

CREAI CENTRE

LES CENTRES MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUES (CMPP) EN RÉGION CENTRE EN 2008

Volet 2 – la population accueillie par les CMPP

- Étude réalisée en 2009 et 2010 par le CREAI Centre :

Manon PRACA, Conseillère Technique

En pilotage : Séverine DEMOUSTIER, Conseillère Technique – Chef de service

Assistante : Laetitia BABAULT

Pour l'Agence Régionale de Santé du Centre

SOMMAIRE

CHAMP DE L'ETUDE ET CADRE METHODOLOGIQUE	7
Contexte, objectifs et structuration de l'étude sur les CMPP	11
<i>Contexte de l'étude sur les CMPP</i>	11
<i>Structuration générale de l'étude</i>	11
<i>Ojectifs spécifiques du volet 2 et lien avec le volet 1</i>	11
Volet 2 – introduction et contours	13
<i>Sur la variété des CMPP... et leurs points communs... ..</i>	13
<i>Contours du volet 2</i>	13
Méthodologie adoptée.....	15
Calendrier	18
Limites méthodologiques de l'étude	19
<i>Limites au niveau de la collecte des données chiffrées.....</i>	19
<i>Limites au niveau de l'interprétation des données chiffrées</i>	19
<i>Limites au niveau de l'analyse des informations qualitatives</i>	21
Lexique du vocabulaire utilisé pour la collecte et l'analyse des données	23
Liste des sigles utilisés.....	24



FICHES PAR CMPP 25

CMPP de Bourges, AIDAPHI 27

Introduction..... 27

I. Classification utilisée et mode de recueil de l'information 27

A. Choix ou non d'une classification 27

B. Mode de recueil des données..... 28

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge..... 28

II. Profil et évolution de la population accueillie 28

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008 28

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années..... 30

III. Besoins mis en évidence et réponses à apporter..... 32

A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées 32

B. Réponses à apporter 34

CMPP de Chartres, ADPEP 37

Introduction..... 37

I. Classification utilisée et mode de recueil de l'information 37

A. Choix ou non d'une classification 37

B. Mode de recueil des données..... 37

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge..... 37

II. Profil et évolution de la population accueillie 38

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008 38

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années..... 40

III. Besoins mis en évidence et réponses à apporter..... 41

A. Conséquences des évolutions constatées / problématiques soulevées 41

B. Réponses à apporter 41

CMPP de Dreux, ADPEP 44

Introduction..... 44

I. Classification utilisée et mode de recueil de l'information 44

A. Choix ou non d'une classification 44

B. Mode de recueil des données..... 44

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge..... 45

II. Profil et évolution de la population accueillie 45

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008 45

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années..... 47

III. Besoins mis en évidence et réponses à apporter..... 49

A. Conséquences des évolutions constatées / problématiques soulevées 49

B. Réponses à apporter 50



CMPP de Châteauroux, ADPEP	52
<i>Introduction.....</i>	52
I. <i>Classification utilisée et mode de recueil de l'information</i>	52
A. Choix de la classification	52
B. Mode de recueil des données.....	52
C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge.....	53
II. <i>Profil et évolution de la population accueillie</i>	53
A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008	53
B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années.....	56
III. <i>Besoins mis en évidence et réponses à apporter.....</i>	57
A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées	57
B. Réponses à apporter	59
CMPP de Châteauroux, AIDAPHI	61
<i>Introduction.....</i>	61
I. <i>Classification utilisée et mode de recueil de l'information</i>	61
A. Choix de la classification	61
B. Mode de recueil des données.....	61
C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge.....	62
II. <i>Profil et évolution de la population accueillie</i>	62
A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008	62
B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années.....	64
III. <i>Besoins mis en évidence et réponses à apporter.....</i>	67
A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées	67
B. Réponses à apporter	68
CMPP de Tours, Association du CMPP d'Indre et Loire.....	71
<i>Introduction.....</i>	71
I. <i>Classification utilisée et mode de recueil de l'information</i>	71
A. Choix ou non d'une classification	71
B. Mode de recueil des données.....	71
C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge.....	72
II. <i>Profil et évolution de la population accueillie</i>	73
A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008	73
B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années.....	75
III. <i>Besoins mis en évidence et réponses à apporter.....</i>	76
A. Conséquences des évolutions constatées / problématiques soulevées	76
B. Réponses à apporter	77



