

## L'ENFANT DE L'ARS. SOINS PSYCHIQUES, QUAND LES POLITIQUES S'EN MÊLENT

[Éric Soutif](#), [Marc Rodriguez](#)

Érès | « Dialogue »

2022/3 n° 237 | pages 123 à 137

ISSN 0242-8962

ISBN 9782749274768

DOI 10.3917/dia.237.0123

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-dialogue-2022-3-page-123.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# L'enfant de l'ARS

## Soins psychiques, quand les politiques s'en mêlent

Éric Soutif et Marc Rodriguez

---

### Mots-clés

*Politique de santé, TND, CMPP, menaces, clivage, désinstitution, éthique.*

---

### Résumé

À partir du paradigme du cahier des charges imposés par l'ARS AUX CMPP de Nouvelle-Aquitaine, l'article témoigne des menaces que font peser les politiques publiques de santé sur les institutions. Il s'agit d'une part de comprendre « l'idéo-logique » qui préside au démantèlement des institutions pour favoriser une conception postmoderne du soin où les institutions sont transformées en prestataires de services ; d'autre part, d'analyser ce glissement progressif de la désinstitutionnalisation à la « désinstitution » qui menace les fondements du soin psychique dans ses fonctions de reliance, de créativité, de transformation. Ainsi, l'article s'attache à cerner les effets de cette effraction qui infiltre les institutions, les équipes, jusque dans l'intimité de la rencontre thérapeutique. Cette néo-conception qui dénie ce qu'est la réalité psychique, la souffrance, invite à penser des questions pourtant légitimes de la diversité des pratiques, de la place des familles et de l'inclusion des sujets dans la société.

---

*Éric Soutif, psychologue, docteur en psychologie. [soutiferic@yahoo.fr](mailto:soutiferic@yahoo.fr)*

*Marc Rodriguez, psychologue clinicien, docteur en psychologie, psychomotricien, chargé d'enseignement à l'université Paris Sorbonne (DU recherche clinique en psychomotricité et Master Santé). [marc.rodriguez8@wanadoo.fr](mailto:marc.rodriguez8@wanadoo.fr)*

« Chaque groupe social définit l'enfant selon des normes qui sont utiles au groupe : commodes aux parents et aux aînés, bien plus que conformes à la réalité objective qu'est l'enfant. »  
(Devereux, 1970, p. 112)

**A**vec le passage de la psychiatrie à la santé mentale, le secteur sanitaire connaît depuis une vingtaine d'années d'importants remaniements imposés par les pouvoirs publics. Il ne pouvait en être autrement pour celui du médico-social où s'observe le même mouvement idéologique. Roland Gori et Marie-José Del Volgo ne s'y trompent pas lorsqu'ils remarquent que « cette régression de l'humain en psychiatrie, la médicalisation de la souffrance psychique, l'expertise scientiste qui la couvre de son autorité [...] amènent à des politiques hygiénistes et sécuritaires d'un gouvernement des conduites toujours plus précoce et toujours plus féroce » (Gori et Del Volgo, 2020, p. 239-240).

S'il y a bien un temps où ça se passe et un temps où ça se signifie (Green, 2004), il s'agit aujourd'hui de dépasser une simple réaction défensive de contestation afin de penser/panser cette violence.

Au-delà du cas particulier des CMPP de Nouvelle-Aquitaine, l'analyse proposée ici est révélatrice des orientations politiques et sociétales qui impactent de manière délétère le soin en général et le soin psychique en particulier. Des affres du *new management* qui tend à protocoliser le soin au mouvement de « désinstitution » qui ouvre la voie à la mise en concurrence des pratiques de soin, jusqu'à la politique d'inclusion à tout prix qu'il faudrait plutôt renommer « à moindre coût », nous repérerons les effets de ces politiques sur les pratiques mais surtout auprès des enfants et familles les plus vulnérables.

