

CREAI CENTRE

LES CENTRES-MEDICO-PSYCHO-PEDAGOGIQUES (CMPP) EN REGION CENTRE EN 2008

Volet 1 – l'activité des CMPP

■ Etude réalisée par le CREAI Centre :

Séverine DEMOUSTIER, Conseillère technique

Manon PRACA, Conseillère technique

Brigitte LAVARELO, Assistante

Pour la DRASS du Centre





SOMMAIRE

CHAMP DE L'ETUDE ET CADRE METHODOLOGIQUE	5
Contexte de l'étude / cahier des charges.....	5
Objet de l'étude.....	5
Contours de l'étude.....	5
Structuration de l'étude.....	5
Méthodologie adoptée	6
Volet 1 - état des lieux de l'activité des CMPP	6
Volet 2 - analyse de la population accueillie.....	7
Calendrier.....	8
Limites méthodologiques de l'étude.....	9
Lexique du vocabulaire utilisé pour la collecte et l'analyse des données	10
INTRODUCTION – QU'EST-CE QU'UN CMPP ?	11
Le cadre juridique.....	11
Annexe XXXII.....	11
Circulaire 35bis SS du 16 avril 1964.....	12
La variété des CMPP.....	13
FICHES PAR CMPP	14
<i>voir volet joint</i>	
FICHES PAR DEPARTEMENTS.....	15
<i>voir volet joint</i>	
ANALYSE REGIONALE.....	16
Carte régionale.....	17
Constats	18
Quel public les CMPP accueillent-ils ?	18
• Points de convergence	
⇒ Origine de la demande	18
⇒ Scolarisation	19
⇒ Notification MDPH	19
⇒ Troubles.....	19



- Diversité des situations
 - ⇒ Agrément d'âge et âge effectif de la population accueillie 20
 - ⇒ Accueil des moins de 6 ans – la question des relais CAMSP / CMPP 22
- Quels sont leur localisation et leur périmètre d'intervention ? 22**
 - Maillage territorial 22
 - Eloignement domicile - CMPP 23
 - Transports en taxis et question des remboursements 24
 - ⇒ Part des enfants suivis ayant recours aux transports en taxi..... 24
 - ⇒ Politiques des CPAM en matière de remboursement des frais de transport 25
- Quel type d'offre de soins proposent-ils ? 25**
 - Points de convergence
 - ⇒ Fréquence des consultations 25
 - ⇒ Durée des prises en charge 26
 - ⇒ Arrêts des prises en charge et question de la réorientation..... 26
 - Diversité des situations
 - ⇒ Diagnostics et traitements 27
 - ⇒ Parts prises en charge unidisciplinaires / prises en charge multidisciplinaires..... 28
 - ⇒ Spécialités proposées 29
- Quel plateau technique mobilisent-ils ? 30**
 - Points de convergence
 - ⇒ Plateau technique..... 30
 - ⇒ Personnels manquants..... 31
 - ⇒ Age et ancienneté des personnels 32
 - Diversité des situations
 - ⇒ La double ou la triple direction ; la présence de Directeurs pédagogiques et de psychopédagogues..... 33
- Quel est leur mode de fonctionnement ? 33**
 - Points de convergence
 - ⇒ Périodes d'ouverture / de fermeture..... 33
 - Diversité des situations
 - ⇒ Procédures d'accueil 34
 - ⇒ Organisation des équipes entre site principal et antennes 34
- Quel est leur volume d'activité ? 35**
 - File active 35
 - Nombre de séances effectuées / nombre de séances facturées 35
 - Temps d'attente 36
- Quels sont leur environnement territorial et leurs partenaires ? 36**
 - Partenaires soignants : intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile ; professionnels libéraux
 - Conseillers
 - Un travail partenarial difficile à mener au regard des contraintes
- Les grandes problématiques mises en évidence - récapitulatif 39
- Pistes de préconisations..... 40



BIBLIOGRAPHIE 41

REMERCIEMENTS 42

ANNEXES 43

1. Liste des membres du comité de pilotage.....44

2. Questionnaire envoyé aux CMPP45

3. Annexe XXXII57

4. Circulaire du 16 avril 196461

CHAMP DE L'ETUDE ET CADRE METHODOLOGIQUE

CONTEXTE DE L'ETUDE / CAHIER DES CHARGES

OBJET DE L'ETUDE

Dans la perspective de l'actualisation du PRIAC 2010-2013, la DRASS a confié au CREA Centre la réalisation d'une étude sur les centres médico-psycho-pédagogiques en région Centre.

L'objet de cette étude est de dresser un état des lieux des structures existantes (périmètre d'intervention, profil de la population prise en charge, modes d'organisation et de fonctionnement, partenariats existants) afin d'obtenir une vision précise de leur activité et, ainsi, de mettre en évidence les évolutions qu'elles ont connues depuis le dernier PRIAC.

Compte tenu des moyens financiers venus renforcer les CAMSP et les CMPP depuis 2006, la DRASS souhaitait que soient analysés en particulier :

- le nombre de personnes en attente d'accompagnement et les délais moyens d'attente
- la question du recentrage des prises en charge CMPP sur les classes d'âge idoines et des relais CMPP / CAMSP

Enfin, cet état des lieux doit permettre également d'analyser les besoins actuels des structures.

CONTOURS DE L'ETUDE

- **Périmètre d'intervention** : élément d'identification et d'agrément des CMPP, zone d'intervention territoriale ;
- **Modes d'organisation et de fonctionnement** : statut du gestionnaire, description du personnel (la question du coût de fonctionnement n'a pas été abordée) ;
- **Partenariat** : modes de fonctionnement du partenariat et articulation des CMPP avec les autres structures sanitaires, sociales et médico-sociales (dont CAMSP), les MDPH, les PMI, l'Education Nationale, le secteur libéral (le rôle du CMPP tel que perçu par les partenaires n'a pas été analysé, ces derniers n'ayant pu être sollicités faute de temps) ;
- **Profil de la population prise en charge** : âge, durée moyenne de prise en charge, nature des difficultés et/ou des troubles, pathologies, déficiences, file active, temps d'attente avant l'accès au CMPP ou avant les premiers soins (volets 1 et 2 de l'étude).

STRUCTURATION DE L'ETUDE

L'étude commandée par la DRASS fait l'objet de deux volets. Ce présent rapport présente les résultats du volet 1 relatif à l'activité des CMPP. Un second volet concernant les caractéristiques psychopathologiques des publics accueillis dans les CMPP sera produit pour le second semestre 2010.

METHODOLOGIE ADOPTEE

VOLET 1 - ETAT DES LIEUX DE L'ACTIVITE DES CMPP

Le volet 1 comprend trois grandes parties :

- **des fiches par structures ;**
- **des fiches par départements ;**
- **une synthèse régionale de l'analyse effectuée, des constats qui en découlent et des propositions d'aide à la décision en termes de programmation prévisionnelle dans le cadre de l'actualisation du PRIAC.**

Pour le réaliser, les étapes suivantes ont été menées :

- **Recueil et analyse des rapports d'activité de l'ensemble des CMPP de la région Centre**

Tous les CMPP de la région Centre nous ont fait parvenir leurs rapports d'activité relatifs aux deux exercices précédents (2008 et 2007). Il s'est agi d'analyser leur activité et de produire, à partir des informations recueillies, un questionnaire.

- **Elaboration et diffusion d'un questionnaire auprès des Directeurs des CMPP**

Ce questionnaire a été diffusé par courrier en deux parties distinctes : un volet commun portant sur l'ensemble des sites géographiques d'un CMPP (CMPP de rattachement et antennes)¹, et un volet spécifique, à remplir pour chaque site.

Le contenu de ces deux volets (périmètre d'activité, modes d'organisation et de fonctionnement, partenaires) a été discuté avec les Directeurs de CMPP au cours de la réunion de la délégation régionale des CMPP le 7 octobre 2009, d'où leur forte mobilisation et un taux de retour de 100 % sur l'ensemble des structures.

Néanmoins, sur les 8 CMPP disposant d'antennes :

- 1 n'a pas renvoyé le questionnaire consolidé ;
- 3 n'ont pas renseigné les questionnaires par antenne (si certaines antennes fonctionnent de façon autonome, d'autres sont des prolongements géographiques du CMPP de rattachement, auquel cas les données ne peuvent être distinguées par site).

- **Réalisation d'entretiens avec les Directeurs des CMPP**

L'objectif de ces entretiens était de compléter les éléments d'informations recueillis dans les rapports d'activité et les questionnaires, en particulier sur le plan qualitatif (positionnement des CMPP, évolutions, etc.).

Réalisation des entretiens :

¹ Cf. annexe 2



CMPP	Interlocuteur	Date
Bourges (AIDAPHI)	M. Dubost, Directeur administratif	20/11/09
Pithiviers (AIDAPHI)	Mme Jonchère, Directeur administratif	03/12/09
Châteauroux (AIDAPHI)	M. Hartmann, Directeur administratif	05/01/10
Châteauroux (ADPEP)	Mme Rossello-Gilles, Directeur administratif et pédagogique	05/01/10
Orléans (AIDAPHI)	Mme Gantner, Directeur administratif	12/01/10
Dreux (ADPEP)	Mme Souci, Directeur administratif et pédagogique	12/01/10
Montargis (ADPEP)	Mme Paviot, Directeur administratif	19/01/10
Blois (AIDAPHI)	M. Beauvallet, Directeur administratif	26/01/10
Tours (Ass. du CMPP d'Indre-et-Loire)	M. Rouleaud, Directeur administratif et pédagogique	26/01/10
Chartres (ADPEP)	Mme Laurent-Massias, Directeur administratif et pédagogique	08/02/10

Les données recueillies au cours des entretiens ont fait l'objet d'allers – retours entre le Creai et les Directeurs des CMPP, et toutes les fiches par structure et par département leur ont été soumises pour validation.

Enfin, un questionnaire complémentaire court a été adressé aux Directeurs en cours de démarche. En effet, certaines questions non abordées dans les questionnaires initiaux s'étant avérées finalement importantes au fil des entretiens menés, il est apparu nécessaire de récolter les mêmes informations auprès de tous les CMPP.

- **Extraction des données de l'enquête Etablissements et Services (ES) 2006**

Le service Statistiques de la DRASS a été sollicité et a bien voulu nous transmettre des données extraites de l'enquête ES 2006 relatives aux CMPP. Des croisements ont ainsi pu être opérés avec les informations recueillies auprès des CMPP eux-mêmes.

VOLET 2 - ANALYSE DE LA POPULATION ACCUEILLIE

Ce volet concernera les caractéristiques psychopathologiques des enfants et adolescents accueillis par les CMPP. Il aura pour objectifs de comprendre leur profil, leur évolution, leurs besoins, et, par conséquent, de distinguer le type de réponses à proposer (déjà à l'œuvre ou à imaginer) pour les accompagner, au sein des CMPP comme en articulation avec les autres acteurs institutionnels présents sur les territoires.

Ce volet fera l'objet :

- **d'un examen approfondi des rapports d'activité des CMPP, concernant le profil de la population accompagnée ;**
- **d'entretiens communs avec le Directeur administratif / administratif et pédagogique des CMPP et le Directeur médical.**

CALENDRIER

	Période de travail	Tâches réalisées et à venir
1ère étape (octobre 2009 – février 2010) état des lieux de l'activité des CMPP	Septembre – octobre 2009	Elaboration et envoi des questionnaires sur l'activité des CMPP
	Fin décembre 2009 – février 2010	Exploitation des réponses aux questionnaires
	Novembre 2009 - début février 2010	Entretiens individuels avec les directeurs des CMPP
	Janvier – février 2010	Exploitation des entretiens
	12 janvier 2010	Comité de pilotage – Présentation des premiers résultats de l'étude
	Janvier – février 2010	Recherche de données
	Janvier – février 2010	Réalisation d'une cartographie
	Janvier 2010	Bibliographie
	Fin février 2010	Rédaction du rapport volet 1 et transmission à la DRASS
	Fin mars 2010	Présentation officielle du volet 1 aux Directeurs de CMPP et préparation du volet 2
2nde étape (février 2010 – septembre 2010) analyse de la population accueillie	Fin mars 210	Elaboration d'une grille de lecture avec les Directeurs des CMPP (et éventuellement les Directeurs médicaux)
	Mars – Juin 2010	Analyse approfondie des rapports d'activité sur les points relatifs à la population accueillie
	Mars – Juin 2010	Entretiens avec les directeurs administratifs et pédagogiques et les directeurs médicaux
	Juin et juillet 2010	Exploitation des entretiens
	Fin juin 2010	Comité de pilotage – présentation des premiers résultats
	Juillet 2010	Rédaction du rapport final
	Septembre 2010	Transmission du rapport à la DRASS et aux CMPP et présentation officielle

LIMITES METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE

Nous avons été confrontés au cours de la réalisation de cette étude à un certain nombre de limites :

- **Au niveau de la collecte des données**

- Dépendance vis-à-vis des **personnes ayant collecté les données**, qui varient au sein d'un même CMPP (secrétaires, assistantes sociales, médecins, Directeur administratif, etc.)
- Dépendance vis-à-vis du **type de logiciel utilisé** (catégorisation employée, mode de comptabilisation, conservation des données dans le temps, etc.) et de la **capacité de l'équipe à l'utiliser** (cf. effectivité de la mise en place du logiciel en 2008, organisation de formations en interne, possibilité de bénéficier d'une assistance du prestataire, etc.)

- **Au niveau de l'analyse des données pour un CMPP**

- Limites liées aux **données énoncées par les familles** (concernant les difficultés rencontrées, le conseiller, etc.)
- Difficultés liées à la **multiplicité des facteurs à l'œuvre** (exemple, pour les délais d'attente : le manque d'offre alternative de soins sur le territoire, le manque de professionnels, l'augmentation de la durée des prises en charge pour les enfants déjà suivis, etc.)

- **Au niveau de la comparaison des données entre CMPP**

- Impossibilité de mettre en parallèle certaines données, en lien avec la **diversité des modes de collecte des données**, elle-même due à la diversité des modes de fonctionnement (cf. classifications utilisées par exemple)
- **Absence de certaines données** pour plusieurs CMPP

➔ *Les limites de l'analyse et précautions à prendre figurent directement dans les parties concernées.*

LEXIQUE DU VOCABULAIRE UTILISE POUR LA COLLECTE ET L'ANALYSE DES DONNEES

■ **Diagnostic / Bilan** : séances au cours desquelles l'enfant et sa famille rencontrent l'équipe pluridisciplinaire d'un CMPP qui identifie ainsi les problématiques de l'enfant et les types de réponses à proposer, dans différentes spécialités (psychothérapie, orthophonie...). La réglementation prévoit la prise en charge financière automatique de 6 séances par personne examinée (ces 6 séances pouvant être de durées et de contenus variables).

■ **Synthèse** : étape qui suit le diagnostic / bilan, et qui, à partir des conclusions de celui-ci, donne lieu à une réflexion collective de l'équipe pluridisciplinaire (réunion de « synthèse ») destinée à identifier les besoins d'un enfant et à définir une proposition de prise en charge, qui est présentée ensuite à la famille au cours d'un entretien de restitution.

■ **Traitement / Suivi** : étape au cours de laquelle un enfant bénéficie de consultations préconisées à partir de la synthèse qu'a faite l'équipe pluridisciplinaire en fin de diagnostic / bilan. Ce traitement / suivi peut être uni ou multidisciplinaire en fonction des besoins de l'enfant.

■ **Séances** : les CMPP raisonnent en termes de séances facturées et de séances effectuées :

- les séances **facturées** sont celles qui donnent lieu à une prise en charge financière par la CPAM, et n'englobent que les séances réalisées avec l'enfant ;
- outre les séances « facturées », les séances **effectuées** peuvent comprendre, selon les CMPP, les secondes séances réalisées avec l'enfant sur une même journée, ainsi que le travail réalisé autour de l'enfant mais sans sa présence (à savoir, par exemple, les rencontres CMPP / famille sans la présence de l'enfant, les synthèses d'évolution, les participations aux réunions des équipes éducatives et autres rencontres avec les partenaires).

■ **Prise en charge** : elle regroupe les étapes de bilan / diagnostic, de synthèse et de traitement / suivi.

■ **File active** : il s'agit du nombre d'enfants reçus au moins une fois sur une année. A contrario, lorsqu'on identifie une information formulée à une date précise (en l'occurrence le 31 décembre 2008 dans cette étude), il s'agit d'une coupe, et, dans ce cas, l'information ne concerne qu'un état, une photographie, à une date précise (par exemple, pour le plateau technique).

■ **Enfants accueillis / reçus** : il s'agit d'enfants qui ont bénéficié d'un diagnostic / bilan et/ou d'un traitement / suivi au cours de l'année 2008 (dans la file active de 2008).

■ **Enfants suivis** : il s'agit d'enfants qui font l'objet d'un traitement / suivi, c'est-à-dire qui bénéficient de consultations proposées à l'issue de la synthèse.

■ **Conseilleur** : c'est la personne ou l'institution qui a orienté la famille vers le CMPP. Les conseillers renseignés dans les logiciels des CMPP sont ceux qui sont indiqués par les familles au moment de l'inscription. Or, si le conseiller cité est celui qui a déclenché le processus, conduit à l'inscription, il peut avoir été précédé par d'autres ; de même, une famille peut préférer affirmer avoir été orientée par l'école plutôt que par les services sociaux.

INTRODUCTION – QU'EST-CE QU'UN CMPP ?

