lieux de décision.

- Les directeurs sont de plus en plus amenés à prendre des responsabilités transversales, soit en dirigeant plusieurs CMPP, soit en dirigeant un ensemble d'établissements.
- Du fait de la démographie médicale il va être de plus en plus difficile de recruter des psychiatres soit comme médecin-directeur, soit même comme médecin responsable d'équipe.
- Le profil des directeurs change. Pour remplacer les directeurs « historiques » avec une double compétence et souvent un double exercice : clinique et administratif, les associations font de plus en plus le choix de recruter des gestionnaires avec une formation de juriste, d'économiste ...
- Les apports des neurosciences viennent interroger à la fois notre référence originelle à la psychanalyse et aussi notre conception de la pluridisciplinarité.
- L'institution familiale se transforme profondément, dans sa fonction d'intégration sociale et par ses nouvelles organisations : familles recomposées, homoparentalité...
- L'image virtuelle a remplacé les contes et légendes de transmission orale, ce qui modifie le rapport des enfants et ados à l'imaginaire et à la réalité.

Trois constats sont fait de façon répétitive pour tout le secteur médico-social :

- **Les moyens sont répartis de façon inégale sur le territoire national**
- **Les structures sont trop cloisonnées et elles ne travaillent pas assez en réseau.**
- **Des missions initiales ne sont pas toujours réalisées complètement.**

Dans un contexte de pénurie financière le discours dominant est que les moyens attribués sont suffisants, mais qu'ils sont mal répartis ou mal utilisés. Le message est clair, il faut que les associations se regroupent, que les moyens soient mutualisés et mieux répartis (d'où les CPOM déjà dépassés semble-t-il ?), qu'une autorité unique coiffe l'ensemble : l'ARS, même si les associations sont invitées à s'organiser entre elles.

Bref, il faut rationaliser pour faire des économies d'échelle. C'est admissible en tant que citoyens, mais en tant que professionnels nous savons qu'une culture de service ne se transplante pas aussi aisément.

Les évolutions

La volonté de passer du financement par le forfait de séance – à distinguer radicalement du paiement à l'acte – car il inclut tous ce qui est réalisé pour un enfant dans une journée (ou une semaine pour la région Rhône-Alpes), au financement par budget global dans le cadre des CPOM semble se généraliser. Cette modification, qui ne devrait pas modifier le niveau global d'activité aura des effets sur le travail clinique, en donnant plus de souplesse de fonctionnement et en permettant d'avantages d'actions indirectes, notamment de prévention.

Il est bien connu que les interventions précoces et préventives réduisent les risques de fixer des symptomatologies à l'origine réactionnelles ou l'expression de pathologies encore réversibles.

Dans un contexte de limitation de moyens, le choix peut se poser, ou être imposé, d'avoir à privilégier la prévention aux soins, ou réciproquement, en lien avec les modalités de financement : forfait journalier ou budget global.

L'aggravation des pathologies psychiques accueillies en CMPP, dépassant largement les simples expressions névrotiques, les troubles réactionnels et les difficultés d'apprentissage, nécessite le recours à des prises en charges lourdes, mobilisant un grand nombre de praticiens, sur des durées parfois très longues. Mêmes si ces prises en charge ne représentent qu'un faible pourcentage de la file active des CMPP (le chiffre de 10% a été avancé, à vérifier ?), elles mobilisent beaucoup les équipes. A la limite de l'ambulatoire et du soin intensif, elles amobiliseraient des places et du temps au point que certaines équipes en arrivent à limiter l'accueil de nouvelles demandes. Toutefois il faut noter qu'il n'y a pas toujours adéquation entre la durée d'un traitement et le nombre de forfaits réalisés. Une prise

en charge courte peut nécessiter beaucoup d'actes, et à l'inverse une prise en charge longue peut se faire à partir d'entretiens espacés.

Cette évolution, favorisée par l'inclusion en lien avec le souhait des familles d'un maintien en scolarité ordinaire le plus longtemps possible pour leur enfant, interroge le fonctionnement des CMPP. La mission première est la cure ambulatoire sur une durée moyenne évaluée à 3-4 ans, et avec une intensité en principe en deçà de ce qui est proposé en CATTP.

La question peut donc être posée de ce qui ferait limite à l'ambulatoire en CMPP, en terme de durée et d'intensité de l'accompagnement (les CAMSP ont la butée des 6 ans), ou encore de définir les critères qui permettraient à un CMPP d'identifier le moment où il doit passer le relais à un autre équipe (certains ITEP et SESSAD se plaignent du fait que les enfants leur sont adressés trop tardivement).

Bien que l'accès en CMPP soit direct, le conseil de consulter est pratiquement toujours donné par un tiers. L'école a longtemps été, et le reste pour beaucoup de territoires, la principale source de cette adresse, car c'est là que l'enfant passe la majorité de son temps et c'est là que souvent ses difficultés se révèlent. Avec le temps d'autres sources ont pris de l'importance : le milieu médical, les services sociaux... et de plus en plus la famille et les proches (ce qui est à la fois un indicateur de satisfaction et aussi une façon de ne pas évoquer des problèmes signalés par des tiers sociaux).

