

Texte issu de l'ouvrage de L. Sciarra
"Entendre la parole des enfants et des adolescents
Une pratique clinique en CMPP"

Le CMPP de Villeneuve-Saint-Georges¹

Le « plateau technique » pluridisciplinaire de notre centre est composé initialement d'une secrétaire, d'une assistante de service social, de deux orthophonistes, d'une psychomotricienne, de trois psychologues, d'un médecin-directeur (psychiatre). Des remaniements ont eu lieu au fil du temps. Notons que depuis une vingtaine d'années, nous ne sommes plus sollicités pour la prise en charge d'enfants de moins de 2 ans et demi. Ces très jeunes enfants sont suivis dans des PMI et des CAMSP.

Depuis sa création, les équipes successives de ce CMPP ont travaillé en bonne entente avec la direction générale de l'APSI et la direction départementale du Val-de-Marne (ARS Île-de-France). La raison en est que les conditions structurelles, associatives et conventionnelles², d'organisation du travail et de l'exercice

1. Nous remercions vivement nos collègues Sylvie Landureau, secrétaire, Elisabeth Sternberg, assistante de service social, Virginie Le Berre, psychomotricienne, Delphine Walter, ex-psychomotricienne de ce CMPP, et Thomas Javel, psychologue, pour leur collaboration à ce chapitre.

2. À l'APSI, les salariés relèvent de la convention collective nationale de travail des établissements et services aux personnes inadaptées et

clinique sont restées très longtemps conformes aux orientations et exigences thérapeutiques des praticiens. Cependant, ces dernières années, nous avons pâti de problèmes de recrutement (orthophoniste et pédopsychiatre) et de directives de soins à l'échelle nationale (pas de nouveaux crédits pour répondre aux besoins de la file d'attente). Cela a rendu plus difficile le maintien des orientations cliniques et thérapeutiques, et parfois mis à mal les choix éthiques auxquels nous sommes attachés.

Pour une bonne compréhension de la dynamique de travail au sein de ce CMPP, il est nécessaire de préciser le contexte institutionnel, territorial, sociologique et démographique complexe de notre territoire d'intervention. Pour alléger la lecture de cet ouvrage et permettre au lecteur d'accéder rapidement aux histoires cliniques, nous choisissons de mettre en annexe (cf. annexe 1) ces différents éléments. Précisons simplement que les populations que nous recevons, par rapport à la moyenne nationale, ont un niveau économique très faible, vivent très largement dans des quartiers-cités. Plus d'un tiers d'entre elles sont immigrées ou étrangères avec des cultures, des langues, des religions et des parcours de migrations variés.

CHOIX THÉORIQUES ET PRINCIPES ÉTHIQUES

Une certaine conception de l'institution

Du latin *instituere*³ – « placer dans », « mettre sur pied, établir... fonder » –, l'institution est par essence sociale, car fondatrice et inhérente à l'organisation de l'édifice social. Elle est un instrument politique de la régulation et du maintien de l'ordre social. Deux principes fondateurs sont à différencier :

handicapés du 15 mars 1966. Les représentants syndicaux ont pu exercer leurs missions. Cependant, une dénonciation et un remaniement des accords d'entreprise sont advenus récemment. Les modifications en résultant ont un impact délétère sur les conditions de travail.

3. A. Rey, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 1999.

l'instituant et l'institué. L'instituant relève d'une dynamique critique incessante, l'institué concerne les missions et les choix collectifs orientant le travail et l'organisation de l'institution. Cette dernière structure ce qui perdurera au-delà des changements, au fil de son évolution. Elle participe à la cohésion du lien social, regroupant des sujets, des citoyens qui font appel à elle pour répondre à différents besoins, à diverses demandes, en rapport avec la spécificité de sa finalité.

Elle est une structure vivante, toujours susceptible de perdre de sa vitalité, voire de disparaître lorsqu'elle s'éloigne de ses missions initiales ou connaît des dérives délétères qui menacent ses fondements ou les principes qui ont présidé à sa mise en place. Elle n'est donc pas instituée pour toujours, figée dans le marbre. Nous ne sommes jamais à l'abri des dangers manifestes qui adviennent quand l'instituant ne se réduit plus qu'à l'institué, dans la routine, l'inertie et l'immuabilité mortifères. La question posée est celle du travail nécessaire pour insuffler une dynamique critique et constructive dans la vie institutionnelle.

Chacun de nous est convaincu de l'importance et de l'efficacité du travail d'équipe en institution. Nous sommes persuadés de son utilité sociale et clinique, car cette structure permet de dispenser des soins personnalisés aux enfants, aux adolescents, aux familles qui n'ont pas accès ou qui ne s'adressent pas aux praticiens en libéral. L'institution concerne également celles et ceux qui présentent une symptomatologie complexe ou une pathologie lourde, justifiant une pluralité de prises en charge, avec la meilleure coordination possible. Ce choix éthique se traduit par des engagements professionnels individuels et collectifs. Il repose sur l'expérience freudienne⁴, sur des idéaux politiques de solidarité sociale et de respect de l'altérité pour la cohésion sociale.

4. Freud a promu avec ses exégètes Max Eitingon, Karl Abraham et Ernst Simmel la création de l'Institut psychanalytique de Berlin en 1920. Ils ont souligné leur volonté d'infléchir les principes éducatifs, de mettre au travail « la morale sexuelle civilisée » propre à chaque époque. Ils ont proposé une accessibilité de consultation pour toutes les personnes souhaitant s'adresser à des psychanalystes.

La responsabilité de chaque professionnel dans le travail d'équipe en institution

Nous devons également évoquer les difficultés inévitables rencontrées par tout professionnel qui travaille dans une institution. Chacun se doit d'accepter le fonctionnement institutionnel et l'organisation des soins déjà en place. Il peut approuver ou contester ce qui existe tout en cherchant à y introduire du nouveau à partir de son expérience clinique. Le plus souvent, ce sont certaines directives nationales qui mettent le feu aux poudres, suscitant résistances, désapprobations, rejets. C'est ainsi que la vie des équipes en institution alterne des périodes d'inquiétudes et d'accalmie, ces dernières pouvant engendrer un risque de « ronronnement » en entamant les capacités critiques et la créativité. La qualité d'un travail d'équipe se juge bien souvent à son aptitude à faire symptôme, parler, échanger, pour que l'institution garde son caractère instituant et qu'elle ne verse pas dans l'« institué », synonyme d'immobilisme. L'instituant est la seule garantie pour que les professionnels continuent l'exercice d'un travail centré sur l'intérêt des patients et des familles.

