



qu 058

## **Qualité du travail thérapeutique en CMPP et souci de bonne gestion : des objectifs inconciliables ?**

### **La question adressée au CNAD**

*Je suis psychologue et j'exerce depuis presque 20 ans dans un CMPP. Nous avons changé de directeur un peu avant la fin de l'année scolaire et nous sommes une partie de l'équipe (psychologues et orthophonistes essentiellement) à nous interroger sur les changements qu'il a décidés de mettre en place qui, selon nous, témoignent d'une méconnaissance de la spécificité d'une approche thérapeutique, sont peu respectueux de nos conditions de travail et aussi de l'intérêt des enfants que nous recevons.*

*Ce CMPP, jusqu'à présent, avait toujours été dirigé (comme l'exige l'annexe XXXII) par un médecin psychiatre soucieux de favoriser des conditions de prise en charge permettant de créer une réelle alliance thérapeutique avec les enfants et avec leurs parents en respectant le temps de cheminement et de construction nécessaire à chacun, y compris aux professionnels.*

*Lors de son départ, l'association a décidé de le remplacer par un directeur, éducateur d'origine, ayant suivi une formation de gestionnaire d'établissement. Il nous a d'emblée annoncé qu'il avait reçu mission de restructurer notre fonctionnement parce que le service cumulait tous les ans un déficit financier et qu'il fallait trouver des solutions pour y remédier. Ce déficit nous n'en sommes pourtant pas responsables puisque, si j'ai bien compris, il est dû au nombre de séances non réalisées à cause d'absences d'enfants à des rendez-vous ou de congés maladie. J'estime donc, avec certains collègues que ce n'est pas à nous d'en supporter les conséquences et que le directeur devrait plutôt revoir la question avec la sécurité sociale, et avec l'association. De plus, les absences font partie intégrante du processus thérapeutique et permettent de mettre les résistances des uns et des autres au travail.*

*Nous étions censés être associés à la réflexion et avons eu avant les vacances deux réunions sur le sujet, mais lors de la réunion de rentrée, il nous a bien fallu constater qu'il n'a retenu que les points de vue qui allaient dans son sens. Il a mis bout à bout le problème du déficit avec celui de la liste d'attente, trouvant intolérable d'imposer un délai qu'il dit être de presque 9 mois à des parents et des enfants qui attendent une aide. La solution pour lui va alors de soi : nous demander de travailler en sureffectif et d'augmenter le nombre d'enfants suivis sur l'année, ce qui réduirait le temps d'attente et compenserait financièrement les*

*absences. Logique imparable si l'on ne se soucie que d'une bonne gestion pour répondre aux attentes de l'association, auxquelles le précédent directeur avait toujours su résister en privilégiant la qualité sur la quantité....*

*Certains membres de l'équipe (les personnels éducatifs et pédagogiques en particulier) ont été sensibles à ses arguments et acceptent les mesures proposées. Ce qu'ils mettent surtout en avant c'est que ce délai de 9 mois d'attente pour des enfants en difficulté est une source de discrimination entre ceux dont les familles pourront faire une démarche vers le libéral et les autres. Ils insistent aussi sur l'avenir scolaire de ces enfants qui peut être fortement compromis si on laisse les difficultés s'installer sur toute une année scolaire. Ce n'est pas faux... mais là encore, il ne nous semble pas logique que ce soit à nous de supporter les conséquences d'une offre insuffisante par rapport à la demande et leur scolarité sera-t-elle moins compromise si nous ne prenons pas le temps nécessaire à un travail de qualité avec eux ?*

*Concrètement, cela veut dire faire des bilans diagnostics moins fouillés – raccourcir les temps de séance avec les enfants – être moins disponibles pour les échanges avec les parents – privilégier les prises en charge en petits groupes au détriment de la relation individuelle. Pour nous, c'est l'importance primordiale de l'alliance thérapeutique que l'on va construire avec l'enfant et la famille qui est niée. Forger ce lien demande de prendre le temps et aussi de respecter le temps de l'autre.*

*De telles décisions touchent également largement à nos conditions de travail. L'absence d'un enfant à un rendez-vous n'a jamais été du temps perdu. On en profite pour prendre le temps d'échanger entre collègues sur la situation d'un enfant ou pour se mettre à jour dans les écrits professionnels qui sont souvent négligés faute de temps, alors qu'ils sont essentiels pour le suivi et la communication entre nous.*

