



*CMPP de Montgeron-Crosne, Robert Verdier  
Résidence la Saussaie  
95 avenue de la République  
91230 Montgeron  
Tel : 01 69 03 19 74  
Mail : montgeron@eu-asso.fr*

## **Projet d'établissement du CMPP de Montgeron- Crosne**

---

**Avril 2013- avril 2017**

## Table des matières

Introduction et transmission : .....	3
I L'Histoire et la Présentation .....	6
1. La mission de l'établissement .....	8
2. Les textes de référence .....	8
II. Les besoins de la population accueillie : .....	12
1. Le contexte d'évolution des besoins et des problématiques auxquels le CMPP doit faire face : 12	
2. La notion du besoin et de la demande .....	14
3. L'analyse de la population .....	16
III Le projet de soin : .....	18
1. La notion du « soin » au CMPP de Montgeron-Crosne .....	18
2. À qui les soins sont-ils proposés ? Les différents aspects du soin .....	19
3. Comment se réalise la prise de soins au CMPP ? La pluridisciplinarité et le travail d'équipe ..	21
4. Quelle est l'éthique de la « prise de soins » au CMPP et quels sont ses objectifs? .....	26
IV. L'Organisation: .....	27
1. Les objectifs de positionnement institutionnel .....	27
2. Les procédures internes .....	28
3. La mise en place des outils de la loi 2002-2 .....	32
V Les moyens : .....	33
1. Les qualifications professionnelles .....	33
2. Les locaux : .....	34

## Introduction et transmission :

**Texte du Docteur B. Cambois, pédopsychiatre, directeur médical sur l'établissement de 2001 à 2013.**

« Au moment de quitter le CMPP, un coup d'œil en arrière est inévitable.

J'y vois à nouveau mon intérêt constant pour ces petits enfants qui se développent dans les bras de parents déprimés.

Mélanie. Fillette de 8 ans. Elle traverse une période d'agitation et d'opposition, surtout par rapport à sa mère. Pendant que la mère me parle de sa fille, Mélanie écoute, calme, le visage très grave le regard plutôt triste et froid. Lorsque je la vois sans sa mère, elle dessine deux cailloux identiques avec un espace entre eux et met dedans quelques traits de couleur.

Je lui demande ce que c'est.

- « c'est qu'ils sont transparents ».
- « Ah ! Bon... ».
- « Euh transparents mais on voit rien dedans... »
- « veux-tu dire translucides ? »
- « Oui c'est ça ».

Pendant cet échange, j'imaginai que ces cailloux pouvaient peut-être représenter le regard de sa mère : transparent mais on ne voit pas dedans.

A la fin de cette consultation je vois la mère à nouveau et en réponse à cette question, elle m'apprend avoir été très déprimée après la naissance de sa fille, surtout pour des problèmes avec son travail dans lequel elle est très investie.

C'est en général une femme dynamique et quand Mélanie s'oppose, elle s'énerve parce qu'elle court en permanence après le temps.

J'ai revu Mélanie quelquefois mais les liens essentiels avaient été faits lors de la première consultation.

Les colères et l'agitation avaient cessé. La mère était plus attentive à sa fille et ne la brusquait plus.

Sophie. 6 ans. Elle arrive dans mon bureau avec sa mère. Je ne vois pas son regard masqué par un rideau de cheveux blonds. Tout de suite elle s'agite, fouille partout, provocante mais sans destructivité. La tonalité n'est pas désagréable. Finalement elle trouve le panier de jouets et sa mère m'explique :

- « Sophie est très agitée depuis 1 an. Cauchemars, crises de somnambulisme. Pendant plusieurs semaines il fallait qu'elle urine tout le temps. Elle passait son temps à déborder les limites qu'on pose. En conflit permanent, elle nous reproche de ne pas l'aimer et nous dit qu'elle veut mourir. Depuis 1 an il y a eu la mort du hamster. On s'est demandé si c'était lié. Et puis ma mère a été très malade, pneumonie + pleurésie, on a eu peur qu'elle ne meure ».

A ce moment Sophie montre un jouet abîmé :

- « C'est triste que ce soit cassé ».
- « Et puis, continue la mère, mes parents sont séparés, mon père est gravement maniacodépressif et il a replongé au moment de la maladie de ma mère, du coup il a été hospitalisé ».

C'est surtout dans cette période que Sophie a eu ces problèmes urinaires.

A ce moment Sophie m'apporte un dinosaure en tissu. Je lui montre que l'on peut lui ouvrir le ventre et le retourner complètement, ce qui le transforme en un œuf... dans lequel, bien entendu, il y a le dinosaure. Ce jouet plait beaucoup à Sophie.

A mes questions la mère me parle de Sophie bébé. Née à Nantes, tout de suite après, le père change de travail. A Paris toute la semaine, il n'est là que le week-end. La fille aînée souffre beaucoup de l'absence de son père et la mère, débordée, s'occupe plus de l'aînée que de Sophie, bébé très sage voire atone.

- « Elle paraissait pensive, j'avais l'impression qu'elle s'interrogeait sur nous. Il fallait la solliciter beaucoup pour qu'elle réagisse ».

Cette maman avait fait une psychothérapie à Nantes pour soigner une dépression survenue à la naissance de l'aînée. Deux mois après la naissance de Sophie la famille déménage en région parisienne et à ce moment, le père est envoyé par son nouveau travail toute la semaine à Nice.

- « Là j'ai beaucoup déprimé ».

J'explique alors à Sophie ce qu'elle a pu ressentir à cette époque. Je lui parle du regard où on ne voit pas dedans, j'évoque ces bébés qui portent leur mère. Curieusement une mère s'écarte et je vois un regard bleu vif et affûté.

-« Ca c'est comme le dinosaure ».

La mère semble très touchée par cet entretien. Nous prenons un nouveau rendez-vous. Sophie me demande d'emporter le dinosaure. Je le lui prête jusqu'à la prochaine consultation mais je lui montre que la fermeture est abîmée et lui demande de voir avec sa mère si ça peut se réparer. Sophie le montre à sa mère :

-« Pas de problème ».

A la consultation suivante Sophie entre, très vive, les cheveux tirés le regard clair. Elle brandit le jouet.

-« On l'a réparé et en plus on l'a lavé ».

La mère m'explique :

-« Sophie est redevenue la petite fille adorable. Plus de provocations, bien plus calme. Elle a beaucoup parlé, surtout avec son père de tout ce qui s'était passé alentour de sa naissance et de tout ce qui s'était dit pendant la consultation ».

On en reste là avec l'idée qu'à la moindre inquiétude je reverrai Sophie.

C'est ce qui s'est passé à deux reprises dans les années qui ont suivi. A chaque fois il y avait eu des évènements angoissants. Nous avons toujours pu approfondir les connexions entre la situation actuelle et les évènements de la vie de Sophie. Les liens se refaisaient en quelques séances et Sophie reprenait un développement tranquille.

Il serait possible d'évoquer des dizaines d'histoires de ce genre. Mais précisons quelques points. A chaque fois que la connexion se fait entre des évènements actuels et un état dépressif plus ou moins sévère de l'un ou l'autre parent, lorsque leur enfant est très jeune, le soulagement pour l'enfant est immédiat, profonde et durable. La connexion pour Mélanie et Sophie s'est faite dès la première consultation.

On peut remarquer au passage que lorsque les parents viennent consulter il arrive assez souvent qu'ils soient, lors des deux ou trois premières consultations, dans un état d'ouverture et de mobilité, qu'il est urgent de mettre à profit. Après ça se referme et il faut ramer.

Les éléments cliniques souvent retrouvés sont la gravité du regard, l'agitation, la sollicitation permanente. Il y a de nombreux signes d'anxiété. Souvent un désinvestissement scolaire.

Au niveau du dessin on voit souvent un bateau sur la mer, en dessous un requin ou des crabes ou une pieuvre. Ça mord, ça pince, ça déchire, ça envahit. Devant un tel dessin je demande s'il y a eu une dépression, la réponse est presque toujours positive.

Dans les jeux, les thèmes d'intrusion sont fréquents aussi, proches de l'histoire du requin. C'est peut-être pour ça que « Les Dents De La Mer » ou « Alien » ont eu tant de succès.

Les thèmes de chute aussi : on tombe d'un véhicule qui porte (voiture, avion, bateau). On tombe en arrière, on tombe indéfiniment.

Au bout du compte on peut dire que le tout petit enfant ressent la dépression de ses parents comme une menace très angoissante : quelque chose pourrait mordre, pincer, déchirer, envahir par l'intérieur. Il ne se sent plus porté, il va tomber, il tombe sans arrêt.

Il sent bien que quelque chose est cassé et n'a pas les moyens de comprendre quoi. Il faut animer l'autre quitte à s'agiter pour le maintenir en éveil. Le mieux c'est la provocation : il s'agit de provoquer une réaction.

Finalement il est plus sûr pour ce bébé de se mettre à porter ses parents.

Peut-être deviendra-t-il psy. »

# I. L'Histoire et la Présentation

## Présentation du CMPP :

Le projet d'établissement a vocation à être un outil dynamique au service des pratiques professionnelles et institutionnelles. Il doit être connu par les acteurs, demeurer à la disposition de tous et ainsi pouvoir guider les modalités quotidiennes de prise en charge et d'accompagnement.

C'est en outre à partir du projet d'établissement que peut être conduite une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

Le présent projet d'établissement s'inscrit dans un contexte essentiellement marqué par :

- Le départ en retraite d'une grande partie de l'équipe en fonctionnement depuis de nombreuses années et l'arrivée de nombreux « jeunes » professionnels
- Un souhait de continuer à promouvoir la ligne thérapeutique d'orientation psychanalytique fondatrice du travail du CMPP de Montgeron-Crosne
- Une volonté de créer et d'innover autour de chaque situation accueillie
- Une volonté particulièrement forte de s'inscrire dans le réseau partenarial du territoire avec le souci de continuer à pouvoir se constituer lieu de liberté et de parole pour chaque enfant accueilli
- La promotion du droit des usagers et leurs conjugaisons avec les besoins repérés par les professionnels

Le CMPP accueille aujourd'hui une population de jeunes enfants de 3 à 20 ans, souffrant de différentes difficultés d'ordre familiale, scolaire, comportementale, etc. Ces difficultés sont entendues et travaillées par des prises en charge psychothérapeutiques, orthophoniques et psychomotrices. Les familles peuvent également bénéficier d'une aide et d'un soutien par une assistante sociale.

Les prises en charge proposées se veulent globales et continues dans toute la mesure du possible.

L'établissement a été créé le 15 décembre 1971. Il appartenait alors à l'Association Médico-Psychologique de Montgeron-Crosne (loi 1901) qui s'était alors constituée par des représentants d'associations de parents d'élèves de Montgeron, pour répondre aux besoins et problématiques des habitants de ces communes. Le CMPP a été géré par cette association jusqu'en 2000.

Un processus de fusion-absorption, décidé par l'A.M.P.P de Montgeron, a été engagé avec l'Association *l'Entraide Universitaire* et s'est concrétisé le 1<sup>er</sup> juillet 2001.

En 2001, le Maire de la Commune de Crosne, Monsieur Alain GIRARD, était alors le Président de *l'Entraide Universitaire*, lorsque le CMPP a intégré l'Association. Lorsque Monsieur Arnold WESSELS est devenu président de *l'Entraide Universitaire*, Monsieur Alain GIRARD a d'ailleurs conservé un titre honorifique de Président d'Honneur.