LE CADRE JURIDIQUE

ANNEXE XXXII²

Créés à partir de 1946 (sous les dénominations « centres psychopédagogiques » ou « centres médico-psychologiques » dans un premier temps, selon le type d'approche privilégié – médicale ou éducative), les centres médico-psycho-pédagogiques voient leur existence et leur rôle officialisés par l'annexe XXXII ajoutée par le décret n°63-146 du 18 février 1963 au décret n°56-284 du 9 mars 1956 portant sur les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Par son article premier, l'annexe XXXII définit :

→ **le public accueilli par les CMPP :**

« Les centres médico-psycho-pédagogiques pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique sous autorité médicale »

→ **le type et le mode d'accompagnement proposé :**

« Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade. »

→ **l'objectif de cet accompagnement :**

« Réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social. »

La création des CMPP s'inscrit ainsi dans le cadre du développement des cures ambulatoires, qui rompt avec le traditionnel placement en internats spécialisés. Ces nouvelles structures innovent également par la pluridisciplinarité de l'accompagnement qu'elles dispensent et par leur volonté de prendre en considération l'environnement des enfants suivis.

Les articles 2 à 22 sont consacrés à l'énumération des **conditions techniques d'agrément** des centres médico-psycho-pédagogiques en termes de :

→ locaux (aménagement obligatoires, conditions de sécurité, entretien, etc.) ;

→ équipements ;

→ personnel (type de personnel requis, qualifications minimales et/ou agréments nécessaires pour chaque type de personnel, répartition des rôles, etc.) ;

→ organisation / fonctionnement.

A travers les conditions mentionnées, l'annexe XXXII insiste notamment sur les **principes** suivants :

→ **la pluridisciplinarité de l'accompagnement** (d'après les articles 1 puis 12 à 17, chaque CMPP doit comporter au moins un médecin « qualifié en pédiatrie ou en neuro-psychiatrie », au moins un psychologue et au moins un assistant social ; est laissée à l'appréciation des structures, en fonction de leurs activités, l'éventuelle nécessité de mobiliser des pédagogues et des éducateurs) ;

→ la nécessité d'une **coordination entre professionnels en interne** (cf. article 18), en lien avec cette pluridisciplinarité ;

→ **la coordination de l'équipe des CMPP avec les acteurs extérieurs** ayant accompagné les usagers, les accompagnant en parallèle ou devant les accompagner par la suite (cf. article 17 relatif au service social) ;

² Cf. annexe 3

- **l'existence d'un suivi des usagers en aval du traitement** (cf. article 1 - « les soins s'étendent à la post cure » - et article 17 – « Ils doivent également aider le sujet en fin de traitement et maintenir le contact avec lui pendant une durée minimum de trois ans, de manière à pouvoir éventuellement provoquer un nouvel examen ou rechercher s'il y a lieu, les causes d'une mauvaise adaptation. ») ;
- **l'information et l'accompagnement des familles** (cf. article 1 - « le traitement comprend une action sur la famille » - et article 18 - « Le médecin directeur informe après chaque réunion de synthèse, les parents ») ;
- **la formation des personnels** (articles 12 à 16).

CIRCULAIRE 35BIS SS DU 16 AVRIL 1964³

L'annexe XXXII a été complétée par la circulaire n°35bis SS du 16 avril 1964, qui apporte des précisions sur le **fonctionnement général** et les **modalités de financement de ces établissements**.

La circulaire présente ainsi, en premier lieu, les différentes voies d'admission des usagers :

- Orientation par un dispensaire d'hygiène mentale ;
- Orientation par le médecin scolaire, la commission médico-pédagogique créée dans le cadre de l'enseignement primaire, ou le psychologue scolaire attaché à un établissement ;
- Orientation par un juge des enfants ;
- Sollicitation directe de la famille – notamment en l'absence de dispensaire primaire.

Elle précise également certains points de l'annexe XXXII relatifs à l'organisation et au fonctionnement des établissements.

Enfin, dans sa deuxième partie, la circulaire définit – afin d'uniformiser des situations alors disparates – le mode de financement des CMPP.

Du fait de leur double activité (diagnostic et traitement), ces structures dépendent à la fois :

- **Du service départemental d'hygiène mentale** (au titre de l'activité de dépistage, et à condition qu'ils soient liés par convention avec ce service) ;
- **Des remboursements effectués au titre de l'assurance maladie ou de l'aide médicale** (au titre de l'activité thérapeutique, et à condition qu'ils soient agréés par les commissions régionales d'agrément des établissements privés de cure et de prévention, et agréés au titre de l'aide médicale).

Au-delà d'un forfait de 6 séances de diagnostic par personne examinée (ces 6 séances pouvant être de durées et de contenus variables), **les organismes de prise en charge se substituent au service départemental d'hygiène mentale (sous réserve de l'accord du médecin conseil de la CPAM)**.

- « Chaque centre est, donc remboursé, dans les conditions prévues par la convention passée suivant le modèle-type ci-joint par le service départemental d'hygiène mentale, des dépenses engagées au titre de son activité de dépistage, soit une somme équivalente au produit de six « séances » par le nombre de mineurs examinés. »
- « À ces remboursements, s'ajoutent, ceux que les centres perçoivent du fait de leur activité thérapeutique. Les versements proviennent des caisses d'affiliation des assurés sociaux, des familles et de l'aide médicale. »

Ce double mode de financement a été pratiqué jusqu'en 1985. Suite à l'application de la circulaire n° 126 du 6 décembre 1985, soit **depuis le 1^{er} janvier 1986, l'Assurance maladie finance également les 6 premières séances dites de diagnostic.**

³ Cf annexe 4

LA VARIETE DES CMPP

Au-delà de ce cadre juridique commun et en lien avec les deux courants qui ont conduit à leur création (cf. anciens « centres psychopédagogiques » d'une part et « centres médico-psychologiques » d'autre part), les Centres-Médico-Psycho-Pédagogiques présentent encore aujourd'hui des différences d'orientations considérables, y compris au sein d'une même association gestionnaire.

De ces différences découle une grande variété des modes de fonctionnement, qui a rendu à la fois difficile et riche l'établissement de ce panorama global.

FICHES PAR CMPP

Voir volet joint

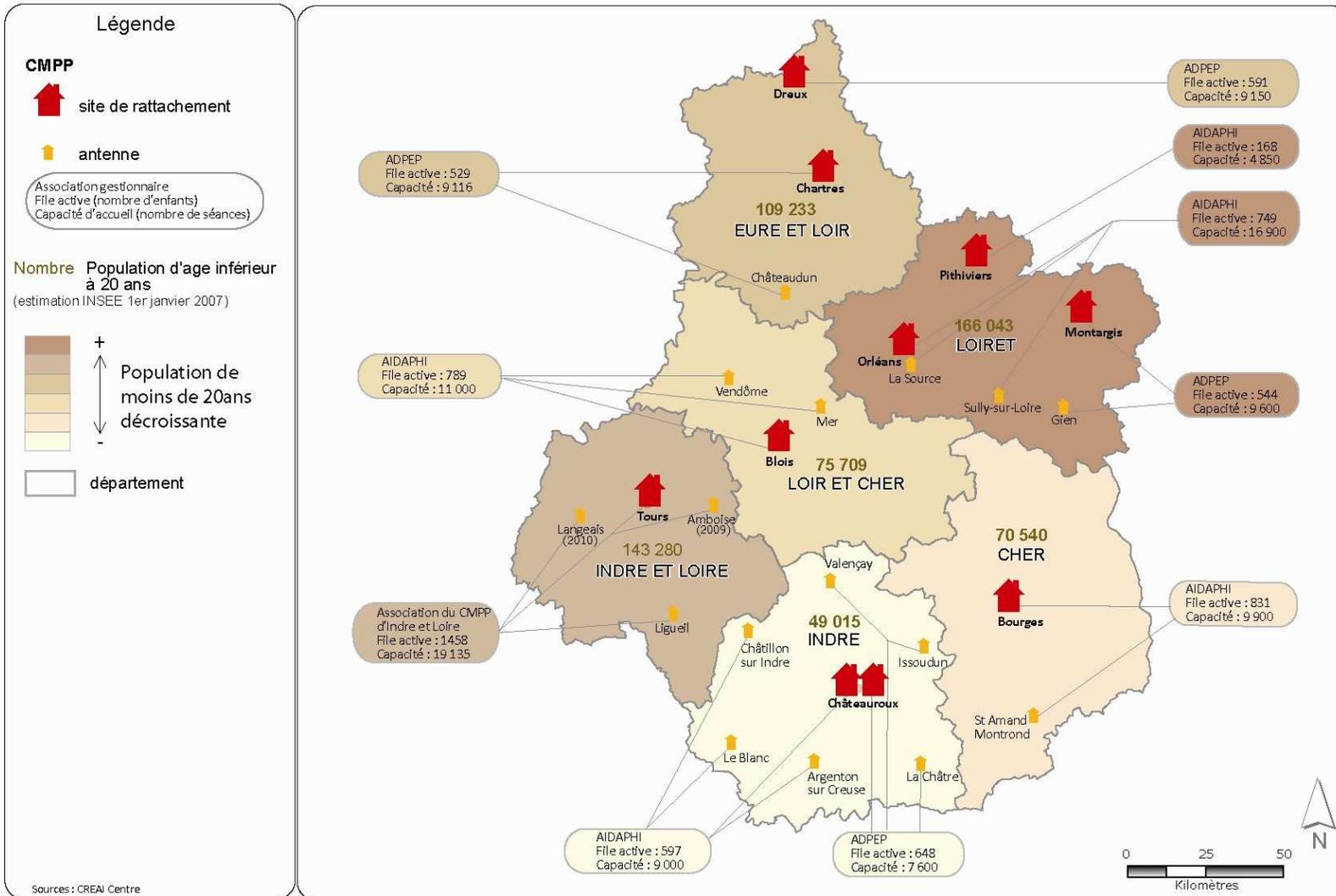
FICHES PAR DEPARTEMENTS

Voir volet joint

ANALYSE REGIONALE

CARTE REGIONALE

Centres Médico-Psycho-Pédagogiques de la région Centre en 2008



L'analyse régionale présentée ci-dessous propose de mettre en avant les thématiques abordées dans les questionnaires adressés aux CMPP, pour lesquelles sont identifiés des points de convergence d'un côté, des éléments de diversité des situations de l'autre (seulement dans les cas où cette distinction peut effectivement se faire).

CONSTATS

En 2008, la Région Centre compte **10 CMPP, tous gérés par des associations** :

- 5 CMPP sur 10 sont gérés par l'AIDAPHI ;
- 4 CMPP sur 10 sont gérés par l'ADPEP ;
- 1 CMPP est géré par une association spécifiquement créée pour sa mise en place, l'Association du CMPP d'Indre-et-Loire.

Les territoires sont globalement répartis entre associations gestionnaires, à l'exception de l'Indre et du Loiret, où l'AIDAPHI et l'ADPEP gèrent toutes deux des CMPP.

QUEL PUBLIC LES CMPP ACCUEILLENENT-ILS ?

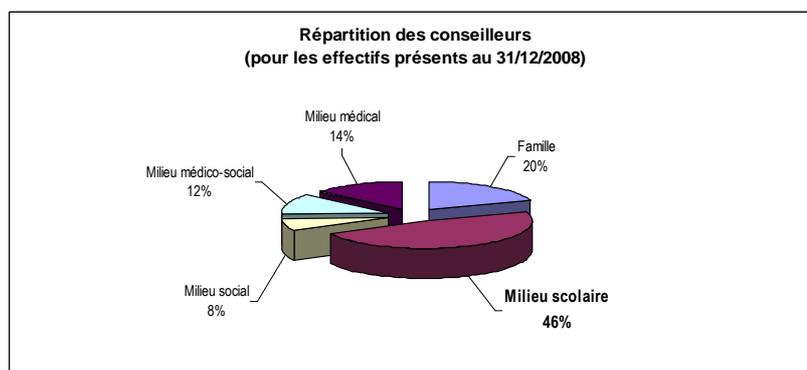
Rappel : les caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie feront l'objet d'une analyse plus détaillée dans le deuxième volet de l'étude.

• Points de convergence

⇒ Origine de la demande

Dans l'ensemble des CMPP de la région Centre, **le milieu scolaire** (enseignants, psychologues scolaires, médecins ou infirmières scolaires, etc.) est le premier conseiller, ce qui est à mettre en lien avec la scolarité des enfants accueillis.

C'est en effet **l'entrée à l'école**, et plus particulièrement la grande section de maternelle et l'entrée en CP, qui **met en évidence l'existence de difficultés**, lorsque l'enfant est confronté à ses pairs dans l'apprentissage des fondamentaux (lecture, écriture, calcul).



L'importance relative des différentes catégories de conseillers renvoie à l'orientation prédominante du CMPP (psychologique ou pédagogique) **et, par conséquent, au travail de partenariat et de mise en réseau qu'il effectue**. Ainsi, les CMPP qui mobilisent un Directeur pédagogique et/ou un/des psychopédagogue(s) peuvent consacrer a priori davantage de temps à l'interface CMPP – secteur scolaire, d'où une meilleure visibilité et un plus grand nombre d'orientations.

Il faut noter que les conseillers renseignés dans les logiciels des CMPP sont ceux qui sont indiqués par les familles au moment de l'inscription. Or,

- si le conseiller cité est celui qui a déclenché le processus, conduit à l'inscription, il peut avoir été précédé par d'autres ;
- une famille peut préférer affirmer avoir été orientée par l'école plutôt que par les services sociaux.

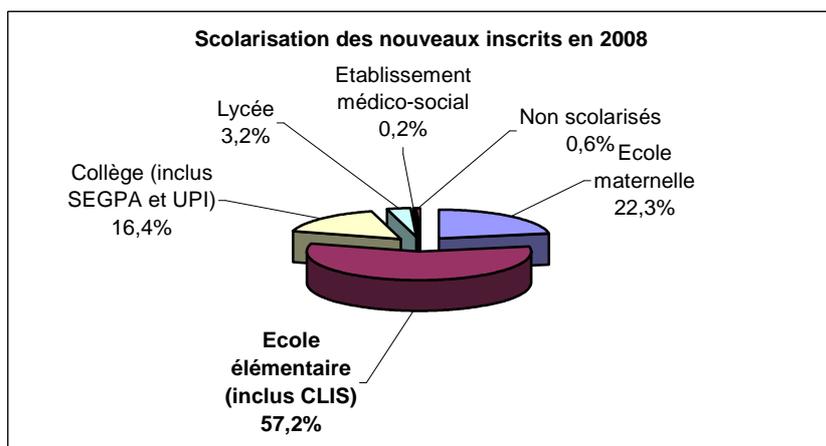
⇒ Scolarisation

En lien avec le rôle prépondérant de l'école parmi les conseillers, la majorité des enfants qui s'inscrivent en CMPP sont scolarisés en **école élémentaire**.

L'importance relative de l'école maternelle et du secondaire est variable selon les CMPP et doit être analysée en lien avec la répartition par tranches d'âge des enfants suivis.

D'une façon générale, on note chez tous les CMPP :

- une très **faible part, voire une absence, d'enfants non scolarisés** ;
- une très **faible part, voire une absence, d'enfants scolarisés en établissement médico-social** (les doubles prises en charge ne pouvant être financées, ces cas sont exceptionnels et se justifient, par exemple, lorsque l'établissement concerné n'a pas la possibilité d'assurer un suivi psychiatrique en interne).



NB : le logiciel utilisé par le CMPP de Tours ne lui a pas permis de nous fournir ces données quant à l'exercice 2008. On peut supposer cependant compte tenu de la répartition des enfants suivis par tranche d'âge (cf. fiche CMPP) que les équilibres restent similaires.

⇒ Notification MDPH

L'inscription en CMPP ne faisant pas l'objet d'une notification de la MDPH, et les familles n'étant pas dans l'obligation de mentionner l'existence d'une telle notification, la plupart des CMPP ignore la part que représentent les enfants à besoins éducatifs particuliers, scolarisés par le biais d'une notification MDPH, parmi l'ensemble des enfants suivis.

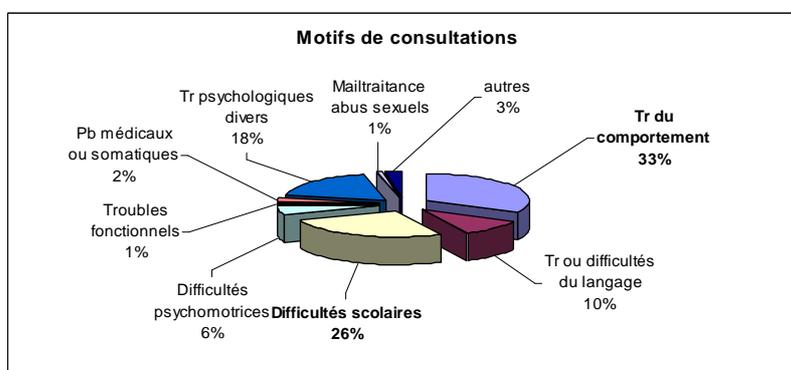
Néanmoins, certains CMPP ont pu recenser le **nombre d'enfants inscrits en CLIS, en UPI ou en établissement médico-social** et obtenir ainsi un **chiffre a minima** (lorsque ces informations sont données par les familles, et lorsqu'elles peuvent être renseignées dans le logiciel utilisé). D'après les données qui nous ont été transmises, cette part a minima est faible – même si elle connaît des variations non négligeables selon les CMPP.

⇒ Troubles

Les CMPP, du fait de leur caractère généraliste, accueillent des enfants présentant un **large éventail de troubles / difficultés d'ordres comportemental, instrumental ou physique qui peuvent évoluer dans le temps et sont souvent combinés** – d'où la difficulté, pour les familles et le CMPP, de déterminer le motif de la demande, d'autant que celui qui est indiqué par les familles n'est souvent que la manifestation la plus visible d'une pathologie sous-jacente et que la prise en charge après un délai d'attente assez long n'est pas sans conséquences sur l'aggravation ou la complexification des troubles. Ainsi, elles mettent souvent en avant des difficultés scolaires et d'apprentissage qui s'avèrent, au moment du diagnostic, associées à des difficultés psychiques et/ou des troubles de la relation. Par ailleurs, les familles ont souvent une connaissance imparfaite de ce que recouvrent les différentes terminologies. Enfin, à cela s'ajoute l'existence de non dits, particulièrement courants en début de prise en charge.