*C'est notre conscience professionnelle et non notre confort personnel, comme certains voudraient le croire, qui nous pousse à être en désaccord avec ces décisions, mais nos arguments ne semblent pas entendus par ce directeur, et les psychiatres se disent trop nouveaux pour émettre un avis, alors que nos actes sont placés sous leur responsabilité.*

*Nous aimerions donc avoir l'avis de votre comité. Déontologiquement jusqu'où peut-on repousser les limites ? A partir de quand est-ce que ce n'est plus acceptable ? Un CMPP ne doit-il pas obligatoirement être dirigé par un médecin psychiatre ? Quels arguments faire valoir lorsque le souci d'une « bonne gestion » devient plus important que le souci pour les enfants accompagnés et pour la qualité du travail ?*

### **Remarque préliminaire**

Le Comité est sollicité pour donner un avis à propos d'une situation présentée comme conflictuelle par notre interlocuteur et qui concerne un CMPP fragilisé économiquement par des déficits financiers récurrents. Avant d'analyser la situation et tenter d'apporter un éclairage susceptible d'aider les professionnels à sortir de cette situation présentant toutes

les caractéristiques d'une impasse, il nous paraît indispensable de rappeler nos règles de fonctionnement. Nous travaillons à partir d'une situation décrite par un acteur social qui ne sera jamais sollicité pour donner d'éventuels compléments d'information ; les autres acteurs concernés ne sont pas davantage contactés. Nous ne pratiquons pas d'investigation, « à charge et à décharge », qui nous donnerait une légitimité de juge, d'instance arbitrale, de comité de sages ou de cabinet d'expertise. L'argumentaire ci-après est un éclairage, au plus près de la situation décrite et de nos connaissances, éventuellement partielles, en matière de structures telles que les CMPP, dans le seul but d'aider notre interlocuteur et l'équipe à laquelle il appartient à trouver eux-mêmes des solutions pérennes au service de la population accueillie.

### ***La situation telle que nous la comprenons***

Notre interlocuteur exerce la profession de psychologue depuis 20 ans dans ce CMPP où, depuis peu, un nouveau directeur a pris ses fonctions. Il précise que « *Ce CMPP jusqu'à présent avait toujours été dirigé (comme l'exige l'annexe XXXII) par un médecin psychiatre* » et « *Lors de son départ, l'association a décidé de le remplacer par un directeur, éducateur d'origine, ayant suivi une formation de gestionnaire d'établissement* ».

« *Un CMPP ne doit-il pas obligatoirement être dirigé par un médecin psychiatre ?* » nous interroge-t-il ? Cette question pourrait toutefois être reformulée ainsi : un médecin directeur de CMPP doit-il également assurer une direction administrative voire pédagogique ?

Ce nouveau directeur a « *annoncé qu'il avait reçu mission de restructurer notre fonctionnement parce que le service cumulait tous les ans un déficit financier et qu'il fallait trouver des solutions pour y remédier* ». Du coup, une partie de l'équipe du CMPP, psychologues et orthophonistes essentiellement, s'interroge sur les changements qu'il a décidé de mettre en place.

Selon ces professionnels,

- le médecin psychiatre qui dirigeait préalablement le CMPP était « *soucieux de favoriser des conditions de prise en charge permettant de créer une réelle alliance thérapeutique avec les enfants et avec leurs parents en respectant le temps de cheminement et de construction nécessaire à chacun, y compris aux professionnels.* » ;
- les changements mis en place par le nouveau directeur témoigneraient « *d'une méconnaissance de la spécificité d'une approche thérapeutique, seraient peu respectueux de nos conditions de travail et aussi de l'intérêt des enfants que nous recevons* ».

L'association, le directeur, les salariés du CMPP sont néanmoins d'accord sur un point : le déficit est réel et il est dû « *au nombre de séances non réalisées à cause d'absences d'enfants à des rendez-vous ou de congés maladie* ».

Dans un premier temps et à partir de ce constat, plusieurs divergences apparaissent.