L'établissement avait été initialement installé dans deux petits appartements d'un immeuble HLM à Montgeron, dans une cité excentrée, avec une « antenne » sur Crosne finalement abandonnée.

En 2013, l'établissement a déménagé au 95 avenue de la République, en plein centre ville de Montgeron, à quelques minutes à pied du RER D.

#### Présentation de l'Association :

*L'Entraide Universitaire est une alliance d'hommes et de femmes qui ont en commun leur croyance dans la perfectibilité de l'Homme et, en particulier de celui qui souffre de et par sa différence. Pour atteindre ce but, ils ont décidé de mettre en œuvre des moyens humains et matériels de qualité répondant non seulement aux exigences techniques les plus avancées mais également et surtout, au respect absolu de l'homme dans son universalité (extrait de l'article 2 des statuts).*

- **Elle milite** pour l'accès réel de toutes et tous aux valeurs fondatrices de la République Française : Liberté, Égalité, Fraternité ;
- **Elle place la laïcité** comme valeur fondamentale du caractère universel et positif de la différence;
- **Elle place l'Homme** au cœur de tous les dispositifs humains et techniques qu'elle propose ;
- **Elle considère** que la personne en situation de handicap est un citoyen ordinaire ;
- **Elle affirme** que tout être humain, quels que soient la nature et le degré de la déficience dont il souffre, est un être de culture qu'elle se doit d'aider à se construire par l'éducation ;
- **Elle estime** que l'environnement accessible et accueillant doit l'être pour tous et ce, quelles que soient les déficiences ;
- **Elle revendique**, au titre de l'égalité de tous les citoyens, la prise en charge financière intégrale par la collectivité publique des institutions et services qui assurent auprès des personnes en situation de handicap une véritable mission de service public.

Ces valeurs, inscrites dans le projet associatif de l'Entraide Universitaire sont déclinées au travers des projets institutionnels de chaque établissement ou service et des projets individuels de chaque personne accompagnée.

L'Association *Entraide Universitaire*, association à but non lucratif régie par la loi de 1901, a été fondée en 1954 pour couvrir la responsabilité civile des familles, en complément des produits mutualistes proposés par la Mutuelle Accident Elèves de la Région Parisienne.

Elle a progressivement développé des actions au service des personnes défavorisées ou handicapées, créant, développant et gérant pour le compte de l'Etat ou des collectivités territoriales un nombre de plus en plus important d'établissement médico-sociaux.

#### **Entraide Universitaire**

31 rue d'Alésia ~ 75014 Paris

Téléphone 01 40 47 93 00 ~ Fax 01 40 47 93 47

## **1. La mission de l'établissement**

Le CMPP de Montgeron-Crosne assure une mission d'aide et d'accompagnement à destination de l'enfance inadaptée. Il se situe à la fois dans le secteur de l'enfance et dans celui des personnes handicapées. Pour prendre en charge les enfants, l'établissement doit être en mesure de recevoir et d'accompagner, le cas échéant, les familles. C'est autour d'un projet de soin, qui se met en place progressivement autour des six premières séances, que le CMPP s'engage dans des soins avec les familles.

Le projet de soin s'est élaboré à partir d'une volonté d'équipe de mettre en place un « espace de soin » qui va privilégier la prise en charge de la cause de la souffrance d'un enfant et d'une famille. Les symptômes motivant l'envoi au CMPP sont le plus souvent du type échec scolaire ou comportement inadapté.

Le CMPP est ouvert 210 jours dans l'année. Il est souvent associé au système scolaire, ce qui explique que son rythme y soit relativement associé. La mission se décline sur quatre champs complémentaires :

- La prévention du handicap et l'information des populations
- Le diagnostic, l'évaluation des besoins
- La prise en charge et le traitement thérapeutique
- L'orientation adéquate des enfants accueillis

Elle est mise en œuvre par un travail d'équipe et de réflexions quotidiennes autour des pratiques professionnelles. Par ailleurs, les autres établissements participent, en lien avec le CMPP, à assoier le maillage territorial de prise en charge. Celui-ci se situe quand même dans une zone relativement « sinistré » au niveau de la diversité et du peu d'établissement qui délivrent des soins et accompagnent les familles et les enfants sur le plan psycho-social.

Le CMPP de Montgeron est placé sous la responsabilité d'un directeur d'établissement, mandaté par l'Association *Entraide Universitaire*. La responsabilité thérapeutique est assumée par un directeur médical et ensemble, ils forment l'équipe de direction.

Le statut de l'établissement est associatif, il répond à la réglementation du code du travail ainsi qu'aux dispositions issues de la Convention Collective Nationale de Travail de 1966.

## **2. Les textes de référence**

### **2.1 Les textes fondateurs**

De manière générale, le CMPP de Montgeron-Crosne, situé dans l'Essonne, est régi par les dispositions du décret 63-146 du 18 février 1963 créant l'annexe 32 ; et de la circulaire 35 bis du 16 avril 1964.

Mais il relève d'abord, depuis 2002, de l'article L.312-1 alinéa 2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, et des décrets d'application qui en découlent, pour ce qui concerne son statut, ainsi que de l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale pour ce qui concerne sa tarification.

En tant qu'établissement médico-social il doit donc mettre en œuvre les différentes dispositions de la loi du 2 janvier 2002 ainsi que celles du 11 février 2005. Sur ce point, il faut noter qu'historiquement la direction des CMPP était avant tout médicale (administrative et pédagogique en sus) c'est-à-dire sous l'autorité hiérarchique et fonctionnelle d'un médecin directeur.

Le décret n°2007-221 du 19 février 2007 pris en application du II de l'article L. 312-1 CASF relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissement ou services sociaux et médico-sociaux, est venu préciser les obligations de la direction.

Par ailleurs, la Circulaire DGS/DH n° 70 du 11 décembre 1992, définissant les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents (Titre III.2) lui est également applicable. Ses principaux objectifs sont :

- contribuer à l'amélioration des conditions de développement psycho-affectif et intellectuel des enfants et adolescents
- traiter précocement les troubles d'ordre psychopathologique survenant au cours de l'enfance et de l'adolescence
- prendre en considération les risques évolutifs à plus long terme, et leurs conséquences à l'âge adulte

Enfin, la circulaire n°2000-141 du 4 septembre 2000, sur le soutien aux équipes des dispositifs relais (classes et internats) par les CMPP et les CMP reprend les objectifs de ces établissements vis-à-vis du travail de partenariat. Les écoles et lieux de scolarisation sont positionnés en premières ligne des partenariats pour les CMPP dont le dernier P signifie « pédagogie ». D'un point de vue théorique, par ailleurs, l'école reste l'endroit privilégié de socialisation et d'apprentissage. Lorsqu'elle est vécue positivement, elle contribue, et inversement, au développement serein et au « vivre mieux » des enfants.

## **2.2 L'action sociale et médico-sociale**

L'action de l'établissement s'inscrit dans la définition et les objectifs de l'action sociale, tels que précisés dans les articles L. 116-1 et L. 116-2 du Code l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Article L. 116-1 : « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »

Article L116-2 : « L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »

### **2.3 La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions**

L'établissement participe à la lutte contre les exclusions telle que décrite dans l'article L. 115-2 du CASF issu de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions : « La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. Elle tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. L'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer des exclusions. Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en œuvre dans les délais les plus rapides.»

Le CMPP participe à la prévention des exclusions, notamment scolaires, en partenariat avec les autres institutions présentes sur le territoire ; informe les familles de leurs droits et de leurs devoirs ; engage avec elles un travail visant l'accès à une protection de leur santé, notamment mentale, et la promotion de leur accès à l'éducation, au sens large.

### **2.4 Les textes régissant le secret professionnel**

Tous les professionnels sont soumis au secret professionnel ou à l'interdiction de divulguer des informations sur les personnes accueillies. Ils doivent donc respecter des règles de confidentialité, tant dans les échanges internes qu'avec l'extérieur, et protéger les éléments de la vie des personnes dont ils ont connaissance de par leur activité.

Les professionnels du CMPP de Montgeron doivent cependant nécessairement partager des éléments dont ils peuvent avoir connaissance, entre eux, pour permettre une approche et un suivi pluridisciplinaire et global. Ces échanges s'inscrivent dans le cadre du « secret partagé ».

Vis-à-vis de l'extérieur, les échanges sont beaucoup plus strictement encadrés : ne sont délivrés que les éléments d'informations utiles et nécessaires à l'amélioration des prises en charge en accord avec l'enfant et/ou sa famille.

Cette nécessité répond à une double exigence :

- Assurer la cohérence et la continuité de la prise en charge, conformément aux textes en vigueur : chacun doit disposer des données qui lui permettent d'agir auprès de la personne.
- Permettre un lien et une cohérence entre les professionnels.

Il est donc possible de communiquer à un autre intervenant des informations concernant un usager, nécessaires soit à la continuité d'une prise en charge, soit au fait de contribuer à la

pertinence ou à l'efficacité de cette prise en charge, mais il convient dans cette hypothèse de ne transmettre que les éléments strictement nécessaires après en avoir informé l'utilisateur, et même sollicité son accord dans le cas d'une transmission d'informations à un partenaire extérieur à l'établissement (art. L-1110 - 4 du Code de la Santé Publique). Cet article implique que le professionnel qui décide de l'opportunité de partager un secret doit s'assurer que les personnes à qui cette transmission est faite sont soumises aux mêmes obligations et ont vraiment besoin de ces informations dans l'intérêt de l'utilisateur.

Il doit également s'assurer que les conditions de cette transmission (lieu et modalités) présentent toutes les garanties de discrétion.

Chacun est donc responsable des informations qu'il transmet et du respect des repères institutionnels.

Dans tous les cas, le secret et la discrétion – nécessaires pour ne pas être dans la toute-puissance ou dans la confusion – ne doivent pas induire de logique d'appropriation.

#### Sur la question des dossiers :

Le dossier du patient dans les établissements de santé est une obligation depuis 1991. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le 22 septembre 1993 considère que l'absence de tenue d'un tel dossier est une faute professionnelle « *contraire à l'honneur*<sup>1</sup> » de la profession.

Le dossier du patient, dans les établissements, est aujourd'hui considéré comme le corollaire de la prise en charge qu'il vient documenter, argumenter et tracer de façon pérenne.

La constitution des dossiers doit suivre la législation et réglementation en vigueur, de même que leurs archivages, conservations et règles de consultation (notamment articles R 1111-1 à R 1111-8)

Article L311-3 (Modifié par LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 141)

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

- 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
- 4° La confidentialité des informations la concernant ;
- 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

---

<sup>1</sup> « Considérant ... que le Dr X, ..., ne tenait pas pour ses malades de dossier médical sur lequel les observations auraient été portées au jour le jour; ... qu'il peut donc être reproché au Dr X à ce titre une insuffisance de surveillance technique, constitutive d'une violation de l'article 34 du Code de déontologie médicale; qu'une telle faute, ..., est contraire à l'honneur et par suite exclue du champ d'application de l'article ... portant amnistie .....il sera fait une juste appréciation de la gravité des faits ... en lui infligeant la peine du blâme »

- 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
- 7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Pour mémoire, l'article 226-13 du Code Pénal punit d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire ».