## **Vous avez dit Férocité ?**

En novembre 2019, l'Agence régionale de santé (ARS) de la Nouvelle-Aquitaine transmet aux associations gestionnaires des CMPP (29 CMPP et 46 antennes répartis dans les douze départements) un cahier des charges

(ARS, 2019) très précis qui, en contradiction avec les textes fondateurs, redéfinit de façon abrupte le cadre et les attendus de leurs missions et dicte leur repositionnement. Le signifiant « trouble neurodéveloppemental » (TND) étant le maître-mot qui commande et orchestre tout le redéploiement.

Un cahier des charges inédit dans les annales des ARS, dictatorial, qui exige une mise en conformité totale aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) en vigueur, les associations gestionnaires étant sous la menace de la remise en cause des autorisations (leurs crédits) si elles ne s’y conforment pas. Des recommandations que l’ARS Nouvelle-Aquitaine instrumentalise en ce sens qu’elles seraient juridiquement opposables aux professionnels qui ne les suivraient pas et ce contre l’avis même de la Haute Autorité de santé (HAS<sup>1</sup>).

Un cahier des charges qui n’a été élaboré sans aucune concertation, ni avec les professionnels, ni avec les familles des enfants/ados qui viennent dans les CMPP, ni avec les politiques locaux. La concertation se limitant pour l’ARS Nouvelle-Aquitaine à quelques rares réunions d’information dans une vision verticale et descendante de l’information. Incontestablement, la mise en application d’un tel cahier des charges revêt et constitue une violence tant dans la forme que dans le fond. S’y expriment sans fard un certain nombre de menaces qui attaquent et désorganisent à la fois le groupal (les institutions) et l’individuel (sujets qui les composent). C’est donc sous son joug que s’impose ce changement de paradigme contraignant les CMPP à se repositionner, les salariés à s’adapter, à se conformer, sinon à partir.

---

1. « Elles [les RBPP] reflètent le consensus autour de l’état de l’art et des connaissances à un moment donné. Elles ne sauraient dispenser les professionnels d’exercer leur discernement dans l’élaboration et le choix de l’accompagnement qu’ils estiment le plus approprié, en fonction de leurs propres constats et des attentes des personnes accompagnées » ([https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/guide\\_rbpp\\_sms\\_2021-01-07\\_10-47-37\\_949.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/guide_rbpp_sms_2021-01-07_10-47-37_949.pdf), p. 3).

## Un discours politique hors-sol...

Outre le ton menaçant, cette violence tient à la forme du discours qui structure ce cahier des charges, discours comme ce qui définit un type de lien social organisé et ordonné par le langage. Un discours politico-bureaucratique qui, s'apparentant au discours du maître, soutient et véhicule une idéologie bien singulière. Or, comme le souligne Marie-Élisabeth Volckrick (1997, p. 123), le discours de l'idéologie « met au travail un certain savoir [...] aujourd'hui de manière dominante, savoir scientifique, mais d'une science souvent utilisée, cherchant à produire du contentement renforçant l'idéologie ». L'auteure remarque que dès lors l'un des effets possibles tient à un changement de discours, le discours du maître passant à celui de l'université. En ce sens, l'intrication et l'articulation de ces discours servent un procédé d'autolégitimation dont use l'ARS Nouvelle-Aquitaine qui n'a que faire du dialogue et donc de l'autre/Autre.

En témoigne d'ailleurs le « Nous ne vivons pas dans le même monde » du directeur de cette ARS, à l'origine de ce cahier des charges, inaugurant la première rencontre avec les acteurs de terrain. Les délégations qui ont été reçues à trois reprises par l'ARS Nouvelle-Aquitaine ont largement éprouvé que la posture et le discours adoptés par l'ARS n'avaient clairement pas pour vocation d'instaurer un contexte de rencontre, encore moins de dialogue.