**Les divergences à l'œuvre dans la situation exposée :**

La **première divergence** entre ces professionnels et leur hiérarchie, directeur et association, porte sur la répartition des responsabilités pour enrayer ce déficit. Selon le directeur et l'association, une restructuration du fonctionnement du service est nécessaire, ce qui impliquerait tous les professionnels dans la démarche, alors que, pour certains, la responsabilité du déficit ne leur incombe pas : ils n'ont donc pas à « *en supporter les conséquences* ». « *Le directeur devrait plutôt revoir la question avec la sécurité sociale, et avec l'association* ».

La **deuxième divergence** porte sur les réponses visant à supprimer le déficit. Le directeur demanderait à l'équipe du CMPP « *de travailler en sureffectif et d'augmenter le nombre d'enfants suivis sur l'année, ce qui réduirait le temps d'attente et compenserait financièrement les absences* ». Or, argumente notre correspondant, d'une part « *les absences font partie intégrante du processus thérapeutique et permettent de mettre les résistances des uns et des autres au travail* », d'autre part, les professionnels n'auraient pas non plus à « *supporter les conséquences d'une offre insuffisante* ».

La **troisième divergence** porte sur les motivations prêtées aux différentes parties prenantes. La solution préconisée par le directeur qui « *a mis bout à bout le problème du déficit avec celui de la liste d'attente* », serait d'une « *logique imparable si l'on ne se soucie que d'une bonne gestion pour répondre aux attentes de l'association, auxquelles le précédent directeur avait toujours su résister en privilégiant la qualité sur la quantité....* ».

Le souci de ce directeur vis-à-vis du préjudice éventuellement causé aux enfants du fait du délai d'attente imposé ne serait retenu ici que comme prétexte à sa décision. De même, « *certaines voudraient croire* », que ce qui pousserait les psychologues et les orthophonistes « *à être en désaccord avec ces décisions* », serait le souci de leur confort personnel alors que ceux-ci estiment réagir au nom de leur « *conscience professionnelle* » dans l'intérêt des personnes accompagnées en défendant la qualité des prestations offertes.

La **quatrième divergence** porte sur les conséquences de la solution retenue par le directeur et acceptée par une partie de l'équipe : « *raccourcir les temps de séance avec les enfants* », « *privilégier les prises en charge en petits groupes* ». Selon notre correspondant, cela revient à « *privilégier la quantité sur la qualité* » et à nier « *l'importance primordiale de l'alliance thérapeutique que l'on va construire avec l'enfant et la famille. Forger ce lien demande de prendre le temps et aussi de respecter le temps de l'autre.* »

Cela impacterait également leurs conditions de travail « *L'absence d'un enfant à un rendez-vous n'a jamais été du temps perdu. On en profite pour prendre le temps d'échanger entre collègues sur la situation d'un enfant ou pour se mettre à jour dans les écrits professionnels qui sont souvent négligés faute de temps, alors qu'ils sont essentiels pour le suivi et la communication entre nous* ».

#### **Des questions sont induites par ces divergences :**

- « *Quels arguments faire valoir lorsque le souci d'une « bonne gestion » devient plus important que le souci pour les enfants accompagnés et pour la qualité du travail ?* »

Cependant, notre interlocuteur fait état dans son courrier d'un des arguments mis en avant par le nouveau directeur : il trouve « *intolérable d'imposer un délai qu'il dit être de presque 9 mois à des parents et des enfants qui attendent une aide* ». La « bonne gestion » ne consiste-t-elle pas aussi à se soucier du temps d'attente pour les enfants et les familles et de ses conséquences éventuelles ? En effet, comme le soulignent en particulier les personnels éducatifs et pédagogiques, « *ce délai de 9 mois d'attente pour des enfants en difficulté est une source de discrimination entre ceux dont les familles pourront faire une démarche vers le libéral et les autres. Ils insistent aussi sur l'avenir scolaire de ces enfants qui peut être fortement compromis si on laisse les difficultés s'installer sur toute une année scolaire* ».

Certes, concède notre interlocuteur, qui interroge toutefois : cette année scolaire « *sera-t-elle moins compromise si nous ne prenons pas le temps nécessaire à un travail de qualité avec eux ?* ».