### **2.5 La déclaration des droits de l'homme et du citoyen et convention internationale des droits de l'enfant**

Elle rappelle que les hommes naissent libres et égaux en dignité et en droit, que toute autorité ne peut émaner que de la Nation, et que les limites aux libertés individuelles ne peuvent être déterminées que par la loi (art. IV, et art. 29.2 de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948)

Pour le CMPP de Montgeron-Crosne, cela signifie que si les professionnels peuvent et doivent disposer d'une légitimité certaine liée à leur compétence, ils n'ont pas de pouvoir sur les personnes. C'est une relation d'aide fondée entre deux sujets de Droits et de Devoirs.

Outre la déclaration des droits de l'homme et du citoyen, la convention internationale des droits de l'enfant s'applique également.

### **2.6 La Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**

Cette loi et les dernières évolutions législatives participent au maintien de la scolarisation pour l'ensemble des enfants. Le CMPP œuvre directement pour ce maintien, en privilégiant autant que faire se peut la scolarité en milieu ordinaire, au sein de l'Education Nationale. Il soutient également les projets d'orientation, le cas échéant.

Le CMPP agit dans un rôle préventif également et développe des actions coordonnées autour des enfants, dans la limite de ses possibilités. Il place, pour cela, les parents et l'enfant au cœur du dispositif. Chaque démarche extérieure nécessite l'information et/ou la participation des parents.

## **II. Les besoins de la population accueillie**

### ***1. Le contexte d'évolution des besoins et des problématiques auxquels le CMPP doit faire face***

Nous pouvons noter différents aspects de l'évolution de l'environnement qui ont des répercussions plus ou moins directes et plus ou moins fortes sur l'aspect du travail en CMPP. Ainsi, par exemple :

- L'éducation Nationale se « désengage » des CMPP, ce qui a des effets sur les capacités d'accueil, mais surtout des effets sur le plan symbolique du fait de la référence historique à la psychopédagogie, concrétisée par la mise à disposition de personnel enseignant. Le travail avec et autour de l'école fait partie des missions intrinsèques aux CMPP : centre médico-psycho-**pédagogique**, constitué pour penser l'enfant dans sa globalité considérant notamment que les difficultés scolaires trouvent bien souvent leur origine et potentialité d'amélioration dans un soin plus général, tenant compte du développement psychique. Un contexte familial peut par exemple, à ce titre, empêcher l'enfant d'investir les apprentissages. Tandis que l'école se recentre sur ses missions d'enseignement, les besoins plus éducatifs, en parallèle des besoins en soins, sont de moins en moins pris en charge. Les besoins demeurent. Par ailleurs, le CMPP a de plus en plus de demandes dès la maternelle alors que les réseaux d'aide devraient être les premiers avertis afin d'effectuer un travail qui pourrait prévenir l'orientation en institution et/ou au CMPP. Les « Rased » sont en effet en voie de disparition ce qui entraîne des conséquences directes sur la prise en charge en CMPP.
- 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. Il arrive que la gestion des ressources humaines ne soit plus de la compétence directe des directeurs de site. Cet aspect représente sans doute la menace la plus importante pour le bon fonctionnement des sites. Le recrutement reste en effet la clé du fonctionnement d'une institution sociale, médico-sociale ou sanitaire ; fonctionnement qui repose en grande partie sur la capacité à travailler en équipe.
- 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, ce qui risque de les éloigner du terrain.
- 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 simple responsable d'équipe. Les conséquences sont multiples : juridique, thérapeutique, organisationnelle...
- Le profil des directeurs change. Au départ des 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, ce qui modifie le rapport des enfants et ados à l'imaginaire et au réel.

Face aux évolutions structurelles et conjoncturelles inhérentes aux mouvements sociétaux, les établissements médico-sociaux doivent s'adapter et adapter leurs approches, leurs outils, tout en

maintenant un positionnement éthique et des objectifs définis. La recherche du *sens* de l'action est en cela fondamentale.

## **2. La notion du besoin et de la demande**

La question des besoins de la population accueillie est épineuse. En effet, nous pouvons catégoriser, a priori, et selon un formalisme approximatif mais possible, les principales difficultés des enfants que nous accueillons :

- Difficultés scolaires et/ou difficultés d'apprentissage
- Troubles relationnels
- Troubles du comportement
- Problématiques de séparation
- Difficultés d'intégration et/ou de socialisation

Mais il existe une dissymétrie entre ce que nous nommons besoins des usagers, soit ce que ces derniers viennent chercher, et ce que nous, professionnels, saisissons de ce que seraient leurs besoins.

Cette dissymétrie opère entre un besoin qui solliciterait des avis orthophoniques, des avis en psychomotricité, ou encore des évaluations psychologiques, et ce que nous, en tant qu'institution, pourrions discerner d'une nécessité pour les patients et leur famille de trouver un lieu d'écoute pour parler de ce qu'ils vivent, élaborer et tenter de dénouer ce qui fait problème.

Il y a ainsi un écart entre un mouvement qui partirait des usagers et qui demanderait une réponse voire un traitement qui réglerait les défaillances en regard d'une norme sociale, et la position de l'institution qui prend en considération l'hypothèse psychanalytique de l'inconscient et qui se propose comme un lieu de soin qui réintroduit la dimension subjective d'un symptôme et l'articule à une dynamique groupale et familiale.

En ce sens le C.M.P.P devient le lieu d'un accompagnement à l'autonomisation et à la responsabilisation à condition que le problème en tant que « fait psychique » ne soit pas simplement réduit à une défaillance de l'« instrument » d'acquisition des savoirs, par exemple, mais qu'il soit entendu dans sa dimension symbolique, effet et produit d'une histoire tant individuelle que familiale.

Ainsi, et pour prendre un des principaux motifs de consultation, un enfant en difficulté avec le langage, oral ou écrit, ne sera pas simplement perçu comme ayant « besoin » exclusivement d'une rééducation orthophonique. La difficulté de langage n'est pas ici bâillonnée dans l'objectivation clinique et silencieuse du « trouble instrumental ». Bien au contraire, la pratique orthophonique du C.M.P.P envisage le trouble du langage comme un trouble de la fonction symbolique et se refuse à envisager le symptôme langagier comme seul et unique élément autour de quoi se centrerait la rencontre avec l'enfant et son environnement. Le symptôme langagier porte en lui des potentialités significatives qui doivent être accueillies dans leur dimension symbolique et subjective, telle une souffrance en quête de traduction, des maux qui trouveraient leurs mots. Il en va de même du trouble psychomoteur, chez ces enfants qui, dans leur corps et aux yeux des autres, n'apparaissent pas comme ayant acquis une motricité suffisamment développée selon les critères normatifs d'une psychologie développementale appliquée.

Il ne s'agit pas de nier qu'il existe de grandes lignes de différenciation entre le normal et le pathologique, mais il s'agit de promouvoir ce qu'il en est de la singularité de ces êtres qui viennent

nous rencontrer et d'établir une compréhension fine, éclairée, voire étiologique du problème. C'est à ce prix que nous pouvons les accompagner au mieux et défaire le nœud pathologique qui entrave le développement psycho-affectif de l'enfant.

Dans une telle conception du travail en C.M.P.P, l'orthophoniste et le psychomotricien ne sont plus des techniciens rééducateurs de ce qui ne fonctionne pas, mais deviennent des agents relationnels avec qui le rapport de l'enfant au langage, à son corps, à lui-même et à l'autre, va s'en trouver transformé. La rééducation s'inscrit dans une prise en charge globale en lien avec le travail de consultation psychologique voire de psychothérapie.

Le besoin suppose donc que nous nous intéressions à ce qui ne se dit pas manifestement, ou plutôt à ce qui tente de s'énoncer dans l'ombre du symptôme, en filigrane du discours initial qu'est le motif de la consultation. C'est cette demande latente qu'il s'agit de saisir et d'aider à se faire entendre.

Là où le « besoin » concerne le motif initial de la consultation, sous l'impulsion du scolaire qui sonne l'alarme ou d'un sentiment d'impuissance qui conduit les parents à chercher des solutions chez le psychologue en sa qualité d'expert supposé, la « demande », quant à elle, s'adresse autant au sujet qu'au praticien puisqu'elle suppose que le sujet, dans son désir, son histoire et sa subjectivité, y soit impliqué. Le problème qui motive la consultation n'est plus un corps étranger pour une famille et les sujets qui la composent, mais bien ce avec quoi ils sont aux prises psychiquement, ce avec quoi ils vont avoir à composer.

Ils ne sont plus spectateurs d'une situation qui leur échappe, mais bien acteurs et potentiellement créatifs de ce qui peut en advenir. Ainsi est restituée au sujet la place qui lui revient, à savoir celle d'un être qui pense, qui parle, qui trouve ses propres voix d'élaboration dans l'échange avec l'autre. Un sujet qui s'autonomise et traite le problème de manière singulière, subjective, créative.

C'est là la perspective et la pertinence de la référence psychanalytique qui dans l'acceptation d'un double discours, l'un manifeste, l'autre latent, l'un conscient, l'autre inconscient, fait s'articuler les avatars symptomatiques de la vie réelle à la dimension subjective de cette réalité vécue. Ce qui se vit de douloureux et d'insaisissable, pour les personnes que nous accueillons, entre en résonance avec leur histoire relationnelle, singulière et familiale, infantile et conflictuelle.

La question du rapport entre besoin et demande de soin se complexifie d'autant plus dans une institution qui accueille des enfants, en ce que avant ses 12-13 ans, il est extrêmement rare que l'enfant puisse formuler une demande d'aide. Il s'agit effectivement toujours des parents ou agents tutélaires qui énoncent le problème. Reste à comprendre où l'enfant se situe dans une problématique qui l'implique par le discours d'un autre.

Un enfant ne dit pas « je viens vous voir parce que je souffre », il souffre c'est tout, voire il agit dans son comportement quelque chose qui lui permettra de moins souffrir, mais qui ne pourra se dire spontanément. Partant, il s'agit alors de déplacer le motif initial du côté d'une demande de soin où des questions émergent (D'où vient ce symptôme ? Pourquoi celui-ci plutôt qu'un autre ? A quoi cela me renvoie ?) et ainsi de réintroduire l'enfant dans sa dimension subjective, symbolique, voire de porte-parole d'une souffrance déportée, oubliée, mise de côté, et qui implique autant les parents que l'enfant. Le symptôme d'un enfant a une valeur dynamique et économique dans l'homéostasie familiale. Il produit un effet d'appel où un sens est à chercher. Le sens, les mots, en place du conflit à résoudre. L'enfant est comptable d'une histoire qui lui préexiste, qui le façonne d'une certaine manière et avec laquelle il aura à composer.

Là où l'adulte va voir quelqu'un avec sa souffrance dans l'espoir de trouver une réponse qui solutionnerait celle-ci, la charge pour le thérapeute étant alors de déplacer cette demande à l'autre

vers un désir personnel, une telle démarche n'est pas envisageable chez un enfant de moins de 12 ans encore fortement dépendant du discours parental. Il y a donc un enjeu tout à fait crucial pour que l'enfant avec son symptôme se démarque du motif initial et y trouve un intérêt personnel affranchi du discours ambiant. Mais cela suppose que les parents soient également accompagnés dans ce déplacement du problème, afin qu'ils puissent participer pleinement aux soins et ainsi être acteur de leur parentalité. En effet, la place des parents est prépondérante puisqu'un enfant n'arrive jamais seul au C.M.P.P.

Dans un tel cadre, l'enfant avec ses parents se met au travail, cherche à trouver sa place de sujet en regard de ce qu'il a été, de ce qu'il est et de ce qu'il pourrait devenir.