Les types de troubles / difficultés rencontrés et leurs importances respectives connaissent des variations parfois considérables entre les CMPP, ce qui peut s'expliquer par de multiples facteurs :

- **le mode de recueil de données adopté** : les « motifs de consultation » qui ont servi de base à notre analyse ont été recueillis auprès des familles, et enregistrés, selon les CMPP, par le secrétariat, l'assistante sociale, le médecin ou la Direction. Or, non seulement les différents CMPP n'utilisent pas les mêmes classifications⁴ (certains n'utilisent d'ailleurs pas de classification), mais, au sein d'un même CMPP, plusieurs médecins peuvent recourir à des classifications différentes. Par conséquent, les informations données par les familles, qui sont par nature à relativiser (cf. limites méthodologiques de l'étude) ne sont pas renseignées de la même façon selon l'orientation du CMPP, selon le logiciel utilisé et selon les personnes.
- **l'offre alternative de soins sur le territoire** : selon l'offre de soins alternative présente sur le territoire, les CMPP vont recevoir des enfants présentant un éventail de troubles plus ou moins large. Ainsi, lorsque l'intersecteur de psychiatrie infantile-juvénile est saturé de demandes, le CMPP va se voir orienter « par défaut » des enfants souffrant de pathologies plus lourdes que la majorité de ses usagers – enfants pour lesquels une prise en charge en hôpital de jour serait plus pertinente, et qui seront ensuite orientés vers des établissements de type IME.
- **le contexte social environnant.**



Malgré la diversité des situations, **les troubles du comportement et les difficultés scolaires** ressortent au niveau régional.

Par ailleurs, plusieurs CMPP ont déclaré constater une **complexification des difficultés des enfants** et **l'importance grandissante des facteurs environnementaux**.

• Diversité des situations

⇒ Agrement d'âge et âge effectif de la population accueillie

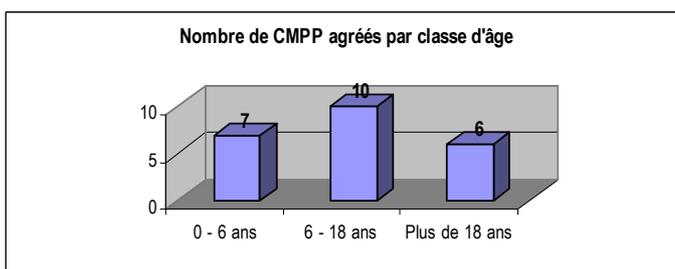
Les CMPP de la Région Centre ont des **agréments d'âge variés**, commençant, au plus tôt, à la naissance et allant, au plus tard, jusqu'à 21 ans (ce qui correspond à l'ancienne date de la majorité).

⁴ La majorité d'entre eux utilisent néanmoins la CFTMEA, qui permet la prise en compte de l'environnement de l'enfant.

CMPP	Agrément	Nombre de CAMSP dans le département
CMPP Aidaphi Bourges	6 – 20 ans	3 CAMSP, dont 1 géré par l'AIDAPHI
CMPP Adpep Chartres	5 - 18 ans	2 CAMSP hospitaliers 2 CAMSP hospitaliers
CMPP Adpep Dreux	3 - 18 ans	
CMPP Aidaphi Châteauroux	0 – 20 ans	2 CAMSP gérés par l'AIDAPHI et l'ADPEP
CMPP Adpep Châteauroux	6 – 18 ans	
CMPP d'Indre & Loire Tours	6 – 18 ans	2 CAMSP, dont 1 géré par l'association du CMPP d'Indre-et-Loire
CMPP Aidaphi Blois	2 - 20 ans	1 CAMSP hospitalier
CMPP Adpep Montargis	0 – 20 ans	2 CAMSP, dont 1 géré par l'ADPEP
CMPP Aidaphi Orléans	2 – 21 ans	
CMPP Aidaphi Pithiviers	4 – 21 ans	

Le fait que de nombreux CMPP (7 sur 10) disposent d'agrément débutant en-deçà des 6 ans marquant la fin de la prise en charge en CAMSP peut s'expliquer, selon les cas :

- par la **préexistence du CMPP** au moment de la création du/des CAMSP présent(s) sur le territoire ;
- par l'**absence de CAMSP** sur le secteur proche ;
- par la **saturation du/des CAMSP** présent(s) sur le territoire ;
- par l'**orientation du/des CAMSP** présent(s) sur le territoire (troubles liés à la prématurité, handicap, etc.).



A contrario, on peut noter que les trois CMPP dont l'agrément ne débute qu'à 6 ans jouxtent des CAMSP gérés par la même association.

Néanmoins, même lorsque leur agrément commence à la naissance (c'est le cas de deux CMPP), les CMPP n'accueillent **pas d'enfants âgés de moins de 2 ans, et très peu d'enfants âgés de moins de 4 ans** (28 en 2008 sur l'ensemble de la Région).

Par ailleurs, **la majorité des enfants comptabilisés dans la tranche « 4-6 ans » sont des enfants âgés de plus de 5 ans** pour lesquels, du fait des délais d'attente et des durées de prise en charge, une inscription en CAMSP n'est plus pertinente.

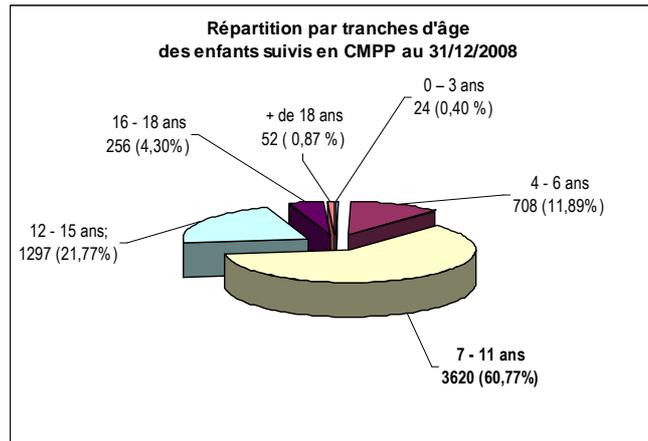
Répartition des enfants suivis en 2008 par tranche d'âge et par CMPP

	0 – 3 ans	4 – 6 ans	7 – 11 ans	12 – 15 ans	16 – 18 ans	+ de 18 ans	Total
CMPP Aidaphi Bourges	0,00%	7,46%	59,57%	27,56%	4,93%	0,48%	831
CMPP Adpep Chartres	0,00%	10,48%	54,67%	32,86%	1,98%	0,00%	353
CMPP Adpep Dreux	0,00%	17,60%	66,67%	14,72%	1,02%	0,00%	591
CMPP Aidaphi Châteauroux	0,00%	8,46%	62,38%	21,32%	5,33%	2,51%	319
CMPP Adpep Châteauroux	0,00%	8,49%	65,12%	19,91%	6,02%	0,46%	648
CMPP d'Indre & Loire Tours	0,07%	8,17%	59,64%	24,43%	5,56%	2,13%	1457
CMPP Aidaphi Blois	0,40%	14,43%	58,32%	21,04%	5,21%	0,60%	499
CMPP Adpep Montargis	0,00%	12,77%	72,07%	11,44%	3,19%	0,53%	376
CMPP Aidaphi Orléans	2,84%	20,95%	53,92%	19,32%	2,84%	0,14%	740
CMPP Aidaphi Pithiviers	0,00%	20,28%	60,84%	14,69%	4,20%	0,00%	143
Total (en nombre d'enfants)	24	708	3620	1297	256	52	5957

Le premier constat à poser est par conséquent celui de la **diversité des agréments** et de l'**inadéquation de l'agrément à l'âge effectif des enfants accueillis** :

- soit, dans la plupart des cas, parce qu'il est trop large au regard des besoins ;
- soit, plus rarement parce qu'il est trop restreint.

Néanmoins, dans l'ensemble des CMPP, **la majorité des enfants suivis** (entre 54 et 72 % selon les cas) **a entre 7 et 11 ans**.



⇒ Accueil des moins de 6 ans – la question des relais CAMSP / CMPP

La proximité CAMSP / CMPP, en termes de locaux et/ou d'équipe, lorsque les deux structures sont gérées par une même association, **ne conduit pas à une systématisation du parcours CAMSP / CMPP, à un effet automatique de filière**. En effet, tous les CMPP oeuvrant dans cette configuration nous ont indiqué que **les problématiques traitées dans les deux types de structure ne sont pas similaires**.

La part de nouveaux inscrits issus d'un CAMSP (dont nous ne disposons que pour 6 CMPP) est globalement faible (entre 1 % et 6 % pour 4 des CMPP) et, même si elle semble légèrement plus importante pour les CMPP précités, elle reste limitée (cf. CMPP AIDAPHI de Châteauroux – 16 % et CMPP de Tours – 14 %).

Là encore, cette proportion est à mettre en perspective avec :

- **l'absence de CAMSP** sur le secteur proche ;
- **la saturation du/des CAMSP** présent(s) sur le territoire ;
- **la spécialisation du/des CAMSP** présent(s) sur le territoire (ainsi, les enfants pris en charge par un CAMSP hospitalier pour des problématiques liées à la prématurité ou à un handicap seront le plus souvent orientés vers l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile après leurs 6 ans) ;
- **la politique de l'association gestionnaire**, en particulier lorsque celle-ci gère à la fois CAMSP et CMPP.

NB : au-delà de la question des CAMSP, un certain nombre de CMPP ont noté **l'augmentation de la part des jeunes enfants** parmi les enfants suivis, ce qui peut s'expliquer par :

- la vigilance accrue et la réactivité des écoles maternelles face aux difficultés rencontrées dès les petites classes ;
- l'amélioration du travail de dépistage effectuée par la PMI ;
- d'une façon générale, la meilleure visibilité du CMPP auprès des conseillers potentiels.

QUELS SONT LEUR LOCALISATION ET LEUR PERIMETRE D'INTERVENTION ?

Il n'est pas possible, pour cette thématique, d'établir une distinction entre des « Points de convergence » et une « Diversité des situations ». Les thématiques sont donc traitées les unes après les autres.

• **Maillage territorial**

En 2008, la Région compte 10 Centres Médico-Psycho-Pédagogiques dont 8 ont des antennes, soit un total de 24 sites, auquel s'est ajouté un site rattaché au CMPP de Tours en 2009.

En 2010 et 2011 s'ouvriront deux nouvelles antennes dans l'Indre-et-Loire : Amboise et Tours-sud.

L'implantation de ces CMPP est inégale sur le territoire régional : si le Loiret, département le plus peuplé de la Région (d'une façon générale et en ce qui concerne notre **population de référence**, à savoir les moins de 20 ans), comporte 3 CMPP (Montargis, Orléans et Pithiviers – soit 6 sites en tenant compte des antennes), l'Indre-et-Loire, second département le plus peuplé, n'en comporte qu'un (soit 2 sites seulement en 2008⁵) – celui-ci mobilisant la plus importante file active des 10 CMPP.

A l'inverse, l'Indre, dont l'indice de vieillissement est le plus important de la région (109,8 au 1^{er} janvier 2007), présente le plus grand nombre de sites (8) rattachés à deux CMPP basés à Châteauroux. Cette implantation est issue d'une politique concertée des deux associations gestionnaires en présence destinée à rapprocher les lieux de suivi des usagers.

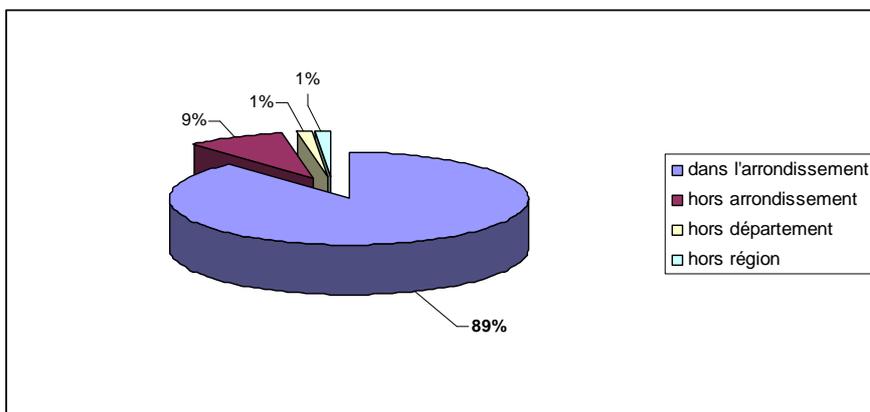
Outre la population de moins de 20 ans, le nombre de CMPP doit être mis en perspective avec :

- la **superficie du territoire** (cf. le Cher, département le plus étendu mais peu peuplé par rapport aux autres) ;
- l'**offre de soins alternative sur le territoire** (cf. l'Indre-et-Loire, département disposant d'un seul CMPP mais largement doté en termes de possibilités de prise en charge alternative) ;
- la **file active** (cf. là encore l'Indre-et-Loire, département comportant deux sites seulement mais mobilisant une file active identique à celle du Loiret, qui comporte 3 CMPP et 6 sites).

• Eloignement domicile - CMPP

Les distances moyennes lieu de suivi – domicile de l'enfant **varient considérablement selon les CMPP** et, au sein de certains CMPP, **selon les sites**.

Ainsi, si la majorité des enfants suivis est domiciliée, pour chaque CMPP, **dans l'arrondissement**, elle représente une part qui va de 60 % à 98 %.



De façon logique, **les deux CMPP pour lesquels la part d'enfants domiciliés dans l'arrondissement est la plus importante sont ceux qui disposent du plus grand nombre de sites**, c'est-à-dire ceux de l'Indre, qui ont mis en place une politique de création d'antennes destinée à rapprocher les lieux de suivi des usagers.

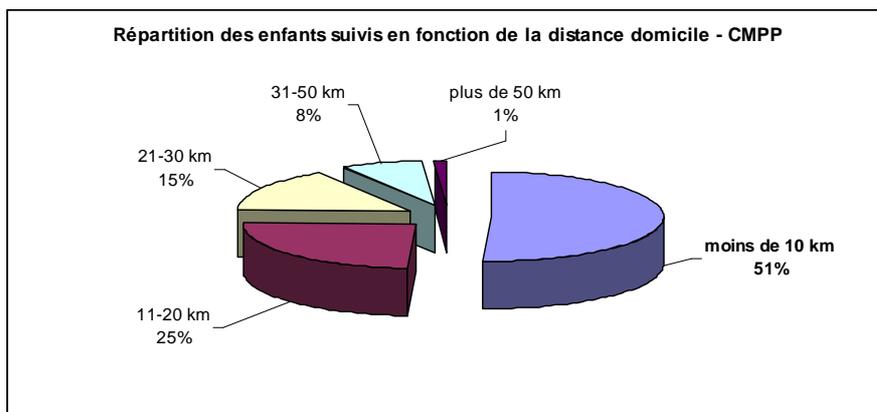
De la même façon, il est cohérent **que la part d'enfants domiciliés hors département et/ou hors région soit plus importante pour les sites situés dans des zones limitrophes**.

Cette part, qui va jusqu'à 11 % des enfants suivis pour le CMPP de Dreux, pose la **question de la coordination des CPAM** au sein de la région et entre régions. Il s'agit en effet d'assurer le financement des prises en charge des enfants résidant dans un département (voire une région) autre que celui dans lequel ils sont suivis, par une CPAM autre que celle à laquelle ils sont rattachés. De nombreux CMPP nous ont fait part des difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir le remboursement de ces prises en charge.

⁵ D'où la politique de création d'antennes menée par le CMPP et destinée à diminuer la distance à parcourir par les enfants pour se rendre aux consultations

La distance CMPP – domicile est fonction de l’offre alternative de soins sur le territoire et de son implantation géographique.

Ainsi, dans les zones rurales peu pourvues en professionnels libéraux et/ou dispositifs de psychiatrie infanto-juvénile, les familles sont contraintes d’effectuer des déplacements plus importants pour se rendre au CMPP. A titre d’exemple, la distance moyenne parcourue par les enfants suivis à Gien est de 33 km, contre 15 km pour les enfants suivis au CMPP de rattachement à Montargis.



Par ailleurs, plusieurs CMPP ont souligné que **la domiciliation n’est pas toujours pertinente pour analyser la distance que parcourt l’enfant pour se rendre aux séances**. Ainsi, selon les familles, peuvent être plus pertinents :

- le **lieu de travail des parents**, lorsque ce sont ces derniers qui emmènent l’enfant au CMPP ;
- le **lieu de scolarisation**, dans la mesure où de nombreux enfants viennent directement de l’établissement dans lequel ils sont scolarisés.

Or, la distance à parcourir est souvent plus importante si l’on prend pour référence l’établissement scolaire dans la mesure où :

- en milieu rural, toutes les communes ne comportent pas une école (celles-ci font l’objet de regroupements entre plusieurs communes, et les enfants doivent souvent prendre un car pour s’y rendre chaque jour) ;
- certains enfants sont scolarisés en CLIS, UPI et SEGPA - dispositifs répartis dans l’arrondissement, parfois assez loin du domicile des enfants ;
- les collégiens et lycéens sont souvent scolarisés à une dizaine de kilomètres, voire plus, de leur domicile

Remarques

- Comme indiqué dans les fiches concernées, les CMPP de l’Indre se sont répartis le territoire départemental et ont pour référence des zones qui ne correspondent pas tout à fait aux arrondissements administratifs.
- Comme indiqué dans la fiche le concernant, le CMPP de Blois a renseigné ces données sur la base des enfants ayant bénéficié d’un bilan en 2008, et non sur la base du nombre d’enfants suivis, comme les autres CMPP. On peut supposer néanmoins que les équilibres restent similaires.
- Comme indiqué dans la fiche le concernant, le CMPP de Dreux a renseigné ces données en se référant non pas au domicile de l’enfant mais à son secteur scolaire.
- Le second graphique présenté ci-dessus n’intègre pas les données des CMPP de Blois et d’Orléans, dont nous ne disposons pas, et celles du CMPP de Tours, dans la mesure où nous ne disposons pas de la répartition précise au-delà des 10 km, ce qui empêche toute comparaison.