CMPP de Blois, AIDAPHI.....	80
<i>Introduction.....</i>	<i>80</i>
I. <i>Absence de classification et enjeux.....</i>	<i>80</i>
II. <i>Profil et évolution de la population accueillie.....</i>	<i>81</i>
A. Les difficultés rencontrées par la population accueillie en 2010.....	81
B. Evolution des difficultés des enfants accueillis au cours des dernières années.....	82
III. <i>Besoins mis en évidence et réponses à apporter.....</i>	<i>82</i>
A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées.....	82
B. Réponses à apporter.....	83
CMPP de Montargis, ADPEP.....	85
<i>Introduction.....</i>	<i>85</i>
I. <i>Classification utilisée et mode de recueil de l'information.....</i>	<i>85</i>
A. Utilisation d'une classification.....	85
B. Mode de recueil des données.....	85
C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge.....	86
II. <i>Profil et évolution de la population accueillie.....</i>	<i>86</i>
A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008.....	86
B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années.....	88
III. <i>Besoins mis en évidence et réponses à apporter.....</i>	<i>89</i>
A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées.....	89
B. Réponses à apporter.....	89
CMPP d'Orléans, AIDAPHI.....	92
<i>Introduction.....</i>	<i>92</i>
I. <i>Classification utilisée et mode de recueil de l'information.....</i>	<i>92</i>
A. Utilisation partielle d'une classification.....	92
B. Mode de recueil des données.....	93
C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge.....	93
II. <i>Profil et évolution de la population accueillie.....</i>	<i>94</i>
A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008.....	94
B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années.....	95
III. <i>Besoins mis en évidence et réponses à apporter.....</i>	<i>96</i>
A. Conséquences des évolutions constatées / problématiques soulevées.....	96
B. Réponses à apporter.....	97



CMPP de Pithiviers, AIDAPHI	99
<i>Introduction.....</i>	99
I. <i>Absence de classification et enjeux</i>	99
II. <i>Profil et évolution de la population accueillie</i>	99
A. Les difficultés rencontrées par la population accueillie et leur évolution.....	99
B. Les facteurs	101
C. Quelques hypothèses quant aux causes des évolutions de la population.....	101
III. <i>Besoins mis en évidence et réponses à apporter.....</i>	101
A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées	101
B. Réponses à apporter	102
SYNTHESE REGIONALE	105
Enjeux liés à l'utilisation (ou non) d'une classification et état des lieux en 2008	107
I. <i>Choix ou non d'une classification.....</i>	107
A. Utilisation d'une classification : avantages et inconvénients	107
B. Etat des lieux en 2008 ?	109
II. <i>Mode de recueil des données.....</i>	110
A. Quand les données sont-elles enregistrées ?	110
B. Qui recueille les informations relatives aux caractéristiques des usagers ?	110
C. Comment les données sont-elles recueillies ?	111
D. Les données sont-elles mises à jour en cours de prise en charge ?	112
Profil et évolution de la population accueillie.....	113
I. <i>Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008.....</i>	113
A. Catégories cliniques	113
B. Facteurs organiques	114
C. Facteurs environnementaux	114
II. <i>Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années.....</i>	115
D. Grandes tendances	115
E. Hypothèses de causes	116
Besoins mis en évidence et réponses à apporter	118
I. <i>Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées</i>	118
A. Evolution du volume d'activité et des modalités de prises en charge en interne	118
B. Importance de l'articulation avec les partenaires extérieurs	120
II. <i>Réponses à apporter.....</i>	121
A. En interne.....	121
B. A l'externe	121
C. Préconisations d'ordre général	122