D'une certaine façon ces tiers ont un rôle de filtres en fonction de leur perception du travail qui peut être proposé en CMPP. Il faut à la fois constater qu'un certain nombre d'entre eux ont été fortement réduits, voire menacés de disparition complète, c'est le cas des RASED pour l'EN notamment, d'autres ont fait leur apparition comme le milieu hospitalier qui effectuerait un « tri » des dossiers dans certaines régions. Le rôle de ces filtres est à prendre en grande considération, car il implique pour les CMPP d'être en lien avec leur environnement.

La question se pose de se situer par rapport à la « demande sociale » des tiers. Un exemple : la recrudescence des demandes de bilans, de tests, pratique que beaucoup de CMPP ont peu à peu abandonnée pour des raisons cliniques justifiées, fait retour avec les références actuelles aux neurosciences et à la volonté d'objectivation, mais aussi avec l'attente des parents d'avoir un diagnostic.

Il faut reconnaître que l'accès à un soin dans certains CMPP peut devenir difficile, pour les raisons développées ci-dessus et que parfois des listes d'attente ne peuvent être évitées. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles certaines entités souhaitent passer des conventions avec les CMPP de façon à ce que leurs ressortissants puissent bénéficier d'une priorité pour être reçus. Les exemples de demandes foisonnent : des réseaux de périnatalité aux services de l'ASE ou de l'Education Nationale (mais là, il peut s'agir d'une contrepartie aux moyens mis à disposition).

On peut comprendre ces demandes qui relèvent bien de l'idée que l'on se fait d'un travail en réseau et en partenariat. Mais le recours à des conventions présente au moins deux inconvénients. Donner une priorité à une catégorie d'utilisateurs définie par une modalité d'adresse n'est éthiquement pas acceptable par rapport au principe de l'accès direct. Le second inconvénient est d'ordre clinique. Comme nous l'avons déjà évoqué, tout dispositif qui s'apparente à une filière complique la possibilité que des parents et leur enfant puissent prendre à leur compte une demande de soins, s'ils sont assistés pour accéder au CMPP.

Le risque à terme serait qu'il ne soit possible d'accéder à un soin en CMPP qu'en passant par un tiers institutionnel, avec fonction de filtre ou pire, de prescripteur.

Le cœur du métier du CMPP

Il s'agit du nombre d'enfants très important suivis en CMPP et dont on parle finalement assez peu. Prises en charge sans histoire, qui ne nécessitent pas d'en parler beaucoup en synthèse, qui parfois s'étirent dans le temps et qui s'arrêtent selon des critères pas toujours bien définis.

Cœur du métier, ce travail près de ces enfants et de leurs parents engage la responsabilité individuelle de chaque praticien et mobilise la totalité de l'équipe à travers les synthèses. Mais il engage également la responsabilité clinique des médecins, ce qui suppose qu'un ensemble de moyens soit mis en place pour leur permettre d'exercer cette responsabilité en toute sécurité : au moment de l'accueil, à l'issue des entretiens préliminaires, au moment de la mise en place du traitement, lors des renouvellements et de l'arrêt. La position de la CPAM de Paris qui par volonté de simplification a supprimé les formalités de demandes de prises en charge du médecin du CMPP au médecin de la Caisse est fortement à interroger du point de vue clinique, car elle aura des effets sur le travail en équipe.

Il est vrai que le temps manque souvent pour effectuer tout ce travail avec les praticiens. Il en va pourtant de la qualité. La situation va encore s'aggraver car nous sommes en pénurie de temps médical.

Il ne serait pas bon que les praticiens soient renvoyés à un trop grand isolement, avec peu de références à un tiers institutionnel, l'équipe et le médecin, ce qui risquerait alors d'apparenter le fonctionnement du CMPP à un cabinet de praticiens en libéral. La suppression des formalités de demande de prises en charge par le médecin du CMPP est fortement à interroger, même si c'est une simplification administrative.

Ce qui borne le CMPP

Les CMPP pratiquent la cure ambulatoire selon certaines modalités qui font dire qu'ils ne sont pas bien repérés par les pouvoirs publics, ce qui n'est pas le cas des bénéficiaires potentiels si l'on en juge par la file active nationale et les listes d'attente.

Et contrairement à la majorité des établissements médico-sociaux, les CMPP ne sont pas « bordés » par des limites formelles.

En voici les raisons :

- Les CMPP ne sont pas sectorisés, contrairement aux CMP, ce qui permet une accessibilité sans la limitation d'un territoire, sauf à le définir arbitrairement.
- Les CMPP sont « généralistes » : ils ne s'adressent pas à une catégorie d'âge, de population ou de nature de pathologie. Ils ne peuvent donc pas être rangés dans une « case » comme les autres établissements médico-sociaux.
- Les CMPP sont d'un accès libre et direct, sans formalisation d'un dossier d'admission par la MDPH. De ce fait, les entrées et sorties peuvent se faire tout au long de l'année, sans débuts ni fins de traitement calqués sur le rythme de l'année scolaire. Le temps psychique n'a rien à voir avec le temps social.
- Le CMPP n'a pas de places installées. C'est la capacité de travail (avec un nombre de forfaits à réaliser) de l'équipe et ses orientations qui fixent les limites.
- Les CMPP pratiquent un travail « sur mesure », sans protocole thérapeutique préétabli, ce qui ne permet pas de standardiser les pratiques, rendant plus complexe le travail d'évaluation.
- Conséquence de la position généraliste et du travail en ambulatoire, il n'existe pas d'associations de parents qui seraient reconnues pour représenter les « usagers » et qui pourraient servir de contre-pouvoir. Les équipes de CMPP sont donc seules pour se faire reconnaître, y compris avec leurs associations.