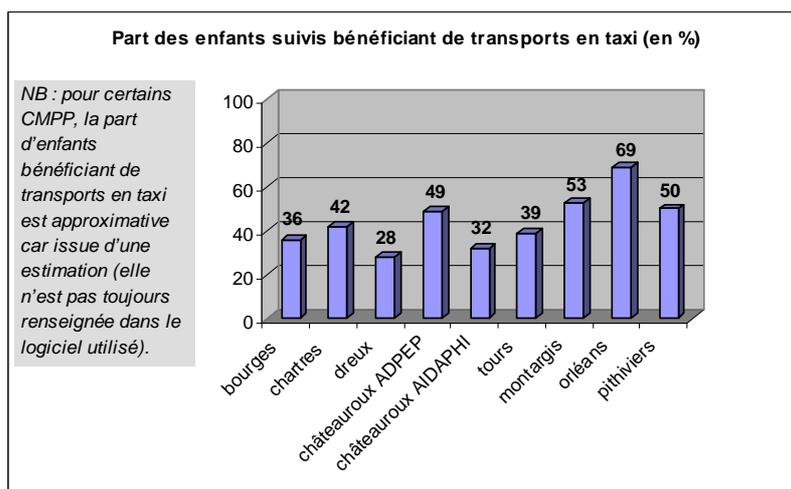
• Transports en taxis et question des remboursements

⇒ Part des enfants suivis ayant recours aux transports en taxi

La part des enfants suivis bénéficiant de transports en taxi est très variable, là encore, à la fois selon les CMPP et, au sein des CMPP, selon les sites.

Elle varie en particulier en fonction de la distance moyenne parcourue par les enfants suivis et est par conséquent particulièrement importante :

- pour les sites situés en zones rurales, peu pourvues en offre de soins alternative et en transports en commun (cf. notamment Pithiviers, Sully-sur-Loire ou Gien) ;
- pour les CMPP couvrant un territoire étendu (cf. Chartres).



Remarques :

- pour certains CMPP, la part d'enfants bénéficiant de transports en taxi est approximative car issue d'une estimation (elle n'est pas toujours renseignée dans le logiciel utilisé) ;
- le CMPP de Blois n'a pas pu nous fournir cette information.

L'ensemble des CMPP s'accorde sur le fait que **la prise en charge du transport par les familles elles mêmes favorise son implication dans la démarche** – d'où l'absence de demande de prise en charge de la part du médecin en phase de diagnostic, sauf circonstances exceptionnelles.

Néanmoins, dans certains cas, le recours au taxi peut être bénéfique pour l'enfant sur le plan thérapeutique car producteur d'autonomie (pour les adolescents par exemple).

Le recours au taxi concerne les familles :

- qui résident dans les zones les plus éloignées des lieux de suivi ;
- qui n'ont pas de moyen de transport ;
- dont les parents ne sont pas disponibles au moment des séances (obligations professionnelles, nécessité de s'occuper des autres enfants de la famille, etc.).

⇒ Politiques des CPAM en matière de remboursement des frais de transport

A l'exception de la CPAM du Loir-et-Cher, qui a réduit son taux de remboursement à 65 %, l'ensemble des CPAM de la région Centre rembourse intégralement les frais de transport.

QUEL TYPE D'OFFRE DE SOINS PROPOSENT-ILS ?

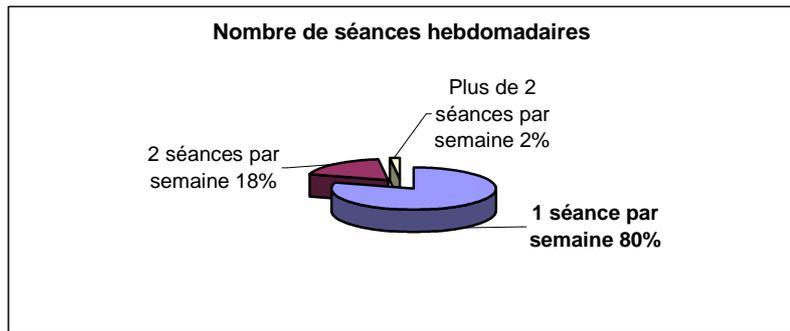
• **Points de convergence**

⇒ Fréquence des consultations

Dans tous les CMPP de la région Centre, **la large majorité des enfants bénéficie d'une séance par semaine** (toutes spécialités confondues). Par ailleurs, dans la majorité des CMPP, **le nombre de séances hebdomadaires n'excède pas trois**.

La moyenne d'enfants pris en charge une fois par semaine, qui va de 63 à 91 % selon les CMPP, est à relativiser dans la mesure où **la fréquence des consultations varie** :

- en fonction des spécialités ;
- en fonction de la gravité des troubles / difficultés ;
- pour un même enfant, au cours de la prise en charge, en fonction de son évolution et de l'adaptation des moyens à mettre en œuvre (par exemple, les séances sont souvent espacées en fin de prise en charge) ;
- en fonction des contraintes du CMPP en termes de liste d'attente (le fait d'espacer les séances pouvant constituer un moyen d'accueillir de nouveaux usagers).



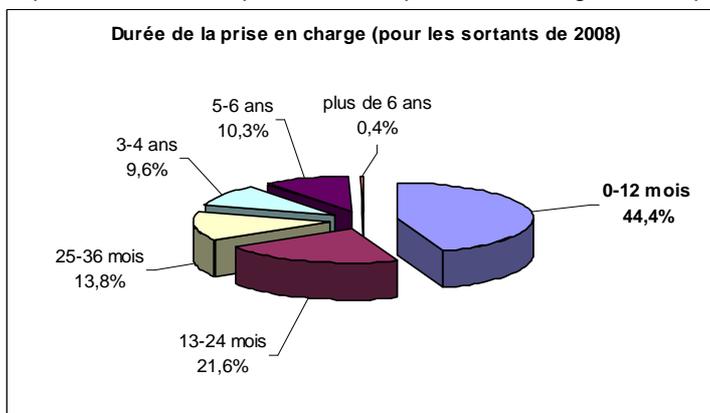
NB : les logiciels utilisés par les CMPP de Tours et de Montargis ne leur ont pas permis de renseigner ces données. Cependant, on peut imaginer que les équilibres restent similaires

NB : parmi les enfants bénéficiant de deux séances hebdomadaires, certains bénéficient de ces deux séances sur un seul jour, afin de limiter les déplacements.

⇒ Durée des prises en charge

La durée moyenne des prises en charge étant très variable, il est difficile de l'analyser sur le plan régional. Néanmoins, dans 7 CMPP (sur les 8 ayant pu nous renseigner sur ce point), la majorité (relative) des prises en charge dure moins d'un an.

On note parallèlement l'importance des prises en charge durant plus de 2 ans (un tiers environ).



NB : les logiciels utilisés par les CMPP de Blois et de Montargis ne leur ont pas permis de renseigner ces données. Cependant, on peut imaginer que les équilibres sont similaires

Certains CMPP ont noté une **augmentation de la durée moyenne des prises en charge**, qui peut s'expliquer par :

- la complexification des troubles / difficultés rencontrés ;
- l'accueil d'enfants souffrant de pathologies plus lourdes, qui ne relèvent pas du CMPP, du fait du manque d'offre alternative de soins sur le territoire.

⇒ Arrêts des prises en charge et question de la réorientation

Cette question a été **difficile à analyser au niveau régional** du fait :

- des **différents modes de comptabilisation** utilisés par les CMPP, qui rendent impossible toute consolidation (cf. intitulés de catégories différents, recoupements, etc.) ;
- de **l'absence de données relatives aux CMPP de Blois et de Montargis** (ces informations n'étant pas renseignées dans leurs logiciels respectifs).

Il semble néanmoins que, dans la plupart des CMPP (6 sur les 8 qui ont pu nous répondre), la sortie soit due prioritairement à la **fin de la prise en charge, décidée de façon concertée** par le CMPP et la famille.

Certains CMPP ont déploré une forte proportion d'enfants abandonnant la prise en charge avant son terme, ce qui peut s'expliquer :

- par un manque d'implication de la famille dans la démarche (notamment lorsque la famille a été fortement incitée à inscrire l'enfant) ;
- par une insatisfaction concernant le type de prise en charge proposée (notamment lorsque le manque d'offre alternative de soins sur le territoire conduit certaines familles à s'adresser au CMPP par défaut).

Même si la **part et le détail des réorientations** ne nous ont pas toujours été fournis, on note qu'elles **varient en fonction** :

- **de l'offre de soins présente sur le territoire** (établissements médico-sociaux, intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, professionnels libéraux) ;
- **des partenariats effectivement noués par le CMPP** avec son environnement.

D'une façon générale, il apparaît, dans l'ensemble des CMPP, que **la part d'enfants orientés**, à l'issue du suivi, **vers un autre établissement médico-social est très faible**.

• Diversité des situations

⇒ Diagnostiques et traitements

Il faut rappeler ici que **la phase de diagnostic / bilan se compose de 6 séances** au cours desquelles la famille et l'enfant rencontrent des interlocuteurs qui diffèrent selon les CMPP et les cas : Directeur médical, psychiatre, Directeur pédagogique, professionnels paramédicaux, assistante sociale, etc.

Au cours de ces 6 séances, en fonction des besoins identifiés par l'interlocuteur principal (médecin psychiatre le plus souvent, comme préconisé par l'annexe XXXII), des bilans sont réalisés dans différentes spécialités. Cette phase se conclut par une réunion de l'équipe pluridisciplinaire, dite « réunion de synthèse », au cours de laquelle est définie une proposition de prise en charge, laquelle est présentée à la famille au cours d'un entretien de restitution.

A partir de la 7^{ème} séance commence la prise en charge (ou « traitement », ou « suivi ») en tant que telle – sous réserve de l'accord :

- **de la famille ;**
- **du médecin conseil de la CPAM** (NB : l'accord portant à la fois sur la prise en charge elle-même et sur le recours aux transports en taxi).

A ce stade, il est important de préciser que, comme nous l'ont indiqué certains CMPP, **la durée « administrative » de 6 séances de diagnostic n'est pas toujours suffisante** pour identifier les problématiques rencontrées par l'enfant et définir la/les réponse(s) à y apporter.

A l'inverse, dans certains cas (orientation par un conseiller ayant déjà procédé à un diagnostic, situation jugée urgente – cf. situations de maltraitance, risques de tentatives de suicide, etc.), **le diagnostic peut se trouver écourté**.

Il est également nécessaire d'insister sur le fait qu'**un diagnostic ne donne pas forcément lieu à un traitement**. Outre la possibilité d'un refus de la part de la famille, la réunion de synthèse peut se conclure par une décision :

- d'orientation (lorsque d'autres services / établissements s'avèrent plus adaptés compte tenu des problématiques rencontrées) ;
- de sortie du CMPP (lorsque le travail mené au cours des séances de bilan a permis, en lui-même, d'améliorer la situation qui avait conduit la famille à solliciter le CMPP).

Le nombre et l'importance relative des diagnostics / bilans et des traitements / suivis sont difficiles à analyser sur le plan régional comme dans certains départements.

En effet, selon les logiciels utilisés, **les CMPP n'intègrent pas les mêmes données dans les deux catégories.**

A titre d'exemple, chez certains, la catégorie « diagnostic / bilan » comprend l'ensemble des diagnostics réalisés au cours de l'année 2008, soit :

- les diagnostics entamés en 2008 (ou non terminés au 31 décembre 2007) et terminés, ayant donné lieu à un traitement ;
- les diagnostics entamés en 2008 (ou non terminés au 31 décembre 2007) et terminés, n'ayant pas donné lieu à un traitement (que ce soit parce que le CMPP n'a pas jugé nécessaire une poursuite du suivi, parce que la famille a refusé la proposition faite, ou parce que l'enfant est encore dans la phase d'attente du traitement) ;
- les diagnostics entamés en 2008 (ou non terminés au 31 décembre 2007) et interrompus avant terme ;
- les diagnostics entamés en 2008 (ou non terminés au 31 décembre 2007) et encore en cours.

A l'inverse, les logiciels utilisés par d'autres CMPP enlèvent automatiquement de la catégorie « diagnostics » les enfants entrés dans la phase de traitement, même si le diagnostic a bel et bien eu lieu en 2008.

La catégorie « traitement / suivi » comprend quant à elle, pour la majorité des CMPP, l'ensemble des traitements en cours au 1^{er} janvier 2008 d'une part, et les traitements entamés en 2008 (qu'ils soient terminés ou non au 31 décembre 2008) d'autre part.

Par ailleurs, le CMPP de Montargis, dont l'outil était en cours de mise en place en 2008, n'a pu nous fournir l'ensemble des données relatives à son site principal.

Enfin s'ajoute, pour certains CMPP, en lien avec la remarque faite précédemment, une part d'enfants artificiellement comptabilisés dans la catégorie « traitement – suivi » alors que la phase de diagnostic n'est pas réellement terminée.

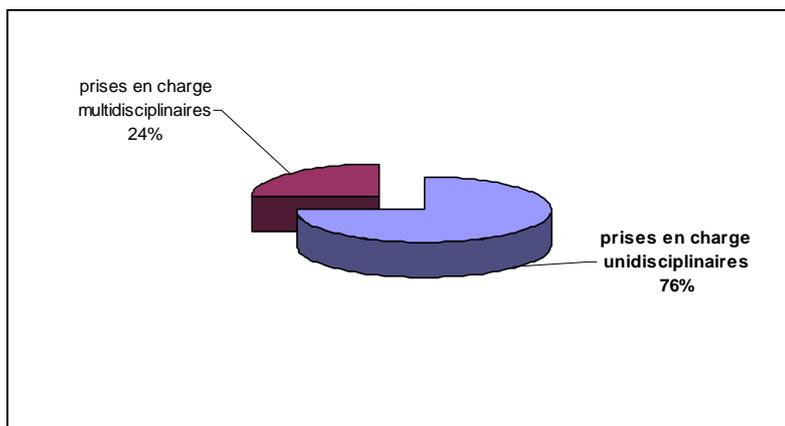
En tenant compte des limites énoncées précédemment, il semble apparaître chez la plupart des CMPP un équilibre similaire entre diagnostics et traitements, à savoir **entre un tiers et un quart de diagnostics pour entre deux tiers ou trois quarts de traitements.**

⇒ Parts prises en charge unidisciplinaires / prises en charge multidisciplinaires

Il s'est agi ici de s'interroger sur la pluridisciplinarité mise en œuvre dans les CMPP en comparant le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une prise en charge unidisciplinaire (autrement dit dans une seule spécialité) et le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire (dans deux spécialités ou plus).

Il apparaît que **dans 9 CMPP sur 10, les prises en charge unidisciplinaires sont largement majoritaires** – même si leur importance relative varie de 60 % à 93 %.

Cependant, **les chiffres obtenus sont à relativiser et ne sont pas révélateurs de la totalité du travail pluridisciplinaire mis en œuvre.**



En effet, dans la mesure où nous nous sommes référés aux séances de traitement, **le travail pluridisciplinaire mené en amont, au cours de la phase de diagnostic et en particulier à travers la réunion de synthèse, n'est pas mis en évidence.**

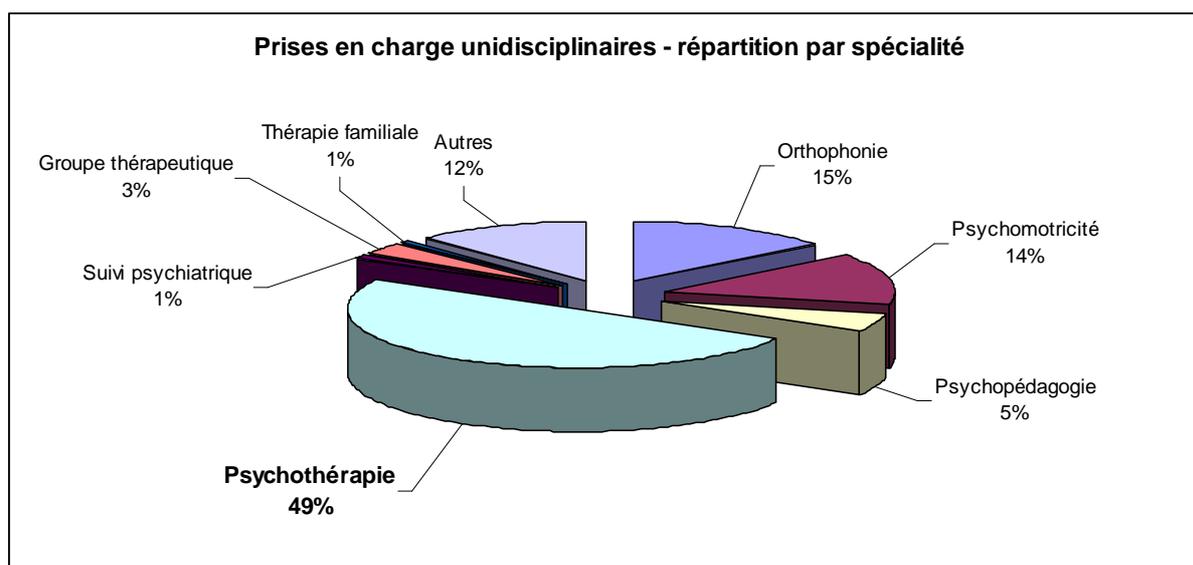
Par ailleurs, dans certains CMPP, des **entretiens réguliers avec le médecin psychiatre** sont mis en place pour gérer l'attente au cours de la phase de suivi, entretiens qui ne sont pas comptabilisés

comme séances de traitement mais qui témoignent bien du caractère constamment pluridisciplinaire du travail mené en CMPP.