C'est avec cet état d'esprit que nous travaillons au CMPP de Villeneuve-Saint-Georges, non sans moments de doute, de tension institutionnelle, de découragement, de réinvestissement. Le travail d'équipe est toujours semé d'embûches. Il nécessite d'être remis cent fois sur le métier pour garder son dynamisme et le bien-fondé de sa pérennité. Chaque collectif institutionnel a sa propre façon d'agir et de réagir, au gré de ce qui peut faire débat, et même symptôme entre ses membres. Ce caractère symptomatique est donc à considérer plutôt comme un signe de « bonne santé » de l'institution, en lien avec ses inévitables failles, tout en les dévoilant.

La vie institutionnelle nécessite pour le collectif une réflexion partagée, dans laquelle les professionnels ne s'enlisent pas dans des enjeux de rivalité et de pouvoir qui pourraient les éloigner de leurs missions. Il s'agit d'être vigilant pour éviter le risque de plainte collective stérile ou de dérives institutionnelles

destrutrices, au détriment des soins des patients dont nous avons la charge. Ces exigences éthiques relèvent de la responsabilité de chacun et de tous dans le collectif de l'équipe. Le travail en institution est toujours une gageure. Le trop de tranquillité vient souvent masquer des conflits tus, non exprimés, non débattus, des désordres internes de fonctionnement. Il renvoie à la force délétère d'une routine partagée qui n'a plus le souffle indispensable à la vitalité de l'institution et à la qualité des soins.

Les principales références théoriques

Les références théoriques qui orientent notre pratique au CMPP ne sont pas spécifiques à notre centre. Les intégrer à l'échelle d'une institution relève des choix des praticiens de chaque équipe soignante, mais aussi de l'histoire de chaque institution et de la transmission de ses références au fil des générations de praticiens qui y ont travaillé.

Dans ce CMPP, les références théoriques sont héritées de nos prédécesseurs et conjuguent les apports de la pédopsychiatrie, de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle, pour considérer toute symptomatologie de l'enfant et de l'adolescent dans son environnement familial, social, scolaire et pédagogique. Précisons que les principes de la psychothérapie institutionnelle (évoqués dans l'historique du premier chapitre) s'appliquent et s'adaptent à une structure ambulatoire comme un CMPP, quand bien même les consultants ne vivent pas dans ce lieu thérapeutique. La référence à la tradition clinique pédopsychiatrique française, fruit de la double influence des travaux des psychanalystes de l'enfant et de l'adolescent et de ceux des pédopsychiatres, est fondamentale. Malheureusement, la pédopsychiatrie actuelle universitaire, sous forte influence anglo-saxonne, dénie de plus en plus l'importance d'une psychopathologie fondée sur les entretiens cliniques et les enseignements du transfert.

Malgré certaines exigences de nos tutelles et la demande sociale (relayée par les parents, l'institution scolaire, les directives des institutions sociales, éducatives et judiciaires), nous

sommes restés fidèles à ces références. Notre fil directeur est le crédit que nous accordons à la parole de l'enfant. Ses dires et son rapport au langage sont et restent fondamentaux dans l'abord de tout soin. Ils constituent ce qui caractérise le singulier de chaque subjectivité. Le versant de la parole n'est pas le seul qui importe dans la clinique pédopsychiatrique. D'autres versants concernant les mises en acte, les comportements, les manifestations corporelles, etc., sont à considérer.

Nous sommes très attentifs à toutes les paroles : celles de chacun des parents, celles des intervenants concernés par chaque prise en charge. Les réunions de synthèse que nous organisons chaque fois qu'une situation clinique le nécessite nous permettent d'entendre les remarques de collègues de diverses institutions. Nous restons vigilants à la disparité des places, des fonctions, des discours de chacun, à une éthique du secret professionnel.

Nos références théoriques sont conformes à celles qui ont présidé à la création des CMPP :

- le respect des apports de la pluridisciplinarité ;
- la prise en compte de la pluralité des approches théoriques, bien que nous privilégions les aspects psychodynamiques et structurels centrés sur la parole et le langage dans le transfert.

Nous sommes soucieux d'une approche globale, au cas par cas, intégrant l'ensemble des paramètres qui touchent au corps de l'enfant (physiologiques, somatiques, pulsionnels, développementaux, génétiques, neurobiologiques) et aux divers aspects cognitifs. Il a longtemps été reproché aux psychanalystes d'avoir une lecture clinique univoque, orientée par la dimension de l'inconscient, en faisant comme si le corps de l'enfant n'était qu'une abstraction ou un élément secondaire. Cette critique est devenue une caricature. Il n'est pourtant pas bien difficile de se remémorer que Freud n'a jamais négligé le corps, ni fermé la porte aux apports des sciences. Bien au contraire, il attendait que la psychanalyse évolue au gré des découvertes de la biologie et des apports des sciences humaines.

Quand un enfant vient au CMPP à l'initiative de ses parents pour une rééducation orthophonique en raison d'une dyslexie,

et que ces derniers sont initialement passés par un centre de référence où l'on a porté ce diagnostic, nous constatons presque systématiquement qu'on ne leur a parlé que d'un handicap neuro-développemental, jamais de la valeur symptomatique à accorder à cette dyslexie dans la relation à autrui, à l'école, etc. On laisse entendre à la famille qu'une réponse technique par des méthodes appropriées de rééducation orthophonique sera seule efficace. Les tenants d'une telle clinique semblent ignorer les enseignements du travail effectué dans les centres ambulatoires par les collègues orthophonistes. Le travail de rééducation, si indispensable et spécifique soit-il, s'inscrit dans une approche psychodynamique beaucoup plus ample :

- la volonté déterminée d'associer les parents dans le soin de leur enfant, à l'appui d'entretiens de guidance et/ou de soutien personnalisés pour des parents qui en font la demande ;
- l'inscription du travail du CMPP dans le tissu social local, par le biais d'une politique de soins attentive à entretenir, améliorer et créer des liens partenariaux personnalisés. Ce travail, désormais appelé travail de réseau, existe depuis la création des CMPP. Les récentes directives de mise en place de plateformes d'orientation et de coordination⁵ pour des enfants présentant un trouble du neurodéveloppement engagent les professionnels de ces plateformes, ceux des institutions existantes (les centres de niveau 2, dont les CMPP) et des praticiens libéraux à se coordonner pour répondre aux besoins existants. Elles semblent considérer que ce travail de partenariat n'existait pas ou était très insuffisant. Pourtant, un réel travail de liaison existe depuis toujours dans les CMPP et les secteurs infanto-juvéniles. À Villeneuve-Saint-Georges, nous avons toujours favorisé les liens de partenariat, estimant que l'entre-soi conduit à une perte de lucidité sur la conduite des soins et le maintien des liens sociaux avec les populations qui nous consultent. Nous participons ainsi à la cohésion sociale à l'échelle d'un territoire d'implantation qui

5. Selon la circulaire n° SG/2018/256 du 22/11/2018, ces plateformes ont vu le jour. Elles feront l'objet de plus de précisions dans la suite du livre.

pâit déjà de la présence importante d'îlots de discrimination sociale.