Le CMPP est essentiellement borné par son activité ambulatoire. On peut imaginer que telle ou telle de ses caractéristiques puisse être remise en question.

Le projet de service : une nécessité !

Notre proposition est de faire avec les « manques » et de dépasser une position plaintive se limitant à déplorer la perte de moyens et le refus des autorités d'accorder des moyens nouveaux. Sinon, le risque est de s'installer dans un état mélancolique, ce qui peut être en partie le cas d'ailleurs pour certains, du fait de la remise en question insistante de la référence dominante à la psychanalyse. Il en est de même des effets possibles de la suppression des postes mis à disposition par l'EN.

Au-delà des moyens dont chaque CMPP dispose, l'essentiel est donc son projet, centré sur l'enfant et sa famille, en tenant compte de nos fondamentaux, du politique et de l'inscription du CMPP dans la cité.

Du politique, nous savons :

Que les moyens ne seront pas augmentés, ce qui invite à la créativité et aux transformations.
Que l'ensemble de la population doit pouvoir accéder à une offre de soins de qualité similaire, avec les mêmes droits pour tous. Cela oblige à penser la planification d'une couverture harmonieuse du territoire, mais pas seuls.

Que l'offre doit être adaptée aux besoins, mais sans que l'on sache qui les définit?

Il apparaît ainsi que la notion de projet peut être développée selon plusieurs axes :

- Si c'est le projet de service qui est prioritaire, il va dépendre des moyens existants et de la capacité à pouvoir faire évoluer l'organigramme, en fonction des options retenues, qui vont elles-mêmes dépendre des orientations de travail dominantes dans l'équipe. Selon les modèles de pensée analytique, systémique, psychopédagogique... la façon de concevoir un dispositif de soins ne sera pas la même.
Mais les CMPP s'entendent de façon générale sur le principe d'une réponse à la demande, au cas par cas, avec un minimum de dispositif institutionnel.
- Si c'est la mission définie par les pouvoirs publics qui s'impose, le dispositif devra s'adapter à des préconisations qui tiendront compte d'une identification des besoins, de la demande des « usagers », et globalement de la demande sociale.

On voit bien là qu'il y a deux perspectives à l'évidence contradictoires, et que dans l'un des cas de figure le CMPP est moins acteur de sa destinée. Pour complexifier la chose il faut rajouter que les associations gestionnaires peuvent également souhaiter fixer des orientations en fonction de leurs propres valeurs et objectifs.

Dans tous les cas, la tendance des associations comme des pouvoirs publics sera de considérer le CMPP intégré à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux, voire sanitaires. D'où l'importance que chaque CMPP élabore un projet de service argumenté, et qu'il propose des modalités d'évaluation interne.

Le parcours de soin : un nouveau concept ?

L'idée en soi est séduisante : faire en sorte que personne ne soit laissé sans proposition, avec la possibilité pour tous de bénéficier de prises en charge adaptées, articulées, successives ou concomitantes, en évitant que cela soit un parcours du combattant.

Cela fait penser au rôle du médecin généraliste, référent censé coordonner l'ensemble du parcours médical de son patient. Cela fait aussi penser au rôle de l'enseignant référent pour l'Education Spéciale. Cela fait penser encore à la fonction de la MDPH comme lieu de décision pour les admissions en établissement médico-social, pour l'attribution d'allocations et donc à terme comme observatoire des populations prises en charge et des besoins non couverts.

La question que nous devons nous poser c'est de savoir comment le CMPP pourra se situer dans un tel parcours. Comment les fondamentaux : libre accès, position généraliste, absence de sectorisation, confidentialité, prise en charge demandée par le médecin du CMPP près du médecin-conseil de la Sécu ... pourront ou non être sauvegardés ?

Peut-on imaginer par ex, que dans le cadre d'un parcours de soin, le CMPP soit cantonné à une catégorie d'âge, ou de trouble, ou à un secteur géographique.

Le CMPP restera-t-il libre de ses indications thérapeutiques ou sera-t-il dépendant de prescripteurs chargés des bilans et des orientations ? A moins qu'il ne lui soit demandé de ne faire que des diagnostics et des orientations, les traitements étant assurés par d'autres praticiens de proximité ?

Pour réduire les listes d'attente une durée maximale des traitements en ambulatoire sera-t-elle imposée, obligeant à une orientation vers une autre structure, et si oui, sur quels critères ?

Sur le plan clinique, le CMPP pourra-t-il continuer à privilégier la prise en compte de l'intrapsychique et de l'inter psychique, ou devra-t-il travailler d'avantage avec l'environnement, dans le social, le pédagogique ou l'éducatif ?

Autant de questions auxquelles il est difficile encore de répondre. Mais face aux changements annoncés rester attentiste est sans efficacité.