- « *Déontologiquement jusqu'où peut-on repousser les limites ? A partir de quand est-ce que ce n'est plus acceptable ?* »

Bien que la question soit pertinente, le CNAD est confronté à beaucoup trop d'inconnues pour pouvoir l'aborder de manière circonstanciée. Augmenter le nombre des suivis ou raccourcir le temps des séances ... dans quelle proportion ? Ne plus disposer d'une marge de manœuvre permettant d'échanger entre collègues ou de se mettre à jour dans les écrits ... ce qui renvoie à la répartition des temps de travail, point sur lequel nous n'avons pas non plus d'information. Par ailleurs, privilégier la prise en charge en petits groupes ne signifie pas la systématiser et, en tout état de cause, il restera toujours de la responsabilité du médecin d'en apprécier au cas par cas la pertinence ou les risques.

La référence à cette notion de temps est en effet omniprésente dans la question posée :

- le temps nécessaire pour un travail de qualité : mais est-il réellement possible d'apprécier dans l'absolu ce temps nécessaire ? La qualité d'une prestation ne dépend-elle pas également d'autres facteurs ?
- le temps nécessaire pour accompagner l'enfant et être disponible pour la famille : mais qu'en est-il de la prise en considération du temps pour ceux qui restent « en attente » ?

Enfin, notre correspondant note que « *les psychiatres se disent trop nouveaux pour émettre un avis, alors que nos actes sont placés sous leur responsabilité* ».

Cette présentation, qui s'efforce de rendre compte de la complexité de la situation, montre à l'évidence que l'équipe est divisée : ceux qui s'opposeraient à la décision du directeur du service, ceux qui accepteraient les mesures proposées, et les psychiatres qui n'émettent pas d'avis.

### ***Réflexion à partir des questions posées explicitement au CNAD***

- **La première que nous aborderons concerne la qualification du directeur : « *Un CMPP ne doit-il pas obligatoirement être dirigé par un médecin psychiatre ?* ».**

Il s'agit là d'une question d'ordre juridique et non déontologique. Selon l'article 12 des Annexes XXXII, conditions techniques d'agrément des centres médico-psycho-pédagogiques de cure ambulatoire<sup>1</sup> : « Le médecin directeur du centre médico-psycho-pédagogique doit obligatoirement être qualifié en pédiatrie ou en neuropsychiatrie et avoir des connaissances particulières respectivement en psychiatrie infantile ou en pédiatrie. Le médecin directeur doit être agréé par le directeur départemental de la santé. »

La circulaire<sup>2</sup> de 1964 offre toutefois la possibilité d'une direction double (il existe même des CMPP ayant une triple direction : médicale, administrative, pédagogique), mais cette situation doit répondre à un réel besoin et la direction administrative et pédagogique – supplémentaire en quelque sorte – ne saurait en aucun cas se substituer à la direction médicale pour ce qui est de la responsabilité technique.

Il nous paraît peu vraisemblable que l'association gestionnaire ignore cette exigence légale. Il ne s'agirait donc pas, au sens propre du terme, d'un remplacement de l'un par l'autre, mais d'une responsabilité qui serait partagée entre une direction médicale (poste qui reste peut-être à pourvoir) et une direction pédagogique et administrative.

Qu'il y ait ou non une double direction, « le médecin-directeur participe effectivement à toute l'autorité, et à toutes les responsabilités techniques. Il exerce vis à vis des interlocuteurs du centre la plénitude des fonctions de direction. »<sup>3</sup>

Notons par ailleurs qu'il est de la responsabilité d'un directeur, quelle que soit sa qualification, de veiller à l'adéquation entre coût, moyens alloués et qualité du service rendu, de manière à assurer la pérennité de l'institution.

- **Les autres questions peuvent être regroupées dans une même problématique : en quoi les domaines de la déontologie et de l'éthique peuvent-ils éclairer un conflit portant sur l'opposition possible entre quantité et qualité de travail à l'intérieur d'une structure médico-sociale, entre finalités recherchées et moyens utilisés ?**

Dans un premier temps la lecture de cette situation a suscité de la perplexité au sein du CNAD : en effet la plupart des arguments et des contre-arguments correspond à des observations et des analyses de bon sens et maniées par des professionnels compétents. De fait, il est indispensable de se préoccuper de la qualité du service rendu aux enfants et adolescents suivis (principe de bienfaisance et de non-malfaisance) **et** de la pérennité de la structure qui rend cette qualité possible (principe de réalité). Il est important également de respecter l'autonomie technique des professionnels (principe déontologique) **et** les nécessités techniques dues aux contraintes budgétaires. Enfin, il est nécessaire de tout faire pour construire une alliance thérapeutique pour les enfants suivis **et** de se préoccuper de ceux qui attendent, faute de places disponibles (principe de justice, d'équité).