L'ensemble de ces références nous a toujours semblé répondre aux exigences des missions de santé publique, en cohérence avec notre éthique professionnelle du soin.

Les spécificités du transfert dans un établissement ambulatoire de soins psychiques pour enfants, adolescents et familles

Rédacteurs de cet ouvrage, nous avons en commun une double pratique, en institution et en libéral. Elle nous aide à souligner les points communs et les différences sensibles qui relèvent du transfert à l'endroit d'un praticien, selon qu'il exerce seul, dans le privé, à son cabinet, ou dans une institution en tant que membre d'une équipe soignante. En institution, le dispositif du transfert n'est pas porté par le seul praticien qui occupe une place de sujet supposé savoir, il peut se diffractionner sur divers cliniciens, voire sur l'ensemble de l'équipe soignante.

Cette spécificité est encore plus marquée dans les CMPP avec des enfants et des adolescents qui bénéficient de plusieurs suivis singuliers. Un jeune patient ne livrera pas les mêmes réflexions ni ne se confiera avec la même intensité transférentielle selon l'interlocuteur. Il est toujours surprenant d'entendre dans les échanges cliniques combien les liens transférentiels sont polymorphes et ne vont pas se situer là où ils auraient été attendus. Ce constat est repérable dès les premiers entretiens. Les décisions d'orientation proposées tiennent compte non seulement du type de soin et/ou de la rééducation selon la symptomatologie, mais surtout du (de la) praticien(ne) avec qui se sont fait entendre, dans l'après-coup d'un entretien restitué en synthèse, les éléments cliniques les plus significatifs, la demande la plus forte. Ces éléments déterminants sont essentiels dans un collectif soignant pluridisciplinaire où chacun argumente à partir de sa fonction, de son dire, dans la disparité des abords et des appréciations d'une situation clinique.

Mais, s'il est fondamental de repérer l'émergence d'une demande adressée par un jeune patient à un praticien particulier, il est aussi incontournable d'élaborer ce qui relève de la demande et du désir de chacun de ses parents. Ces derniers n'ont pas toujours le même choix transférentiel que leur enfant. Ils n'investissent pas de la même manière le savoir médical, l'abord psychologique, orthophonique, cognitif, pédagogique ou celui de la psychomotricité. Les parents font systématiquement partie du tableau clinique, ce qui nécessite une stratégie thérapeutique de l'équipe soignante pour les informer, les associer, les intégrer à la prise en charge de leur enfant, en veillant au respect d'une différenciation entre son espace de soins et le leur. Le savoir-faire consiste surtout à articuler ces deux espaces. Il n'est ni programmable, ni stéréotypé, ni systématisé. Il s'organise en fonction du travail d'entretien avec les parents, en leur octroyant la place nécessaire. Pour autant, ce savoir-faire va obéir à une logique du transfert propre à chaque situation clinique. Il s'appuie sur le cadre organisationnel dans lequel il appartient à chaque membre de l'équipe d'inventer, à chaque fois, des modalités singulières. Cette façon d'opérer vaut pour le travail dans notre institution comme probablement dans toute institution dont l'objet est le soin.

Les fonctions et l'organisation des soins de l'équipe pluridisciplinaire au CMPP de VSG

Les fonctions

La responsabilité clinique de la direction et de la coordination des soins incombe au médecin-directeur comme dans tout CMPP. Celui-ci reçoit chaque patient consultant et sa famille. Il occupe une fonction médicale de consultant, de soutien ou de guidance parentale et, dans certains cas, de psychothérapeute. Il conduit les synthèses cliniques hebdomadaires, les réunions institutionnelles, en veillant aux projets thérapeutiques individuels, collectifs et institutionnels. Garant des liens avec la direction générale de l'association de rattachement, il est responsable

des liens de partenariat, sans ou avec la contribution de l'assistante de service social et, incidemment, d'un(e) autre collègue de l'équipe.

Outre ses tâches administratives, la secrétaire a un rôle majeur d'accueil, de recueil des demandes, de constitution de la liste d'attente, de planification des rendez-vous, de sensibilisation et d'information des familles. Elle travaille en étroite collaboration avec chaque professionnel de l'équipe, tout particulièrement avec le médecin-directeur pour le mettre au courant d'éléments nouveaux concernant les consultants et leurs parents. Elle répond aux sollicitations et participe aux liens avec les institutions partenaires, en concertation avec le médecin-directeur.

Les psychologues, de formation psychanalytique ou psychanalystes, orientés plus largement par la psychodynamique, assurent les psychothérapies individuelles des patients. Ils proposent des psychothérapies de groupe, dits « groupes thérapeutiques » sous la responsabilité de deux cothérapeutes. Ils mettent en place des thérapies de soutien pour des patients le nécessitant. Un suivi mère-enfant est proposé dans certaines indications. Parfois, un psychologue propose un suivi psychothérapique à un parent qui en fait la demande, sous réserve qu'il ne soit pas thérapeute de l'enfant. Dans d'autres situations, ils assurent une guidance parentale. Ils travaillent en lien étroit avec l'ensemble de l'équipe, participant aux hypothèses diagnostiques, à l'élaboration des suivis (les leurs et ceux des collègues) et aux orientations thérapeutiques.

Les orthophonistes pratiquent le plus précocement possible des rééducations orthophoniques avec les enfants ou les adolescents ayant des problèmes de langage oral et/ou écrit, de raisonnement logico-mathématique, qui entravent leurs relations aux autres et freinent leurs apprentissages scolaires. Ils pratiquent des bilans cognitifs initiaux et effectuent, si besoin, de nouveaux bilans en cours de rééducation. Ils prennent en compte les demandes, les aspirations du consultant et de ses parents, les informant de l'évolution de la prise en charge. Ils participent à l'évaluation diagnostique, au projet de soins, aux liens avec

l'école. Ils sont cothérapeutes dans des groupes thérapeutiques. Leur fonction pivot sera mise en exergue dans le chapitre clinique consacré aux difficultés des apprentissages.

