

Préambule

La FDCMPP regroupe plus des deux-tiers des 310 CMPP répartis en France métropole et Outre-Mer. Les CMPP ont une file active de

214 000 enfants (rapport IGAS 2018) ce qui correspond à plus de

3 000 000 actes pour 5 000 ETP, soit un peu moins de la moitié des actes en ambulatoire en pédopsychiatrie. Si les CMPP ont généralement un agrément pour une population de 0 à 20 ans, les 5-13 ans constituent la classe d'âge la plus nombreuse des enfants et des jeunes suivis.

La FDCMPP a toujours eu une attitude constructive vis-à-vis de l'évolution nécessaire des CMPP, en particulier dans la prise en charge des enfants autistes ; elle s'est toujours montrée disponible pour participer aux différentes concertations, groupes de travail ou auditions, afin d'améliorer le fonctionnement des CMPP qui sont au plus près des populations de chaque territoire de santé et notamment au service des plus défavorisées.

C'est ainsi que nous avons collaboré à l'élaboration de cahiers des charges (CC) de CMPP dans plusieurs régions.

En région Nouvelle-Aquitaine

Fin décembre dernier, la direction générale de l'ARS

Nouvelle-Aquitaine a adressé aux directeurs généraux des différentes associations gestionnaires des CMPP de la région, sans aucune concertation, un cahier des charges qui pose un certain nombre de problèmes sur le fond et sur la forme.

Sur la forme, le ton, très marqué par l'autoritarisme, est menaçant.

Il s'adresse uniquement aux associations gestionnaires avec des délais de mise en œuvre extrêmement courts et un chantage financier insupportable.

À aucun moment, les professionnels travaillant en CMPP n'ont été consultés. Ils sont mis devant le fait accompli, ce qui, encore une fois, n'a pas été le cas dans d'autres régions.

S'adresser uniquement aux associations gestionnaires prend l'allure d'un « coup politique » et marque un certain mépris pour l'ensemble des professionnels des CMPP.

Ce cahier des charges est très orienté par une idéologie qui procède par torsion et utilisations partielles des textes et de certains éléments. Ainsi, nous pouvons relever les points suivants :

- S'il est fait référence à l'annexe 32, cette référence se limite à une partie de ce texte tout en annonçant immédiatement : « *Les textes législatifs sont anciens et nécessitent une actualisation au regard des politiques publiques actuelles, de la définition des publics et de l'évolution des pratiques professionnelles.* ». Jusqu'à preuve du contraire, ce texte est toujours valable dans sa totalité.
- La construction de ce cahier des charges est en complète contradiction avec la circulaire Kouchner qui inscrit explicitement les CMPP dans le champ de la santé mentale¹ ainsi qu'avec le rapport IGAS qui est assez explicite sur ce même point.²
- La référence aux RBPP les présente comme obligatoires, alors qu'il s'agit, comme leur nom l'indique, de recommandations qui ne sont ni obligatoires ni opposables (Cf introduction aux RBP - Site internet de l'HAS)³.

En conséquence, la référence unique et imposée à certaines méthodes et aux neurosciences, avec une interdiction d'en utiliser d'autres (et en particulier les thérapies psychodynamiques) s'apparente à un forçage.

Comment une ARS pourrait-elle imposer un traitement plutôt qu'un autre quand il s'agit pour les professionnels de travailler au cas par cas en proposant pour chacun la thérapeutique la plus adaptée

De même, on peut s'interroger sur l'injonction faite de ne plus prendre en charge certains enfants et leurs familles dont les pathologies sont qualifiées de pathologies « légères ».

La souffrance psychique est un ressenti subjectif, à respecter chez chaque patient et chaque famille, et ne préjuge en rien de la pathologie en cause ou de sa gravité. Vouloir limiter la durée des prises en charge est également en contradiction

¹ http://dcalin.fr/textoff/sante_mentale_1992.html

² Recommandation 4: Intégrer l'offre des CMPP et CMP-IJ en une offre unifiée de santé mentale

³ Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique.

Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement, dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

avec la complexité du psychisme humain qui peut demander, quelle que soit l'origine de la souffrance, un tact et une temporalité bien différents des autres domaines de la médecine.

Sur tous ces sujets, le code de déontologie médicale est assez clair⁴.

Comment pourrait-on répondre à des parents inquiets : « Votre enfant souffre d'une pathologie « légère », allez donc voir ailleurs » ?