Émane logiquement d'une telle posture une violence bien singulière en ce qu'elle est à la fois déniée et, dans un même mouvement, assumée et sans complexe. Ce même directeur s'étonnant de cette réaction de mobilisation, ne voyant pas dans ce cahier des charges l'once d'une menace. Le style bien à lui d'un directeur qui ne cache pas s'inspire de la « théorie du chaos » (Lespez, 2014) pour mener sa politique de changement avec laquelle il entend bien marquer la révolution d'un temps, d'une pratique jugée d'outre-tombe pour certains, maltraitante pour d'autres.

En effet, il importe de ne pas omettre que ce cahier des charges trouve aussi à s'autolégitimer par le soutien de certaines associations de famille

qui agissent comme de puissants lobbyistes (Chamak, 2021), mues par une certaine haine à l'endroit des CMPP.

Relevons enfin que ce discours de l'ARS s'autolégitime d'autant plus facilement qu'il s'articule parfaitement au discours social ambiant. Le discours consumériste du capitalisme où le sujet, bercé des rêves de bonheur, n'a qu'à se laisser combler par les objets et les offres qui s'imposent à lui. Depuis plusieurs années déjà, les CMPP voient arriver des familles faisant leur marché au sein du panel de soins proposés. Or, comme le souligne Jean-Louis Rinaldini (2011, p. 22), avec le discours capitaliste « le lien social entre les parlêtres est défait au profit de ce rapport aux objets, qui en quelque sorte réalise les fantasmes ». De fait ici, les questions du manque, de l'Autre, etc. ne se posent plus : « être non assujetti – ce qui est paradoxal pour un Sujet – qui l'autorise à se croire libre radicalement et à s'autonomiser absolument » (*ibid.*, p. 21).

## **Retour à la réalité, la clinique**

S'il y a la forme, il y a bien entendu le fond. Ce changement de paradigme imposé par le cahier des charges tend à isoler et à cliver deux types de population, les individus relevant de TND et les autres, qualifiés de « troubles légers ». Des « autres » que les équipes ont grande peine à nommer, tant ce clivage est artificiel. Quoiqu'il en soit, ce clivage témoigne d'un inconciliable lourd de conséquences.

Abordons ces effets selon trois niveaux distincts mais intriqués, sans perdre de vue, en toile de fond, les questions éthiques qui se posent :

- au niveau de la dynamique association/institution,
- au niveau des équipes sujets/salariés,
- au niveau de la clinique.

## Au niveau de la dynamique association/institution

Le clivage génère un paradoxe en ce qu'il s'agit de remanier le système à moyens constants et que, logiquement, l'inclusion massive des enfants dits « TND » n'est possible qu'à la condition d'exclure les autres.

*De la « désinstitutionnalisation » à la « désinstitution »*

Cette politique du virage inclusif est loin de faire dans le « *all inclusive* ». Faute de moyens, l'inclusion à tout prix se transforme pour certains, comme le souligne le rapport Piveteau (2022, p. 13), en un « diktat de performance inadapté à certaines personnes ». Accablée de tous les maux, l'institution est à démanteler pour laisser la place à des plateformes où le libéral et la loi du marché font leur entrée dans une logique d'offre de services bien loin de la logique du soin. Cette philosophie néolibérale qui vise à considérer le soin comme une marchandise comme les autres génère plus qu'un mouvement de « désinstitutionnalisation », que l'on pourrait partager si l'on s'en donnait les moyens, mais plus exactement un mouvement de « désinstitution » avec son inquiétante tendance à la fragmentation et à l'individuation de l'offre de soin. En effet, la plateforme du soin génère une pléiade de services, où chaque professionnel fort de son savoir parcellaire et d'un bilan normé est en droit d'obtenir sa part du développement de l'enfant. L'enfant, son développement et ses troubles, ainsi découpés en tranches, ne sont plus le sujet d'une réflexion d'équipe dans une approche globale bio-psychosociale transdisciplinaire mais devient l'objet de soins multiples qui se juxtaposent. Les familles, censées faire leur marché au sein des offres proposées, sont accompagnées, dans le meilleur des cas, par de nouveaux métiers (coordinateur, référent de parcours, *case management*...) qui tentent vainement de retisser ce que la multiplication des acteurs et la juxtaposition des dispositifs a défait.