Les psychomotricien(ne)s assurent rééducations et thérapies psychomotrices (relaxation entre autres), en individuel ou en groupe, centrées sur le corps, à l'attention surtout d'enfants présentant une agitation, une instabilité psychomotrice, une inhibition ou encore une difficulté d'écriture (« dysgraphie »). Ils traitent des problèmes de schéma corporel, de représentation du corps, de difficultés de tonicité ou sensori-motrices, ou encore spatio-temporelles, par des techniques d'approche corporelle (activités plastiques, jeux moteurs, etc.). Leur travail contribue à l'émergence de l'expression orale. Leur mission concerne les bilans initiaux et de suivi, la participation à l'approfondissement diagnostique, aux soins et à leurs orientations, le travail de cothérapeute dans des groupes thérapeutiques, le partenariat avec les professionnels du milieu scolaire et l'accompagnement des parents.

À la suite des premiers entretiens⁶, la réunion de synthèse met en commun les observations cliniques issues des différents champs de pratique. Ces observations permettent notamment de mettre en lumière des éléments du discours *sur* l'enfant, venant de ses parents, de l'école, des enseignants, des psychologues scolaires. Au cours de cette réunion sont déterminés la nature de l'accompagnement, la nécessité et le type de suivi, notamment en psychomotricité. Le premier entretien en psychomotricité est avant tout un temps d'observation pour entendre ce que l'enfant peut dire lui-même, ce qu'il montre avec son corps, la manière dont s'articulent son rapport à l'espace, sa tonicité, sa gestuelle et les particularités de sa relation avec ses proches et le praticien. C'est une rencontre qui peut déjà permettre de tisser *avec* lui un dire, un dialogue verbal et/ou non verbal, tonico-émotionnel. C'est le plus souvent dans un second temps, pour donner suite à la réunion de synthèse,

6. Cette section, consacrée aux prises en charge en psychomotricité, est rédigée par Virginie Le Berre et Delphine Walter, psychomotriciennes.

que pourra se décider la nécessité d'un bilan et d'un suivi psychomoteur.

Nous remarquons que depuis une dizaine d'années, la pratique de la psychomotricité évolue. Sur les recommandations de la Haute Autorité de santé, il est demandé de produire un bilan chiffré à l'aide de tests standardisés. Cette approche de la pratique tend à reléguer l'observation clinique au second plan et à réduire l'approche clinique au seul « trouble », en faisant abstraction du sujet.

« L'agitation et les problèmes d'attention » sont des motifs de consultation récurrents. L'omniprésence des écrans y est pour beaucoup. Les enfants semblent faire de moins en moins d'expériences sensori-motrices, ce qui crée un manque de conscience de leur corps dans l'espace et la relation avec les autres, ainsi qu'une difficulté à attendre, à s'ennuyer, à supporter la frustration.

Le graphisme, préalable à l'apprentissage de l'écriture, est un autre exemple de demande spécifique d'un suivi en psychomotricité. L'indication est souvent formulée comme « des difficultés à tenir son crayon ». C'est un symptôme qu'on pourrait attribuer à une difficulté motrice, mais qui s'inscrit dans les relations à la famille, à l'école et à l'environnement social. En réalité, il s'agit de travailler l'ensemble des implications de cette difficulté dans la vie de l'enfant. Ces motifs de consultation sont bien souvent des manifestations non isolées, relevant d'autres problématiques sous-jacentes, comme un schéma corporel peu développé, une utilisation du corps particulière, un rapport à l'espace peu ou pas structuré, etc.

Pour cette indication, en tant que psychomotriciens, nous pensons qu'avant toute utilisation de telle ou telle technique de graphomotricité, il convient d'abord de construire avec l'enfant un cadre thérapeutique singulier, propice à cet apprentissage. Il est indispensable de prendre en considération son univers familial dans le processus thérapeutique et de tenir compte des particularités, des possibilités, des marges de manœuvre, des résistances de l'enfant. C'est aussi sur ce dernier point que le travail d'équipe en CMPP avec le soutien du consultant ou du

psychothérapeute (médecin-directeur ou psychologue) est essentiel pour préserver l'espace thérapeutique en psychomotricité.

La spécificité du psychomotricien est de faire preuve de disponibilité psychique, et surtout corporelle, pour engager son propre corps en séance afin d'entrer en relation avec le corps de l'enfant, pour qu'il trouve à son tour ses appuis corporels et psychiques, sa contenance, son rythme en faisant ses propres expériences. Au cœur de cette pratique professionnelle, les questions de dialogue tonique, de posture et de rapport à l'espace sont toutes traversées par la question de la relation à l'autre, au corps de l'autre.

Pour étayer notre propos, voici un exemple clinique de suivi : Baptiste a 11 ans lorsqu'il est adressé en psychomotricité, parce qu'il « écrit lentement et mal » selon sa mère. Lors de la première rencontre, Baptiste évoque lui aussi cette lenteur qui le gêne au quotidien pour les cours : il prend du retard, s'organise mal, etc. Son écriture est soignée, mais il doit s'y reprendre à plusieurs fois pour tracer une même lettre, ce qui le crispe et rend l'écriture d'autant plus fastidieuse. L'objectif principal est la détente du bras et de la main, afin de parvenir à un lâcher-prise pour qu'il écrive plus vite.

Au cours des premières séances avec Baptiste, il se révèle très perfectionniste et très sensible à ce que l'adulte pense de ce qu'il produit. Il demande très régulièrement son avis et ne parvient pas à être fier de ce qu'il fait. Ce « lâcher prise » ne peut donc s'effectuer sans que Baptiste prenne confiance en lui. Nous utiliserons différents outils d'art plastique et d'accompagnement musical pour qu'il se détache du « résultat » produit, afin de mieux se concentrer sur la sensation de ce qu'il trace : peinture, encre, tampons, pinceaux, tracé avec les deux mains simultanément, etc. Nous travaillons sur sa posture et les mouvements qu'il peut faire pour se détendre lorsqu'il est trop crispé.

Les séances sont un espace d'expression très important pour Baptiste : il évoque sa passion pour le hand-ball, ses frustrations, ses joies. Au fil des mois, Baptiste devient de plus en plus fier de ses productions, il se détend et cette amélioration semble bien se

* Les astérisques renvoient au glossaire p. 323.

transposer en cours. Il dit qu'il écrit mieux et qu'il a moins mal à la main. Avant de terminer son suivi, on élaborera ensemble un livre à partir des photocopies de toutes ses productions faites en séance, et il le gardera pour lui. Baptiste a acquis des appuis internes et une confiance en lui suffisante pour continuer seul sa scolarité et sa vie de jeune adolescent.