Dans tous les cas, il n'est pas possible d'accepter les choses en l'état, car nous pouvons déjà mesurer le paradoxe de la position politique qui en voulant « le bien des usagers », provoque de fait une restriction de leurs droits à décider et à choisir par et pour eux-mêmes. En matière de fonctionnement psychique, cela peut avoir des effets dommageables. Tout dispositif qui s'apparente à une filière en ne laissant pas d'espace et de temps de respiration pour que s'élabore une question, à partir d'un problème, pour aller vers une demande, ne permet pas d'être acteur de son propre changement. Le risque est alors de devenir objet passif de soin.

Le paradoxe du discours économique serait aussi que sous prétexte de réduire les coûts par une plus grande rationalisation des parcours de soin, on en vienne à proposer des prises en charge dont l'efficacité thérapeutique est dérisoire, ce qui rallongerait inutilement leur durée avec une dépense bien supérieure à l'économie escomptée.

Au passage notons que la piste de la rigueur du travail clinique, plus garante de la qualité que les indicateurs et autres statistiques, est peu ouverte par les pouvoirs publics, mais elle doit rester pour nous une priorité.

Le CMPP devra se situer par rapport à ce qu'est un parcours de soin, c'est-à-dire se situer par rapport à des partenaires en amont de son intervention, en aval pour les suites et en transversal pour les accompagnements en cours. C'est aussi toute la question des conventions de partenariat, avec le risque de créer des populations prioritaires ou des filières.

Le positionnement dans un environnement

Une étude de l'ARS Rhône-Alpes a développé les conséquences du manque de solutions en aval du CMPP du fait de la saturation des services et établissements, ce qui ne facilite pas les orientations lorsqu'elles sont nécessaires. Le risque pour le CMPP est d'amboliser des places ou de devoir développer des pratiques qui dépassent ou débordent la cure ambulatoire (soins plus intensif type CATT, travail éducatif type service éducatif...).

Notre groupe s'est interrogé à l'inverse sur ce qui se passait en amont. L'EN se désengage, tant par la suppression des postes en CMPP que par la réduction drastique de la capacité de prise en charge des RASED. Cela indiquerait la volonté de recentrer les missions de l'école sur l'enseignement en laissant à d'autres le soin de l'éducation spéciale.

La réduction des moyens des RASED est inquiétante, car ce sont des équipes qui avec d'autres assurent en amont un travail de prévention primaire. Quel en sera les effets sur les demandes adressées aux CMPP ?

On pourrait aussi logiquement imaginer une augmentation des demandes conseillées par les services Sociaux et Educatifs, surtout si les CMPP optaient pour plus de temps d'AS et d'ES dans leurs équipes.

Mais les CMPP étant déjà saturés, quels seraient les effets d'une possible augmentation des demandes ? De plus les CMPP seront face à un vrai paradoxe, si développer et maintenir un partenariat avec l'EN c'est mettre des moyens à disposition de l'école pour compenser un travail qui ne peut plus se réaliser du fait des postes qui ont été supprimés!

Le même constat de carence de moyens étant fait pour d'autres services partenaires, autant dans le sanitaire, le médico-social que le social, la question que nous devons nous poser est de savoir si nous devons « grossir quand les autres rétrécissent », ou dit sous une autre forme, devons-nous combler les manques et jusqu'où ?

L'idée commune est que le CMPP est un outil à faire évoluer en élargissant le champ de ses pratiques, tout en étant vigilant à ce qui borne son identité.

L'inscription dans des réseaux

Concernant cette question nous avons déjà marqué notre refus d'entrer dans ce qui s'apparenterait à une filière. Le principe de la filière, louable en apparence, mais inopérante cliniquement est de créer des systèmes très articulés et complets, permettant le repérage, le diagnostic, la prescription et le soin sans discontinuité... ce qui laisse peu de place finalement à la demande personnelle.

A l'inverse le travail en réseau consiste à faire appel à des ressources extérieures, à rechercher de l'original et à s'appuyer sur du tiers. C'est une démarche, qui plutôt que de viser à développer de nouvelles compétences en interne, cherche à s'appuyer sur les ressources et les compétences externes.

Par essence, le réseau est donc toujours immatériel, mouvant, à reconstruire et à développer en permanence selon chaque situation. Les assistantes sociales sont particulièrement bien formées pour ce type de travail.

Le travail en réseau : moyen de borner l'identité du CMPP en se confrontant à l'autre pour éviter le risque de réponses totalisantes ?

La référence à des modèles de développement

Cette question est au cœur de tous les débats : quand il s'agit de la façon de mesurer l'activité soit en partant de la file active dans sa définition commune (un enfant ou adolescent reçu au moins une fois dans l'année pour quelque motif que ce soit), ou du nombre de séances réalisées et facturées (ce sont deux données distinctes) ; quand il s'agit de modifications d'organigramme à l'occasion de départs (rare en cours de carrière) ou lors d'obtention de moyens nouveaux ; quand il s'agit d'introduire de nouvelles pratiques (de groupe, familiale...).

A chaque fois il nous faut revenir aux conceptions de travail qui influent très largement sur la façon de gérer l'activité et sur les décisions qui seront prises par les directions parfois avec de fortes tensions quand des points de vue divergents s'affrontent dans l'équipe.