### ***3. L'analyse de la population***

La montée de l'individualisme s'accompagne d'une profonde crise de l'autorité parentale, mais aussi et plus largement de l'Institution en général. La conséquence directe est la fréquence croissante de l'éclatement familial avec des familles recomposées ou monoparentales de plus en plus nombreuses. Le CMPP doit pouvoir se constituer comme un *repère* pour les familles ; un lieu qui va venir « faire sens » à un moment de leur parcours et de celui de leurs enfants, qui va contenir, soutenir et aider à dépasser les souffrances. Le CMPP doit, dans une certaine mesure, « mettre au travail » avec des méthodes thérapeutiques, dont les aboutissements visent souvent une forme de prise de conscience et une autonomisation durable.

#### **a) Une souffrance psycho-sociale en augmentation et des psychopathologies de plus en plus lourdes**

Sur ces dernières années, certains professionnels constatent une augmentation générale de la souffrance psycho-sociale des populations accueillies. Cette souffrance est une souffrance plurielle des parents (et notamment au travail) qui a des répercussions fortes sur les enfants. Cet effet va d'ailleurs sans doute s'accroître du fait de l'environnement général et de la crise que traverse notre société.

Sans reprendre les théories développées par Serge Paugam ou bien Robert Castel, l'**identité** dans la société française est étroitement liée à la **notion et à l'organisation du travail**. Les modes de construction identitaire sont impactés par les conséquences des crises économiques et de l'augmentation du chômage.

De même, l'assouplissement des règles post 1970 a commencé à conduire vers un basculement de l'organisation sociale dans un extrême permissif qui a eu pour conséquence un retrait de l'autorité parentale et notamment du rôle et de la fonction du père (symboliquement la police, l'école, les institutions étatiques) dans l'éducation des enfants. La fonction de la règle, et son rôle symbolique surtout, permet de rassurer l'enfant, de le contenir et de le guider. A ce titre, les institutions ont sans doute une position à trouver et à tenir.

Les situations prises en charge au sein du CMPP de Montgeron-Crosne sont de plus en plus lourdes et complexes. Ce sont parfois des fratries (et non pas un seul enfant) qui sont suivies au CMPP.

Il est à noter que la zone géographique locale est très mal « desservie » en offre de soin adaptée aux familles accueillies. L'absence de place dans des structures spécialisées (type SESSAD et CATTP) réoriente les demandes vers le CMPP.

Nous constatons depuis de nombreuses années que le pourcentage d'enfants autistes, ou tout du moins présentant des traits autistiques, accueillis au CMPP est élevé. Les prises en charge nécessitent de nombreuses et très régulières consultations ; associées en psychomotricité puis orthophonie bien souvent.

Les psychoses représentent une part importante des suivis qui s'échelonnent alors sur plusieurs années et nécessitent un investissement important.

**L'augmentation du manque de repère chez les parents : familles en grande précarité, familles immigrées, Gens du voyage**

La pauvreté sociale et le chômage constituent des facteurs importants de perte de repère et de risques de développement de problématiques de santé mentale.

Les phénomènes « d'acculturation » des familles immigrées qui doivent « abandonner » leur modèle d'éducation mais qui ne peuvent pas être suffisamment accompagnées et soutenues vers la mise en place d'un autre type d'éducation (voire de socialisation), est une situation déjà étudiée par de nombreux sociologues<sup>2</sup>.

De plus en plus de familles accueillies au CMPP entrent dans ces catégories où le suivi pluridisciplinaire est tout particulièrement important. L'assistante sociale intervient également sur de nombreux points qui « dépassent » classiquement sa mission mais entre complément dans l'objectif de suivi global et continu de l'enfant (et donc de sa famille).

Le CMPP de Montgeron-Crosne doit constituer un repère pour les familles en souffrance qui en font la demande. Plus les délais d'attente sont importants, plus les problématiques se complexifient et plus le travail engagé sera long et difficile. Les listes d'attente sont importantes et ne cessent de s'allonger. Selon les années, il faut parfois attendre un an avant d'être reçu au CMPP. Seule une augmentation du nombre d'actes et donc de professionnels, peut permettre de soulager un peu ses demandes.

**L'existence d'un besoin de prise en charge de la population adolescente : manque de repère, violence, déscolarisation**

Le CMPP a connaissance des besoins de prises en charge et d'écoute des jeunes adolescents (conduite à risque, risque suicidaire). Certains peuvent être pris dans des logiques de bandes et de phénomènes violents souvent banalisés ; d'autres peuvent connaître une absence de solution face à leur déscolarisation progressive ; certains souffrent de troubles psychiatriques et peuvent connaître des épisodes de « phobies scolaires » ou autres problématiques sociales qui demandent à être entendues et accompagnées, en lien avec les institutions partenaires.

---

<sup>2</sup> Voir notamment : JW Powel (1834-1902), Roger Bastide (1898-1974), Denys Cuhe, anthropologue, sociologue

Créer les conditions et les capacités de cette écoute, constitue une des missions du CMPP. Celui-ci est évidemment vigilant à la circulation de la parole de l'utilisateur en interne et en externe afin que la confiance, élément fondamental de la prise en charge, puisse s'engager.

Il s'agit là encore d'être « réactif » aux demandes des jeunes adolescents, c'est-à-dire d'être en mesure de répondre « présent » au moment où la demande s'exprime, car elle est souvent précaire au sens où si elle n'obtient pas d'écoute immédiate, elle disparaît et laisse le jeune dans sa souffrance et sa solitude croissante. Ces places d'« urgence » nécessitent un accueil physique rapide et approprié. Le CMPP n'est pas un centre de consultations d'urgence. Pour autant, le travail avec les partenaires nécessite d'être en mesure de faire du lien et de répondre parfois rapidement à des demandes d'accompagnement.

### **b) Des problématiques de plus en plus lourdes et complexes : augmentation des jeunes atteints d'autisme et de TED, situations difficiles**

De manière générale, et vu ce qui a été précédemment évoqué, les professionnels du secteur et du nord-est essonnien, notent une augmentation des jeunes atteints de TED et d'autisme. Les prises en charge sont déjà depuis quelques années bien supérieures à la moyenne nationale (7% pour 3%).

Les problématiques sont souvent lourdes et multiples. Elles concernent la famille sur plusieurs générations, peuvent avoir différents niveaux d'impacts (troubles psychomoteurs, difficultés scolaires, difficultés sociales, troubles psychiatriques) et, comme vu précédemment, intéresser plusieurs enfants d'une même famille.

La prévention voudrait que les institutions développent en partenariat des possibilités de suivi au plus près des personnes, dès la périnatalité, pour proposer des dispositifs susceptibles d'être acceptés alors. Si la mise en place d'un suivi psychothérapeutique ou analytique n'est pas envisageable immédiatement, l'organisation du système médico-social doit être en mesure de proposer autre chose pour maintenir un lien et travailler autour d'une non-demande (jusque dans ce que proposent Messieurs Berges et Balbo<sup>3</sup>) avec un usager. L'objectif est d'éviter autant que possible qu'un besoin repéré reste sans proposition de solution ou d'orientation.

## **III. Le projet de soin**

### ***1. La notion de « soin » au CMPP de Montgeron-Crosne***

Pour entamer notre réflexion sur le soin au CMPP, nous nous proposons de lancer des pistes sur l'ontologie de ce mot. Pour ce faire, nous avons cherché les racines étymologiques du mot *soin* sur le site du *Centre national de ressources textuelles et lexicales* (CNRTL). Le CNRTL indique que le registre le plus ancien du mot *soin* se situe autour de l'année 1100 : « n'aveir soign de », soit

---

<sup>3</sup> G. Balbo et J. Bergès « L'enfant et la psychanalyse. Nouvelles perspectives », 1994, Ed. Masson. Collection : Bibliothèque de clinique psychanalytique.

« n'avoir *cure* de ». Le *soin* est ainsi, à la base, synonyme du mot *cure*, ce qui peut déjà nous conduire vers plusieurs questions, ainsi que nous indiquer la complexité de notre démarche. L'idée de *cure*, de guérison, dans un premier temps, nous fait penser à celle *changement* : si un soin est mis en place, c'est pour qu'il produise un certain *effet*.

Au XIII<sup>e</sup> siècle, le mot *soin* prend d'autres acceptions, comme celle de *souci* et *préoccupation*. Cette conception du vocable nous remet à la question du *motif de la consultation* (problèmes d'écriture, énurésie, difficultés disciplinaires à l'école, etc.) et de la *demande* – ce que nous entendons par la construction, faite en transfert, d'une raison, d'un sens de la prise en charge. La notion de *souci* est fondamentale à celle de *soin*, pouvant être préétablie *avant* le début de la prise en charge (*motif de la consultation*), ou construite *au cours* du traitement (*demande*). Autrement dit, la proposition d'un soin implique le questionnement constant du *souci* qui le justifie.

A la fin du XV<sup>e</sup> siècle, le soin prend l'acception de « prise en charge », ce qui introduit, à notre avis, la notion d'une *continuité dans le temps*, et rejoint l'idée de *souci*, dans le sens que ceci peut être repensé, reconçu *au cours* de l'intervention soignante. Quelques années plus tard, l'emploi du mot *soin* commence à signifier justement « charge, fonction, devoir de veiller ».

Notre brève recherche se termine sur les acceptions de *soin* évoquées dans les lettres de Mme de Sévigné (1671-1672), à savoir : « actions par lesquelles on conserve ou rétablit la santé » et « actes par lesquels on soigne quelque chose ou quelqu'un ». Ces indications étymologiques nous remettent à deux notions essentielles de *soin* : la conception de *santé*, et celle d'une *pratique*, d'une épistémologie du soin.

Nous souhaitons à présent proposer une réflexion sur chacune des notions mises en relief ci-dessus. Si nous les organisons différemment, dans une suite logique de travail réalisé au CMPP, nous pouvons dire que le *soin* implique :

- 1) L'émergence d'un *souci* – qui peut à l'origine être signalé par l'école, les parents, les services partenaires du CMPP.
- 2) La proposition d'une *prise en charge* où des *actions* soient réalisées. Ce qui oriente la réalisation de ces actions, c'est, bien évidemment, un *savoir spécialisé* qui justifie notre *pratique*. Ainsi, il sera question d'y préciser a) comment se réalise la prise en charge au CMPP, b) quelles sont les pratiques qui l'orientent et, c) par quels professionnels est-elle réalisée ?
- 3) La supposition d'un effet, d'une conséquence du traitement entrepris, qui déduit à son tour une conception générale de *cure*. Autrement dit, *quel est l'objectif des soins proposés au CMPP ?*

Nous avons ainsi trois axes de réflexion à suivre qui nous permettront de penser à l'*objet*, l'*épistémologie* et l'*éthique* des soins que nous partageons.

## **2. À qui les soins sont-ils proposés ? Les différents aspects du soin**

### **2.1.) La population**

Les soins au CMPP sont proposés *prioritairement* aux habitants des villes de Montgeron et de Crosne. Telle est la *population* à laquelle s'adresse notre travail. Néanmoins, ce qui nous intéresse le

plus, c'est d'indiquer qu'il n'existe pas de *population-type* pour la prise en charge. La justificative d'un suivi au CMPP s'étaye sur l'idée d'un *souci*, qui, d'une façon ou d'une autre, doit être *partagé* entre les parents, ceux qui orientent l'enfant vers ce service et l'équipe soignante. De plus, ce n'est qu'à partir du moment où un travail entre le thérapeute et l'*enfant* s'engage subjectivement qu'une réelle prise en charge peut être entamée.