---

<sup>1</sup> (annexé au décret n°56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux). Repris au décret n°63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n°56-284 du 9 mars 1956

<sup>2</sup> Circulaire n° 35 bis SS du 16 avril 1964 relative au fonctionnement général et financement des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques

<sup>3</sup> Article 12 de la circulaire n° 35 bis SS du 16 avril 1964

Dans un second temps, il nous paraît possible de sortir de cette situation en proposant quelques pistes à mettre au travail au sein de cette équipe.

Rappelons d'abord que toute institution fonctionne à partir d'un paradoxe fondateur que l'on peut, d'une manière générale, formuler ainsi : si, sur le plan de sa finalité, une institution est au service des autres, elle est au service d'elle-même quant à sa réalité. En effet, à quoi serviraient les déclarations de principes, telles que l'intérêt des enfants, la démarche de soin, la non-discrimination, l'alliance thérapeutique, la conscience professionnelle, la qualité du travail, autant d'exemples pris dans ce courrier, si la structure qui les porte ne se donne pas les moyens de sa propre pérennisation en supprimant le déficit, en compensant financièrement les absences, en réduisant le temps d'attente, en augmentant la file active, exemples pris également dans ce courrier ? Inversement, à quoi servirait une gestion saine, équilibrée, solide si ces valeurs au service desquelles cette gestion doit se mettre étaient négligées ?

Ensuite, revisitons les paradoxes fondateurs spécifiques aux CMPP. Basée historiquement sur une « alliance éducation-psychanalyse », paradoxale pour ceux qui pensent que le pédagogue pose l'interdit tandis que le thérapeute le lève, les CMPP prennent en compte les déterminismes extrinsèques - c'est-à-dire sociaux, scolaires, éducatifs, rééducatifs - et intrinsèques. En outre, les CMPP appartiennent au secteur médico-social, tout en ayant un fonctionnement qui s'apparente plutôt à celui d'un service de santé, fonctionnement difficile à comprendre par tous les acteurs. Ce type singulier de structure fonctionne pourtant depuis plus d'un demi-siècle, preuve que ces paradoxes sont bien fondateurs et non destructeurs.

Or, dans la manière dont cette situation nous est exposée, les données du problème sont présentées sous forme d'oppositions : le thérapeutique/la gestion, l'intérêt des enfants/l'intérêt financier, le personnel thérapeutique/le personnel éducatif, les nouveaux/les anciens, le nouveau directeur/l'ancien directeur.

La démarche éthique consiste à interroger des principes, des valeurs d'importance équivalente qui sont mis en tension dans des situations de dilemme. Elle cherche à concilier, à réconcilier, à allier conviction et responsabilité, c'est-à-dire, par exemple, qualité thérapeutique et nécessité de financements pérennes.

« Les références déontologiques pour les pratiques sociales »<sup>4</sup> vont dans ce sens. Ainsi les articles suivants pourraient inspirer les travaux de cette équipe :

- 1.3. « Au-delà des compétences et responsabilités spécifiques à leur statut, employeurs, employés et bénévoles sont tous des acteurs de l'action sociale. »
- 3.6. « L'acteur de l'action sociale dispose d'une autonomie technique pour élaborer son action. Il s'engage à tout mettre en œuvre pour assurer sa mission de manière conforme aux exigences de qualité. »
- 5.1. « L'employeur développe son activité dans le cadre d'une mission d'utilité publique ou d'intérêt général. Il assume la responsabilité légale de la mission d'action sociale qui lui incombe et veille notamment à ce que les moyens nécessaires à

---

<sup>4</sup> « Des références déontologiques pour les pratiques sociales » - texte mis à jour par le CNRD en 2004

l'accomplissement de cette mission soient mis en place conformément aux exigences de qualité. Pour leur part, qu'ils soient ou non régis par un contrat de travail, les acteurs de l'action sociale sont conscients des obligations légales, professionnelles, éthiques et déontologiques qui découlent de leur statut. Ils veillent notamment à communiquer à la hiérarchie toute information lui permettant d'exercer pleinement ses responsabilités. »

Accueillir et accompagner des personnes ne dispense pas les associations, les structures, les responsables et l'ensemble des intervenants de se préoccuper du rapport économique entre les services rendus et leurs coûts. Au contraire, la responsabilité professionnelle et citoyenne, le positionnement déontologique et éthique, devraient conduire chacun à être en mesure de rechercher l'efficacité de ses actions.