Enfin, il faut noter que, dans certains cas, les situations de sous-effectifs conduisent les CMPP à nouer des **partenariats avec des orthophonistes libéraux pour la prise en charge d'enfants inscrits au CMPP**. Par conséquent, certains enfants comptabilisés au sein de la catégorie « prise en charge unidisciplinaires » bénéficient en réalité d'une prise en charge pluridisciplinaire grâce au travail combiné de l'équipe du CMPP et du professionnel libéral.

Plusieurs CMPP ont noté une **augmentation de la part des prises en charge pluridisciplinaires**, en lien avec la **complexification des troubles**.

⇒ Spécialités proposées



Dans 9 des 10 CMPP, la spécialité dominante est la psychothérapie. Cette proportion varie néanmoins entre 42 et 74 %, notamment en fonction :

- de l'**orientation du CMPP** ;
- des **besoins identifiés**, eux-mêmes liés notamment :
 - à l'existence d'une **offre de soins alternative sur le territoire** - ainsi, en l'absence d'orthophoniste libéral sur le secteur, des enfants peuvent être orientés vers un CMPP pour cette unique problématique ;
 - aux difficultés sociales des familles (cf. facteurs environnementaux de la classification CFTMEA) ;
- des **professionnels disponibles dans le plateau technique** (c'est-à-dire budgétés et effectivement présents) ;
- du **nombre total de prestations proposées** (lorsqu'elles sont nombreuses, la part que représente la psychothérapie est réduite).

Comme indiqué plus haut, n'ont pas été comptabilisées ici :

- les séances en phase de diagnostic
- les entretiens « espacés » mis en place avec le médecin dans certains CMPP pour gérer l'attente

Nous n'évoquerons pas ici l'ensemble des **combinaisons possibles en termes de prises en charge multidisciplinaires** du fait :

- de leur **multiplicité** ;
- de leur **diversité** selon les CMPP– diversité qui rend impossible toute comparaison au niveau régional ;
- de l'**absence de données chiffrées** concernant l'importance relative des différentes combinaisons **pour les CMPP de Tours, Montargis et Blois**.

Notons tout de même :

- que **les prises en charge multidisciplinaires peuvent associer travail individuel et travail de groupe** (8 CMPP proposent ce type de travail) ;
- que **les combinaisons les plus fréquentes sur l'ensemble des CMPP sont « psychothérapie / orthophonie », « psychothérapie / psychomotricité » et « orthophonie / psychomotricité ».**

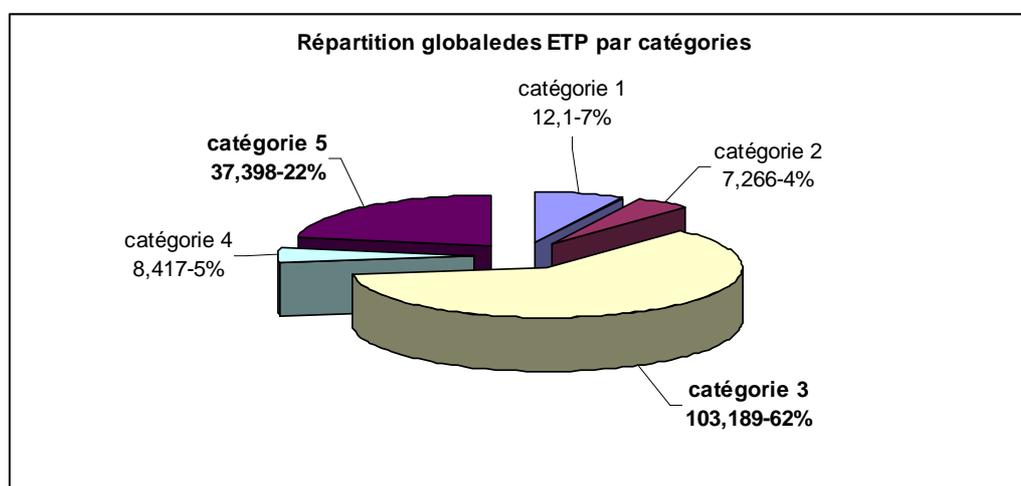
QUEL PLATEAU TECHNIQUE MOBILISENT-ILS ?

• Points de convergence

⇒ Plateau technique

Les CMPP ont en commun la **pluridisciplinarité de leur plateau technique** (budgété, même si on constate des ETP manquants pouvant mettre à mal cette pluridisciplinarité⁶) : médecins, professionnels paramédicaux, assistantes sociales, psychopédagogues, etc.

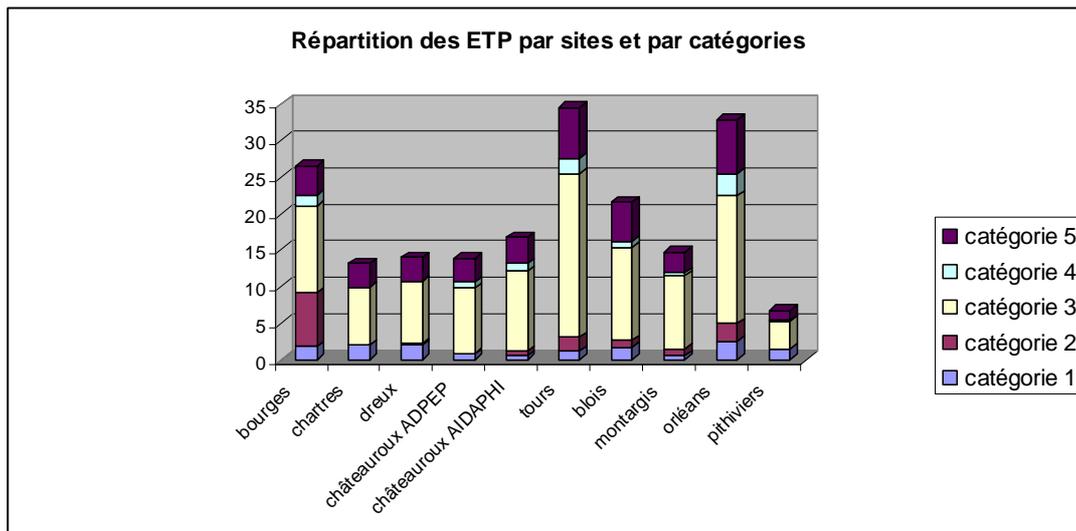
Ils mobilisent au total **267 personnes sur la Région Centre, soit 168,47 ETP**, parmi lesquels une majorité de professionnels des catégories⁷ 3 (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, psychopédagogues) et 5 (secrétaires, comptables, agents d'entretien).



⁶ Même si, comme on l'a vu précédemment, la garantie de la pluridisciplinarité ne se résume pas au seul plateau technique, mais renvoie aussi au travail en équipe, à la collaboration avec les partenaires extérieurs, etc.

⁷ Les questionnaires adressés aux CMPP pour cette présente étude ont arbitrairement regroupé leurs professionnels en catégories :

- catégorie 1 : Directeur, Directeur administratif et pédagogique, Directeur médical
- catégorie 2 : Médecin psychiatre, Pédopsychiatre, Pédiatre
- catégorie 3 : Psychologue, Psychopédagogue, Orthophoniste, Psychomotricien
- catégorie 4 : Educateur spécialisé, Assistante sociale
- catégorie 5 : Secrétaire, Comptable, Agent d'entretien



⇒ Personnels manquants

Tous les CMPP nous ont fait part de situations de sous-effectif et de problématiques liées au recrutement.

En 2008, **8 CMPP** présentaient des ETP budgétés mais non pourvus (soit **6,448 ETP au total**, occasionnés par des départs en retraite, des démissions, des congés maternité, des arrêts maladie ou encore des réductions du temps travail, et souvent persistants du fait des difficultés de recrutement).

Cette problématique concerne de façon récurrente :

- les **zones rurales** (cf. manque d'attractivité des territoires pour les candidats potentiels) ;
- certaines spécialités, à savoir :
 - les **orthophonistes** (6 CMPP concernés en 2008 soit 2,73 ETP non pourvus) ;
 - les **psychiatres et pédopsychiatres** (6 CMPP concernés en 2008 soit 1,905 ETP non pourvus, dont 0,135 de direction médical), alors même que l'annexe XXXII qui régit les CMPP parle d'un « *médecin directeur du CMPP* » qui doit « *doit obligatoirement être qualifié en pédiatrie ou en neuro-psychiatrie et avoir des connaissances particulières respectivement en psychiatrie infantile ou en pédiatrie* », ce médecin directeur assumant également un rôle de « *coordination du travail des membres de l'équipe* » ;
 - dans une moindre mesure, les **psychomotriciens** (3 CMPP concernés soit 0,56 ETP).

La pénurie en termes de professionnels, commune à de nombreuses régions mais particulièrement forte en région Centre, est d'autant plus problématique qu'elle s'aggrave, notamment du fait de la pyramide des âges des professionnels concernés et des nombreux départs en retraite.

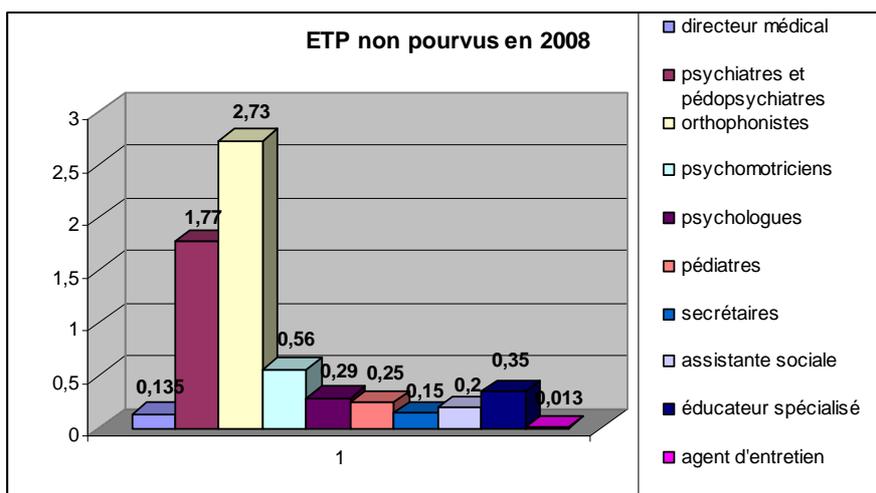
Ainsi, au **1^{er} janvier 2010**, le nombre global d'ETP non pourvus était de **11,754** (soit une augmentation de 82 %, alors que le nombre d'ETP effectifs s'est peu développé), dont :

- 4,16 ETP en orthophonie ;
- 3,244 ETP en psychiatrie (dont temps de direction médicale).

La situation en termes d'ETP non pourvus s'est dégradée pour 8 CMPP sur 10 entre 2008 et 2010.

Or, les situations de sous-effectifs ont notamment pour conséquences, selon la façon dont elles sont gérées par les CMPP :

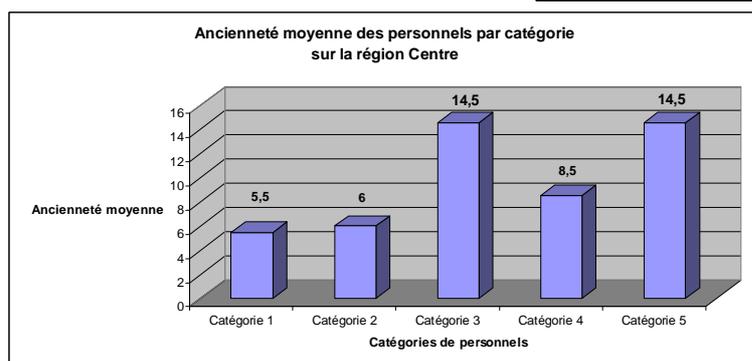
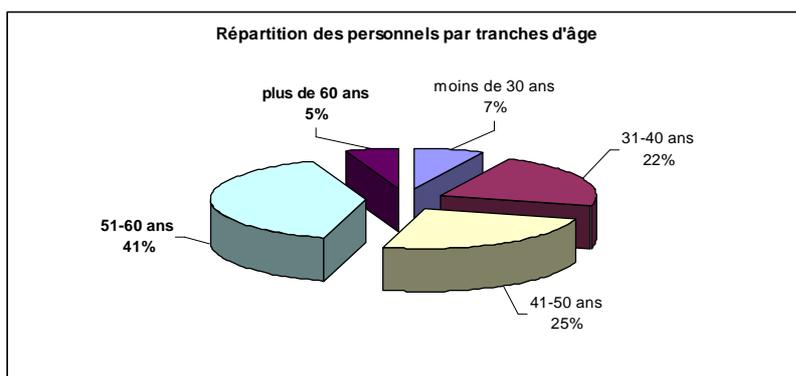
- une **augmentation des délais d'attente** avant le diagnostic, avant le traitement et/ou pendant le traitement (diminution de la fréquence des séances) ;
- la disparition de certaines spécialités (ou le remplacement par d'autres professionnels, moins qualifiés) ;
- l'obligation de déplacer certains personnels, en particulier dans les zones rurales (d'où augmentation des coûts de transport) ;
- l'obligation de recourir aux libéraux.



Au-delà de la question des ETP budgétés et non pourvus, on note **que 3 CMPP ne sont pas dotés en assistante sociale**, contrairement à ce qui est préconisé par l'annexe XXXII et même si ce type de missions reste assuré, à travers la Directrice ou le Directeur le plus souvent.

⇒ Age et ancienneté des personnels

Dans l'ensemble des CMPP, il apparaît que **la moyenne d'âge des personnels est élevée : 46 % ont plus de 50 ans**. Cette moyenne d'âge est à relier avec une **ancienneté relativement importante** au sein des CMPP, **en particulier pour les catégories 3** (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, psychopédagogues) **et 5** (secrétaires, comptables, agents d'entretien).



NB : les données qui nous ont servi de référence pour la répartition des personnels par tranches d'âge ont été recensées au 1^{er} janvier 2010.

L'**ancienneté** de leurs personnels constitue un **atout** pour les CMPP : elle témoigne d'une grande expérience de travail, elle suppose également une connaissance approfondie des réseaux et des partenaires. Elle peut aussi refléter un intérêt de ces professionnels pour le travail effectué dans ces structures. Mais le déséquilibre de la pyramide des âges renvoie parallèlement à plusieurs **problématiques en termes de gestion des ressources humaines mais aussi de qualité des interventions** :

- **imminence du départ à la retraite de nombreux salariés** (or difficultés liées au recrutement de certains professionnels),
- **coût de l'ancienneté et impact sur l'activité** (cf. nombre de congés),
- **coût de la formation continue** pour les jeunes recrutés à venir et impact sur l'organisation,
- **risque d'un manque d'innovation** dans les pratiques (cf. faible nombre de jeunes diplômés).

• Diversité des situations

⇒ La double ou la triple direction ; la présence de Directeurs pédagogiques et de psychopédagogues

Tout comme les CAMSP et les BAPU, les CMPP ont pour particularité de pouvoir disposer, selon l'annexe XXXII, **d'une double voire d'une triple direction**, en lien avec le travail en équipe pluridisciplinaire :

- un directeur administratif (ou un directeur administratif et pédagogique),
- un directeur médical,
- éventuellement, un directeur uniquement pédagogique.

La présence d'un directeur pédagogique (qu'il soit également directeur administratif ou non) dépend notamment :

- du **choix de l'association gestionnaire**,
- de l'**orientation du CMPP**,
- des éventuelles **conventions de mise à disposition conclues avec l'Education nationale**,
- de la **capacité du CMPP à financer un tel poste, en cas de désengagement de l'Education nationale** (cf. notamment le CMPP de Blois, dont la directrice pédagogique mise à disposition n'a pas été remplacée suite à son départ en retraite en 2006).

Trois des 10 CMPP de la Région Centre ne sont dotés ni d'un Directeur pédagogique, ni de psychopédagogues, ce qui pose la question de la permanence du caractère pédagogique de l'accompagnement proposé en CMPP (cf. le dernier « P »).

Parallèlement, il faut noter que **les sept CMPP qui disposent d'un Directeur pédagogique (6), d'enseignants spécialisés et/ou de psychopédagogues ne financent pas ces postes**, qui sont mis à disposition par l'Education nationale.

Autrement dit se pose la question de leur pérennité, en particulier dans le contexte actuel de désengagement de l'Education nationale, et sachant qu'ils représentent sur l'ensemble de la région près de 10 ETP.

Or, l'absence de directeur pédagogique et de psychopédagogue peut avoir des conséquences négatives sur au moins deux plans :

- l'amointrissement du partenariat avec l'école (même si les Directeurs administratifs prennent le plus souvent le relais en tant qu'interface, parfois associés aux assistantes sociales) ;
- la réduction de la Direction à deux personnes (d'où une perte au niveau du dialogue).

QUEL EST LEUR MODE DE FONCTIONNEMENT ?

• Points de convergence

⇒ Périodes d'ouverture / de fermeture

Tous les CMPP constatent une **hausse de l'absentéisme durant les vacances scolaires**, et en particulier pendant l'été, ce qu'ils expliquent par le fait que les familles ont tendance à assimiler prise en charge au CMPP et temps scolaire.

Pour faire face à cette sous activité, **les CMPP ont réorganisé leur temps de travail sur l'année et organisé des périodes de fermeture totale** (ils ferment ainsi, pour la plupart, au moins 4 semaines durant l'été).

Cet aménagement permet également de répondre aux attentes des familles pendant les périodes scolaires, dans la mesure où une partie d'entre elles privilégie les consultations hors temps scolaire. Ainsi, les fermetures organisées pendant les périodes de vacances scolaires permettent de compenser l'élargissement de l'amplitude horaire des consultations pendant les périodes scolaires.

Ce temps hors temps scolaire se situe en soirée pour tous les CMPP, ainsi que, pour certains, le samedi matin.