BIBLIOGRAPHIE 125

REMERCIEMENTS 129

ANNEXES 133

Annexe 1 : les membres du Comité de pilotage.....	135
Annexe 2 : les personnes présentes à la réunion du 30/03/2010	137
Annexe 3 : les questionnaires utilisés.....	138
Annexe 4 : Grille d'entretien avec les directeurs et directeurs médicaux.....	145
Annexe 5 : Trame de rédaction pour les « vignettes »	148
Annexe 6 : la CFTMEA.....	150
Annexe 7 : les « vignettes »	176
<i>VIGNETTE N°1</i>	<i>177</i>
<i>VIGNETTE N°2</i>	<i>179</i>
<i>VIGNETTE N°3</i>	<i>181</i>
<i>VIGNETTE N°4</i>	<i>182</i>
<i>VIGNETTE N°5</i>	<i>184</i>
<i>VIGNETTE N°6</i>	<i>185</i>
<i>VIGNETTE N°7</i>	<i>187</i>
<i>VIGNETTE N°8</i>	<i>191</i>
<i>VIGNETTE N°9</i>	<i>193</i>
<i>VIGNETTE N°10</i>	<i>196</i>
<i>VIGNETTE N°11</i>	<i>198</i>
<i>VIGNETTE N°12</i>	<i>199</i>
<i>VIGNETTE N°13</i>	<i>203</i>
<i>VIGNETTE N°14</i>	<i>204</i>
<i>VIGNETTE N°15</i>	<i>205</i>
<i>VIGNETTE N°16</i>	<i>206</i>





CHAMP DE L'ETUDE ET CADRE METHODOLOGIQUE



Contexte, objectifs et structuration de l'étude sur les CMPP

CONTEXTE DE L'ETUDE SUR LES CMPP

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 était 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 devait permettre également d'**analyser les besoins actuels des structures**.

STRUCTURATION GENERALE DE L'ETUDE

L'étude commandée par la DRASS en 2009 devait faire l'objet de **deux volets**.

Le premier volet, relatif à l'**activité des CMPP**, a été transmis à la DRASS en février 2010.

Le présent rapport présente les résultats du volet 2 concernant **les caractéristiques psychopathologiques des publics accueillis dans les CMPP, les facteurs qui leur sont associés** (organiques ; environnementaux), **et leurs évolutions respectives**.

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU VOLET 2 ET LIEN AVEC LE VOLET 1

L'élaboration du volet 1 de l'étude sur les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques en région Centre, portant sur leur activité en 2008, a conduit à mettre en évidence leur diversité en termes de fonctionnement, mais aussi des tendances convergentes. Ainsi, nous avons pu recueillir les **motifs pour lesquels les familles déclaraient s'adresser aux CMPP** parmi lesquels ressortaient, au niveau régional, les troubles du comportement et les difficultés scolaires. Néanmoins, lors de nos différentes rencontres, les directeurs des CMPP ont insisté sur la nécessité de mettre en perspective les difficultés évoquées par les familles, notamment parce que celles-ci ne sont souvent que la manifestation la plus visible d'une pathologie sous-jacente.

- Au cours de ce deuxième volet, nous nous sommes attachés par conséquent à analyser les **caractéristiques psychopathologiques des enfants accueillis, telles que les constatent les CMPP à l'issue de la phase de diagnostic**, et avons tenté de mettre en évidence les **facteurs** qui leur sont associés (organiques ; environnementaux). Ce travail a été l'occasion d'insister à nouveau sur la diversité des CMPP, notamment à travers la question du mode de recueil des données et des classifications utilisées.

- Plusieurs CMPP nous ayant d'ores et déjà fait part de constatations communes quant à la complexification des difficultés et à l'importance grandissante des facteurs environnementaux (contexte socio-familial, troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille, etc.), nous nous sommes interrogés par ailleurs sur l'**évolution de cette population au cours des dernières années**, ce afin de mesurer l'adéquation entre population accueillie, types de prises en charge proposés et moyens mis en œuvre.
- Cette réflexion nous a permis d'obtenir une vision plus précise du profil de la population accueillie en CMPP, de mettre en évidence un certain nombre de problématiques, et, par conséquent, d'identifier ses **besoins en termes de prises en charge** et le type de **réponses à mettre en œuvre, au sein des CMPP eux-mêmes** (évolution des prestations proposées, des plateaux techniques, etc.), **comme en lien avec les autres acteurs** institutionnels et professionnels sur les territoires (intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, Education nationale, secteur social, etc.).

Volet 2 – introduction et contours

SUR LA VARIETE DES CMPP... ET LEURS POINTS COMMUNS...

Au-delà de leur cadre juridique commun¹ 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), nous insistions en préambule du volet 1 sur les différences d'orientations considérables que présentent encore aujourd'hui les Centres-Médico-Psychopédagogiques - y compris au sein d'une même association gestionnaire.

Ce constat, dont nous avons pu analyser les conséquences en termes de modes de fonctionnement à l'occasion de l'état des lieux quantitatif réalisé dans le premier rapport, a été confirmé de façon flagrante au cours de notre réflexion sur les difficultés des enfants accueillis, les facteurs qui leur sont associés, et leurs évolutions.