## 2.2) Le *souci* et les *symptômes*

« Le *symptôme*, nous arrivons [...] à le résoudre quand nous [...] savons rester au niveau de la parole authentique. Le *symptôme* est lui-même parole, pour autant qu'il est quelque chose du discours concret »<sup>4</sup>.

Les *soucis* qui justifient une prise en charge au CMPP peuvent être de toute sorte et toucher n'importe quelle classe sociale et des familles aux niveaux de scolarisation tout à fait différents. D'une manière générale, un *souci* émerge à partir du moment où un *symptôme* est constaté, par exemple : des difficultés d'apprentissage à l'école, de petites maladies récurrentes, de fréquentes disputes à la maison. Nous signalons également une autre manière de voir surgir des *soucis* qui ne tiennent pas à des *symptômes* précis présentés par l'enfant, mais au contexte qui l'entoure : comme des familles ayant vécu des époques difficiles et s'adressant au CMPP pour avoir l'avis d'un professionnel sur la *santé* de leur enfant. Nous y voyons une demande d'un autre *regard* – fondé sur un *savoir spécialisé* – qui parlerait de l'existence des *soucis* justifiant ou non une prise en charge.

Nous proposons que le *souci*, en tant que préoccupation de ceux qui *orientent* l'enfant au CMPP, implique, le plus souvent, l'aveu d'un *insu* par rapport à ses *symptômes* et que ceux-ci puissent être traités par un travail qui s'appuie sur le *langage* : oral et écrit, en orthophonie ; par le discours et le jeu, en psychologie ; par la parole et le corps, en psychomotricité. Nous voyons donc, par exemple, l'orientation de la petite Marie, de dix ans, au CMPP. En dépit de ses efforts, du soutien scolaire mis en place et des encouragements de sa famille, Marie se heurte à de grandes difficultés en mathématiques. L'école et la famille supposent donc qu'il y a dans le *symptôme* de Marie quelque chose qui dépasse leurs compétences et leurs possibilités d'intervention. Il en va de même pour le petit Pierre, énurétique à l'âge de neuf ans, sans qu'aucune raison médicale ne soit repérée par son médecin. Ou finalement, nous pouvons *imaginer* le cas d'Hélène, adolescente de quinze ans, qui décide avec ses parents de s'adresser au CMPP pour des problèmes relationnels entre eux, malgré leur souhait d'entente.

Voilà donc trois exemples tout à fait fréquents, dans lesquels nous remarquons l'existence d'un *insu*, c'est-à-dire, d'un *non-savoir*. Les patients et les personnes qui les entourent peuvent, bien évidemment, tisser des hypothèses sur les raisons des *symptômes* – et certains d'entre eux se rendront bien compte que ces *symptômes* n'appartiennent pas qu'à l'enfant –, mais la venue au CMPP signifie que leurs suppositions et leurs *actions* ne sont pas suffisantes pour les traiter.

---

<sup>1</sup>. LACAN Jacques [1952-1954-1956]. *Le mythe individuel du névrosé*. Paris, Seuil, 2007, 89.

L'invention de ces trois cas essaye d'évoquer trois sphères différentes avec lesquelles les thérapeutes sont souvent convoqués à travailler : l'école (les troubles d'apprentissage), la médecine (en traitant des cas qui demeurent, disons, sans réponse) et la famille. Le *non-savoir* est ainsi marqué par une question de base qui justifie la quête du CMPP dont la réponse est inconnue : pourquoi Marie n'apprend-elle pas ? Pourquoi Pierre ne guérit-il pas ? Pourquoi Hélène et ses parents ne s'entendent-ils pas ?

À la différence d'autres prises en charge, la spécificité du travail en CMPP se base, entre autres, sur le fait que ce *non-savoir* est *partagé* avec le thérapeute. Autrement dit, le thérapeute ne dispose pas d'une réponse préétablie qui comblera la *lacune* laissée par ce *non-savoir*. Ce n'est qu'en écoutant régulièrement les enfants et leurs parents que, petit à petit, il peut faire un travail sur leurs symptômes. D'abord, il faut souligner que ce travail s'établit ensemble, autrement dit *en transfert* : il s'agit bien de la construction d'un *savoir* qui peut avoir des effets souhaitables sur les symptômes de l'enfant. Cependant, à l'exemple du *non-savoir* de base, ce *savoir* est également partagé. Il serait à cet égard étonnant que le thérapeute conçoive que le suivi aboutisse à partir du moment où *sa compréhension* supposée des raisons des symptômes est *communiquée* à l'enfant et aux parents. Le savoir est ainsi construit *avec* le patient, *en transfert*, et nous partons du principe qu'il est d'ailleurs, *en partie, inconscient*.

Ceci peut paraître assez abstrait au premier abord, voire inadapté à la réalité des enfants et de leurs familles. Cependant, quotidiennement, des exemples cliniques assez concrets nous indiquent la pertinence de cette pratique/conception. Reprenons le cas de Marie, et imaginons qu'au cours du traitement l'enfant signifie que ses difficultés en mathématiques se sont avérées à partir du moment où elle a commencé à apprendre la table de sept. Marie commence ainsi à parler au *psychologue* de cette fameuse table de sept, si importante pour elle. Un jour, en racontant une banale histoire de sa famille, Marie se souvient d'un cousin qu'elle a vu se casser la jambe, quand elle avait six ans. Le psychologue lui demande ainsi ce que cette jambe cassée lui rappelle et Marie répond « le numéro sept ! ». A partir de cette association (qui avant demeurait *inconsciente*), Marie commence à parler de ce cousin, de cet événement traumatique, ainsi que d'autres éléments que ce sujet évoque pour elle et ses difficultés en mathématiques diminuent de manière significative.

Bien qu'il s'agisse peut-être d'un cas *caricatural*, ceci peut nous faire travailler plusieurs questions. Il faut remarquer qu'il ne s'agit pas d'un savoir purement conscient qui s'est produit et qui puisse s'objectiver par une formule quelconque. C'est à partir de la trouvaille en séance de cet événement oublié qu'un travail qui implique plusieurs éléments pourra se faire. Le thérapeute pourra ainsi travailler *avec Marie* sur des éléments que cette scène lui évoque : l'image inconsciente de son corps, les contenus symboliques qui les chiffres prennent pour elle, les peurs qu'elle éprouve, d'autres souvenirs d'enfance que l'enfant associe à celui-là, etc. Ainsi, il ne s'agit pas de pointer *une cause unique*, mais *des causes* qui posent obstacle à l'apprentissage de Marie. Bien que ce savoir soit, en partie, *conscient* et *construit* en transfert, c'est-à-dire, entre le thérapeute et le patient, il est également *inconscient*. Marie ne sait pas *pourquoi* désormais les mathématiques sont devenues moins énigmatiques pour elle. Cependant, il se sent moins angoissée face aux mathématiques, aux représentations des chiffres, ce qui lui permet d'avancer.

### **3. Comment se réalise la prise de soins au CMPP ? La pluridisciplinarité et le travail d'équipe**

#### **3.1.) En psychothérapie**

Les psychologues sont les responsables par la plupart des premières consultations réalisées au CMPP de Montgeron – celles-ci peuvent être également prises en charge par le pédopsychiatre (voir 3.2.) Le psychologue essaye de cerner, dans ces premiers rendez-vous, le(s) *motif(s) de la consultation*, et d'établir un premier regard sur l'enfant et sa famille pour saisir, de manière générale, la *demande* apportée par le celle-ci (voir 4).

Ce premier temps de la prise en charge peut avoir une durée variable – nous pourrions signaler, de manière approximative, entre deux et cinq séances. Il sera le moment d'indiquer si les soucis qui concernent l'enfant relèvent ou pas du CMPP. De cette manière, la première question à répondre est si l'enfant sera suivi ou pas. Ensuite, si jamais une prise en charge au CMPP s'avère pertinente, il sera le temps d'indiquer la modalité dans laquelle elle sera établie. Le psychologue discutera en équipe les traitements qu'il suppose les plus approprié(s) selon chaque cas : soit en psychologie et en orthophonie, soit en psychologie et en psychomotricité, soit juste en psychologie, soit juste en orthophonie avec un suivi moins fréquent en psychologie, etc. Il fera ce que nous appelons un *bilan* du cas et, selon ce premier abordage, proposera une prise en charge adaptée.

Il est important de signaler que le traitement de l'enfant peut s'établir sur des modalités variées, qui articuleront ou pas les quatre différentes prises en charge proposées – en *psychologie*, *pédopsychiatrie*, *orthophonie* ou en *psychomotricité*. Nous pouvons ainsi imaginer que les difficultés de langage relevées par le petit Paul, selon le *bilan* du psychologue, relèvent d'une prise en charge en psychologie et en psychomotricité. Néanmoins, après six mois de traitement au CMPP, des événements particuliers dans la vie Paul déclenchent une importante insomnie. Le psychologue oriente donc l'enfant au pédopsychiatre, qui réalisera des rendez-vous ponctuels avec Paul et lui prescrira un traitement médicamenteux léger, par exemple. Nous pouvons également imaginer le cas de la petite Charlotte, dont les difficultés en lecture ne relèvent pas d'une prise en charge en psychologie, mais en orthophonie. Charlotte sera ainsi suivie en orthophonie, et aura des rendez-vous toute à fait ponctuels avec le psychologue qui sera son *référant*. Nous pouvons dire, enfin, que tout enfant suivi au CMPP de Montgeron doit avoir un psychologue – ou un pédopsychiatre – (co)responsable par sa prise en charge et ceci s'établit par deux modalités : soit il deviendra le *thérapeute* de l'enfant, soit, son *référant*.

Dans ces deux situations, les psychothérapeutes se situent d'emblée dans une relation thérapeutique avec les patients. Et cette relation constitue pour nous un moteur dans le soin. C'est au sein de cette relation que se déploie un lien que nous nommons le *transfert*. Il est important de souligner que le transfert implique l'engagement du thérapeute : il en va de sa présence, de son investissement, de son désir et de son positionnement. Il s'agit d'écouter à quelle place le thérapeute est mis et à quelle place les parents et l'enfant se mettent.

Aussi, ce qu'il y a de particulier dans notre travail avec les enfants, c'est la multiplicité des transferts. Multiplicité puisque nous sommes dans la situation où, la plupart du temps, ce sont les parents qui amènent leur enfant et souhaitent que quelque chose change. Il y a, ainsi, d'emblée un *transfert*, car il y a une demande et une attente des parents vis-à-vis de celle-ci. Ils formulent une demande au nom de l'enfant. Nous avons alors à distinguer ce que demandent les parents et ce que demande l'enfant s'il a une demande.

Ce qui se noue dans la relation et dans le transfert avec les parents est différent de ce qui se noue avec les enfants – d'une certaine façon, sont les parents qui vont soutenir ou non la mise en place du *transfert* entre le thérapeute et leur enfant. C'est ce *nouage* entre les désirs du thérapeute, des parents et de l'enfant qui va impulser une dynamique dans le traitement, favoriser les changements et provoquer des mouvements à l'intérieur de la structure familiale. Cet ensemble de désirs est constamment en mouvement, et il se tisse de manière différente au cours du traitement : ses fluctuations permettent des avancées, mais rendent compte aussi des butées, et entraînent de

fait des variations dans l'évolution du traitement. Ainsi, il est dans l'articulation du désir des enfants, des parents et du thérapeute que le traitement peut s'articuler de manière plus adaptée et efficace.