Le psychomotricien participe également à des groupes thérapeutiques avec un cothérapeute : autrefois un groupe de relaxation thérapeutique méthode Bergès (avec un psychologue) et, ces dernières années, un groupe corps et langage (avec une collègue orthophoniste). Dans ce dernier, la visée est de permettre aux enfants de se rencontrer, de faire usage de leur parole et de leur corps, pour qu'ils entendent leurs différences et leurs points communs concernant le vécu quotidien à la maison et à l'école. Ils peuvent ainsi se reconnaître, s'identifier, s'opposer les uns aux autres, trouver chacun sa place dans un cadre thérapeutique sécurisant. Le travail de groupe est riche, car chaque professionnel observe selon son prisme ce qui se déroule, introduisant des modifications selon la façon dont chaque enfant s'en saisit au fil des séances. Des améliorations notables sont repérables dans la prise en compte du temps, de l'espace, des limites corporelles propres à chacun, en fonction de la présence et de la parole des autres.

De leur propre initiative ou sur les conseils d'un professionnel de l'équipe, certaines familles font appel à l'assistant de service social. Celui-ci propose un accompagnement approprié pour améliorer les conditions de vie des patients et des familles sur les plans social, familial, sanitaire, économique et culturel. Son action s'inscrivant dans le cadre du projet thérapeutique et pédagogique défini au cas par cas, il participe à toutes les synthèses. Il œuvre à la mise en place du projet de soin et offre aux parents une approche globale de leur accès aux droits communs. Il les oriente vers les services sociaux requis pour faciliter leurs démarches de recherche de logement, d'obtention d'un droit social, etc. Il obtient des accès à des moyens de transport (taxi, voire ambulance) pour permettre l'accompagnement régulier d'un enfant au CMPP, lorsque les parents sont dans l'incapacité de le faire.

Tenu au secret professionnel, l'assistant de service social intervient dans une démarche éthique et déontologique qui respecte la singularité de chaque situation. Avec l'accord des parents et du médecin-directeur, il fait le lien et représente parfois le CMPP auprès des diverses institutions partenaires (écoles, collèges, lycées ; institutions du champ sanitaire et du médico-social ; ASE ; services judiciaires ; services de placement familial ; MDPH, CAF, CPAM ; associations...). Il participe activement aux projets d'orientation, à la recherche de structures adaptées, toujours en concertation avec le médecin-directeur et l'ensemble de l'équipe du CMPP. Il veille aux situations critiques qui peuvent se rencontrer sur le plan de la protection de l'enfance. Il intervient aussi en cas de danger, potentiel ou avéré, pour enclencher une information préoccupante, non sans privilégier une concertation avec le médecin responsable. Il prend alors langue avec les instances sociales, administratives et judiciaires requises.

D'une manière générale, le travail de l'assistant de service social en CMPP contribue à mettre en place, à développer, à améliorer le lien social, notamment dans des villes et territoires de faible niveau social, économique et culturel. À ce titre, il est un membre essentiel de l'équipe pluridisciplinaire.

L'organisation des soins

Nous avons maintenu le cadre organisationnel qui était en place de longue date. La procédure de soins est toujours la même. Elle s'effectue en trois temps : un premier, dit « phase clinique d'évaluation diagnostique », précède une synthèse conclusive de l'ensemble de l'équipe pour débattre de la symptomatologie du patient, des liens transférantiels qui ont pu émerger avec tel ou tel praticien, de la nature des soins à lui proposer ainsi qu'à ses parents ; puis un troisième temps dit de « traitement » se met alors en place.

La première phase de rencontre avec l'enfant et sa famille s'échelonne sur six entretiens (au maximum) d'évaluation diagnostique. Sur ce point, notre savoir-faire est spécifique.

Tout à tour, sans ordre prédéterminé mais suivant la priorité symptomatique entendue par la secrétaire à partir de la demande des parents, un psychologue, le psychiatre médecin-directeur, le cas échéant un orthophoniste et/ou le psychomotricien et/ou l'assistant de service social, vont les recevoir. Chacun se fera une idée des raisons qui conduisent la famille à consulter, tout en étant attentif aux liens transférentiels qui se déploient.

Nous n'avons pas instauré la règle d'un professionnel consultant qui accueille tous les nouveaux patient(e)s. Il arrive que le médecin-directeur, contacté par un tiers partenaire ou, plus rarement, par un parent d'un enfant suivi ou autrefois suivi, décide, compte tenu du caractère préoccupant d'une situation, de lui donner priorité et de lui accorder un rendez-vous de consultation au plus vite. Dans ce cas, il prend la responsabilité ponctuelle de ne pas respecter l'ordre de la liste d'attente. Ce n'est pas un point négligeable, compte tenu des délais d'attente qui s'accroissent au fil des ans dans tous les établissements de soins, faute d'un recrutement suffisant de professionnels en pédopsychiatrie.

La synthèse hebdomadaire est le temps fondamental de concertation et de travail en commun de l'équipe. L'ordre du jour est établi en dégagant priorités cliniques et priorités institutionnelles. Une fois achevée la première phase d'évaluation, nous évoquons les éléments cliniques pour les nouveaux patients : l'état global, la symptomatologie à l'origine de la demande de soins, les conditions de cette demande, le désir de soins de chacun des parents, la situation de la famille, les conditions de vie. Notre lecture est centrée sur une première approche diagnostique et sur la décision des soins à venir ou non, sur les orientations thérapeutiques, en tenant compte de l'implication des parents. Les situations d'enfants suivis font régulièrement l'objet de discussions cliniques.

La phase de traitement débute par un entretien collectif avec le médecin-directeur, en présence de l'enfant ou de l'adolescent et de ses parents (ou représentants légaux). Les conclusions de la synthèse, les éléments diagnostiques retenus et les

orientations de soins (psychothérapie individuelle ou collective sous forme de groupes thérapeutiques et/ou rééducation orthophonique ou en psychomotricité ; le suivi psychopédagogique, le suivi psychiatrique et/ou psychothérapeutique par le médecin psychiatre) sont précisés. Si les parents approuvent la nature des soins et leurs conditions, il leur est demandé de consentir aux soins de leur enfant par écrit, en rédigeant et en signant le document initial de prise en charge (DIPC) stipulant les modalités du soin. Cette procédure induit la nécessité pour le psychiatre de rédiger un certificat médical à l'endroit du médecin conseil de la Sécurité sociale, mentionnant un diagnostic, indiquant les modalités de prise en charge retenues. Après avoir obtenu cet accord des parents, les soins sont mis en œuvre.