(Encore aurait-il fallu au préalable pouvoir l'évaluer, ce qui est une des nombreuses contradictions de ce texte).

Un autre point nous paraît très problématique, celui de la dichotomie entre les TND et les autres pathologies, assortie de l'attribution de la plupart des moyens financiers aux TND.

Les chiffres et statistiques repris par l'ARS Nouvelle Aquitaine sont, en partie et sans la citer, ceux établis par une enquête interne à la FDCMPP. Les résultats de cette enquête sont une indication qui n'a aucun caractère scientifique. Comme il est indiqué dans le rapport du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France⁵ de 2017, il n'existe actuellement aucune enquête épidémiologique. Les chiffres rapportés par l'enquête IGAS, même s'ils ne reposent eux non plus sur aucune enquête scientifique, pourraient être pris comme base de référence ; ils indiquent une répartition de 20% de TND et de 80% pour l'ensemble des autres troubles.

Or, dans ce cahier des charges, il est indiqué que la majorité des enfants qui seront suivis devront relever des TND. La question qui se pose est donc : que faisons-nous pour les autres enfants et leurs familles ?

Le secteur privé est déjà complètement saturé, quant au secteur public, sa situation n'est pas meilleure.

Ces dispositions posent un grave problème de santé publique et mettent à mal la cohésion sociale. Nombre d'enfants et de familles que nous recevons, et qui ne relèvent pas des TND, sont dans une grande précarité sociale ; leur conseiller d'aller consulter dans le privé est d'un irréalisme qui interroge.

Il en va de même pour les enfants accompagnés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et qui consultent pour des troubles qui, le plus souvent, ne relèvent pas des TND.

Soulignons également que le rapport IGAS, commandé pour étayer la mise au point de la stratégie TSA dans le cadre des TND, se montre très défavorable à des dispositifs de soins par pathologie (page 56), voie dans laquelle s'engouffre ce cahier des charges.

Le cahier des charges donne une définition des troubles neurodéveloppementaux qui absorbe tous les éléments psychopathologiques en les réduisant à des facteurs annexes modulateurs, ce qui constitue un forçage épistémologique.

Le rabattement de la souffrance psychique et psycho-sociale comme automatiquement équivalente à des « cas légers », du seul fait que ces enfants n'émargent pas dans le champ du handicap est, pour le moins, problématique ; en effet, la non-reconnaissance de cette souffrance comme pleine ne peut que l'aggraver.

Il y a là de surcroît un déni de notre travail psychothérapeutique auprès de ces enfants qui ne présentent pas tous des troubles fonctionnels et cognitifs, mais peuvent être en très grande souffrance. C'est, en particulier, le cas de cette période particulièrement sensible de l'adolescence qui est complètement occultée dans ce cahier des charges. Sont pris en charge en CMPP, jusqu'à 20 ans et plus, sans rupture de traitement, des jeunes présentant des pathologies les plus diverses ; des phobies scolaires aux addictions (en augmentation constante), en passant par des troubles des conduites alimentaires ou des pathologies lourdes (schizophrénies par exemple avec un taux de prévalence 1 % et où l'action précoce est essentielle).

CMPP et l'école

Depuis toujours, les CMPP ont travaillé en étroite collaboration avec l'Éducation nationale. Quotidiennement, nous sommes en contact avec les psychologues scolaires et les enseignants ; nous participons activement aux Équipes Éducatives (EE), aux Équipes de Suivi de Scolarisation (ESS) et autres réunions. Nous recevons les psychologues scolaires dans nos réunions de synthèse et organisons des réunions partenariales dans nos murs.

Bref nous travaillons ensemble, sans avoir eu besoin d'aucune injonction pour le faire.

⁴ Exercice salarié de la médecine

ARTICLE 95 (article r.4127-95 du CSP)

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé, n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

⁵ <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-494.html>

Dans ce travail de collaboration, il est important de respecter la place de chacun. L'école n'a pas vocation à devenir un lieu de soin où des équipes mobiles pourraient intervenir (où et comment ?)⁶ et les praticiens de CMPP ne sont pas des conseillers pédagogiques, cette profession existant déjà au sein même de l'éducation nationale.

De même, l'école ne peut en aucun cas devenir un prescripteur de traitement ou de prise en charge. Il reste fondamental que les demandes viennent des parents qui sont d'ailleurs comme c'est le plus souvent le cas actuellement, conseillé dans leur démarche de consultation par l'école. Procéder autrement comme le suggère ce cahier des charges serait déresponsabiliser les parents.