Dans notre commission nous avons surtout évoqué jusqu'à présent, actualité oblige, la référence historique à la psychopédagogie. Une autre des références historiques des CMPP est la psychanalyse.

Cela ne signifie en rien que tous les praticiens doivent être analysés. Cela n'implique en rien que seules les thérapies d'inspiration psychanalytiques soient valorisées et que les autres indications de traitement se fassent par défaut.

Il s'agit surtout d'une façon partagée de reconnaître la dimension inconsciente du fonctionnement psychique et de donner priorité à la parole dans les traitements, même lorsqu'ils passent par une médiation. La psychanalyse n'est pas la seule manière d'expliquer la psychopathologie. C'est une science de la rencontre, une science de l'intersubjectivité.

Le plateau technique

La préoccupation actuellement dominante restant la suppression des postes EN mis à disposition, avec les effets négatifs déjà soulignés, nous revenons sur l'intérêt d'avoir dans les CMPP des professionnels qui soient d'une autre culture, avec d'autres références et appartenances institutionnelles.

La même remarque peut aussi être faite pour les médecins, du fait de leur expérience antérieure et parfois toujours actuelle de Praticien Hospitalier, ainsi que par le serment d'Hippocrate et leur subordination au Conseil de l'Ordre qui concrètement leur donnent de l'indépendance clinique.

Ces positions « tiers » seraient-elles gage de créativité pour « le CMPP hors les murs », pour des « Solutions innovantes », comme le développe la commission psychopédagogique de la FDCMPP ?

Dans l'idéal il aurait été pertinent que les postes de psychopédagogue soient formellement inscrits dans l'annexe 32, ce qui aurait permis de systématiser la présence de personnel de l'EN dans tous les CMPP, alors que les mises à disposition sont dépendantes des liens existants entre les associations gestionnaires et les Inspections Académiques. Cet état de fait entraîne des disparités de moyens entre CMPP, sans justification clinique. Notons que la création de la FDCMPP avait aussi pour motivation de faire tomber ce clivage idéologique...

Mais il faut constater que l'inscription du poste d'assistante sociale dans l'annexe 32 ne fait pas pour autant que tous les CMPP en soient pourvu. L'étude de l'ARS déjà citée le fait remarquer avec pertinence. S'agit-il d'un manque de moyens qui oblige à faire d'autres choix de recrutement ou de conceptions de travail ? En tout cas, la place particulière de l'AS en CMPP se révèle au travers des modalités de financement de son travail qui ne donne en général pas droit à la facturation d'une séance. « Son acte ne vaudrait-il pas autant que celui des autres professionnels » ?

Du fait d'une insuffisance de dotation, d'un manque de place ou pour des raisons de distance, certains CMPP n'ont pas d'autres choix que d'avoir recours à des praticiens libéraux, à qui le travail thérapeutique est délégué, dans une forme que l'on pourrait qualifier de « sous-traitance ». C'est particulièrement le cas pour la profession d'orthophoniste. Cette pratique met en question la cohérence du plateau technique et son efficience. Là encore il apparaît essentiel de défendre l'importance d'une équipe réellement pluri professionnelle dotée de moyens suffisants et aussi la nécessité d'une répartition équilibrée des centres sur l'ensemble du territoire.

Le fait que les enfants et adolescents passent la majorité de leur temps à l'école et qu'en conséquence ce soit le canal principal à l'origine du conseil de consulter, justifie la psychopédagogie.

Le fait que les conceptions de travail soient orientées par la pédopsychiatrie et la prise en compte de la psychopathologie justifie les thérapies référées notamment, mais pas seulement, à la psychanalyse.

Mais l'enfant et l'adolescent ne peuvent pas être considérés que comme des élèves ou que comme des patients. Ils doivent être considérés dans leur globalité, c'est ce qui justifie le travail social et éducatif en CMPP.

Pour l'ensemble de ces raisons, outre les métiers qui constituent classiquement une équipe pluri professionnelle, chaque CMPP devrait pouvoir disposer de temps de psychopédagogue, d'assistante sociale et d'éducateur spécialisé, avec les mêmes modalités de financement de leurs actes que les autres praticiens.

La pluridisciplinarité

Il n'est pas possible de parler d'une prise en charge globale, en lien avec la globalité de l'enfant, et en même temps de cliver les fonctions au sein du CMPP, c'est particulièrement vrai entre la clinique et l'administratif. Mais cela peut être étendu à l'ensemble des fonctions exercées dans le CMPP, entre le psychopédagogique, le psychothérapeutique, le rééducatif, le social, l'éducatif... Le risque constaté est de hiérarchiser les pratiques de façon plus ou moins explicite et de faire alors des indications par défaut.

Il y aurait donc de la diversité dans le CMPP, traduit par la notion d'équipe pluridisciplinaire toujours mise en avant. Pourtant, il faut prendre en compte les effets de la référence commune à la psychanalyse qui peut réduire toute différence entre les métiers.