La phase des soins proprement dite nécessite une mise en place attentive et articulée du ou des suivis proposés, avec des temps de réflexion en synthèse à l'occasion de l'émergence d'un problème particulier, d'un embarras éprouvé par un thérapeute dans le transfert, d'inquiétudes propres à la situation de tel ou tel enfant. Des modifications ou des réajustements des modalités de soins peuvent être décidés, puis proposés au consultant et aux parents.

Pour l'implication et le soutien de parents en détresse, nous sommes vigilants à leur participation, à leur accompagnement, à leur information durant toute la durée des soins. Ils sont reçus selon diverses modalités : pour faire le point sur l'évolution clinique, le suivi par le médecin-directeur peut être régulier ou à un rythme variable selon la demande de chacun et l'état de santé de l'enfant. Ces entretiens programmés sont particulièrement précieux lorsque l'enfant ou l'adolescent traverse un moment critique ou pivot (accentuation d'un symptôme, d'une souffrance ; apparition d'une difficulté nouvelle ; absence de régularité aux rendez-vous, etc.). Parfois, des entretiens de guidance sont mis en place (hors présence de l'enfant). D'autres situations justifient une prise en charge mère-enfant, au moins un temps. Certains parents, presque exclusivement des mères, font la demande d'un travail psychothérapeutique individuel. Dans

ces cas, il est important de discerner ce qui est le plus adapté : un suivi au CMPP – mais pas par le thérapeute de l'enfant –, un suivi dans un autre établissement ou, plus rarement, en libéral.

À l'occasion d'une demande d'un ou des parents d'arrêter le suivi de leur enfant, il est capital de recevoir les deux parents. Il en va de même quand il est question, à la demande d'un thérapeute, après synthèse commune, de changer de mode de prise en charge (augmenter le rythme des séances ou orienter vers un collègue d'une autre discipline). Si un traitement pharmacologique s'avère indispensable, il est également impératif de le proposer à l'enfant en présence de ses parents pour obtenir leur accord, après en avoir explicité les raisons.

Les synthèses de suivi peuvent aussi être l'occasion de convier des professionnels rattachés à d'autres institutions pour nous informer les uns les autres, définir qui fait quoi et à quelle place, articuler au mieux les soins dans des configurations complexes, généralement pour des enfants ou des adolescents en grande souffrance. Ces rencontres se font le plus souvent avec nos interlocuteurs de l'ASE, de l'Éducation nationale, d'associations de suivi éducatif, de placements familiaux, mais aussi des services de la Protection judiciaire de l'enfance. Le travail de coordination avec différents intervenants nous semble essentiel lorsque nous avons affaire à des situations critiques, en particulier pour des adolescents à la dérive. La fréquence de ces rencontres constitue une des caractéristiques pérennes de notre fonctionnement de CMPP. Elles sont aussi une de ses forces. Nous essayons dans tous les cas de maintenir une qualité de soins en veillant à préserver la spécificité de notre travail clinique.

Toute cette organisation obéit à une logique institutionnelle fondée sur un entrecroisement de références : le caractère médical du soin dispensé en CMPP par une équipe pluridisciplinaire ; la place majeure accordée à certains aspects de la psychothérapie institutionnelle dans le fonctionnement d'équipe (notamment lors de la première phase d'évaluation diagnostique et dans le mode de déroulement des synthèses) ; la référence à la psychanalyse ; l'importance de l'apport des

thérapies à visée rééducative et pédagogique, qui s'inscrit dans une conception psychodynamique de l'abord de l'enfant et qui intègre les données développementales, biologiques, somatiques, cognitives propres à chacun ; l'information, la vigilance et le soutien à l'endroit des parents dans le respect de leurs droits et de ceux de leur enfant ou adolescent.

Nous avons tenté de préserver cette organisation au cours de la période Covid en maintenant au mieux les prises en charge thérapeutiques et les liens avec les familles. Nous avons proposé des entretiens téléphoniques, poursuivi les synthèses d'équipe par Zoom et donné à l'ensemble des patients et des familles la possibilité de nous joindre en cas de problème. Dans ce contexte difficile, nous avons tenté de nous adapter au mieux pour assurer la pérennité des soins.

Le travail clinique en institution : une motivation commune dans l'altérité du désir de chacun

Travailler dans une institution où l'on soigne relève du désir et du pari propres à chaque praticien de soutenir son engagement à « faire avec » l'institution concernée, ses caractéristiques, sa finalité. Pour tout clinicien, l'exercice en institution est très formateur. Se confronter au travail clinique des autres collègues ouvre des perspectives jusque-là inexplorées et met en évidence les limites du praticable de chacun. Certains cliniciens ont une « fibre institutionnelle » qui les pousse à « croire » à un travail clinique en commun, dans l'altérité des places, des fonctions et des discours de chacun.

Les groupes thérapeutiques

Un des aspects du travail commun en institution mérite ici un développement : celui des groupes thérapeutiques, sous la responsabilité d'un binôme de thérapeutes, dispositif qui occupe une place importante dans le suivi de nos patients. Plusieurs groupes ont été constitués au fil des ans : un groupe contes intitulé ensuite « Il était une fois », un groupe relaxation

thérapeutique méthode Bergès, un groupe corps et langage, etc. Nous avons mis sur pied également un atelier classe en partenariat avec l'UDAP de PRÉAUT⁷.

Dans les CMPP, ces groupes ont aussi pour fonction de faire advenir, de faciliter, de renforcer la circulation de la parole au sein de l'institution en créant des liens entre les praticiens. L'inscription des groupes thérapeutiques nous rappelle que le groupe premier est celui de l'équipe. En ce sens, l'élaboration de la clinique qui a lieu à l'intérieur des groupes est restituée et remise au travail durant les synthèses, au cas par cas des patients concernés.