Nous sommes tout à fait d'accord pour soutenir l'inclusion scolaire. Combattre la marginalisation, la stigmatisation des enfants présentant des différences, fait en effet partie de l'éthique de notre travail.

Mais cette inclusion demande des moyens et ne peut se faire à tout prix au détriment de l'enfant, de ses pairs ou des enseignants.

Certains enfants, du fait de leurs difficultés, auront toujours besoin d'être admis dans un lieu plus spécifique avec davantage de moyens que peut en proposer l'école. Vouloir inclure coûte que coûte **TOUS** les enfants peut conduire certains à des situations d'échec et, *in fine*, aggraver leurs troubles. Un tel élève pourra alors gravement perturber sa classe et mettre l'enseignant dans une situation impossible... sans parler de l'impact sur les conditions d'apprentissage des autres élèves et sur l'équilibre psychique de ces mêmes enfants qui ont eux aussi droit à ce qu'on prenne soin d'eux. On pourrait alors se demander : « Zéro sans solution, mais combien avec de vraies bonnes solutions ? ».

Le tout inclusif a ses limites. Les professionnels des CMPP, comme ils l'ont toujours fait, restent à la disposition de l'école et des enseignants ainsi que des parents dans tout ce qui concerne les problèmes qu'un enfant donné pourrait avoir dans son milieu scolaire.⁷

CMPP, évaluations et travail avec les familles

Les évaluations, auxquelles nous nous soumettons, sont nécessaires. Il est fondamental que nous puissions rendre compte de notre travail.

Mais comment pouvons-nous interpréter le fait que cette évaluation serait sous la responsabilité de certaines associations de parents ?

Quelles suspicions ou procès d'intention animent cette volonté ?

Nous sommes d'accord pour nous ouvrir aux familles. C'est d'ailleurs ce que nous faisons depuis longtemps dans notre travail quotidien et, si certaines familles ont pu trouver à redire sur notre travail, nous pourrions aussi rapporter les très nombreux témoignages de satisfaction et rapporter également les remerciements de l'immense majorité des familles que nous recueillons. Que tout soit loin d'être parfait et que des améliorations soient nécessaires dans notre travail avec les parents, nous en convenons bien volontiers et la FDCMPP travaille dans ce sens.

Nous envisageons d'ailleurs d'ouvrir notre instance du Conseil d'Administration à des représentants de parents, mais sans aucune exclusive à telle ou telle association.

D'une façon générale, nous sommes également prêts à participer plus activement à la mise en place des Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO TND) et certains CMPP s'y sont déjà engagés.

Le diagnostic précoce de certains troubles cognitifs est une réelle avancée, mais il reste encore à préciser la question des moyens et des possibilités de prises en charge à la suite des différents diagnostics. Nous devons aussi rester attentifs à ce que tout ceci ne se fasse pas au dépend des autres catégories de patients qui risqueraient de se retrouver les « laissés pour compte » de la mise en place de ces plateformes.

Nous remarquons aussi que la fonction de prévention de l'apparition de troubles ultérieurs plus graves, une mission essentielle et non standardisée des CMPP, est ignorée ou inexistante pour les auteurs de ce cahier des charges... ce qui nous semble très surprenant.

Pour conclure, on peut se demander si ce cahier des charges, et la méthode avec laquelle il est question de l'imposer, ne risque pas d'entraîner une certaine maltraitance pour des enfants et des familles qui vont être probablement exclus des CMPP, et pour les professionnels auxquels il s'agit d'imposer, sans leur demander leur avis, un fonctionnement qu'ils n'auront pas co-construit.

De plus, ce cahier des charges caricature à plusieurs reprises, le travail que les professionnels de CMPP ont accompli ou accomplissent au quotidien, ce qui est très regrettable.

Mais, encore une fois, comme pour d'autres régions, nous sommes prêts à en discuter et restons à votre disposition.

Paris, le 13.02.20

Le Bureau de la FDCMPP

⁶ Il existe déjà les RASED dont beaucoup ont été supprimés

⁷ On peut noter que les pays comme le Canada ou les pays nordiques ont été des précurseurs en matière d'inclusion scolaire. Ils ont servi de modèle pour la politique française actuelle mais ils ont aussi opéré une critique du « tout inclusif » et ont tendance à faire marche arrière dans ce domaine.

En France, de nombreux exemples rapportés par la presse ou des témoignages que nous recevons quotidiennement, ont montré également la limite de cette politique.