La traduction la plus évidente de ces différences d'orientation se situe au niveau du choix ou non d'utiliser une classification – même s'il est intéressant de constater que les CMPP de la région Centre tendent à s'harmoniser autour de la CFTMEA, que ce soit suite à une évolution des professionnels dans leur façon de penser le diagnostic et l'utilisation de la classification dans ce cadre, ou de façon plus contrainte, pour répondre aux demandes croissantes d'informations sur la population accueillie et les actions menées.

En revanche, les différences d'orientation ne suffisent pas à expliquer les variations parfois considérables que cette étude – avec toutes les limites qu'elle comporte – a mis en évidence en ce qui concerne les difficultés des enfants reçus dans les différents CMPP, même si quelques grandes tendances semblent émerger, comme nous le verrons à l'issue de ce rapport.

Enfin, il est intéressant de constater, au-delà de la difficulté de faire émerger ces tendances communes quant aux caractéristiques des populations accueillies, que les problématiques soulevées par les CMPP de la région et les réponses qu'ils mettent en place en termes d'accompagnement sont non seulement riches mais convergentes...

Ces tendances, ces problématiques, et ces réponses sont synthétisées à l'issue de ce rapport et donnent lieu à des préconisations, dont un certain nombre avait déjà été mises en évidence à l'issue du volet 1.

CONTOURS DU VOLET 2

Il a été décidé, en lien avec l'ARS, les CMPP, et les résultats issus du volet 1, d'aborder dans le deuxième volet les questions suivantes :

- **Utilisation ou non d'une classification, modalités de recueil de l'information et enjeux**
 - Choix ou non d'une classification
 - Mode de recueil des données
 - Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge

¹ Cf. introduction du volet 1 – présentation de l'annexe XXXII et de la circulaire 35bis SS du 16 avril 1964

- **Profil de la population accueillie en 2008**
 - Catégories cliniques
 - Facteurs organiques et environnementaux

- **Évolution de ces caractéristiques au cours des dernières années**
 - Grandes tendances
 - Hypothèses quant aux causes de ces évolutions

- **Besoins mis en évidence et réponses à apporter**
 - Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées : évolution du volume et de la nature de l'activité ; évolution de l'articulation avec les partenaires externes
 - Réponses à apporter : préconisations de réponses en interne, à l'externe ; préconisations générales

Méthodologie adoptée

Le volet 2 comprend deux grandes parties :

- des **fiches par structures** ;
- une **synthèse régionale** de l'analyse effectuée, des constats qui en découlent et des **propositions d'aide à la décision** qui pourront servir dans le cadre de la réactualisation du PRIAC, de la rédaction du projet régional de santé et de l'élaboration du schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale.

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**

A l'occasion de l'élaboration du volet 1, 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 plus précisément les informations relatives à la population accueillie et de produire, à partir des informations recueillies, des questionnaires destinés à préparer les entretiens.

- **Elaboration et exploitation de deux questionnaires²**

A partir des résultats issus du volet 1 de cette étude, qui nous avaient conduit à formuler un certain nombre d'hypothèses, et à partir des informations recueillies dans les rapports d'activité, plusieurs questionnaires ont été élaborés par le CREAL.

Ces documents ont fait l'objet d'une **discussion avec les directeurs administratifs et avec les directeurs médicaux** au cours d'une réunion de la délégation régionale des CMPP organisée le 30 mars 2010. Ils ont été **réajustés en fonction des échanges** puis diffusés par courrier à l'ensemble des CMPP³, d'où leur forte mobilisation et un **taux de retour de 100 % sur l'ensemble des structures**.

- Un court **questionnaire préalable au recueil de données** a été élaboré afin de déterminer le nombre de CMPP utilisant une classification, la classification utilisée de façon majoritaire, et l'année pouvant servir de référence pour analyser les évolutions de la population (en fonction de l'antériorité de la mise en place de la classification dans les CMPP concernés)

➔ *Comme nous le verrons plus loin, l'exploitation des données recueillies dans le cadre de ce premier questionnaire nous a permis, d'une part, de déterminer que l'ensemble des CMPP utilisant une classification a choisi la CFTMEA, à laquelle nous allons par conséquent nous référer tout au long de ce rapport et, d'autre part, de définir l'année 2003 comme année de référence pour l'analyse des évolutions des populations accueillies.*