L'indifférenciation peut aller jusqu'à tolérer des pratiques qui ne permettent pas d'identifier la spécificité de chaque métier. Cela peut notamment s'observer dans la façon dont sont présentés les bilans en synthèses. Les aspects relationnels sont parfois mis en avant, ainsi que l'estimation que le professionnel peut faire de s'engager ou non dans un travail avec tel ou tel enfant, plutôt que la mise en perspective des modalités adaptatives auxquelles cet enfant a recours pour faire avec son symptôme.

Il faut certes se méfier d'un recours systématique aux bilans ainsi que d'une trop grande recherche d'objectivation. En même temps, dans le contexte actuel, le refus de certaines équipes de pratiquer toute forme d'évaluation diagnostic renforce la position des centres de référence et peut conduire les CMPP à devenir des prestataires à qui l'on demanderait d'appliquer des prescriptions. Cela aboutirait à cliver un temps diagnostic effectué par une équipe et un temps de traitement par une autre équipe. Nous savons d'expérience que ce n'est pas pertinent.

Retenons que l'on ne peut pas s'appuyer sur une approche pluridisciplinaire lorsque les fonctions sont clivées, mais pas plus lorsqu'elles sont indifférenciées. Faut-il alors redonner plus de sens à ce que serait une véritable transdisciplinarité ?

Le mode de direction du CMPP

Le principe de la double direction est admis unanimement. Seul le médecin-directeur est nommé actuellement dans l'annexe 32, mais il n'y a sans doute plus aucun CMPP qui ne serait dirigé que par ce seul directeur. La responsabilité médicale est donc centrée essentiellement sur les soins, ce qui implique que les deux directeurs doivent être associés à toutes les décisions qui auraient un impact sur l'exercice de cette responsabilité : recrutement des cliniciens, projet d'établissement, formation continue, dossiers médicaux, secret médical, orientation thérapeutique... en fait donc pratiquement tout le fonctionnement du centre. Pour une part les autres médecins du CMPP sont aussi concernés par cette responsabilité médicale référée au serment d'Hippocrate et au Conseil de l'Ordre.

Que la gestion du CMPP soit assurée par un directeur référé à un organisme employeur, seul détenteur de la personnalité juridique n'est évidemment pas contestable. A l'usage il apparaît que sa dénomination varie. Alors que seul le terme de directeur est reconnu en règle générale pour diriger un établissement médico-social, des adjectifs ont été rajoutés pour les CMPP: administratif et pédagogique (du fait des enseignants mis à disposition). En symétrie, au terme de « directeur administratif et pédagogique » (ou l'inverse selon les choix d'identification), le terme officialisé dans l'annexe 32 de « médecin-directeur » a été transformé dans beaucoup d'endroit en « directeur médical ».

L'implication du directeur (administratif et pédagogique) dans le travail clinique, soit par la participation aux synthèses, soit par des actions particulières près des consultants ou avec l'environnement est indispensable, sans quoi, il serait dans l'incapacité de défendre le travail clinique.

La réciproque est aussi vraie pour le médecin qui doit être à même de pouvoir partager le langage gestionnaire des autorités de contrôles.

Pour éviter les effets de deux directions parallèles, induite par la formulation de « double direction » souvent utilisée, le choix de « codirection » retenue paraît plus approprié, car il donne unité au tandem.

Il est remarquable de constater que les CMPP renvoient parfois l'idée qu'ils se seraient « auto engendrés », un peu comme s'ils ne s'autorisaient que d'eux-mêmes. La référence dominante à la psychanalyse y est sans doute pour quelque chose, surtout lorsque les CMPP sont dans l'idée qu'ils seraient les seuls à défendre cette référence à cette pratique analytique.

Le choc peut donc être rude lorsqu'il leur faut tenir compte de l'Autre, personnifié par l'association gestionnaire, l'ARS, et parfois des partenaires...

Cette dépendance ou cette confrontation à la différence est pourtant salutaire, car elle permet de trianguler la co-direction, qui sans cela n'aurait d'autre tiers que l'équipe, bien mal placée pour réguler une possible conflictualité entre les deux directeurs.

L'originalité de ce modèle de direction, surtout lorsqu'il est bien triangulé, est d'empêcher l'omnipotence.

Retenons l'importance de dépendre et d'être référé à un organisme employeur qui en assumant les missions que lui délèguent les pouvoirs publics peut être à même de garantir le travail des cliniciens et de protéger l'espace thérapeutique

L'appartenance au médico-social

Cette appartenance ne va pas de soi, car malgré le temps elle est toujours interrogée. Il faut se souvenir qu'à l'origine ce choix du médico-social était un choix de raison...pour éviter le paiement du ticket modérateur par les familles si nous avions fait le choix du sanitaire. Mais le choix du médico-social entraîne d'autres contraintes, comme par exemple la question du financement des transports (une estimation donne 45% de transport par taxi et VSL).

Il reste qu'être identifié au handicap et au grand âge ne convient pas à beaucoup. Le sanitaire nous renverrait à la maladie mentale, le médico-social nous renvoie au handicap psychique !

Dans l'annexe 32 c'est la notion d'inadaptation qui est soulignée. Mais est-ce que cela nous convient mieux et faudrait-il la défendre ou en proposer d'autres, plus référées à l'enfance et à l'adolescence avec l'idée de soins et de prévention ?