Il faut noter que l'amplitude horaire est adaptée à la fois à la demande et aux moyens humains disponibles. Par conséquent, l'amplitude d'ouverture est souvent moins importante dans les antennes que dans les sites de rattachement, les antennes disposant d'un plateau technique moins important.

Les fermetures totales permettent enfin aux CMPP de **gérer les congés de leurs effectifs**, qui dépendent de la convention collective de 1966 et cumulent donc, chaque année, outre les congés de droit commun :

- des congés trimestriels ;
- des congés liés à l'ancienneté (or, comme nous l'avons vu précédemment, le personnel des CMPP a une ancienneté moyenne assez importante).

• Diversité des situations

⇒ Procédures d'accueil

Les CMPP ont des **procédures d'accueil très variées** en ce qui concerne :

- **la/les personne(s) qui assurent l'inscription** (Directeur ou Directrice administratif/ve et/ou pédagogique, Directeur médical, assistantes sociales, secrétaires) ;
- **le mode d'inscription** (par téléphone au moment du premier contact, au cours d'un rendez-vous physique, au cours du premier entretien de la phase de diagnostic) ;
- **le délai d'attente** avant l'inscription (certains CMPP essaient de recevoir tout nouvel enfant le plus rapidement possible pour établir son diagnostic, alors que d'autres CMPP préfèrent le faire attendre jusqu'à ce qu'ils soient certains que la prise en charge globale (diagnostic et traitement) puisse être assurée sans interruption).

⇒ Organisation des équipes et de l'activité entre site principal et antennes

Pour faire aux contraintes qui sont les leurs (coût et temps de transports, refus de certains professionnels de se déplacer, volonté de limiter les temps partiels, etc.) tout en restant au plus près des enfants suivis, les CMPP disposant de plusieurs sites ont des **modes de fonctionnement divers**. Selon les cas :

- les équipes sont totalement distinctes ;
- tous les professionnels partagent leur temps de travail entre plusieurs sites (ce qui engendre des coûts de déplacement et n'est pas forcément bien accepté – cf. manque d'attractivité de certains territoires) ;
- certains professionnels partagent leur temps de travail entre plusieurs sites.

Parallèlement à l'organisation des équipes, certains CMPP choisissent de **répartir l'activité**, et par exemple de réaliser l'ensemble des diagnostics et des réunions de synthèse au sein des sites de rattachement.

QUEL EST LEUR VOLUME D'ACTIVITE ?

Il n'est pas possible, pour cette thématique, d'établir une distinction entre des « Points de convergence » et une « Diversité des situations ». Les thématiques sont donc traitées les unes après les autres.

• File active

CMPP	File active (nombre d'enfants)	Capacité d'accueil (nombre de séances)
CMPP Aidaphi Bourges	831	9 900
CMPP Adpep Chartres	529	8 616
CMPP Adpep Dreux	591	9 150
CMPP Aidaphi Châteaoux	597	9 000
CMPP Adpep Châteaoux	648	7 600
CMPP d'Indre & Loire Tours	1458	19 135
CMPP Aidaphi Blois	789	11 000
CMPP Adpep Montargis	544	9 600
CMPP Aidaphi Orléans	749	17 000
CMPP Aidaphi Pithiviers	168	4 850
TOTAL	6 904	95951

Les files actives semblent plus **homogènes au niveau des départements et cohérentes au regard de la population concernée** (moins de 20 ans – cf. carte régionale).

NB : Pour plus d'informations sur l'évolution de la file active des différents CMPP, voir les fiches concernées.

80 % des CMPP de la Région ont une file active située entre 500 et 1000 usagers. Se distinguent le CMPP de Pithiviers (168 usagers – 3e CMPP du Loiret) et celui de Tours (1458 usagers – seul CMPP d'Indre-et-Loire).

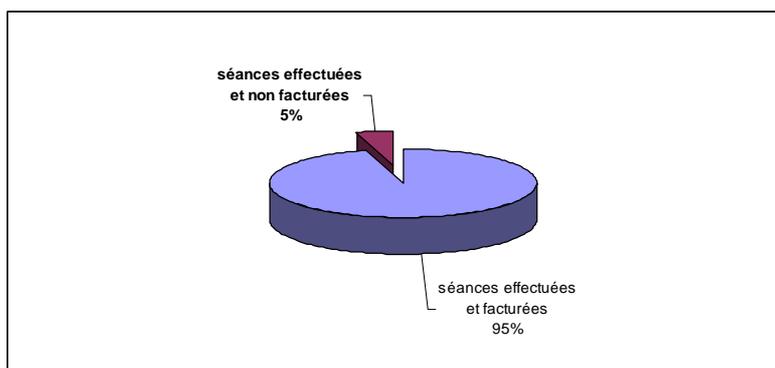
La file active globale de la région Centre est de **6 904 enfants**, ce qui représente une très légère diminution par rapport à 2006 (6 982 enfants).

Départements	File active 2008	%	File active 2006	%
Cher	831	12%	739	11%
Eure et Loir	1120	16%	1070	15%
Indre	1245	18%	1364	20%
Indre et Loire	1458	21%	1457	21%
Loir et Cher	789	11%	826	12%
Loiret	1 461	21%	1 526	22%
Total	6 904	100%	6 982	100%

• Nombre de séances effectuées / nombre de séances facturées

Sur l'ensemble de la région Centre, **95 % des séances effectuées sont facturées**. Cette différence entre séances facturées et non facturées renvoie à la fois :

- à la **question du mode de financement** de l'activité du CMPP ;
- au **mode de fonctionnement** choisi par le CMPP (nombre de séances par jour, travail pluridisciplinaire, travail partenarial).



Par conséquent, les **variations non négligeables** que l'on peut constater entre les CMPP (de 0 à 8% de séances effectuées non facturées) s'expliquent par leur **mode de calcul des séances effectuées**.

Ainsi, si tous considèrent comme séance effectuée mais non facturée la deuxième séance réalisée dans une même journée (un seul déplacement pour l'enfant), peuvent s'ajouter, selon les CMPP :

- les participations aux réunions des équipes éducatives et/ou d'autres partenaires ;
- les rencontres CMPP / famille, sans la présence de l'enfant ;
- les synthèses d'évolution.

• Temps d'attente

En lien avec la diversité des procédures d'accueil et de prise en charge, les temps d'attente sont très variables selon les CMPP et sont difficilement analysables sur le plan régional dans la mesure où :

- selon leur orientation et leurs choix organisationnels, **les phases d'attente se situent à des moments différents** ;
- **les logiciels utilisés par les CMPP ne traitent pas cette question de la même façon**, d'où des données partielles et inexploitable.

Se distinguent néanmoins **plusieurs phases d'attente possibles** :

- avant l'inscription administrative ;
- entre l'inscription administrative et le début de la phase de diagnostic ;
- entre la fin de la phase de diagnostic et le début de la phase de traitement ;
- au cours de la phase de traitement.

S'ils sont difficilement quantifiables, et a fortiori comparables, les délais d'attente laissent apparaître **une caractéristique commune : leur récurrence**.

Cette récurrence, que l'on constate même pour les CMPP ayant bénéficié d'extensions, est liée à des **facteurs multiples** :

- **augmentation de la fréquence et de la durée des prises en charge**, en lien avec la complexification des troubles / difficultés ;
- **situations de sous-effectif, récurrentes pour certaines spécialités** (orthophonie et psychiatrie en premier lieu) ;
- **manque d'offre alternative de soins sur certains territoires et/ou incapacité des professionnels/services présents à répondre à l'ensemble des demandes**.

QUELS SONT LEUR ENVIRONNEMENT TERRITORIAL ET LEURS PARTENAIRES ?

Il n'est pas possible, pour cette thématique, d'établir une distinction entre des « Points de convergence » et une « Diversité des situations ». Les thématiques sont donc traitées les unes après les autres.

A l'exception des conventions de mise à disposition conclues avec l'Education nationale, dont nous avons parlé précédemment, **la plupart des partenariats noués par les CMPP avec leur environnement se font de façon informelle**, ce qui pose la question de leur pérennité.

On peut distinguer deux types de partenariats :

- les **relations régulières, entretenues en particulier par les Directions**
- les **contacts ponctuels, qui concernent davantage les professionnels, en lien avec des cas particuliers**

NB : ces deux types de partenariats peuvent être menés en parallèle, mais il faut noter que l'existence du second n'implique pas le premier.

Par ailleurs, il convient de différencier :

- **les partenaires qui orientent vers le CMPP et vers lesquels le CMPP peut être amené à orienter ;**
- **les partenaires dans la prise en charge des enfants et adolescents.**

- **Partenaires soignants : intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile ; professionnels libéraux**

NB : le détail de l'offre de soins alternative est présenté dans les fiches par département.

La plupart des CMPP sont **en contact régulier avec :**

- **les dispositifs de prise en charge ambulatoire et à temps partiel des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile :**
 - centres médico-psychologiques (CMP) ;
 - hôpitaux de jour ;
 - centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP).
- **le secteur libéral**

Les professionnels libéraux avec lesquels les CMPP sont le plus souvent en contact sont les **orthophonistes**. Ils sont parfois sollicités par les CMPP pour prendre en charge certains suivis pour faire face aux situations de sous-effectifs en interne et ainsi réduire les délais d'attente.

- **Conseillers**

Les partenariats noués par les différents CMPP sont décrits dans leurs fiches respectives. Nous citons ci-dessous les partenaires les plus courants et des exemples de partenariats menés.

- **Secteur social**
 - Participation aux réunions de synthèse ASE
 - Relations avec les services AEMO
 - Contacts avec les médecins et puéricultrices de la PMI
- **MDPH**
 - Participations aux réunions de suivi de l'équipe pluridisciplinaire
 - Rédaction de comptes rendus pour donner un avis sur une situation précise
 - Participation à la CDAPH
- **Secteur médico-social**
 - Relations avec les CAMSP
 - Relations avec les IME, ITEP, SESSAD, etc.
- **Education nationale (au-delà des mises à disposition de personnels, dont nous avons parlé plus haut)**
 - Participation aux équipes éducatives
 - Participation aux équipes de suivi de scolarisation
 - Partenariats ponctuels avec des établissements, notamment dans le cadre du dispositif relais
 - Interventions dans des collèges sur l'action menée en CMPP ou sur des thèmes spécifiques : violence, adolescence, etc.
 - Contacts directs avec les enseignants référents, les psychologues scolaires, les équipes scolaires, les RASED – sous réserve de l'accord des familles

- **Un travail partenarial difficile à mener au regard des contraintes**

Le temps consacré au travail partenarial, qui est **difficile à évaluer précisément**, est souvent **moins important que ne le souhaiteraient les CMPP**. Il dépend en effet :

- en interne :
 - du plateau technique mobilisé (présence ou pas d'un Directeur pédagogique, de psychopédagogues, d'une assistante sociale – cf. annexe XXXII) ;
 - des éventuelles situations de sous-effectifs ;
- à l'externe :
 - de la présence de partenaires potentiels sur le territoire (conseillers, partenaires dans la prise en charge, prestataires d'offre de soins alternative) ;
 - de la capacité des partenaires en présence à répondre aux demandes et à entretenir des partenariats (cf. situations de sous-effectifs dans les SPIJ, diminution progressive des RASED, etc.).

Par ailleurs, il convient de rappeler que **ce temps, même lorsqu'il concerne des situations spécifiques, ne peut être facturé par les CMPP au titre de la prise en charge** (cf. plus haut, différence séances facturées / séances effectuées).

LES GRANDES PROBLEMATIQUES MISES EN EVIDENCE - RECAPITULATIF

- ⇒ **Un territoire inégalement couvert (et une question, celle du remboursement des frais de transports)**
- ⇒ **Une diversité des fonctionnements à prendre en compte**, liée à :
 - l'orientation de l'association gestionnaire et/ou du CMPP ;
 - la gestion des contraintes.
- ⇒ **Une articulation CAMSP / CMPP à repenser, afin de préserver l'intérêt des familles** (au-delà de la limite d'âge il faut interroger les missions des deux services et la nature de l'accompagnement proposé)
- ⇒ **Des délais d'attente persistants**, liés à des facteurs multiples :
 - augmentation de la fréquence et de la durée des prises en charge, en lien avec la complexification des troubles / difficultés ;
 - situations de sous-effectif, récurrentes pour certaines spécialités (orthophonie et psychiatrie en premier lieu) ;
 - manque d'offre alternative de soins sur certains territoires et/ou incapacité des professionnels/services présents à répondre à l'ensemble des demandes.
- ⇒ **Une pluridisciplinarité mise à mal :**
 - **en interne**, par les problèmes de sous-effectif (d'où le manque de temps à consacrer au travail partenarial) et le manque de certains professionnels ;
 - **A l'externe**, par le manque de partenaires.

PISTES DE PRECONISATIONS

Ces pistes de préconisations sont issues de l'analyse présentée dans ce rapport et, par conséquent, des informations recueillies auprès des CMPP au cours des entretiens individuels ou en Comité de pilotage.

Elles n'ont pas fait l'objet d'une validation en tant que telle par les Directeurs des CMPP dans le cadre d'un échange collectif.

1. **Réfléchir au maillage territorial et à la proximité de l'offre**, et par exemple à la création d'antennes, afin :
 - ⇒ de réduire les distances à parcourir pour les enfants (que ce soit par rapport au domicile ou à l'école, dans un objectif de poursuite de la scolarisation) ;
 - ⇒ de diminuer les temps d'attente dans les sites existants.
2. **Clarifier les agréments d'âge** en fonction de la réalité de l'activité et des besoins
3. **Assouplir la limite d'âge CAMSP / CMPP**
4. **Assurer la présence, au sein de chaque CMPP :**
 - ⇒ d'un médecin psychiatre ;
 - ⇒ d'une assistante sociale ;
 - ⇒ d'un psychopédagogue (surtout quand le CMPP ne comporte pas de directeur pédagogique).
5. **Réfléchir aux moyens de remédier aux problématiques de recrutement** à travers :
 - ⇒ la question de l'attractivité des territoires ;
 - ⇒ la question de l'attractivité des conditions de travail (par rapport au secteur libéral) ;
 - ⇒ la question des formations médicales et paramédicales.
6. **Pallier les manques d'effectifs** et réfléchir par exemple aux possibilités de remplacements et/ou de mutualisations :
 - ⇒ entre différents CMPP ;
 - ⇒ entre les CMPP et le secteur libéral ;
 - ⇒ entre les CMPP et les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile.
7. **Harmoniser les politiques des CPAM**, et favoriser leur collaboration en ce qui concerne :
 - ⇒ la question du remboursement des frais de transport ;
 - ⇒ la question des enfants suivis dans un CMPP et domiciliés hors département voire hors région.
8. **Intégrer dans les indicateurs d'activité des CMPP**
 - ⇒ le travail réalisé avec les familles sans la présence de l'enfant ;
 - ⇒ le travail partenarial.
9. **Favoriser le maintien des partenariats avec l'Education nationale et avec les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile**
 - ⇒ en assurant le maintien des Directeurs pédagogiques face à la diminution des postes mis à disposition par l'Education nationale (cf. risque de disparition du « P » de pédagogique) ;
 - ⇒ en réfléchissant aux moyens de pallier la diminution des RASED ;
 - ⇒ en envisageant la création de conventions entre hôpitaux et CMPP dans la perspective de la création de l'ARS.
10. **Déterminer les informations communes à détenir par les CMPP** afin de faciliter l'analyse de leur activité et de ses évolutions

➔ *Autant de pistes de préconisations à débattre...*

BIBLIOGRAPHIE

- **Textes juridiques**

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Code de l'action sociale et des familles

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Annexe XXXII ajoutée par le décret n°63-146 du 18 février 1963 au décret n°56-284 du 9 mars 1956

Circulaire n°35bis SS du 16 avril 1964

- **Ouvrages et rapports**

Le positionnement des CMPP dans le dispositif de prise en charge du handicap et de la santé mentale en Ile-de-France

Antoine Philipps, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008

Enquête sur les CMPP/BAPU de la Région Ile-de-France en 2007

DRASS Île-de-France, 2008

Les enfants et adolescents pris en charge dans les CMPP

Etudes et Résultats DRESS n°392, avril 2005

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er392/er392.pdf>

Les CMPP et les CAMSP confrontés à leurs limites

Lien Social n°832 du 15 mars 2007

Intervention des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux

CREAI Rhône Alpes pour la CNSA, 2009

Offre sanitaire, médico-sociale et sociale en psychiatrie et santé mentale en Région Centre – Etat des lieux en 2008 (suivi régional du plan Psychiatrie santé mentale)

ARH Centre, CRAM Centre, DRASS Centre

- **Sites internet**

Association nationale des CMPP

<http://www.ancmpp.fr>

STATISS

<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/cartes/centre.htm>

REMERCIEMENTS

Nous remercions de leur contribution à cette étude :

- les Directeurs des CMPP, et en particulier les membres du Comité de pilotage ;
- la DRASS et ses représentants, Messieurs Eric VAN WASSENHOVE et Malik FARADJI ;
- le service Etudes et Statistiques de la DRASS ;
- Brigitte Lavarélo, assistante au CREAI.

ANNEXES

1. LISTE DES MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE

Un Comité de Pilotage, animé par le Creai, a été constitué pour assurer le suivi de l'étude et valider la méthodologie et les différentes étapes du travail.

Liste des membres :

Monsieur Eric VAN WASSENHOVE et Monsieur Malik FARADJI, DRASS

Madame Martine GANTNER, Directrice du CMPP d'Orléans - 45 (AIDAPHI)

Madame Estelle SOUCI, Directrice du CMPP de Dreux - 28 (ADPEP)

Monsieur Marcel HARTMANN, Directeur du CMPP de Châteauroux - 36 (AIDAPHI)

Monsieur Christophe ROULEAUD, Directeur du CMPP d'Indre et Loire - 37 (Association du CMPP d'Indre et Loire).

2. QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX CMPP

NB : le questionnaire ci-après est le questionnaire COMMUN, les questionnaires spécifiques par sites comportant les mêmes questions (sauf celles numérotées de 1 à 5).