De la « désinstitutionnalisation » à la « désinstitution », on jette le bébé avec l'eau du bain et c'est l'essence même du soin qui se trouve attaquée par les réformes successives. Il ne s'agit plus symboliquement d'aider un sujet à se

mettre debout – étymologiquement *in statue* (Delion, 2018) –, à le porter afin de lui donner les moyens de penser et d’agir par lui-même, mais uniquement de l’aider à choisir dans des offres de services en évitant autant que possible les ruptures de parcours. En déléguant à un métier, fût-il nouveau, une fonction qui ne peut être assurée que par une élaboration d’équipe dans un cadre stable et structuré, on institue le nomadisme et le hors-sol comme la règle d’un nouveau marché que constitue le médico-social.

### *La désintrinsication institutionnelle*

Depuis plusieurs années déjà, de nouveaux signifiants sont venus subrepticement s’infiltrer dans le champ des institutions. Si jusque-là nous pouvions penser à des glissements par des effets de renomination, le diktat du cahier des charges, avec sa prévalence pour les TND, marque une rupture telle qu’un certain nombre de signifiants sont à bannir, à cacher. Mieux vaut parler de psychodynamique que de psychanalyse, mieux vaut parler de troubles que de « conflit psychique », etc. Les associations gestionnaires se doivent d’être dans le politiquement correct si elles veulent continuer à bénéficier de leurs crédits. Pour ce faire, elles n’ont pas d’autre alternative que d’imposer aux équipes tout un travail de réécriture de projets, de missions sous l’égide de cette idéologie nouvelle. Au niveau institutionnel et groupal, les associations gestionnaires ne peuvent plus ici jouer un rôle de « pare-excitation » permettant de garantir à leurs salariés des espaces de « jeu ». L’effraction produite par ce cahier des charges dessert les processus de « liberté/créativité » pourtant nécessaires au travail d’équipe, à tout un chacun. Bien plus que des préconisations, ce cahier des charges impose d’agir et d’appliquer des grilles de lecture selon une nomenclature spécifique qui cliniquement ne tient pas compte de la complexité des situations. Les sujets/salariés le savent, l’éprouvent. Ils sont ainsi pris en tenaille entre deux principes de réalité inconciliables. D’un côté, celui représenté par l’appel de la clinique, de l’autre l’intransigeante imposition d’un cahier des charges qui fait forçage. Cette situation produit une dissonance telle que bon nombres d’équipes et de salariés ne s’y retrouvent plus et ont des difficultés à s’orienter dans leur travail. Ce conflit génère logiquement un mal-être

(démissions, arrêt de travail, *burn out*, etc.) et une perte de sens dans le travail. En instaurant le clivage comme mode de management, ce cahier des charges participe à la désintronisation institutionnelle dont les effets mortifères sont déjà à l'œuvre dans les dynamiques d'équipe.

### **Au niveau des équipes sujets salariés**

Outre un conflit éthique, le repositionnement induit par le cahier des charges a pour effet que bon nombre de salariés vivent un glissement de statut, vecteur de souffrance, ayant le sentiment d'être passés de celui de *sujet salarié* de et dans l'institution à celui de *salarié objet* de et dans l'institution. Ce cahier des charges qui a fait soudainement irruption produit une effraction qui attaque les liens, ceux qui lient sujets salariés à leur institution, ceux qui les lient entre eux. S'observe une forme de repli sur un « quant à soi », de résignation s'apparentant à une passivité probablement en lien avec un deuil à reconnaître, à élaborer.