Ce choix a été fait à partir de deux objectifs :

- ↳ *que la majorité des CMPP utilisant la CFTMEA puisse fournir des données sur une même année ;*
- ↳ *que l'année en question soit suffisamment ancienne pour qu'une analyse en terme d'évolution soit pertinente.*

² Cf. annexe 3

³ Contrairement à ce qui a été fait dans le cadre du volet 1, ces différents documents ne différenciaient pas données issues du CMPP de rattachement et données issues des antennes. Un tel travail aurait été intéressant dans la mesure où il aurait pu permettre d'affiner l'analyse par territoire mais, comme nous aurons l'occasion de le constater au fil de ce rapport, il s'est avéré impossible à mettre en pratique (cf. d'une part les CMPP n'utilisant pas de classification et, d'autre part, les CMPP utilisant une classification mais recueillant les données de façon agrégée, sans qu'elles soient distinguées site par site).

- Un **questionnaire quantitatif sur les caractéristiques psychopathologiques des personnes accueillies en 2003 et en 2008**, a ensuite été constitué à partir de la grille CFTMEA et a été assorti de quelques questions qualitatives sur les conséquences des évolutions de la population accueillie, destinées à confirmer ou infirmer des hypothèses élaborées à l'issue du volet 1, dans la perspective des entretiens.
- **Réalisation d'entretiens avec les directeurs administratifs (et pédagogiques pour certains) des CMPP et avec les directeurs médicaux**

L'objectif de ces entretiens était de compléter les éléments d'informations recueillis dans les rapports d'activité et les questionnaires :

- **sur le plan quantitatif** (appui à l'exploitation des données chiffrées fournies – notamment par le biais de précisions apportées sur le mode de recueil des données) ;
- **sur le plan qualitatif** (recueil d'informations qualitatives sur les choix faits en termes de classification, sur les caractéristiques de la population accueillie et sur les évolutions constatées en son sein ; recueil d'hypothèses de causes qui pourraient expliquer ces évolutions ; recueil d'informations sur les réponses apportées ou prévues par les CMPP pour répondre aux évolutions de la population mais aussi à d'autres problématiques qui impactent l'accompagnement – cf. notamment situations de sous-effectif en interne ou chez certains partenaires).

Ces entretiens ont été menés à partir d'une **grille de questions soumise aux directeurs des CMPP**, au même titre que les questionnaires cités précédemment, au cours de la réunion du 30 mars.

➔ *Tous les directeurs médicaux n'ont pas pu être présents au cours des entretiens. Dans ces cas, le directeur administratif (et pédagogique pour certains) a veillé à associer aux entretiens, lorsque c'était possible, un ou plusieurs psychiatres.*

Dans le cas particulier du CMPP ADPEP de Châteauroux, qui ne dispose pas de psychiatre depuis le départ à la retraite de son ancienne directrice médicale, l'équipe a été associée à la démarche, que ce soit pour le recueil des données ou pour l'élaboration des vignettes.

Enfin, de la même façon, le CMPP de Montargis présentait une situation particulière dans la mesure où la directrice administrative n'a pas assisté à l'entretien, qui a eu lieu à Orléans avec l'ancienne directrice médicale, qui a quitté sa fonction de direction en mai 2010 mais continue d'assurer des séances de diagnostic et des suivis à Gien. En effet, la directrice administrative a estimé que ce médecin psychiatre, qui travaille au sein du CMPP de Montargis depuis 1989, était plus à même de fournir une analyse qualitative quant aux caractéristiques de la population accueillie et à ses évolutions.

Détail des entretiens réalisés

CMPP	Interlocuteur	Date
CMPP de Bourges	directeur administratif, directeur pédagogique, trois médecins psychiatres	03/06
CMPP de Chartres	directeur administratif et pédagogique, directeur médical	01/06
CMPP de Dreux	directeur administratif et pédagogique, directeur médical	01/06
CMPP de Châteauroux (ADPEP)	directeur administratif et pédagogique	26/05
CMPP de Châteauroux (AIDAPHI)	directeur administratif, directeur médical	22/04
CMPP de Tours	directeur administratif, directrice médicale	29/04
CMPP de Blois	directeur administratif, un médecin psychiatre	04/06
CMPP de Pithiviers	directrice administrative, directrice médicale	11/05
CMPP de Montargis	un médecin psychiatre (ancienne directrice médicale)	01/07
CMPP d'Orléans	directrice administrative, directeur pédagogique, directeur médical, deux médecins psychiatres	11/06

• **Exploitation de « vignettes » illustrant des parcours d'enfants et élaborées par les CMPP**

L'objectif de ces « vignettes » était d'illustrer notre analyse par la description, à titre d'exemple, de quelques parcours d'enfants reçus au sein des CMPP. Dans ce cadre, une trame a été élaborée par le CREAL et présentée aux Directeurs des CMPP au cours de la réunion du 30 mars au même titre que les outils cités précédemment.