On voit bien que les découpages par catégorie de population ne nous satisfont pas et qu'il faut sans doute défendre fermement la position généraliste des CMPP.

Il n'empêche qu'il serait important que les ambivalences internes soient levées et que les CMPP se positionnent dans ce qu'ils font et sont: de la pédopsychiatrie dans le médico-social.

Le « P » de Pédagogique dans CMPP

Dans un contexte où la suppression de postes mis à disposition par l'Education Nationale pourrait faire craindre une disparition de la référence historique des CMPP à la psychopédagogie il nous a paru utile de revenir sur cette question qui fragilise leur identité.

Il faut au préalable rappeler que si cette référence s'est concrétisée par la présence réelle d'enseignants dans pratiquement les deux tiers des CMPP, un tiers des CMPP a dû faire avec un manque de psychopédagogues de l'EN depuis leur création. Or aucune revendication ne s'est exprimée pour que le « P » du pédagogique soit enlevé de leur nom. Ce n'était cependant pas sans question pour certains de ces CMPP, qui ont dû s'organiser pour faire vivre cette modalité de travail dans leur équipe.

Il semble donc qu'il soit possible de penser la psychopédagogie indépendamment du rattachement statutaire de celui qui l'exerce à l'EN, comme une discipline au même titre que la psychomotricité ou l'orthophonie. Ce serait un courant particulier de la pédagogie, un soin en CMPP.

Il appartient à la commission ad hoc de faire des propositions sur ce que pourrait être la formation des psychopédagogues travaillant dans les équipes de CMPP. C'est d'autant plus important si l'EN continue à se désengager, ou s'il n'est pas inscrit dans une nouvelle annexe 32 le principe que tous les CMPP bénéficient de mises à disposition, sans distinction.

L'apport de notre groupe est de souligner ce qui nous paraît fondamental :

D'une part l'importance d'apports culturels diversifiés au sein des équipes - la culture Education Nationale en est un - c'est une des conditions permettant une véritable transdisciplinarité.

D'autre part la prise en compte du fait que la psychopédagogie est une expérience clinique qui s'acquiert au contact d'enfants en difficulté sévère dans les processus d'apprentissage. Cela suppose une double compétence, à la fois de prise en charge groupale et individuelle. D'où l'importance de pouvoir intégrer dans les équipes des professionnels ayant fait la classe, qui se sont confrontés concrètement aux difficultés d'apprentissage dans ce cadre et qui, à partir des questions qu'ils se sont posé secondairement, ont entrepris une formation pour y remédier.

L'utilité des psychopédagogues dans les équipes de CMPP est une évidence. Dans l'idéal il faudrait que ces professionnels puissent bénéficier du même statut que les autres salariés du CMPP sans que leur carrière soit pénalisée. Les rigidités règlementaires notamment pour les passages entre le public et le privé rendent cette hypothèse peu réalisable. C'est un chantier « politique » à ouvrir avec nos associations et avec nos partenaires.

Le « M » de médical dans CMPP : de la pédopsychiatrie dans le médico-social

Poser la question dans ces termes suppose qu'il y aurait plusieurs façons de pratiquer la pédopsychiatrie : en libéral, dans le sanitaire, dans le médico-social.

Le libéral a une place à part, alors que le sanitaire et le médico-social ont un point commun : il s'agit toujours d'un travail qui s'inscrit dans de l'institutionnel, même lorsque les équipes refusent à juste titre les protocoles d'intervention standardisés pour défendre un travail

clinique au cas par cas. Cette position n'est pas antinomique d'un exercice clinique en Institution, sinon le CMPP ne serait qu'une somme de libéraux travaillant dans les mêmes locaux. Cette remarque n'est pas aussi provocante qu'il y paraît si l'on tient compte du fait que beaucoup de praticiens de CMPP ont une activité conséquente en cabinet privé.

Au passage notons qu'une association fait le lien entre le sanitaire et le médico-social autour de ce dénominateur commun qu'est l'institutionnel. Il s'agit de L'AsPi, Association de Psychiatrie Institutionnelle qui organise des Assises, à Nîmes cette année en novembre, après Marseille et Lille.

Pour ce qui nous préoccupe la question serait d'identifier ce qui différencie le sanitaire du médico-social. Une circulaire de 1972 mettait en avant les nombreux points communs entre les CMP Hospitaliers et les CMPP Associatifs (pour la majorité). Plusieurs études épidémiologiques ont aussi démontré que les pathologies psychiques traitées en ambulatoire étaient sensiblement identiques entre les deux dispositifs, y compris pour la psychose et l'autisme. Enfin, il est bien connu que les CMPP assurent pratiquement la moitié des traitements ambulatoires, avec des moyens qui ne peuvent pas être comparés à ceux attribués au public dans la mesure où les missions ne se recoupent pas.