### **3.2.) En orthophonie**

Dans l'esprit de bien des gens, que ce soit à l'école et dans les familles que nous recevons en premier abord, l'orthophoniste est là pour résoudre les difficultés scolaires de l'enfant et notamment les difficultés d'apprentissage de la lecture et l'écriture, pour le faire entrer dans une norme scolaire. Pour nous, il s'agit plutôt de permettre aux patients de découvrir une autre relation au langage écrit, ou à la langue orale.

Notre métier d'orthophoniste est celui d'intermédiaire et de passeur entre le patient et son langage, dans son environnement familial. Les orthophonistes sont les praticiens du langage et de la parole, des troubles d'appropriation ou de réappropriation du langage, et non de la langue seule.

En terme étymologique, les orthophonistes sont les thérapeutes du langage qui rendent la parole à l'autre et amène vers une parole debout: [ortho]: droit, [phonie]: parole). Il s'agit ainsi au patient de s'individualiser comme sujet et de se constituer par l'intermédiaire des représentations que sont le langage et le jeu.

Notre travail clinique repose sur la corrélation entre ce qui a été décrit par nos collègues en réunion d'équipe à propos de la situation d'un enfant qu'ils adressent en orthophonie et nos observations durant les premières rencontres, de leur maniement du langage.

Durant l'accompagnement de l'enfant, notre travail consiste à donner à voir ce qu'est le langage, dans une dimension où la démarche du patient reste centrale, en ayant à l'esprit que nous nous situons dans une clinique du doute.

D'autre part, le cadre de l'orthophonie ne consiste pas à partir à la recherche des causes et des significations inconscientes de tel ou tel symptôme, c'est la fonction de la psychothérapie. L'approche orthophonique travaille dans « le ici et maintenant ».

Pour l'enfant parler et/ou écrire, peut être douloureux et dangereux, notre travail est de montrer à l'enfant que ses mots nous intéressent et nous font penser. Nous le soutenons pour que sa parole se libère et que son langage se précise et qu'il devienne un plaisir échangé, que ce soit en communication préverbale ou verbale. Nous dédramatisons sa prise de parole en jouant, en dessinant, en parlant, en écrivant ou en chantant.

Nous définissons notre objet de travail, le langage, en des termes référencés à Claude Chassagny, pionnier de l'orthophonie. Le langage est une compétence humaine constitutive qui se développe au sein de la fonction symbolique, entendue comme la possibilité que nous avons de faire des liens, de penser et de créer du sens.

Nous considérons le langage et la communication comme un processus engageant l'individu dans son ensemble et dans sa relation à autrui, ses difficultés comme des troubles de la fonction symbolique, à l'inverse d'une perspective purement fonctionnelle qui le conçoit comme des désordres des fonctions neurologiques supérieures. Néanmoins, dans notre pratique, nous utilisons des techniques qui se fondent dans un rapport spontané avec l'enfant, en phase avec ce qu'il est en train d'exprimer. Nous élaborons toujours à partir de lui et avec lui, pour lui permettre d'accéder à sa place de sujet pensant.

### **3.3.) En psychomotricité**

La psychomotricité représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le

corps de processus psychiques, et ce particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des postures, des mimiques... La psychomotricité donne une parole au corps et considère que le symptôme corporel a un sens, signe d'un mal être interne, entravant par son expression les apprentissages et l'évolution du sujet.

La psychomotricité s'occupe donc du corps ou plus précisément de l'investissement de celui-ci, dans sa dimension expressive, émotionnelle et identitaire. Elle s'intéresse au corps comme moyen d'expression mais aussi d'impression, le corps qui reçoit, qui intègre. Le but est de permettre qu'il soit vécu, maîtrisé, identifié et intégré dans l'espace et le temps, prêt à la rencontre et au dialogue avec autrui. Si ce corps doit être fonctionnel pour faciliter l'adaptation à l'environnement, il se doit aussi d'être harmonieux et celui de la communication et de la relation à l'autre.

L'enfant se construit dans la mobilité. L'expérience corporelle (sensorielle, motrice, comportementale, émotionnelle, etc.) est un préalable à l'émergence de la pensée.

Il s'agit donc pour le psychomotricien d'entrer en relation avec le patient au lieu où il se trouve et de lui donner ou lui redonner accès à ces expériences. Par un travail qui le contienne, dans un cadre rassurant, nous permettons à l'enfant de reprendre contact avec son corps, ses ressentis. En donnant une place au corps, bien plus que de lui faire acquérir des apprentissages, nous lui permettons de se sentir dans un corps vivant, unifié, incarné ; de reprendre confiance, de s'affirmer dans sa gestualité, dans son attitude, sa posture et face à l'autre.

En thérapie psychomotrice, nous partons souvent de ce que peut proposer l'enfant, et faisons également des propositions pour tenter de mettre le sujet en mouvement tant du point de vue corporel que psychique. Le passage par l'agir pour certains enfants est un détour nécessaire pour la symbolisation. Par notre implication corporelle nous allons solliciter l'implication corporelle de l'enfant, l'appel au mouvement, son engagement et son investissement. Partenaire d'échanges ludiques, notre corps devient soutien, contenant et l'accompagnement thérapeutique se fait au travers d'une écoute corporelle et verbale.

Les médiations utilisées sont diverses et variées et sont sans cesse à réinventer, à recréer ensemble dans la rencontre avec l'enfant.

Le jeu demeure une activité essentielle dans le développement de l'enfant. Il nous paraît important de l'accompagner dans cette expérience du jouer, dans cet espace à créer pour certains, à organiser pour d'autres, support à l'expression et à l'organisation de la pensée.

Sur demande du consultant de l'enfant et de sa famille, nous commençons toujours par faire une observation ou un bilan psychomoteur, nous amenons nos conclusions en synthèse et nous réfléchissons en équipe à la pertinence ou pas d'un suivi en psychomotricité. Ces premières rencontres permettent à l'enfant de montrer et/ou de signifier au thérapeute ses difficultés et ses possibilités, ses échecs et ses réussites. A partir de cette évaluation spécifique, le psychomotricien observe chez l'enfant sa tonicité comme base du mouvement, étoffe de l'émotion et composante de la relation, sa motricité globale et fine, son adaptation posturale, son équilibre, ses coordinations, sa latéralité, l'organisation spatio-temporelle, son schéma corporel, son image du corps... Il s'intéresse également à l'activité spontanée et sera attentif à toutes autres manifestations verbales ou corporelles.

A partir de cette observation le psychomotricien peut établir un projet thérapeutique, remanié en permanence par l'évolution singulière de l'enfant. Le champ d'application comprend pour l'essentiel des troubles qui s'expriment par des perturbations psychomotrices, les troubles de la représentation du corps... d'une part, et ceux pour lesquels l'approche par le corps paraît la seule possible ou la plus indiquée à un moment précis. Le suivi peut se faire en individuel ou en groupe.

### **3.4.) Le rôle de l'Assistante sociale**

Le rôle de l'assistante sociale est pluriel et souvent complexe. Elle intervient pour *faire le lien* et en même temps pour « protéger » le travail institutionnel.

En effet, le CMPP exerce différentes missions qui lui permettent de porter un regard global sur l'enfant et ses difficultés. Il doit ainsi être en mesure d'évaluer et de définir les accompagnements et orientations adaptés à chaque enfant.

Il est cependant continuellement soumis aux pressions extérieures : « pression de l'école » qui souhaite voir les difficultés scolaires et comportementales s'améliorer, « pression » des centres de ressources et hôpitaux spécialisés qui effectuent des diagnostics (immédiats sans connaissance spécifique de l'enfant, de sa famille ni du contexte d'évolution) et prescrivent des prises en charges (nombre de séances, médicaments) etc.

#### **I - A l'intérieur de l'institution**

- L'accueil téléphonique

Le premier contact téléphonique ne se fait pas forcément en direct par l'assistante sociale.

Cependant, les situations qui peuvent apparaître plus délicates le sont systématiquement.

Elles concernent les situations complexes :

- parents séparés en désaccord même sur la venue au CMPP de leur enfant
- histoires lourdes, traumatiques
- les urgences potentielles avec risque de passage à l'acte.

La prise en compte de la demande représente également une sorte d'espace de transition, de médiation entre cet extérieur et l'institution CMPP.

- Etablir là aussi le relais des informations entre les différents thérapeutes
- Relayer les informations émanant de l'extérieur
- Organiser les rencontres avec les thérapeutes et les équipes extérieures sur des temps de concertation.
- Organiser et favoriser les rencontres avec les partenaires extérieurs
- Recevoir les parents à la demande ou après concertation avec le thérapeute dans le cadre d'un entretien
- Mettre en place une demande de mesure d'aide éducative.
- Elaborer un écrit si nécessité d'une info préoccupante.

#### **II - A l'extérieur de l'institution**

- Maintenir le lien et le travail de partenariat engagé avec les différentes instances.

- En cas de problème, permettre une médiation en rencontrant l'enseignant d'un enfant suivi, permettre de « réassurer » un enseignant dans son positionnement
- Etre à l'écoute de l'enseignant en difficulté et dans tous les cas, évaluer s'il peut être opportun de favoriser une rencontre.
- Recevoir les informations émanant des différents services ou partenaires qui nous contactent par rapport à une prise en charge engagée.
- Participer aux équipes de suivi, aux différentes synthèses (MDS, SAEMF, services spécialisés), aux comités de prévention de la Réussite Educative, aux réunions institutionnalisées AS CMPP et AS CMP CMPP sur l'intersecteur d'Evry
- Rencontrer de façon régulière, sur place, les établissements partenaires afin de réactualiser les critiques d'admission, le profil des enfants accueillis.

#### **4. Quelle est l'éthique de la prise de soins au CMPP et quels sont ses objectifs?**

Penser à la prise de soins au CMPP signifie réfléchir sur les *fonctions* de la prise en charge. Autrement dit, signifie de penser à *quoi servent* les prises en charge au CMPP.

Pour ce faire, il est tout d'abord nécessaire de faire une distinction entre le *motif de la consultation* – signalé pour justifier la prise en charge avant qu'un traitement soit engagé – et la *demande* – qui se construit au cours du traitement. Cette différenciation nous paraît fondamentale pour pouvoir penser l'éthique de notre pratique : pourquoi la fait-on ? Quels *effets* notre travail peut-il entraîner ?

Si un enfant est adressé au CMPP, c'est parce qu'un *souci* pèse sur lui, ce qui est exprimé, le plus souvent, par ses *symptômes*. Nous pouvons ainsi supposer qu'une des attentes basiques de l'orientation au CMPP soit la diminution, voire *la suppression* des symptômes.

Nous y comprenons *symptôme* dans son sens le plus courant – et non pas celui qui l'accorde la psychologie ou la psychanalyse –, c'est-à-dire le symptôme est marqué par le(s) *signe(s)* qui justifie(nt) un *souci* : les phobies d'un enfant, ses difficultés d'apprentissage, ses problèmes de comportement à l'école. Reprenons notre *cas-clé*, celui de Marie. Son symptôme est précis, une difficulté scolaire, et c'est là-dessus que porte le *motif de la consultation*. Le thérapeute peut donc se voir chargé de *résoudre* ce problème.