Les contraintes budgétaires d'une part, et la rationalisation des coûts voulue par les autorités de contrôle et de tarification, d'autre part, contraignent les établissements et services sociaux et médico-sociaux à une gestion plus rigoureuse. Cette rationalité amène l'ARS à comparer les CMPP entre eux<sup>5</sup> en les dotant, comme tous les établissements et services médico-sociaux, d'indicateurs de fonctionnement : à organisation comparable, ceux qui ont des coûts à l'acte jugés trop élevés doivent s'expliquer et s'ajuster<sup>6</sup>.

Ainsi, « Lorsque, la valeur d'un indicateur du tableau de bord s'écarte de la valeur moyenne ou médiane de cet indicateur au niveau national, régional ou départemental, au-delà d'un certain pourcentage (..) l'autorité de tarification peut demander à l'établissement ou au service d'exposer les raisons qui justifient cet écart. »<sup>7</sup>

« Compte tenu de la réponse de l'établissement ou du service, (..) l'autorité de tarification peut préciser à l'établissement ou au service la nature et l'ampleur des écarts dont elle requiert la réduction, et l'échéance à laquelle ce résultat doit être atteint. »<sup>8</sup>

Dans l'intérêt des usagers, l'ARS recherche le meilleur service au meilleur coût :

« Lorsqu'elle procède à des comparaisons fondées sur la valeur pour l'établissement ou le service des indicateurs figurant aux tableaux de bord, l'autorité de tarification veille...aux spécificités particulières de chaque établissement ou service »<sup>9</sup>

---

<sup>5</sup> Extrait de l'article R314-28 du CASF : « Afin de permettre, notamment, des comparaisons de coûts entre les établissements ou services qui fournissent des prestations comparables, leur fonctionnement peut être décrit par un ou plusieurs indicateurs construits à partir de différentes mesures de leur activité ou de leurs moyens. ».....

<sup>6</sup> Cf. **4° de l'article 21 du Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003** relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. « En réponse aux propositions budgétaires, l'autorité de tarification fait connaître à l'établissement ou au service les modifications qu'elle propose. Celles-ci peuvent porter sur : 4° Pour les dépenses prises en charge par l'aide sociale de l'Etat ou par l'assurance maladie, celles qui paraissent injustifiées ou dont le niveau paraît excessif, compte tenu des conditions de satisfaction des besoins de la population, ou de l'activité et des coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables ; »

<sup>7</sup> Extrait de l'article R 314-33 du CASF

<sup>8</sup> Extrait de l'article R 314-33 du CASF

<sup>9</sup> Extrait de l'article R 314-32 du CASF



Le nombre d'actes demandé à ce CMPP par l'ARS est-il comparable à ce qui est attendu dans les autres CMPP de la région ? Est-il réalisable et à quelles conditions ?

Par ailleurs, considérant qu'il soit nécessaire d'augmenter le nombre d'actes, quels seraient les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir ? Quels seraient, par exemple, les aménagements possibles en matière de répartition du temps de travail ? Dans les conventions collectives, la répartition du temps de travail des psychologues et des paramédicaux comprend les heures travaillées auprès des usagers, les heures de préparation/rédaction des rapports ou documents administratifs, les heures de réunions de synthèse ou de projet, de coordination et de formation. Est-il possible de réexaminer la répartition des heures de travail afin de prendre en compte l'augmentation du nombre d'actes ?

Enfin, puisque la raison du déficit d'actes de ce CMPP est due « *au nombre de séances non réalisées à cause d'absences d'enfants à des rendez-vous ou de congés maladie* », nous pouvons nous demander si toutes les absences font réellement « *partie intégrante du processus thérapeutique* » et si par ailleurs, comme l'affirme notre interlocuteur, elles « *permettent de mettre les résistances des uns et des autres au travail* » ? Les thérapeutes n'ont-ils vraiment jamais aucune part de responsabilité dans les absences d'enfants ? Où est mis le curseur dans ce CMPP entre les deux pôles extrêmes du laisser-faire et de l'acharnement vis-à-vis des enfants et des familles ? Quelles sont les limites admises ? Quelles sont les conséquences éventuelles de ces absences sur la poursuite de la prise en charge ? Par ailleurs, concernant les congés maladie, ne sont-ils pas intégrés dans le calcul annuel ?