Plusieurs critères de différenciation ont été évoqués, sans que la liste soit sans doute exhaustive :

- Le sanitaire est sectorisé, les CMPP non. Cela a des effets notamment sur l'attribution des moyens.
- Les missions du sanitaire obligent à l'accueil des urgences, à la continuité du service et à répondre aux demandes. Les CMPP se positionnent librement par rapport à l'accueil des urgences et de toute demande, selon les moyens ou les orientations de chaque centre. Ils fonctionnent sur un rythme proche de celui de l'école avec des périodes de fermeture empêchant toute continuité d'accueil sur l'année.
- Les modalités de financement par dotation globale pour le public et par paiement au forfait journalier pour le CMPP ont des effets à la fois sur la productivité, et aussi sur la capacité à développer des activités qui s'éloignent de la cure type. Il n'est pas certain que le passage des CMPP au budget global, à l'identique des CAMSP, modifie profondément les pratiques en dehors de donner de la souplesse de fonctionnement, notamment pour développer le travail de réseau.
- Les missions du sanitaire vont de l'ambulatoire aux prises en charge lourdes avec hospitalisation à temps complet, alors que le CMPP est limité à l'ambulatoire. Même si certains CMPP développent des activités qui s'apparentent aux CATT, cette limite de l'ambulatoire a été soulignée comme un critère important bornant les missions des CMPP.
- Les plateaux techniques sont sensiblement identiques entre les deux dispositifs, avec une présence conséquente d'infirmiers dans le sanitaire, alors que les CMPP n'ont pas ces personnels. En CMPP les travailleurs sociaux et les psychopédagogues sont plus nombreux.
- La gestion de l'hôpital public serait plus centralisée et plus lourde que celle des Associations réputées plus proche du terrain ? C'est un effet de taille. Pour mémoire, les budgets cumulés de la totalité des CMPP représentent le budget d'un grand CHU.
- Depuis la mise en place des 35H00, le temps de travail dans le médico-social est inférieur à celui des professionnels du public. Si cet argument est parfois opposé par les financeurs, il peut aussi être contesté, car dans les CCN les salaires sont souvent moins avantageux.

Sur le plan clinique, il y a de nombreux points de convergence entre les deux dispositifs ce qui donne heureusement un certain choix aux familles et dans le meilleur des cas cela peut permettre une saine émulation entre les équipes. Mais c'est à condition que cette convergence ne conduise pas, dans un contexte de pénurie de moyens, à un partage du territoire qui annulerait les différences entre les deux dispositifs.

Pour une famille ce n'est pas la même chose de s'adresser à une équipe hospitalière de CMP ou à une équipe de CMPP. Les représentations ne sont pas les mêmes. Dans tous les cas la limite de l'ambulatoire conditionne beaucoup le CMPP qui doit avoir conscience qu'il ne peut pas tout, qu'il doit savoir passer la main ou être capable de travailler en complémentarité avec d'autres structures.

Les cadres d'exercice et les missions de la pédopsychiatrie ne sont pas les mêmes dans le sanitaire et le médico-social, et pourraient entraîner une répartition des tâches comme cela a été tenté dans les années 70 : aux CMP la prévention et les diagnostics, aux CMPP les soins de longue durée. Cela n'a jamais pu se mettre en place, parce que cliniquement ça ne tient pas, et que les équipes hospitalières ne souhaitaient pas non plus être cantonnées dans une seule fonction diagnostique.

Au nom de la rationalité, la tentation pourrait être de revenir à ce modèle, la création des Centres de Référence en est l'illustration. C'est la raison pour laquelle il est important que les CMPP gardent leur position généraliste, en continuant à faire de la prévention et que les indications de traitement ne dépendent pas de prescripteurs extérieurs. Tout cela nécessite d'avoir une conscience aigüe qu'ils ne peuvent pas répondre à tout et qu'ils doivent s'ouvrir au travail en réseau avec les autres. Entre les CMP et les CMPP, il ne peut être question ni d'un partage territorial, ni d'une répartition des tâches. Les familles doivent avoir le choix.

Le CMPP repéré et repère

Une image se dégage : celle du CMPP **repéré** par une population et qui peut devenir un **repère**.

Plusieurs conditions sont nécessaires pour obtenir ce « label » :

- Une véritable inclusion dans la communauté urbaine ou rurale, par une localisation appropriée, à proximité du lieu de vie des familles, pour réduire autant que possible les problèmes de distance et de transport.
- Une architecture qui s'intègre le plus possible à l'habitat environnant.
- Une taille d'équipe raisonnable, suffisante pour assurer un accueil de qualité avec un secrétariat permanent, et un plateau technique assez ouvert pour permettre une pluralité de propositions thérapeutiques.
- Un management de proximité.

Mais au-delà de ces conditions, nous avons surtout souligné que le succès constaté de tels lieux dépendait de la perception qu'en avait la population :

- Un lieu où il est possible de s'adresser à son initiative et sans contrainte
- Un lieu où le secret professionnel est garanti
- Un lieu en lien avec les autres structures, mais qui ne prend de contacts extérieurs qu'avec l'accord ou à la demande des familles
- Un lieu d'où l'on peut partir sans qu'il vous soit demandé de compte.

Le CMPP, un lieu de soins, un lieu de parole ouvert, libre d'accès et en même temps protégé, dont la mission serait de favoriser l'humanisation par l'accès au savoir de son histoire personnelle et aux savoirs de la culture, sans autre précision de troubles ou de pathologies.

Lieu bien sûr utopique, ce qui en fait tout son intérêt.

Texte rédigé par L. Coudrin le 21-09-2012