Cette situation d'effraction attaque « l'appareil psychique groupal » (Kaës, 1976, 1993) et produit une déliaison qui infiltre les « appareils à penser » (institutionnel/groupal/individuel) dont le rôle central est de servir les processus de symbolisation, d'appropriation subjective, de transmission. Au niveau groupal, le repositionnement des CMPP a conduit à l'embauche de nouvelles corporations dédiées au TND (neuropsychologue, éducateur, ergothérapeute, etc.) qui, pour la majorité, ne connaissent, ni n'ont, la culture des CMPP. Le clivage TND/non-TND s'éprouve parfois par les ambiances, quand ce ne sont pas les tensions ou conflits qui traversent les équipes composées par ces profils hétérogènes. Dans les cas où les équipes (TND/non-TND) sont amenées à travailler, penser ensemble, le clivage suscité par ce cahier des charges est tel qu'il vient alimenter les antagonismes issus de cultures professionnelles différentes et rend parfois impossible le nécessaire travail de transdisciplinarité. Au niveau individuel, bon nombre de salariés exerçant depuis plusieurs années sont « parasités » sur le plan de la pensée dès lors qu'il s'agit pour eux de rendre compte de leur clinique, notamment au niveau des écrits (compte de résultat, bilan, etc.). Ils subissent tant les

effets de censure que ceux inhérents à l'effraction inhérente au cahier des charges qui en impose par ses impératifs, par ses changements de discours, de signifiants.

### **Au niveau de la clinique**

Ce clivage TND/non-TND induit que tout nouvel enfant ou adolescent qui arrive au CMPP est d'emblée « suspecté » de TND. Il subit alors une multitude de bilans, ce criblage servant la cause première de diagnostiquer avant tout afin de différencier les enfants et adolescents qui relèveraient de TND et les autres. La recherche d'un diagnostic ciblé, plutôt qu'une recherche ouverte sans hypothèse préalable – les troubles pouvant affecter un enfant étant nombreux –, contribue à une augmentation artificielle des diagnostics de TND. Une telle façon de procéder en vient à promouvoir des pratiques de plus en plus spécifiques et catégorielles au détriment d'approches plus globales. Ainsi, le système trouve ici aussi à s'autolégitimer, à s'auto-produire, à s'autoalimenter, permettant aux acteurs privés de s'engouffrer dans la brèche d'une vision partialisée du développement.

Plus grave encore, ce clivage contraint les cliniciens à trancher afin d'inscrire l'enfant/l'adolescent dans l'une de ces deux catégories. S'opère alors un tri qui sert la mise en place et en marche de deux filières distinctes, chacune ayant sa propre logique, sa propre approche, sa propre méthode. S'il importe que des soins soient toujours différenciés et individualisés, les établir sur une telle base pose une multitude de questions et de problèmes dans les propositions d'accompagnement, notamment face à des situations complexes.

La situation paradigmatique du jeune Timéo, 5 ans, suivi au CMPP (psychothérapie, relaxation, atelier contes) depuis six mois pour une agitation largement sous-tendue par un monde interne angoissant fait illustration. L'air du temps est à la suspicion et il est donc suspecté un TDAH (trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) qu'il importe maintenant et avant tout de diagnostiquer au plus vite. Le CMPP ne disposant pas de l'arsenal spécifique pour pareil trouble, Timéo est alors orienté pour diagnostic vers

une clinique qui dispose d'un service dédié au TDAH (diagnostic, soins). Le couperet tombe, Timéo est TDAH. La famille de Timéo est alors contrainte de choisir l'un des deux lieux, d'autant qu'une double prise en charge n'est pas possible. C'est avec une profonde tristesse que Timéo est sommé d'abandonner les soins et les soignants du CMPP. Une tristesse aussi pour sa famille qui ne comprend pas cette logique de réorientation alors qu'ils sont contents des soins proposés par le CMPP, de l'investissement de leur fils, des changements qui commencent à s'opérer. Quelques mois plus tard, les parents de Timéo reprennent contact avec le CMPP. D'un commun accord avec la clinique, ils souhaitent arrêter les soins qui ne correspondent plus, selon le médecin, à l'évolution de la problématique de Timéo. Nous apprenons alors que les débordements imaginaires de Timéo que nous lui connaissions ont mis à mal le groupe thérapeutique spécifique au TDAH auquel il participait. La clinique ne proposant que des suivis spécifiques en groupe et aucun suivi individuel, les parents sont amenés à réinscrire Timéo au CMPP. Comble de l'absurdité du système, il devra patienter plusieurs mois avant de pouvoir y être accueilli à nouveau.