Le groupe thérapeutique⁸ vise à favoriser la socialisation du tout-petit, de l'enfant, du prépubère et de l'adolescent. Il propose des objets de médiation adaptés à ses caractéristiques. Il peut être associé à d'autres prises en charge ou s'imposer comme premier suivi. L'orientation vers l'un ou l'autre des groupes est fonction de la symptomatologie du sujet. Nous y accueillons des enfants et des adolescents dont la parole s'avère inhibée ou à l'inverse trop débridée, envahissante, chaotique, désarrimée parce que soumise à une inconsistance ou à un délabrement de leur appareil psychique. Les

groupes thérapeutiques s'avèrent aussi précieux pour des enfants présentant une incapacité à supporter trop de proximité dans une relation duelle. Ils incluent des sujets relevant d'une hétérogénéité de fonctionnements psychiques qui interagissent. Certains présentent un état névrotique, une symptomatologie dépressive, quand d'autres souffrent de manifestations psychotiques. Un versant déficitaire intellectuel/cognitif peut se retrouver dans chacun de ces cas.

Les groupes proposent des supports de médiation variés : contes, dessins, chansons, miroir pour le travail sur l'image du corps. Les cothérapeutes ont charge de mettre au travail la difficulté propre à l'enfant et de l'élaborer avec chacun d'entre eux. Par ce dispositif collectif faisant fonction de lieu Autre, chacun tentera d'occuper une place singulière vis-à-vis de ses camarades et du binôme de thérapeutes. Prendre et donner la parole, s'entendre et entendre l'autre, se confronter aux différences et à ses propres limites dans un espace où l'altérité est préservée par les cothérapeutes : ces processus font partie du cheminement de chacun dans ce groupe.

Afin de faire entendre ce qui est à l'œuvre, nous évoquons le travail du groupe « Il était une fois », créé à l'origine par deux psychologues, afin de proposer à des patients entre prépubères et adolescents un espace de soins à l'appui de la lecture de contes. Ce groupe a été assuré pendant plusieurs années par un binôme de thérapeutes femmes. Un deuxième temps de son existence a vu l'introduction de la mixité des thérapeutes. Nous constatons que ce changement a eu et continue d'avoir des effets pour les patients, notamment en ce qui concerne la question de l'altérité à travers le « couple parental » des thérapeutes.

L'indication privilégiée pour ce groupe concerne l'inhibition dans la relation à l'autre, souvent corrélée à une pauvreté imaginaire et langagière. Mais certains patients présentant une tout autre symptomatologie peuvent l'intégrer, lorsqu'une impasse se rencontre dans la relation thérapeutique individuelle en raison d'un assèchement des ressources psychiques, parfois fantasmatiques, selon la structure du patient.

7. L'UDAP, unité d'accompagnement de PRÉAUT, est « un dispositif proposant un accompagnement personnalisé par la remédiation cognitive d'enfants et d'adolescents de 0 à 12 ans, présentant des troubles neurodéveloppementaux (autisme atypique, syndrome d'Asperger), des syndromes génétiques induisant un trouble du développement psychologique (CIM 10). Cette unité s'adresse également aux enfants présentant des troubles des apprentissages, de la communication et des troubles de l'attention avec hyperactivité ». Quant à PRÉAUT, association loi 1901 fondée en 1998 par M.-C. Laznik et G. Crespin avec d'autres cliniciens psychanalystes, elle continue de promouvoir une démarche transdisciplinaire qui allie les dimensions cliniques, éducatives, développementales et pédagogiques via l'accompagnement des enfants et des familles, la formation professionnelle continue et la recherche d'indicateurs les plus précoces chez les nourrissons et les *enfants*, « pouvant présager d'un trouble envahissant du développement du spectre autistique » (<https://www.preaud.fr>).

8. Cette section, consacrée aux groupes thérapeutiques, a été rédigée par M.R. Cardoso et T. Javel.

Les thérapeutes ont recours à des récits classiques ou mythiques qui servent de matrice de représentations à ces adolescents en panne d'Imaginaire. Ces histoires peuvent parfois entrer en résonance avec le mythe individuel du sujet *via*, entre autres, des processus d'identification.

La singularité de ce groupe « Il était une fois » repose sur l'utilisation du médium conte, qui fonctionne comme surface de projection et introduit une « tiercésation » de la relation entre les patients et les cothérapeutes, ainsi qu'entre pairs. L'acte du conteur en situation de raconter une histoire convoque en lui-même aussi bien l'infantile que l'« enfantin » qu'il a en lui.

Ces récits à valeur transgénérationnelle foisonnent de thématiques qui rencontrent le monde pulsionnel des adolescents, inévitablement envahis par des affects et des représentations (sexualité, mort, etc.) qui les questionnent. On peut faire l'hypothèse que la narration, en passant par la parole d'un adulte thérapeute, est un moyen de leur fournir des contenus de pensées qu'ils ne peuvent approcher parce que trop excitants et donc dangereux pour la psyché, et qui, à l'abri du conte, deviennent apprivoisables, représentables et supportables.

Les dispositions subjectives amour/haine, tristesse/détresse, angoisse de séparation/angoisse d'abandon jalonnent ces récits. Elles peuvent permettre au préadolescent comme à l'adolescent, dans un temps pivot de l'émergence du Réel sexuel, d'accéder à certaines émotions, à certaines représentations refoulées, enfouies, tenues à distance, voire clivées, de refaire surface et d'être exprimées dans les meilleurs des cas. Une vigilance particulière est nécessaire concernant les éléments forclos de la symbolisation sexuelle chez les sujets psychotiques.

À titre d'exemple « Le Petit Poucet » de H.C. Andersen raconte l'histoire d'un couple parental qui se débarrasse de ses enfants. Ce conte traite de l'abandon, sous sa forme la plus violente et provocante pour la pensée. À l'abri d'une fiction, la représentation de l'abandon devient possible. Les nombreux rebondissements de l'histoire permettent à certains patients d'affronter, de surmonter leur angoisse de séparation dans

une tentative de symbolisation par l'expression de leurs dires, pendant la séance ou dans son après-coup.

Ce groupe, d'une séance à l'autre, prend parfois la forme d'un groupe de parole où les adolescents se racontent. Ainsi, un passage s'effectue du conte vers le « conte » singulier de l'adolescent, à l'appui de sa propre parole adressée aux participants du groupe pour qu'ils puissent la reconnaître. À l'inverse, nous rencontrons certaines situations où la lecture peut entraîner une désorganisation psychique, le plus souvent déjà latente, avec une impossibilité d'accéder à un travail subjectif de liaison d'une séance à l'autre, voire au cours d'une même séance. Dans ces situations plus délicates, le thérapeute conteur peut être perturbé, comme attaqué dans sa lecture, à l'aune de l'effraction produite par le conte sur un des adolescents du groupe. Là où il y a tentative des cothérapeutes d'installer une narration qui fasse récit et travail de liaison, il ne peut répondre que par la confusion et la déliaison, empêchant la continuité de la dynamique du groupe.