Le Comité de pilotage, qui s'est réuni le 8 juin 2010, a permis de préciser les objectifs et le contenu de ces vignettes. Il a ainsi été décidé que chaque CMPP réaliserait – de façon anonyme – deux vignettes, soit :

- **une première vignette présentant un parcours « classique »** d'enfant reçu en CMPP (orientation, difficultés, accompagnement proposé, évolution, etc.) ;
- **une seconde vignette présentant le parcours d'un enfant dont les difficultés ont nécessité une adaptation des pratiques du CMPP** (exemple : travail en groupe, thérapie familiale ou autre type d'accompagnement des familles, accueil spécifique pour les adolescents, etc.).

L'objectif de cette deuxième vignette était de montrer comment les CMPP ont dû adapter leurs pratiques aux évolutions du public accueilli, quelles difficultés ils ont pu rencontrer et, éventuellement, de leur donner l'occasion de présenter ce qu'ils aimeraient pouvoir faire en termes d'adaptations.

➡ *Dans le cadre de ce volet 2, tous les CMPP nous ont fourni au moins une vignette, sous des formats assez variés⁴. Par manque de temps ou suite à un choix de l'équipe, quatre CMPP nous ont fourni une vignette unique.*

• **Allers-retours entre le CREAL et les directeurs des CMPP pour la relecture des fiches les concernant**

Comme cela a été fait dans le cadre du volet 1, les données quantitatives et qualitatives recueillies par le biais des questionnaires et/ou au cours des entretiens ont fait l'objet d'allers – retours entre le CREAL et les directeurs des CMPP, et **toutes les fiches par structure leur ont été soumises pour validation.**

NB : Des entretiens avec des partenaires des CMPP (à identifier par les directeurs dans les secteurs les plus concernés – Education nationale et services sociaux en premier lieu) avaient été prévus initialement. Néanmoins, il a été décidé au cours de la réunion du Comité de pilotage⁵, au sein duquel siège l'ARS, du 8 juin 2010 de renoncer à ce travail faute de temps⁶.

⁴ Cf. annexe 5

⁵ Cf. annexe 1

⁶ En ce qui concerne les services sociaux et les MDPH en particulier, car il nous aurait fallu rencontrer des représentants des 6 départements de la région.

Calendrier

Mars 2010	Analyse approfondie des rapports d'activité sur les points relatifs à la population accueillie et préparation de la réunion avec les directeurs
30 mars 210	Réunion avec les directeurs et – pour certains CMPP – directeurs médicaux ; présentation des résultats du volet 1 et du cadre du volet 2 ; échanges autour du contenu de ce volet 2 et de la méthodologie à adopter
Mars – avril 2010	Préparation et envoi des questionnaires
Mars – avril 2010	Préparation de la grille d'entretien pour les rencontres avec les directeurs
Mars – octobre 2010	Exploitation des questionnaires
Avril – Juin 2010	Entretiens avec les directeurs et les directeurs médicaux
Juin – septembre 2010	Exploitation des entretiens
8 juin 2010	Comité de pilotage – présentation des premiers résultats et point sur la méthodologie <i>(NB : en particulier sur le mode d'exploitation des données chiffrées, le format du document final, le contenu des vignettes et les entretiens avec les partenaires – finalement abandonnés faute de temps)</i>
Septembre – octobre 2010	Rédaction du rapport final
25 octobre 2010	Transmission du rapport à l'ARS et aux CMPP <i>(NB : initialement prévue fin septembre et repoussée en accord avec l'ARS dans l'attente de la réception de l'ensemble des données nécessaires à l'analyse et de la validation de l'ensemble des fiches par les CMPP)</i>
Début 2011	Restitution de l'étude aux directeurs des CMPP et aux représentants de leurs associations gestionnaires

Limites méthodologiques de l'étude

Tout comme pour le volet 1, nous avons été confrontés au cours de la réalisation de ce rapport à un certain nombre de limites à prendre en compte pour l'analyse, d'où nos partis pris (en concertation avec le Comité de pilotage) :

- **réalisation de fiches par CMPP**, mise en évidence des choix faits et/ou des contraintes impactant sur les données fournies et mise en perspective de ces données ;
- **présentation de grandes tendances au niveau régional** et absence de comparaisons chiffrées entre CMPP.