Cet impératif de distinguer, trancher, conduit forcément à une impasse dans la mesure où l'enfant/l'adolescent n'est pas l'un (TND) ou l'autre (non-TND), il est très souvent les deux à la fois. Cette vision partialisée du développement et de ses troubles produit un clivage artificiel rendant impossible le travail pourtant essentiel en clinique de différenciation entre une co-occurrence symptomatique (association de plusieurs symptômes relevant d'un même trouble) et une authentique comorbidité. La sectorisation du développement et de ses troubles en entités étanches a pour effet de produire une fragmentation artificielle des prises en charge et plus fondamentalement une mécompréhension des mécanismes développementaux en jeu (Rodriguez, 2021).

## **L'enfant de l'ARS**

En s'invitant dans le colloque singulier du thérapeute, de l'enfant et de sa famille, l'ARS Nouvelle-Aquitaine dévoile en arrière-plan la représentation

qu'elle se fait de l'enfant, de sa famille et du soin. L'enfant dont parle l'ARS dans le cahier des charges est essentialisé, défini en positif ou négatif selon qu'il est TND ou non. Il est sans histoire, réduit à une unité de valeur que les tests normés se doivent d'objectiver. Ainsi objectalisé, il peut être soumis à des protocoles contrôlables attestant la qualité des soins qui lui seront prodigués.

Dans cette vision pour le moins technocratique du soin, toute dimension subjective est considérée comme suspecte. Cette croyance béate et sans critique en l'objectivation n'est que le symptôme d'une défiance paradoxale (rappelons ici que les tests ne sont *in fine* qu'une observation clinique armée) vis-à-vis de l'expérience clinique et conduit à négliger un certain nombre de signes qui ne relèvent pas uniquement des écarts à la norme (Bullinger, 2002). Un signe, comme le souligne Yves Chaix (2013), n'existe pas en tant que tel : il a une histoire aussi importante que sa présence et ne s'exprime que dans un environnement donné, un milieu qui va en modifier l'expression et parfois la forme même.

Dans ce même mouvement de désobjectivation, la dichotomie entre TND et non-TND, qualifiés de « cas légers », témoigne par le biais d'une approche populationnelle d'une vision partielle de la souffrance de l'enfant selon qu'on lui attribue ou non une origine supposée endogène (neuro-développementale). Elle dénie la souffrance psychologique des enfants présentant un trouble du neurodéveloppement qui ne relèverait que de ré-éducations spécifiques ; n'est-ce pas, par ailleurs, un manque de considération que de qualifier ces sujets en souffrance de « cas légers » et de les orienter vers d'autres structures (CMP, RASED...) dont on sait le manque de moyens criant pour les accueillir ?

La défiance à l'égard du soin psychique et des soignants qui le représentent est telle qu'il ne suffit plus simplement d'écarter les directions médicales des décisions concernant les missions des CMPP, mais de rendre dans un même mouvement les recommandations de bonnes pratiques professionnelles obligatoires et le secret médical non opposable aux représentants légaux des

enfants. Ce forçage sur le plan du droit de ces deux injonctions soulève de nombreuses questions éthiques concernant la place accordée d'une part à l'expertise des professionnels et des parents et, d'autre part, au statut accordé à la parole et à l'intimité de l'enfant.

En effet, l'instrumentalisation qui est faite par ce cahier des charges des RBPP vise à évincer du trépied initial qui lui donne son équilibre légal et éthique (état actuel des connaissances, expertise du clinicien, choix de la famille et/ou du patient) les deux composantes (parent/enfant-clinicien) qui ne peuvent être administrativement « maîtrisées » et qui font que chaque rencontre est singulière. Il s'agit ni plus ni moins, dans une démarche d'emprise technocratique, d'écarter le « facteur humain » de la décision du soin. Cette démarche managériale exportée du monde de l'entreprise associe une conception négative de l'intervention humaine (du côté de la faute) et repose sur une confiance sans faille dans les interventions techniques et protocolisées méconnaissant l'apport des sciences humaines (Dejours, 2005).