Une autre indication de ces groupes peut être la reprise de soins à l'adolescence, après un suivi en thérapie individuelle, en orthophonie ou en psychomotricité pendant l'enfance.

Un engagement commun dans la disparité du désir de chaque professionnel de l'équipe

Au-delà de ce travail spécifique aux groupes thérapeutiques, nous ferons remarquer que le désir de travailler en équipe est une forme de conviction et d'engagement singulière à chaque praticien, relevant très probablement d'un mode symptomatique qui lui est propre. Se soutenant d'un certain idéal (à la fois clinique, social et politique) susceptible de devenir un objet de division à tout moment de la vie institutionnelle, ce désir pousse à ne jamais renoncer à l'humanisation des sujets humains, surtout celle des jeunes générations que nous recevons. Cette « fibre institutionnelle » enseigne et favorise le dialogue et le rapport à l'altérité. En travaillant au CMPP de Villeneuve-Saint-Georges, nous en avons d'autant

mieux pris la mesure que nous sommes confrontés à la pluralité des liens sociaux et culturels, du fait de la diversité des populations accueillies. Nous rappellerons ici que la manière dont une société traite les sujets en souffrance, en mal de vivre ou présentant une maladie psychiatrique avérée, des plus jeunes aux plus âgés, est un indice significatif de son degré de civilisation.

LA FONCTION SOCIALE DU CMPP DE VILLENEUVE-SAINT-GEORGES

Dans une telle conjoncture sociologique, le CMPP en tant que lieu de soins a incontestablement une fonction sociale. Nous sommes sollicités par des familles déshéritées de la ville de Villeneuve-Saint-Georges et des communes environnantes, à la fois pour des soins psychiques et pour des difficultés pédagogiques et éducatives rencontrées par leurs enfants et adolescents. Nous répondons en outre aux demandes des thérapeutes et éducateurs des missions locales de réussite éducative de la ville de Villeneuve-Saint-Georges, et entretenons des liens avec des éducateurs de rue d'associations locales de prévention.

Les modalités d'accueil et de suivi dans une institution de soins diffèrent de celles qui existent dans des associations à visée strictement éducative, à vocation de loisirs ou de soutien au travail scolaire. Mais toutes ces institutions, dont les CMPP, contribuent à la cohésion sociale.

Dans le cadre de la fonction sociale de ce CMPP, nous soulignerons un paradoxe concernant les liens de proximité que nous formalisons et entretenons avec les familles. Les lois précédemment évoquées font état du souci des législateurs de veiller au respect et à l'exercice de leurs droits. Elles ont rendu obligatoire la mise en place de diverses modalités de recueil des points de vue des usagers, d'écoute de leurs besoins, de leurs suggestions, de leurs critiques, pour maintenir et améliorer la qualité des soins.

Concernant les questionnaires qualité, nous les avons diffusés, et incité les familles à y répondre. La plupart des réponses recueillies ont été favorables sur les plans de l'accueil, des informations, de l'utilité, des compétences, de la qualité des soins de notre centre. Les critiques ont porté principalement sur le délai d'attente, à juste titre jugé trop long.

Nous avons proposé des réunions annuelles entre l'équipe et les familles pour créer des liens de confiance, recueillir leurs idées, les informer plus largement de nos modalités de travail, des évolutions institutionnelles en cours.

À notre grande surprise, année après année, malgré un travail préparatoire pour les inciter à participer, très peu de familles ont répondu à nos sollicitations, et encore plus rares sont celles qui se sont déplacées le moment venu. Ce phénomène nous a beaucoup interrogés. Les familles présentes nous ont demandé des explications plus approfondies sur notre organisation de travail et des précisions qui allaient au-delà du livret d'accueil qui leur est systématiquement délivré dès le premier rendez-vous de leur enfant. Elles ont fait part, comme dans les questionnaires, de leur satisfaction sur la qualité de l'accueil et des soins tout en regrettant le délai d'attente d'un premier rendez-vous. Nous les avons informées de l'absence de crédits accordés par les pouvoirs publics, et donc de l'impossibilité de pouvoir recruter de nouveaux professionnels, alors que les demandes n'ont fait que croître. Elles ont été sensibles à nos préoccupations soignantes d'avoir à répondre au mieux à leurs demandes. Nous avons souligné que ce problème de la double augmentation du délai d'attente avant un premier rendez-vous et de la file d'attente témoignait de nos limites, cette difficulté majeure concernant tout autant les CMP voisins. Un autre facteur a été mis en exergue : la baisse croissante du nombre de praticiens libéraux, médicaux et paramédicaux, dans l'environnement proche du CMPP. Nous avons tenu compte du déarroi des familles, faisant l'effort de répondre au plus vite à certaines situations graves et urgentes.

Pourtant, comment comprendre le peu de succès de ces rencontres ? Beaucoup de familles critiques, mécontentes, voire

très négatives à propos des soins prodigués, les auraient-elles boycottées ? Avec le recul, nous nous sommes aperçus que les familles ont beau se croiser dans la salle d'attente, et parfois se connaître, elles semblent en même temps craindre d'avoir à dévoiler l'intime de la situation singulière de leur enfant, ce qui n'est pourtant pas l'objet de ces réunions. D'autres facteurs entrent en ligne de compte : le peu de disponibilité des mères de famille (les pères, dans l'ensemble, s'avèrent moins présents ou moins sensibles à ce type de démarche) pour des raisons familiales ou professionnelles ; le caractère onéreux de la garde de leur(s) enfant(s) durant le temps de la réunion au regard de la précarité financière de la famille.

« Les bonnes intentions » sociales et démocratiques de nos législateurs tendent à sous-estimer, au nom d'un idéal d'égalité citoyenne, la part de subjectivité inhérente à chaque parent (inhibition, phobie sociale, sentiment de culpabilité ou de honte). À cela s'ajoutent des questions de pauvreté, de transmission culturelle. Nous pouvons aussi y lire une indication de la difficulté contemporaine à mobiliser des personnes pour un intérêt collectif qui dépasse des enjeux individuels.

Chaque équipe pluridisciplinaire se doit de réfléchir, au fur et à mesure de son expérience de terrain, aux modalités de rencontre avec les parents. En cela, elle a bien une fonction sociale, ne serait-ce qu'en essayant de susciter leur désir d'inscrire et de soutenir leur enfant dans un projet de soins pérenne et singulier. Sans ce désir et cet engagement, il est très difficile qu'une démarche thérapeutique soit possible et prenne sens pour un enfant.

I

UNE CLINIQUE DE CMPP