Si le *motif de la consultation* de Marie se base sur ses difficultés en mathématiques, telle n'est pas forcément sa *demande*. Celle-ci se construit *en transfert* : nous pouvons dire, de manière simplifiée, que sa demande était de parler de ses traumas, de son corps – dont la construction psychique dépend de ses expériences avec son corps et le corps des autres –, de sa famille, des chiffres. C'est en le faisant que sa *demande* rejoint le *motif de la consultation* et les symptômes s'apaisent.

Néanmoins, si nous avons qualifié le cas de Marie de *caricatural*, c'est parce que parfois le motif de la consultation ne rejoint pas la demande. Les difficultés scolaires, notamment, en cachent d'autres qui se trouvent bien *au-delà* des apprentissages – elles peuvent n'être que la partie plus

tangible de plusieurs problèmes qui la précèdent. Citons le cas d'Olivier, enfant de sept ans adressé au CMPP car il redouble son CP. Dans l'entretien avec le psychologue, son père, après avoir souligné ces difficultés scolaires, affirme : « le problème, ce n'est pas qu'il ne sache pas faire son exercice, c'est qu'il ne comprend même pas ce qu'on lui demande ». Son père résume ainsi de manière très simple que le problème de son fils n'est pas une difficulté *cognitive* qui l'empêche d'apprendre, mais bien au-delà, une difficulté de rapport avec l'autre – et il peut désormais s'en rendre compte à l'aide du thérapeute. Celui-ci travaillera donc avec Olivier sur la subjectivation de l'autre chez l'enfant, et de ce fait sur la subjectivation de l'enfant lui-même.

Le suivi d'Olivier exemplifie l'existence d'un vrai clivage entre motif de la consultation et demande. Il ne peut donc pas se permettre de *promettre* une réponse efficace au *souci* qui justifie, en amont, le suivi. C'est-à-dire, le travail du thérapeute se basera sur les soucis relationnels de l'enfant, sur son jeu, sur son langage. Ceci pourra effectivement beaucoup apporter aux apprentissages d'Olivier mais le thérapeute ne peut pas se permettre à *prédire* l'évolution de l'enfant là-dessus.

Avec l'invention du cas d'Olivier – qui est en effet la supposition d'une situation très courante au CMPP –, nous essayons de donner un exemple de comment le *motif de la consultation* se distingue de la *demande* et de pourquoi le professionnel ne peut faire des *prédictions* sur l'avenir de l'enfant. D'une manière générale, nous pouvons prendre le risque de dire que le motif de la consultation ne coïncide jamais *parfaitement* avec la demande, puisqu'ils sont de natures différentes : le motif de la consultation est souvent manifeste, conscient, et est posé avant l'intervention du thérapeute ; la demande est en grande partie inconsciente et se construit en transfert avec le thérapeute. Néanmoins, il est indispensable de remarquer que le psychologue n'est pas pour autant inattentif aux symptômes, au motif de la consultation, bien au contraire. Dans le cas de Marie, c'est par l'échafaudage d'une *demande* que le traitement connaît ses effets scolaires. Dans celui d'Olivier, bien qu'une importante distance entre demande et motif de la consultation soit très vite avérée, le psychologue est conscient que son travail de subjectivation peut apporter des effets significatifs sur les apprentissages de l'enfant.

## IV. L'organisation

### 1. Les objectifs de positionnement institutionnel

Se constituer CMPP repère ou repéré dans la cité.

Cette partie est issue d'un travail de réflexions et de collaborations lors de commission de travail avec la *Fédération Des CMPP* : « le CMPP de demain ».

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'apparente le plus possible à l'habitat environnant.

- Une taille d'équipe raisonnable, suffisante pour assurer un accueil de qualité avec un secrétariat permanent, et avec un plateau technique assez ouvert pour permettre une pluralité de propositions thérapeutiques, mais sans trop.

Mais au-delà de ces conditions matérielles, nous avons surtout souligné (ainsi qu'avec l'ensemble de l'équipe) 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 prends 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.

## ***2. Les procédures internes***

### **L'accueil**

A la demande d'un ou des parents, l'enfant est inscrit au CMPP suite à leur appel téléphonique ou leur passage dans les locaux.

La demande est reçue par la secrétaire qui la note puis pose aux parents les renseignements nécessaires à la fiche d'inscription. Lorsque la secrétaire décèle une situation particulièrement urgente ou complexe, elle relaye la demande des parents à l'assistante sociale qui, si besoin, en informe l'équipe des psychothérapeutes pour envisager un premier rendez-vous rapide.

La forte demande nous impose de mettre en place une liste d'attente. Chaque enfant est reçu par ordre d'inscription.

### **Les 1<sup>er</sup> rendez-vous avec un psychothérapeute**

L'enfant est reçu par un psychothérapeute qui sera le référent de l'enfant et sa famille durant toute la durée de prise en charge au CMPP quelle qu'elle soit.

Le référent écoute la demande de l'enfant et de ses parents au-delà des symptômes rapportés en s'intéressant à l'enfant dans sa globalité et son environnement familial.

Après quelques entretiens, le référent présente l'enfant et sa famille au reste de l'équipe lors de la réunion d'équipe afin de réfléchir à la prise en charge proposée. L'enfant et sa famille pourront être adressés à un orthophoniste ou un psychomotricien pour un bilan.

Une psychothérapie peut s'engager conjointement à un accompagnement orthophonique et/ou en psychomotricité.

## **La « référence »**

Cette notion s'entend de différentes façons selon les perspectives de travail avec les familles et les enfants.

La notion de « référent » coexiste avec celle d'un « suivi » (notamment orthophonique et/ou psychomoteur) au sein du CMPP.

Sur le plan légal, il s'agit au minimum de recevoir la famille de l'enfant deux fois dans l'année. Le psychothérapeute « référent » est celui qui reçoit la famille en première intention, lors de son arrivée au CMPP. Il fait ensuite « référence » pour la famille, c'est-à-dire qu'il incarne la personne vers laquelle se tourner en cas de besoin ou de problématiques spécifiques. Il est le dépositaire d'une histoire et souvent d'une demande.

Le référent a la responsabilité de s'assurer du suivi de l'enfant dont il assure la référence.

Il représente un des fondements de la différence avec le fonctionnement d'un cabinet de groupe : il continue de s'intéresser à l'histoire de la famille et à l'enfant alors même qu'il n'a pas, ou plus, mis en place de psychothérapie mais que l'enfant est suivi au CMPP en orthophonie et/ou psychomotricité.

Il permet à chaque collègue orthophoniste ou psychomotricien de ne jamais être seul dans ses prises en charge. Ceci est d'autant plus important qu'il s'agit d'une particularité de l'accompagnement au sein d'un CMPP, institution dont une part importante du travail intègre nécessairement une dimension pluri professionnelle ; multi-regards et multi-analyses.

Il est également celui qui va mettre en place, le cas échéant, le suivi psychothérapeutique. A ce titre, il est donc le psychothérapeute de l'enfant, et celui qui reste garant du soin de l'enfant.

Il arrive que les parents soient reçus plus régulièrement par le référent. Ce dernier peut également ponctuellement adresser les parents de l'enfant qu'il suit à un collègue au sein de l'institution, pour quelques motifs spécifiques. Ce dispositif permet une prise de distance parfois nécessaire pour le thérapeute. Il permet des échanges entre psychothérapeutes ayant reçus directement chacun cette famille.

## **Le travail pluridisciplinaire en réunion d'équipe**

Ce temps de réunion permet des échanges cliniques et théoriques autour des situations évoquées. Il s'agit d'un temps d'élaboration. Il permet notamment :

- Un travail d'échange pluridisciplinaire sur la perception d'une problématique, autour de situations difficiles, nouvelles ou qui suscitent une interrogation.
- La détermination éventuelle de l'orientation de l'enfant ou d'un membre de sa famille vers un autre membre de l'équipe.
- La nécessité d'effectuer une synthèse autour de la situation d'un enfant en vue de la préparation d'une équipe de suivi scolaire (ESS).
- La demande éventuelle d'intervention de l'assistante sociale auprès des enseignants ou travailleurs sociaux ou l'orientation vers un autre établissement plus approprié.
- La proposition si nécessaire d'une prise en charge régulière.

- D'évoquer régulièrement les problématiques institutionnelles et évolution du contexte (juridique, économique, social) de travail.
- Tous les membres de l'équipe participent obligatoirement et systématiquement à la réunion de synthèse.

### **Projet de soin individualisé**

Le projet de soin individualisé est élaboré par le référent de l'enfant en présence des parents et/ou du détenteur de l'autorité parentale. Le document reste sous la responsabilité du directeur médical. Ce document est rédigé dans le courant des six premières séances qui correspondent à des séances d'évaluation globale. Le projet est complété, le cas échéant, tout au long du parcours de soin et des ajustements nécessaires.

Le consentement est recherché et formalisé au début de la prise en charge et il est réactualisé en cas de nouvelle prise en charge/prise en charge associée. A ce moment un avenant est institué, qui fait l'objet d'une révision annuelle au minimum.

### **La fin du suivi au CMPP**

La fin du suivi se parle avec l'enfant, sa famille et le professionnel quelle que soit la personne à l'origine de la demande d'arrêt.

Cette fin peut être indépendante de la levée du symptôme qui était à l'origine le motif d'inscription de l'enfant au CMPP.

### **Le travail de relation avec les partenaires « extérieurs »**

Il est fondamental pour un accompagnement efficace des enfants (les enseignants, travailleurs sociaux, P.M.I médecins etc.). Il permet à la fois de mieux expliquer notre travail et de collaborer avec eux tout en préservant la confidentialité pour les enfants et leurs familles.

Ce travail consiste en :

#### **- Une information institutionnelle :**

- a) Un travail de prise de contact avec les différents partenaires au niveau institutionnel pour informer/expliciter le travail du CMPP.
- b) La distribution de plaquettes distribuées dans les écoles, PMI, centres sociaux etc. informant du fonctionnement du CMPP.

#### **- Un travail social**

Le travail de relation avec les partenaires extérieurs à propos de tel ou tel enfant ou famille est assuré prioritairement par l'assistante sociale. Elle assure une « interface » entre les demandes externes et internes. Ce travail s'effectue en particulier :

a) Avec les enseignants : Une disponibilité à rencontrer les enseignants lorsqu'ils rencontrent des interrogations vis à vis d'un enfant. C'est un travail délicat qui suppose de répondre aux demandes des enseignants tout en préservant l'intimité des enfants/familles suivis au CMPP. Il ne peut réussir qu'en tissant des liens de confiance qui s'inscrivent dans la continuité. C'est souvent à l'occasion des équipes éducatives que peuvent se tisser ces liens de confiance. Il est aussi organisé, pour certains enfants posant de gros problèmes, des synthèses entre un ou plusieurs membres de l'équipe du

CMPP et le(s) enseignants, directeur d'école, RASED et tout autre partenaire social ayant à voir avec cet enfant.

b) Avec les RASED (réseau d'aide spécialisé) : La relation avec les RASED et en particulier les psychologues scolaires est un élément important des relations avec l'école. Le/la psychologue scolaire est de plus en plus souvent la première personne contactée par les enseignants lorsqu'un élève pose problème. De la confiance qui va s'instaurer va dépendre l'envoi ou non des enfants vers le CMPP.

c) Avec les travailleurs sociaux et institutions médico-sociales : Le même type de travail qu'avec les enseignants.