Dans cette même logique, comment accorder à l'enfant/adolescent la moindre parole (place) dans des décisions qui pourtant le concerneront directement ? En déniait l'usage du secret médical à l'enfant/adolescent, on lui dénie son droit à l'intimité. En d'autres termes, l'enfant de l'ARS n'a pas d'existence, au sens étymologique du terme (*ex sistere*), en dehors du soi parental. Dès lors l'intérêt de l'enfant est celui des parents dans une vision de la famille que l'on pourrait qualifier d'autocratique.

## **Pour conclure : quelle place institutionnelle pour les familles accueillies en CMPP ?**

Plus de deux ans après la promulgation de ce cahier des charges, le constat que nous pouvons faire de ses effets sur le soin dans les CMPP de Nouvelle-Aquitaine est accablant.

Face aux contraintes budgétaires, aux exigences du cahier des charges et sous la menace de la suspension de leurs agréments, les associations gestionnaires

n'ont eu d'autre choix que de diminuer drastiquement leurs actions auprès des autres publics accueillis et ce en pleine période de crise sanitaire et d'explosion des troubles psychiatriques. Pour la grande majorité des associations, cela a participé à diminuer considérablement la file active, à instaurer des filtres à l'admission en constituant des équipes d'orientation en amont, à installer une sectorisation qui n'existait pas dans les CMPP. Et, pour les plus zélées, à limiter dans le temps les soins prodigués, à conditionner l'admission à des critères stricts, par exemple l'engagement préalable des familles à accepter des liens formels avec l'école, ou à transformer purement et simplement le CMPP en pôle neurodéveloppemental.

Le fameux parcours de vie prôné par nos décideurs devient un parcours du combattant qui finit par démobiliser les familles les plus vulnérables. Là où l'institution pouvait encore jouer son rôle de portage, soutenir et faire émerger les demandes et besoins des familles, la « désinstitution » opère un « laisser-tomber » pour les plus vulnérables qui n'ont ni les ressources ni les codes pour naviguer sur les terres hostiles de la nouvelle administration du soin. Ces familles qui ne rentrent pas dans le champ du handicap et qui ne sont pas organisées en associations et encore moins représentées au sein de nos CMPP sont devenues invisibles auprès de nos décideurs et gestionnaires. Progressivement, presque sans bruit, elles en sont exclues ou s'excluent d'elles-mêmes lorsqu'elles ne répondent pas aux attendus de ces nouvelles contraintes. Un tri qui ne dit pas son nom s'est opéré inexorablement, on imagine ses effets à long terme.

Il faut le reconnaître, nous avons échoué collectivement à entendre sur un plan institutionnel la parole des familles qui sont accompagnées dans les CMPP. Elles se retrouvent aujourd'hui à payer le prix de décisions qui concernent l'avenir des CMPP sans jamais être en mesure d'être authentiquement consultées sur les choix qui impactent leurs enfants. L'absence de représentation et de pouvoir d'action sur le plan institutionnel des familles accueillies dans les CMPP a laissé la place auprès des pouvoirs publics aux lobbyings associatifs et à leurs intérêts particuliers (Chamak, 2021). Si l'on peut regretter que des hauts fonctionnaires de la santé prennent la multiplicité

des points de vue privés pour le bien commun, il nous faudra également nous interroger, nous qui faisons métier d'entendre la parole individuelle des familles et des enfants, sur notre incapacité à leur permettre de prendre la parole sur les enjeux institutionnels.