CREAI CENTRE
58bis, bd de Châteaudun
BP 91329
45003 ORLEANS CEDEX 1
Tél. – 02 38 74 56 00
Fax. – 02 38 74 56 29
conseil.technique@creai-centre.asso.fr



Dossier suivi par :
S. Demoustier, Conseillère technique
et B. Lavarélo, Assistante

**ENQUETE SUR L'ACTIVITE DES CENTRES
MEDICO-PSYCHO-PEDAGOGIQUES (CMPP)
EN REGION CENTRE EN 2008**

Questionnaire **commun pour tous les sites géographiques d'un
CMPP (CMPP de rattachement et ses antennes)**

A chaque fois, il vous est demandé de :

- **remplir UN QUESTIONNAIRE COMMUN**, afin d'établir l'identité de votre **structure** (CMPP et possible(s) antenne(s)) **et son périmètre d'intervention, et de recueillir des données qui sont compilées, c'est-à-dire qui agrègent l'activité de tous vos sites** (si vous en avez plusieurs, CMPP de rattachement et Antenne(s))
- **remplir UN QUESTIONNAIRE SPECIFIQUE pour chaque site** (CMPP de rattachement ou Antenne(s)), **pour toutes les questions pour lesquelles vous disposez de données spécifiques à chaque site.**

Pour ce présent questionnaire COMMUN, merci de renseigner :

- **les questions 1 à 5 inclus de ce questionnaire pour tous vos sites**
- **toutes les autres questions, lorsque les données dont vous disposez sont des données compilées pour tous vos sites** (si vous disposez de

données spécifiques pour chaque site, reportez-vous aux questions du questionnaire spécifiquement consacré à un site)

● IDENTITE DU CMPP

1. Nom et adresse du CMPP concerné et de ses antennes :

CMPP de rattachement :

Antenne 1 :

Antenne 2 :

Antenne 3 :

2. Quel est le gestionnaire du CMPP et quel est son statut :

Nom du gestionnaire :

Statut : Associatif
 Public

● LE PERIMETRE D'INTERVENTION DU CMPP

3. De quel agrément d'âge dispose votre CMPP au 31 décembre 2008 (ex : 4 – 6 ans) :

/_____/ à /_____/ ans

4. A partir de quel âge accueillez-vous effectivement les enfants ?

/_____/ ans

5. Zone d'intervention territoriale du CMPP :

Précisez le nombre d'enfants suivis domiciliés :

- dans l'arrondissement : /_____/
- dans un autre arrondissement du département : /_____/
- hors département : /_____/
- hors région Centre : /_____/

QUESTIONS CONCERNANT DES DONNES COMPILEES :

Si vous disposez de données compilées pour tous vos sites (c'est-à-dire qui agrègent l'activité de tous vos sites (CMPP de rattachement et Antenne(s)), merci de renseigner les questions suivantes

(si vous disposez de données spécifiques pour chaque site, reportez-vous aux questions du questionnaire spécifiquement consacré à un site) :

6. Quelle est la distance moyenne en kilomètres entre le domicile des enfants suivis et le CMPP :

/ _____ / km

7. Quelle a été l'activité de votre CMPP en 2008 :

- file active⁸ : / _____ /

- nombre de séances facturées en 2008 : / _____ /

- nombre de séances effectuées en 2008 : / _____ /

8. Quelle a été la durée moyenne d'attente entre le premier contact (date d'inscription) et le début de la prise en charge pour les enfants présents au : (indiquez à chaque fois le nombre d'enfants)

Effectifs :	Environ 1 mois	2 mois	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	18 mois	24 mois
Au 31 décembre 2006								
Au 31 décembre 2007								
Au 31 décembre 2008								

⁸ File active : nombre d'enfants reçus au moins 1 fois sur une année

9. Quelle a été la durée moyenne d'attente entre la synthèse et le début de la prise en charge pour les enfants présents au : (indiquez à chaque fois le nombre d'enfants)

Effectifs :	Environ 1 mois	2 mois	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	18 mois	24 mois
Au 31 décembre 2006								
Au 31 décembre 2007								
Au 31 décembre 2008								

10. Quel âge avaient les enfants sur les listes d'attente pour les enfants présents au : (indiquez à chaque fois le nombre d'enfants)

	0-3 ans	4-6 ans	7-11 ans	12-15 ans	16-18 ans	18 ans et +
Au 31 décembre 2006						
Au 31 décembre 2007						
Au 31 décembre 2008						

Remarques / Commentaires sur le périmètre d'intervention du CMPP :

● LE MODE D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DU CMPP

11. Décrivez le plateau technique dont dispose le CMPP, au 31 décembre 2008 :

Catégorie	Professionnels	Nombre de personnes physiques	ETP	Nombre d'ETP non pourvus ⁹
Catégorie 1	Directeur			
	Directeur administratif pédagogique			
	Directeur médical			
Catégorie 2	Médecin psychiatre			
	Pédopsychiatre			
	Pédiatre			
Catégorie 3	Psychologue			
	Psychopédagogue			
	Orthophoniste			
	Psychomotricien			
Catégorie 4	Educateur spécialisé			
	Assistante sociale			
Catégorie 5	Secrétaire			
	Comptable			
	Agent d'entretien			
	Autres :			

12. Quelle est l'ancienneté moyenne par catégorie de professionnels dans le CMPP, au 31 décembre 2008 :

	Ancienneté moyenne au 31 décembre 2008
Catégorie 1	
Catégorie 2	
Catégorie 3	
Catégorie 4	
Catégorie 5	

Remarques / Commentaires sur le mode d'organisation et de fonctionnement du CMPP :

⁹ Poste budgété au 31 décembre 2008

● LE PUBLIC ACCUEILLI

13. Répartition par tranche d'âge des enfants suivis au CMPP au 31 décembre 2008 :

Année de naissance	0 – 3 ans	4 – 6 ans	7 – 11 ans	12 – 15 ans	16 – 18 ans	18 ans et +
Effectif						

14. Combien d'enfants ont-ils bénéficié, dans la file active 2008, de :

	Effectif
Diagnostic – Bilan :	
Traitement – Suivi :	

15. Qui est à l'origine des consultations, dans les effectifs présents au 31 décembre 2008, en nombre d'enfants :

Famille : /_____/

Milieu scolaire : /_____/

Précisez : (médecin scolaire, psychologue scolaire ...) :

Milieu social /_____/

Précisez : (UTS, PMI, ASE, Service social ...) :

Milieu médico-social : /_____/

Précisez : (Service AEMO, autre CMPP, CAMSP, IME ou autre établissement médico-social ...) :

Milieu médical : /_____/

Précisez : (médecin de famille, hôpital, SPIJ ...) :

16. Quels sont les motifs des consultations, énoncés par les familles, dans les effectifs présents au 31 décembre 2008, en nombre d'enfants :

- Troubles du comportement : / _____ / enfants
- Troubles ou difficultés du langage : / _____ / enfants
- Difficultés scolaires : / _____ / enfants
- Difficultés psychomotrices : / _____ / enfants
- Troubles fonctionnels : / _____ / enfants
- Problèmes médicaux et somatiques : / _____ / enfants
- Troubles psychologiques divers : / _____ / enfants
- Maltraitance – abus sexuels : / _____ / enfants
- Autres, précisez : / _____ / enfants

17. Dans les effectifs des enfants qui se sont inscrits au CMPP en 2008, combien étaient-ils scolarisés au moment de leur inscription :

- à l'école maternelle : / _____ / enfants
- à l'école élémentaire (et éventuellement en CLIS) : / _____ / enfants
- dans le 2nd degré (et éventuellement en Segpa ou UPI) : / _____ / enfants
- dans le 2nd degré (lycée ou lycée professionnel) : / _____ / enfants
- en établissement médico-social : / _____ / enfants
- non scolarisés : / _____ / enfants

18. Parmi les enfants suivis qui se sont inscrits en 2008, combien étaient scolarisés avec une notification MDPH au moment de leur inscription :

/ _____ / enfants

19. Quel est l'âge moyen des enfants à leur inscription au CMPP en 2008 :

/ _____ / ans

20. Combien y a-t-il eu, dans la file active 2008 :

- de nouveaux entrants : / _____ / enfants
- de sortants : / _____ / enfants

Remarques / Commentaires sur le public accueilli :

● LES PRESTATIONS PROPOSEES

21. Quelle est la nature des prises en charge au CMPP dans la file active 2008 :

- Nombre de prises en charge simples dans les différentes spécialités (individuelles et collectives) :

- Orthophonie : /_____/ prises en charge simples
- Psychomotricité : /_____/ prises en charge simples
- Psychopédagogie : /_____/ prises en charge simples
- Psychothérapie : /_____/ prises en charge simples
- Suivi psychiatrique : /_____/ prises en charge simples
- Groupe thérapeutique : /_____/ prises en charge simples
- Thérapie familiale : /_____/ prises en charge simples
- Autres, précisez : /_____/ prises en charge simples

- Nombre de prises en charges multiples pluridisciplinaires de façon hebdomadaire :

Nombre de prises en charge multiples pluridisciplinaires : /_____/

Préciser les différentes combinaisons possibles et leurs effectifs :

-
-
-
-
-
-
-
-
-

22. Quel est le nombre de prises en charge hebdomadaires par enfant, dans la file active 2008 :

Nombre de prises en charge hebdomadaires	Nombre d'enfants
1 séance par semaine	
2 séances par semaine	
Plus de 2 séances par semaine	

23. Sur tous les sortants de 2008, les enfants pris en charge au CMPP l'étaient depuis quand :

Durée de la prise en charge	Effectifs
0 / 12 mois	
13 / 24 mois	
25 / 36 mois	
3 / 4 ans	
5 / 6 ans	

24. Quels sont les motifs des arrêts des prises en charge dans les sortants de 2008, en effectifs :

- Fin de la prise en charge : /_____/ enfants
- Décision de la famille : /_____/ enfants
- Réorientation : /_____/ enfants

Si orientation proposée par le CMPP, laquelle :

- Autres: /_____/ enfants

Précisez :

Remarques / Commentaires sur les prestations proposées :

● LES PARTENARIATS EXISTANTS

25. Quels sont les partenaires avec lesquels le CMPP est habitué à travailler en 2008 :

	Partenariat institutionnel (direction, convention)	Partenariat opérationnel (relation quotidienne de travail)*
le secteur sanitaire		
Le secteur pédopsychiatrique		
les structures sociales		
le secteur médico-social (IME, ITEP, CAMSP...)		
les MDPH		
les PMI		
l'Education Nationale		
les RASED		
le secteur libéral		
autres, précisez		

* Possibilité de cocher les 2 colonnes, en précisant éventuellement le statut des partenaires

26. Avez-vous passé des conventions :

oui non

27. Si oui, lesquelles (convention avec des centres de ressources, avec des centres hospitaliers...) :

28. Bénéficiez-vous de convention(s) de mise à disposition de personnel :

	Nombre de postes concernés
avec l'Education Nationale	
avec le secteur hospitalier	
autres, précisez	

Les caractéristiques psychopathologiques des enfants et adolescents suivis par les CMPP seront étudiées dans une seconde phase. Nous nous permettrons de vous solliciter de nouveau à cette occasion.

**NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR BIEN VOULU RENSEIGNER
LE PRESENT QUESTIONNAIRE.**

3. ANNEXE XXXII

(Décret n°56-284 du 9 mars 1956 (Annexe 32 ajoutée par décret n°63-146 du 18 février 1963.)

Conditions techniques d'agrément des centres MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUES de cure ambulatoire.

Article premier.

Les centres médico-psycho-pédagogiques pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique sous autorité médicale.

Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade.

Ils sont toujours mis en œuvre par une équipe composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de psychomotriciens, d'assistantes sociales et, autant que de besoin, de pédagogues et de rééducateurs.

Ils ont pour but de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social.

Le traitement comprend une action sur la famille qui peut recevoir au centre toutes les indications nécessaires à la réadaptation de l'enfant et éventuellement toutes les thérapeutiques lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, elles ne peuvent être dispensées ailleurs. Les soins s'étendent à la postcure.

Article 2.

L'organisation générale, le personnel, l'équipement et les services d'un centre médico-psycho-pédagogique de cure ambulatoire doivent être fonction de sa capacité réelle d'utilisation, c'est-à-dire du nombre maximum de consultants pouvant y être normalement admis au cours d'une même séance.

Article 3.

Les sols des locaux doivent être tenus en parfait état de propreté

Les murs et les cloisons doivent être enduits d'une peinture lavable, claire de préférence ; le papier est exclu, à moins qu'il ne soit aussi lavable que la peinture elle-même.

Article 4.

L'aération doit être permanente et conçue de manière à fonctionner en toute saison, sans occasionner de gêne aux consultants.

Le chauffage central ou tout système offrant les mêmes possibilités et garanties est recommandé dans tout centre médico-psycho-pédagogique. La température des locaux ne doit jamais être inférieure à 18°.

L'éclairage électrique est obligatoire.

Article 5.

Le centre doit disposer d'eau potable en quantité suffisante. L'évacuation des eaux usées doit être assurée conformément aux règles d'hygiène. Les lavabos et les W.-C. doivent être en nombre suffisant. Les cabinets d'aisance doivent être bien aérés, ventilés et éclairés, comporter une chasse d'eau, un siphon hydraulique et un poste d'eau.

Article 6.

Contre la risque d'incendie, le centre doit répondre aux règlements en vigueur et disposer notamment

- a) De postes d'eau;
- b) D'extincteurs à chaque étage;
- c) D'un moyen d'appel rapide au poste des pompiers le plus proche.

La construction et l'aménagement des locaux doivent permettre leur prompt évacuation en cas de sinistre.

Article 7.

Le centre doit posséder le téléphone avec la ville et avoir, en évidence et à proximité de l'appareil, les adresses et les numéros de téléphone dont on peut avoir besoin d'urgence. Il doit autant que possible disposer d'un réseau téléphonique intérieur.

Article 8.

Les locaux sont nettoyés et aérés chaque séance de consultations.

Article 9.

Le centre médico-psycho-pédagogique doit posséder au moins, compte tenu des précisions de l'article 2:

Une salle d'attente spacieuse et contenant un nombre de sièges, proportionné au nombre de consultants et de personnes susceptibles de les accompagner. A cette salle est annexé un bureau pour la personne chargée d'accueillir et de renseigner les enfants ou leurs parents

Un secrétariat ;

Un bureau médical pourvu de tout l'outillage indispensable à l'examen correct des consultants ;

Un box au moins réservé aux examens psychologiques ;

Des boxes en nombre suffisant, insonorisés, pour les rééducations individuelles, l'orthophonie, les psychothérapies, etc. ;

Une salle pour le service social et, éventuellement, des boxes en nombre suffisant pour les diverses assistantes sociales,

Éventuellement, une salle destinée à la psychothérapie de groupe et une salle pour la rééducation psychomotrice ou les rééducations collectives ;

Éventuellement les installations nécessaires pour un service d'électro-encéphalographie et un ou plusieurs bureaux destinés aux examens des spécialistes et aménagés selon les exigences de chaque spécialité.

Une pièce de dimensions suffisantes devra pouvoir être utilisés comme salle de réunions de synthèse et de travail.

Une réserve de pharmacie avec placard fermant à clé pourra être prévue. Sinon, un placard fermant à clé et contenant les substances vénéneuses sera aménagé dans le bureau médical.

Article 10.

Les consultations de diagnostic et de traitement n'ont lieu que sur rendez-vous ; le nombre des pièces et des boxes prévus à l'article 9 doit permettre un fonctionnement régulier du centre sans que les consultants aient à attendre avant une consultation ni entre les examens ou les rééducations susceptibles d'être pratiquées au cours d'une même séance.

Le centre doit s'attacher à réduire les déplacements des consultants en pratiquant au cours d'une même séance les examens et rééducations chaque fois que cela est compatible avec les exigences du diagnostic et du traitement.

Article 11.

Chaque consultant doit posséder un dossier dans lequel figurent les renseignements d'ordre social, les éléments du diagnostic, le relevé des examens pratiqués, des traitements et des techniques de rééducation prescrits et des résultats obtenus. Ce dossier, régulièrement tenu à jour, est classé dans un meuble fermant à clé, pour être mis, sous la responsabilité du médecin directeur, à l'abri de toute indiscretion.

Article 12.

Le médecin directeur du centre médico-psycho-pédagogique doit obligatoirement être qualifié en pédiatrie ou en neuro-psychiatrie 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.

L'ensemble du personnel du centre composant l'équipe prévue à l'article 1er est placé, au point de vue technique, sous l'autorité et la responsabilité du médecin directeur.

Le ou les médecins attachés au centre médico-psycho-pédagogique doivent être agréés par le directeur départemental de la santé. Ils assurent en personne la consultation et, sauf le cas de congé annuel ou de maladie, ils ne peuvent se faire remplacer qu'à titre exceptionnel ; leur remplacement ne peut être assuré que par des docteurs en médecine.

Ils pourront en cas de besoin recourir à l'avis d'un médecin consultant.

Aucun traitement ou rééducation n'est entrepris s'il n'a été prescrit par l'un des médecins agréés.

Les médecins doivent avoir, dans la pratique des soins collectifs le même respect de la personne humaine que dans l'exercice de la clientèle privée. Ils doivent, en conséquence, procéder toujours à l'examen individuel des consultants et consacrer un temps suffisant à chacun d'eux.

Ils signent eux-mêmes les certificats, les feuilles de maladie ainsi que les ordonnances ; en aucun cas ils ne peuvent déléguer leur signature. Ils doivent, le cas échéant, adresser aux organismes responsables les préavis de traitement.

S'ils remettent une ordonnance, celle-ci doit comporter l'adresse du centre, leur nom, leurs fonctions au centre et leur signature. En aucun cas ne doit être mentionnée l'adresse de leur cabinet personnel de consultation.