Au niveau local, l'établissement travaille donc en lien étroit avec l'ensemble des établissements scolaires, spécialisés ou non, autour des problématiques de l'enfant. Il participe également à un programme spécifique mis en place sur la commune de Montgeron et communes avoisinantes : la Réussite Educative.

Dans le cadre de la politique de la ville – Plan de cohésion sociale et la loi n°2005-32 de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005, les dispositifs de Réussite Educative visent à donner leur chance aux enfants et aux adolescents ne bénéficiant pas d'un environnement social, familial et culturel favorable à leur réussite.

Ils ont pour vocation d'accompagner, dès la maternelle, des enfants et des adolescents (jusqu'à 16 ans) présentant des signes de fragilité en prenant en compte la globalité de leur environnement.

Le programme de Réussite Educative permet de mettre en synergie l'action des différents professionnels socio-éducatifs pour faire évoluer la situation d'un enfant ou d'une famille en fragilité. Il a pour volonté de mobiliser les partenaires susceptibles de par leurs compétences professionnelles, leurs connaissances du territoire et leurs missions, de contribuer à une meilleure compréhension des situations et à leur amélioration.

Une famille peut avoir été informée pour rencontrer directement l'équipe Réussite Educative ou être accueillie avec un professionnel extérieur.

Une coordination se met en place entre l'équipe Réussite Educative et les autres professionnels partenaires.

La situation est présentée en CPS « Commission de Présentation des Situations » pour une proposition de parcours le plus adaptée possible qui pourrait être :

- un encadrement approprié aux besoins de l'enfant : soutien scolaire, suivi médical
- des activités pour donner le goût à de nouvelles découvertes : activités culturelles, sportives...
- un accompagnement personnalisé pour soutenir les liens parents enfants.
- Une orientation dans le domaine de soins : CMPP, psychologue, orthophoniste, soins dentaires...

Une grande partie des enfants accueillis résident dans la cité de l'Oly. Il s'agit d'enfants en situation de fragilité.

- au niveau scolaire : passivité, absentéisme, découragement, lacunes importantes, manque de liaison parents / écoles. L'équipe éducative estime qu'il doit être trouvé d'autres formes de soutien que celles qu'elle a pu mettre en œuvre ou mobiliser

- Tissu familial fragile, parents en difficulté par rapport au comportement de l'enfant, parents ayant besoin d'un soutien
- Comportement agressif, agitation, isolement, passivité
- Des enfants pour lesquels on reste sous solution de prise en charge ou sans être parvenu à recueillir l'adhésion des parents ou de l'enfant
- Questions de santé : suivi psychologique ou orthophonique (carences au niveau des soins) ne pouvant être mis en place dans un premier temps par manque d'adhésion ou de place au CMPP de la part de la famille ou chez les orthophonistes libérales.

### **La confidentialité et le secret partagé**

Les participants au dispositif appartiennent à différents champs professionnels, ont diverses formations et sont rattachés à diverses structures institutionnelles ou associatives, régies différemment par le secret professionnel.

Cependant, compte tenu des objectifs du programme de Réussite Educative, c'est la notion de secret partagé qui primera pour que puissent circuler lors des réunions, les informations primordiales à connaître.

Les participants veillent à ne partager que les informations qu'ils jugent strictement nécessaires à la bonne compréhension de la situation.

Les participants au dispositif de Réussite Educative sont tenus à la plus stricte confidentialité concernant les informations recueillies dans le cadre du dispositif. Cependant, les participants restent individuellement tenus, conformément à la loi, de révéler aux autorités compétentes tout mauvais traitement infligé à un mineur.

Par ailleurs, le CMPP de Montgeron-Crosne est membre de l'Association des CMPP du 91. Il est également membre de la FDCMPP qui réunit les CMPP sur le plan national et peut porter une voix politique commune pour défendre des projets d'ampleurs ayant trait à l'identité, à l'organisation ou aux modalités de tarification des établissements.

### ***3. La mise en place des outils de la loi 2002-2 et la démarche d'amélioration continue de la qualité***

Chaque famille reçoit un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement de l'établissement, la charte des droits et liberté de la personne accueillie, une information sur la double prise en charge. Un livret d'accueil à destination des enfants a été réalisé également. Le secrétariat s'assure de la bonne compréhension par les parents des informations administratives délivrées.

La prise en charge est « contractualisée » conformément à la loi (DIPC). Les parcours de soins sont présentés et discutés avec les parents.

Les formes de participation collective sont réfléchies. Un questionnaire de satisfaction est laissé à disposition à l'accueil. Les formes de participation évolueront vers la réalisation d'enquêtes de satisfaction.

L'évaluation interne est réalisée en lien avec le référentiel de l'Association de l'Entraide Universitaire. L'amélioration continue de la qualité découlera du plan d'action à mettre en place. Cette évaluation va être réalisée en 2013 tandis que l'évaluation externe sera réalisée en 2014.

L'établissement tente de promouvoir des rencontres régulières entre professionnels en sus du temps de synthèse collective une fois par semaine.

## **V. Les moyens**

### ***1. Les qualifications professionnelles***

L'équipe de direction se compose d'un directeur médical (0,45ETP) et d'une directrice d'établissement (0,50ETP). L'équipe compte quatre psychologues cliniciens psychothérapeutes (2ETP), deux orthophonistes (1,25ETP), deux psychomotriciennes (1ETP), une assistante sociale (1 ETP), une secrétaire (1 ETP), une comptable (0,33ETP) et un agent d'entretien (0,37ETP).

Des fiches de postes existent pour chaque professionnel.

Cette organisation permet à l'établissement d'accueillir une file active d'usagers variant de 200 à 300 environ. Le CMPP est autorisé pour 4160 forfaits journaliers annuels dans le cadre d'un PPI de 2012 à 2016 agréé par l'Agence Régionale de Santé.

L'ouverture de l'établissement porte sur 210 jours annuels, du lundi au vendredi. Les horaires ont été pensés pour permettre des consultations « tardives » de sorte que les parents qui travaillent puissent venir rencontrer les thérapeutes le soir. Chaque psychologue consulte ainsi en soirée une fois par semaine de sorte que toute la semaine peut être « couverte ». Une fois par semaine (le jeudi) l'établissement effectue une ouverture administrative le matin et ferme l'après midi.

Le mercredi reste une journée importante en raison du fait que les enfants ne vont pas à l'école, au moins l'après-midi. Des consultations doivent donc pouvoir leurs être proposées.

Les professionnels se réunissent tous au minimum une fois par semaine (à l'exception de la comptable et de la personne effectuant le ménage) pour un temps de synthèse clinique autour des situations d'enfants pris en charge. Les objectifs sont multiples. Il s'agit principalement d'effectuer un point global sur la prise en charge, les évolutions et améliorations, les difficultés etc. afin d'adapter continuellement les prestations proposées aux besoins constatés. D'autres temps d'échanges, moins formalisés, font partie intrinsèques du fonctionnement de l'établissement.

L'organigramme de l'établissement est déterminé en annexe.

L'établissement possède un plan de formation. Chaque professionnel est soumis à une obligation de formation continue, formations prises en charge par le CMPP selon le temps de présence du professionnel, le cout des formations visées, l'antériorité de la demande, le nombre de demande totale, etc.

Des thèmes peuvent orienter les choix mais la priorité reste donnée au choix de chaque professionnel dans l'exercice de sa « discipline ».

## ***2. Les locaux***

Suite au déménagement de janvier 2013, les locaux sont organisés aujourd'hui de la façon suivante :

170 m<sup>2</sup> en rez-de-chaussée, de plein pied, se composent d'une entrée et salle d'attente avec un secrétariat ouvert mais séparé, laissant notamment la place à des poussettes.

Le bureau de l'assistante sociale (spacieux et permettant de recevoir des usagers en toute confidentialité), ainsi qu'un bureau de consultation en orthophonie, un bureau de psychothérapie et une grande salle de psychomotricité permettent de penser des prises en charge complètes sur ce niveau.

Le bureau du directeur médical ainsi que le bureau partagé de la direction et de la comptabilité y figurent également.

Des sanitaires adaptés aux normes pour les PMR permettent de répondre intégralement aux obligations d'accueil et de prises en charge des usagers, ainsi que des professionnels dans cette situation.

A l'étage, sur 60m<sup>2</sup>, deux bureaux de consultations (psychothérapie et orthophonie) ont été aménagés ainsi qu'un sanitaire pour les professionnels et une petite réserve. Enfin, une salle de réunion, permettant également que les professionnels se restaurent, a été conçue à ce niveau.

Pour les professionnels à mobilité réduite, il est envisageable d'utiliser la salle de psychomotricité située au rez-de-chaussée en lieu et place de salle de réunion, le cas échéant.

Les grands objectifs de ce déménagement étaient :

### Objectif n°1 : Améliorer l'accessibilité géographique

Les locaux se situent en plein centre-ville à quelques minutes à pied de la gare RER, sur les lignes de bus, dans une zone piétonne et de plein pied. Il s'agit d'une copropriété résidentielle avec différents commerces alentours : pharmacie, cours particuliers, banques, médecine du travail, centre commercial notamment. Des parkings sont accessibles alentours. Le CMPP se rapproche de la ville de Crosne et améliore son accessibilité depuis les immeubles de *la forêt*.

L'emplacement est donc idéal.

### Objectif n°2 : Améliorer la qualité de l'accueil et les conditions de travail:

- l'ensemble d'une prise en charge peut être conçue au rez-de-chaussée et est accessible aux PMR.
- extension des capacités de prise en charge et de développement de différentes modalités de travail avec les enfants, augmentation de la superficie d'accueil : de

160 à 230 m<sup>2</sup>. Les bureaux sont plus spacieux et ceux conçus pour les consultations ne sont plus partagés avec les administratifs.

- accueil des partenaires, familles et institutions dans de bonnes conditions (salle de réunion, taille des bureaux, site neuf et propre, isolation phonique etc.)

Le CMPP doit être repéré sur le territoire : en plein centre-ville et facilement accessible pour tous.

#### Objectif n°3 : Mettre aux normes PMR (et autres normes)

Le site est mis aux normes : toute la prise en charge peut avoir lieu au rez-de-chaussée concernant un usager à mobilité réduite ; création de sanitaires adaptés ; Outre une adaptation spécifique des bureaux, les travailleurs handicapés pourront être également employés.

Le décret du 21 octobre 2009 relatif à l'accessibilité des lieux de travail aux travailleurs handicapés est appliqué (proportionnalité).

La charte environnementale a également été respectée.

#### Objectif n°4 : S'inscrire dans un réseau partenarial et développer de l'activité en lien avec les problématiques repérées

L'augmentation de la taille du site s'inscrit notamment dans une logique de confort de prise en charge et de travail. Initialement le CMPP de Montgeron-Crosne possédait une antenne à Crosne de quelques mètres carrés supplémentaire et partagés avec la mission locale de la Ville.

Une grande salle de réunion devrait permettre de recevoir des partenaires beaucoup plus facilement. De même, des journées portes ouvertes pourront être organisées.

#### Objectifs n°5 : Répondre à la réglementation ainsi qu'aux nouveaux besoins de prise en charge

Les besoins complexes nécessitent des locaux particulièrement sécurisés et adaptés, susceptibles de correspondre aux attentes du droit des usagers, notamment sur les questions relatives à l'accueil « bientraitant » et dans des conditions adéquates aux besoins.

La capacité d'accueil a été augmentée.