Nous faisons le pari collectif<sup>2</sup> que défendre le soin psychique, c'est en premier lieu redonner la parole et le pouvoir d'agir aux familles et enfants accueillis dans nos CMPP. Pour ce faire, il nous faudra construire les conditions d'un dialogue authentique en refondant le pacte initial entre les familles et les professionnels qui avait, dans les années 1960, permis de créer la belle idée de CMPP, guidée par la démarche éthique que la parole de l'autre peut nous changer.

## Bibliographie

- ARS NA, 2019. *Évolution de l'offre des centres médico-psychopédagogiques (CMPP) en Nouvelle-Aquitaine. Cahier des charges régional*, [https://www.fdcmpp.fr/IMG/pdf/evolution-cmpp.nouvelle\\_aquitaine.pdf](https://www.fdcmpp.fr/IMG/pdf/evolution-cmpp.nouvelle_aquitaine.pdf)
- BULLINGER, A. 2002. « La richesse des écarts à la norme », *Enfance*, 54, 100-103.
- CHAIX, Y. ; CORRAZE, J. ; LARENG-ARMITAGE, J. ; SOPPELSA, R. ; ALBARET, J.-M. 2013. « Table ronde sur la démarche diagnostique en psychomotricité », *Entretiens de psychomotricité*.
- CHAMAK, B. 2021. *Controverses sur l'autisme : décrypter pour dépasser les antagonismes*, Toulouse, érès.
- DEJOURS, C. 2005. *Le facteur humain*, Paris, Puf.
- DELION, P. 2018. *Fonction phorique, holding et institution*, Toulouse, érès.
- DEVEREUX, G. 1970. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
- GORI, R. ; DEL VOLGO, M.-J. 2020. *Exilés de l'intime : vers un homme neuro-économique ?*, Paris, Les Liens qui libèrent.
- GREEN, A. 2004. « Avant-coup/après-coup », *Le carnet psy*, 95, 22-24.
- KAËS, R. 1976. *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod, 2000.

---

2. Nous souhaitons remercier nos collègues de l'association CMPP A-Venir (associationcmppavenir@riseup.net) qui nous ont aidés à recueillir la réalité du terrain et à élaborer nos pensées.

- KAËS, R. 1993. *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.
- LESPEZ, V. 2014. *Médico-social : favoriser les coopérations aussi par injonction (Michel Laforcade)*, APM/International, Université d'été de l'ANAP, Lille
- PIVETEAU, D. 2022. *Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change*, Rapport, <https://www.gouvernement.fr/rapport/12713-rapport-de-denis-piveteau-experts-acteurs-ensemble-pour-une-societe-qui-change>.
- RINALDINI, J.-L. 2011. « L'angoisse et le discours capitaliste », Séminaire de psychanalyse 2011-2012, ALI Alpes-Maritimes-AEFL, 15-23.
- RODRIGUEZ, M. 2021. *Le développement de l'enfant. Évolution ou révolution ? Psychologie, psychomotricité et psychopathologie*, Paris, In Press.
- VOLCKRICK, M.-E. 1997. « Le lien social comme effet de discours », *Le bulletin freudien*, 30.

---

## When politics interferes in the institutions and mechanisms for psychological care

---

### Keywords

*Health Policy, NDD, Medical, Psychological and Pedagogical Centres, threats, cleavage, de-institution, ethics.*

---

### Abstract

Looking at the paradigm of the specifications imposed by the Regional Health Authority on the Medical, Psychological and Pedagogical Centres of New Aquitaine, this article reports on the threats posed by public health policies to our institutions. It firstly addresses the "ideo-logic" that governs the dismantling of institutions in order to promote a post-modern conception of care, where the institutions are transformed into service providers. Secondly, it analyses this gradual shift from de-institutionalisation to "de-institution", which threatens the foundations of psychic care in its functions of connection, creativity and transformation. We endeavour to identify the effects of this intrusion, which pervades institutions and teams, even creeping into the intimacy of the therapeutic encounter. This neo-conception, which flies in the face of psychic reality, with its suffering, legitimately prompts a series of reflections as to the diversity of practices, the place of families and the inclusion of subjects in society.