Il est interdit aux médecins d'user de leur activité au centre pour augmenter leur clientèle particulière.

Article 13.

Le centre doit s'assurer la collaboration d'un psychologue au moins, celui-ci doit remplir les conditions prévues pour les psychologues attachés aux services publics.

Les investigations psychologiques sont établies à la demande du médecin agréé et sous sa responsabilité.

Article 14.

Lorsque le centre dispense une rééducation pédagogique spécialisée, individuelle ou collective, il doit s'assurer le concours de pédagogues ou d'éducateurs possédant la qualification requise et justifiant d'une connaissance particulière des déficiences dont les enfants reçus au centre sont atteints.

Article 15.

La coordination des activités psychologiques et pédagogiques peut être confiée à un des membres de l'équipe qui devra justifier d'une formation appropriée en psychologie et en pédagogie.

Article 16.

Lorsque le centre dispense, sous l'autorité et la responsabilité des médecins agréés, aux enfants dont l'état le requiert une psychanalyse, une rééducation psychothérapique, une rééducation

de la parole, une rééducation de la psychomotricité, il doit s'assurer le concours d'un personnel compétent.

Article 17.

Le centre doit comporter un service social.

Le ou les assistants ou assistantes sociaux doivent notamment assurer une liaison avec le ou les services sociaux qui auraient pris antérieurement en charge les enfants ou leurs familles et avec celui ou ceux qui veilleront à l'adaptation de l'enfant à son cadre familial, scolaire ou professionnel et social.

Ils doivent également aider le sujet en fin de traitement et maintenir le contact avec lui pendant une durée minimum de trois ans, de manière à pouvoir éventuellement provoquer un nouvel examen ou rechercher s'il y a lieu, les causes d'une mauvaise adaptation.

Article 18.

Le médecin directeur organise régulièrement et préside des réunions de synthèse qui assurent la coordination du travail des membres de l'équipe prévue à l'article 1e, et auxquelles participent les divers techniciens du centre qui ont assuré les examens et les soins à l'enfant dont le cas est étudié lors de la réunion.

Le médecin directeur informe après chaque réunion de synthèse, les parents et, éventuellement, le médecin traitant de l'évolution l'état de l'enfant. Il charge le pédagogue du centre de tenir les maîtres de l'enfant informés, sous réserve du secret médical, des renseignements psychologiques et médicaux qui peuvent les intéresser et des rééducations envisagées.

Article 19.

Tout le personnel du centre est tenu d'observer les règles du secret médical.

Article 20.

Avant son entrée en fonctions, tout membre du personnel doit être soumis à un examen médical, comportant notamment un examen radiologique des poumons.

Ce personnel doit être indemne de toute affection tuberculeuse, à l'exception de séquelles anciennes ou cicatricielles.

L'examen médical et l'examen radiologique doivent être renouvelés au moins une fois par an, pour vérifier le bon état de santé du personnel.

Après une maladie contagieuse, aucun agent n'est autorisé à reprendre son service avant d'avoir été reconnu inapte à transmettre cette maladie, notamment par la recherche des germes pathogènes dans les exsudats ou émonctoires deux fois à huit jours d'intervalle.

Article 21.

La distribution d'échantillons pharmaceutiques ou la vente de médicaments est interdite.

Article 22.

Le centre doit posséder un règlement intérieur précisant les conditions particulières de son organisation et de son fonctionnement technique ; seront mentionnés en particulier le nombre maximal des consultations, la nature des traitements et rééducations pratiqués et le nombre et la qualification du personnel nécessaire correspondant.

4. CIRCULAIRE DU 16 AVRIL 1964

Le souci de la santé mentale de la population exige la mise en place de dispositifs propres à assurer la prophylaxie, le dépistage, le diagnostic et le traitement de certains troubles neuro-psychiques et troubles du comportement qui compromettent franchement l'adaptation de l'individu au milieu qui l'environne, ou, s'il s'agit d'un enfant, ses chances de bonne insertion dans l'entourage familial, professionnel et social.

Le cas des enfants est, en effet, particulier car les difficultés, même bénignes, qu'ils rencontrent sont susceptibles en s'aggravant de provoquer à l'Âge adulte des comportements véritablement délictuels ou pathologiques.

En outre, l'efficacité du dépistage et du traitement dépend de sa précocité, par conséquent, de la mise à la disposition des jeunes et de leurs parents d'organismes spécialisés animés par un personnel particulièrement informé des troubles de l'enfance et de l'adolescence.

Tel est l'objet des centres médico-psycho-pédagogiques dont l'activité est double : au dépistage des troubles assurés par les centres, comme par les dispensaires d'hygiène -mentale, s'ajoute la mise en œuvre de soins et de traitements appropriés.

Des centres de cette nature fonctionnent depuis plusieurs années dans maintes régions de la France et leur utilité ainsi que la spécificité de leur vocation s'affirment toujours davantage.

Leur régime financier n'est cependant pas uniformément fixé et offre des difficultés qui gênent leur développement et la création de nouveaux centres.

Il importait, pour remédier à cette situation, de prévoir un régime financier plus rationnel et de définir, d'une façon précise les organismes qui pourraient en bénéficier. C'est l'objet du décret du 18 février 1963 et des présentes instructions.

La double activité, des centres, entraîne en effet deux modes de financement distincts, sans préjudice bien entendu des apports d'une autre origine, sous forme par exemple de personnels, mis à la disposition des centres par le ministère de l'Éducation nationale. Le double financement s'explique ainsi :

Les tâches de dépistage impliquent l'intégration des centres dans le service départemental d'hygiène mentale, dont la vocation est plus générale ; l'activité thérapeutique des centres est de nature à permettre le jeu des prises en charge financières dans les conditions du droit commun.

Seuls, les centres liés par convention avec le service départemental d'hygiène mentale pourront bénéficier d'une prise en charge de leur activité de « consultations » par le département. Et seuls, les centres agréés par les commissions régionales d'agrément des établissements privés de cure et de prévention d'une part, et conventionnés au titre de l'aide médicale d'autre part, bénéficieront de remboursements au titre de l'assurance maladie ou de l'aide médicale.

Le fonctionnement et le financement des centres seront successivement étudiés.

1. FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DES CENTRES MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUES

Les centres assurent le dépistage des enfants et des adolescents dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques, ou à des troubles du comportement.

Sitôt le diagnostic posé, les centres permettent la mise en œuvre sur ces enfants, inadaptés ou en voie d'inadaptation seulement, de thérapies médicales, et de rééducations médico-psychologique, psycho-thérapeutique, ou psycho-pédagogique sous autorité médicale.

Les problèmes de l'admission des enfants et des normes d'organisation doivent être examinés successivement.

A) Admission des enfants

L'activité de dépistage des centres est coordonnée avec celle des dispensaires d'hygiène mentale proprement dits, d'une part pour éviter tout double emploi, d'autre part pour assurer une meilleure efficacité du dispositif mis en place.

Les centres médico-psycho-pédagogiques jouent en principe le rôle de dispensaires « secondaires », par opposition aux dispensaires d'hygiène mentale, qui servent de consultations « primaires », et reçoivent, sans tri préalable, n'importe quel enfant inadapté de leur secteur. Le renvoi du cas, du dispensaire au centre, s'effectue chaque fois que le dispensaire ordinaire souhaite pour un mineur des investigations, soit complémentaires, soit d'un type particulier, qui sont autant de préalables à la mise en œuvre d'un traitement approprié,

Toutefois, l'absence de dispensaire d'hygiène mentale dans une circonscription déterminée, peut amener un centre à être saisi le premier du cas d'enfants manifestant un trouble de l'adaptation familiale ou scolaire. Le centre joue alors, le rôle de dispensaire primaire : Il est agréé comme tel, il doit être conventionné à cet effet (cf. le 2^{ème} alinéa de l'article I du projet de contrat).

Il peut arriver également qu'un enfant soit adressé directement au centre par l'intermédiaire du médecin scolaire, ou de la commission médico-pédagogique créée dans le cadre de l'enseignement primaire, ou du psychologue scolaire attaché à un établissement.

En dehors de ce cas, il peut arriver qu'un juge des enfants adresse directement un enfant au centre ; il conviendra alors de rechercher si le sujet a déjà été examiné par une consultation d'hygiène mentale, et d'établir, le cas échéant, une liaison avec cet organisme.

Que l'intervention du centre se fasse au premier ou au second degré, il faut que dans tous les cas, le centre soit habilité à traiter l'enfant de son milieu familial et scolaire. Si un entretien est nécessaire avec une ou plusieurs personnes de l'entourage de l'enfant, cet entretien fait partie des soins donnés à l'enfant, sans qu'il soit nécessaire de prévoir une rémunération spéciale du membre de l'équipe du centre qui s'en charge.

B) Normes d'organisation et de fonctionnement

Les conditions techniques d'agrément des centres médico-psycho-pédagogiques de cure ambulatoire ont été définies par le décret no 63-146 du 18 février 1963, (annexe XXXII du décret du 9 avril 1956). Les mêmes normes de locaux, de matériel et de personnel seront exigibles pour que le centre puisse passer convention avec le service départemental d'hygiène mentale, et le service d'aide médicale, dont les prises en charge seront explicitées ci-dessous.

L'annexe XXXII appelle sur certains points les précisions suivantes :

Art. 12. -Le terme de médecin-directeur s'entend du médecin-chef qui participe effectivement à toute l'activité et à toutes les responsabilités techniques, et qui notamment dirige l'ensemble du personnel.

Lorsqu'il existe dans un centre une double direction, l'une à caractère médical l'autre à caractère pédagogique, cette dernière assurant égale des tâches administratives, les organismes de prise en charge peuvent tenir compte du traitement des deux directeurs, si l'opportunité de cette mesure n'est pas douteuse.

Quoi qu'il en soit sur ce point, 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.

Art. 12 (dernier alinéa). - Il est interdit aux médecins d'user de leur activité au centre pour augmenter leur clientèle particulière. Il va de soi que cette défense doit être également faite aux autres spécialistes du centre.

Art. 14 et 16. - Le centre qui dispense une psychanalyse ou certaines rééducations spéciales, doit s'assurer du concours d'un personnel compétent.

Ce personnel peut être, soit attaché au centre à temps plein ou partiel, soit requis par lui en temps opportun pour le traitement de cas isolés.

Art. 22. - Le règlement intérieur précise notamment le nombre et la qualification du personnel nécessaire, attaché au centre.

Ce personnel ne comprend que les membres de l'équipe, spécialistes et agents divers, attachés au centre de façon régulière. Il n'est pas nécessaire que le règlement intérieur mentionne les personnes appelées de l'extérieur à titre occasionnel ; il suffit que le représentant du ministre de la Santé publique et de la Population et la caisse régionale de Sécurité sociale avec laquelle le centre a passé convention soient tenus au courant de leurs activités et du montant des vacations qui leur sont allouées.

II. FINANCEMENT DES CENTRES MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUES

A) Principes

La double qualité reconnue aux centres médico-psycho-pédagogiques permet de prévoir deux modes, conjoints de financement, selon que les séances pour chaque mineur sont réputées de dépistage ou de traitement.

Je ne puis donc que vous recommander très vivement

- L'intégration dans le service départemental d'hygiène mentale, des centres qui remplissent les conditions, prévues à l'annexe XXXII, en tant qu'ils exercent une activité de dépistage ;

- La passation d'une convention avec ces centres, pour les activités de soins, au titre de l'aide médicale.

En ce qui concerne le remboursement des caisses de Sécurité sociale au titre de l'assurance-maladie, les conventions entre elles et les centres préciseront que le tarif de remboursement des forfaits de séances de traitement est calculé comme il est prévu ci - après.

Lorsque la répartition des dépenses entre ces diverses collectivités a été étudiée, et pour éviter les contestations, il importait de déterminer à partir de quel moment l'information médicale pourrait être considérée comme suffisante pour permettre la mise en œuvre d'un traitement. En d'autres termes, il fallait fixer le stade à partir duquel les organismes de prise en charge se substituent au service départemental d'hygiène mentale pour financer les services rendus par les centres. Ce stade est naturellement variable avec chaque personne examinée, selon que l'ensemble des investigations préalables à la mise en œuvre d'un traitement requiert peu ou beaucoup de temps, suppose l'intervention d'un ou deux spécialistes, ou au contraire le concours de l'équipe entière du centre. Comme il ne pouvait être question d'apprécier séparément chaque cas, il a été décidé d'établir un forfait de six séances par personne examinée, ce qui signifie que les six premières séances sont prises en charge par le service départemental d'hygiène mentale relayé par d'autres organismes à partir de la septième.

Le terme de « séance » s'entend ici du déplacement que le mineur, convoqué à cet effet, fait au centre. Au cours d'une seule « séance » le mineur peut être examiné par un ou plusieurs membres de l'équipe ; la durée de ces examens peut être de durée variable ; une « séance » au sens des présentes instructions, peut donc durer une fraction d'heure ou une journée entière. Le mineur examiné au cours de la « séance » peut être accompagné ou non par une personne de son entourage familial ou scolaire, convoqué par un membre de l'équipe du centre.

Le forfait de six séances réputé être « de diagnostic » peut donc couvrir des actes très variables, d'un cas à l'autre, par leur nombre et par leur nature. Il ne peut y avoir qu'une seule rémunération par jour.

Le coût de la séance pour chaque centre est obtenu de la façon suivante les dépenses autorisées (To. Dép.) sont fixées par le préfet, statuant sur avis conforme d'une commission composée des directeurs départementaux de la santé et de la population, d'un représentant du directeur régional de la Sécurité sociale, et d'un représentant proposé par les caisses de Sécurité sociale intéressées, et désigné par le préfet. En sont déduites, les recettes (Rec) qui ne proviennent, ni du service d'hygiène, ni des personnes, physiques ou morales, visées ci-dessous, qui prennent en charge les frais de traitement. Le montant des dépenses, ainsi obtenu (Dép.) est divisé par le nombre de « séances » (NS). Le quotient donne le coût moyen de la séance (C) pour chaque centre, tel qu'il est retenu par les payeurs au titre du dépistage et du traitement, soit :

Total des dépenses - Recettes = Dépenses

Dép.
NS

Les reports d'exercice s'effectueront tous les deux ans.

Remarque : Il arrive que la clientèle d'un centre soit domiciliée dans un ou plusieurs départements contigus de celui du siège du centre.

Une fraction des assurés et des assistés, souvent marginale, relève alors de services départementaux d'hygiène mentale et de caisses de Sécurité sociale qui n'ont pas conclu de convention avec le centre, contrairement à ce qui s'est passé dans le département du siège.

Dans ce cas les conventions passées, à titre principal dans le département du lieu du siège, seront reprises immédiatement par les services et caisses des départements limitrophes. La clientèle en provenance de ces derniers, et reçue à titre accessoire, sera donc prise en charge dans les mêmes conditions que la clientèle reçue à titre principal.

S'il apparaissait toutefois que le rayonnement d'un centre soit véritablement interdépartemental, des modalités de remboursement un peu différentes pourraient être précisées dans les conventions.

Je vous demande néanmoins, de rechercher la plus grande simplicité possible en cette matière, puisque la commission qui statue, en matière budgétaire donne les garanties nécessaires.

B) Frais de dépistage

Chaque centre est, donc remboursé, dans les conditions prévues par la convention passée suivant le modèle-type ci-joint par le service départemental d'hygiène mentale, des dépenses engagées au titre de son activité de dépistage, soit une somme équivalente au produit de six « séances » par le nombre de mineurs examinés.

N.B.- Il arrive qu'une appréciable fraction de la clientèle d'un centre provienne d'un dispensaire d'hygiène mentale, qui, ayant déjà effectué une partie du travail de dépistage et de diagnostic, ne requiert du centre qu'un complément d'investigation, ou la mise en œuvre d'un traitement particulier. Dans cette hypothèse, le nombre de séances du centre que le département prend en charge au titre de l'hygiène mentale peut être réduit par décision conjointe des directeurs départementaux de la santé et de la population. Une telle réduction du forfait de diagnostic n'est pas fixée enfant par enfant. C'est l'activité habituelle du centre qui peut donner lieu, pour tous les mineurs qui le fréquentent à réduction de forfait.

C) Frais de traitement

A ces remboursements, s'ajoutent, ceux que: les centres perçoivent du fait de leur activité thérapeutique. Les versements proviennent des caisses d'affiliation des assurés sociaux, des familles et de l'aide médicale.

a) En ce qui, concerne tout assuré social, la prise en charge au titre de l'assurance-maladie ne s'opère qu'à partir de la première séance réputée être consacrée au traitement - Il s'agit, en règle générale, de la septième « séance » (au sens des présentés instructions) et des suivantes, à moins qu'il n'en soit stipulé autrement par l'accord conjoint visé ci-dessus (§ B - Nota bene).

b) Il est loisible aux familles de déposer une demande d'aide médicale pour obtenir la prise en charge des séances réputées « de traitement ». Leurs dossiers seront instruits dans les conditions de droit commun, et les centres seront crédités par le tiers-payant.

c) Les familles d'enfants non pris en charge par l'assurance-maladie ou par l'aide médicale paient le centre pour chaque « séance » au-delà de la sixième.

Dans son budget, chaque centre inscrit donc en recettes les sommes prévues aux paragraphes a, b, c, dont le total est par définition égal au total des dépenses autorisées - (postes budgétaires prévues par le contrat-type : personnel, frais généraux, matériel technique et pharmacie, dépenses dues à des examens paracliniques) puisque le coût moyen de la séance journalière a été calculé à cet effet.

Tel est le nouveau mode de financement dont l'application est proposée aux centres médico-psycho-pédagogiques. Ce financement conçu pour faciliter le fonctionnement général des centres, est double, en raison même de leur double caractère.

Il est accessible à tout centre justifiant du respect des normes définies à l'annexe XXXII du décret du 9 mars 1956 modifié et signataire d'une convention avec le département, inspirée du contrat type joint à cette circulaire.