### **Que peut faire cette équipe face à ces dilemmes ?**

- se faire expliquer les enjeux financiers. Le responsable a reçu mission de restructurer le fonctionnement ; il ne s'agit probablement pas pour lui de se soucier uniquement d'une « *bonne gestion pour répondre aux attentes de l'association* ». Celle-ci a des obligations vis-à-vis de son autorité de contrôle et de tarification auxquelles les salariés ne peuvent se soustraire. Quelles sont ces obligations ? Que demande précisément l'ARS au CMPP ? Connaissent-ils les tableaux de bord portant sur les CMPP du territoire établis par l'ARS ?
- proposer de reconsidérer le fonctionnement du CMPP et, à cette occasion, réfléchir à la façon de diminuer le temps d'attente ;
- évaluer les besoins et les attentes auxquels répondre pour maintenir la qualité de la prestation et peut-être envisager de travailler différemment ;
- actualiser le projet d'établissement et réinterroger les missions du service.

Il est indispensable de reprendre le dialogue sur des bases nouvelles. Chacun est responsable de la qualité du service et de la bonne marche institutionnelle. Toutefois, il peut se faire, que, malgré la reprise d'un dialogue constructif, guidé par le souci de comprendre l'autre, l'équipe n'arrive pas à trouver une solution satisfaisante pour tous. En effet, il faut reconnaître que tous les secteurs subissent de plein fouet les effets de politiques qui

aboutissent à diminuer les enveloppes budgétaires, à enjoindre chacun à faire mieux avec moins, mettant ainsi en difficulté, voire en danger la qualité des services rendus à la population, la pérennité des organismes gestionnaires et l'avenir des professionnels.

Les mouvements, les associations militantes, les syndicats et les instances représentatives des salariés travaillant dans les organisations sociales ou médico-sociales, peuvent contester les orientations de l'Etat en matière de priorité et de dépenses. S'agissant des budgets, ne serait-il pas, en revanche, hasardeux que les conseils d'administration s'opposent au-delà du contentieux aux décisions de leur autorité de contrôle ? Toutefois, au-delà de cet aspect, n'appartient-il pas aux associations de vérifier que les actions qu'on leur demande de mettre en œuvre correspondent à leurs valeurs, et d'engager une réflexion éthique leur permettant, si besoin, d'interpeler les pouvoirs publics sur la base d'arguments fondés et légitimes ? La question reste ouverte...

Les limites à ne pas franchir déontologiquement sont également liées à la responsabilité de chacun. Bien que cette posture soit exceptionnelle et à adopter uniquement quand toutes les autres solutions ont été réellement étudiées, il reste que « ...chaque acteur de l'action sociale pourra engager sa responsabilité s'il est convaincu qu'une démarche, un projet ou une disposition ne correspondent pas aux valeurs éthiques et aux règles déontologiques auxquelles il se réfère. » (article 5.2. des RDPS).

La problématique essentielle ici est bien celle des engagements de tous les acteurs concernés dans une collaboration nécessairement reliée à la mission commune qui leur est confiée. Ainsi, l'article 4.2. des Références Déontologiques pour les Pratiques Sociales indique : « Les acteurs de l'action sociale mettent tout en œuvre pour s'inscrire dans un projet commun en y apportant leur technicité, leur compétence, dans le respect des statuts et des attributions de leurs partenaires. Cette concertation implique en interne l'existence d'espaces de dialogue formalisés. Les différents acteurs fondent leurs relations sur une reconnaissance réciproque et s'enrichissent de leurs compétences spécifiques. Ils situent le champ de leur action par rapport à la mission qui leur est confiée en mettant en œuvre une technicité et une compétence adaptées ».

Il s'agit, au fond, pour cette équipe de retrouver les conditions du dialogue. Les principes de l'éthique biomédicale pourraient l'aider à avancer : comment analyser les points de désaccord au regard des quatre principes de justice, d'autonomie, de bienfaisance et de non-malfaisance ? Il conviendrait de créer les conditions d'une discussion collégiale afin de se donner le maximum de chance pour que ces décisions, in fine, soient reconnues pertinentes au sein de l'institution.

Le CNAD décembre 2012