LIMITES AU NIVEAU DE LA COLLECTE DES DONNEES CHIFFREES

- **Des données très partielles sur l'ensemble de la région (pour les années 2003 et 2008) en lien avec les choix faits en terme de classification**

- **Absence totale de données chiffrées sur les enfants diagnostiqués en 2008** pour les CMPP
 - ⇒ de Pithiviers
 - ⇒ de Blois (NB : en l'absence d'autres cotations, le CMPP nous a fourni à titre indicatif des données partielles portant sur le premier semestre 2010)
- **Absence partielle de données chiffrées sur les enfants diagnostiqués en 2008** pour les CMPP :
 - ⇒ de Montargis (nous ne disposons que des données relatives aux enfants diagnostiqués sur le site de Gien)
 - ⇒ d'Orléans (nous ne disposons que des données relatives à une partie des enfants diagnostiqués par l'équipe Nord-Ouest/Sud)
 - ⇒ de Bourges (nous ne disposons que des cotations fixées entre septembre et décembre 2008)
- **Absence totale de données chiffrées sur les enfants diagnostiqués en 2003** pour les CMPP :
 - ⇒ de Pithiviers
 - ⇒ de Blois
 - ⇒ de Montargis
 - ⇒ d'Orléans
 - ⇒ de Chartres (NB : comme nous le verrons plus loin, la classification a été mise en place en 2005)
- **Absence partielle de données chiffrées sur les enfants diagnostiqués en 2003** pour le CMPP de Bourges (nous ne disposons que des cotations fixées sur une période de trois semaines en mai 2003 dans le cadre d'une enquête nationale)

LIMITES AU NIVEAU DE L'INTERPRETATION DES DONNEES CHIFFREES

- **Pour un CMPP**

- **Caractère limité des effectifs concernés**

NB : Outre la prudence que cela implique en termes d'interprétation des données, nous avons choisi, dans le cadre de ce volet 2 :

- ⇒ De raisonner en effectifs plutôt qu'en pourcentages
- ⇒ De ne pas préciser les effectifs précis lorsqu'ils sont inférieurs à 5 (ce qui est lié également à un souci de confidentialité)

- **Importance des modalités de recueil, liées à des choix des équipes ou aux contraintes du logiciel utilisé, et de la « base » des données**
 - ⇒ Le nombre d'items cotés dans les différents axes de la classification a un impact sur la part respective de chaque catégorie.
 - ⇒ Le type de données fournies (catégories principales uniquement parfois ; catégories principales et manifestations associées confondues dans d'autres cas ; catégories principales et manifestations associées dissociées), impacte sur le total des cotations et doit être pris en compte pour l'analyse : pour certains CMPP, le total des cotations est égal au total des enfants concernés alors que pour d'autres, il lui est supérieur.
 - ⇒ Les modalités de mise à jour des données doivent être prises en compte dans l'analyse : considère-t-on les cotations « initiales » ou des cotations ultérieures, mises à jour au cours de synthèses d'évolution (cf. CMPP de Tours, dont le logiciel efface la cotation précédente lors de chaque mise à jour, et pour lequel nous disposons, selon les enfants, de cotations initiales ou de cotations mises à jour).
- **Importance du moment choisi pour la définition des cotations**
 - ⇒ Le fait que le CMPP de Chartres fixe l'ensemble des cotations des enfants au moment de l'élaboration du rapport d'activité (qui peut suivre de 11 mois la réunion de synthèse) doit être pris en compte dans l'analyse.
 - ⇒ De la même façon, le fait que certains CMPP qui n'utilisaient pas de classification aient « reconstitué » certaines cotations a posteriori doit être pris en compte (cf. CMPP de Blois et CMPP d'Orléans).
- **Importance de la prise en compte de limites qualitatives générales liées à l'utilisation de la classification⁷**
 - ⇒ Du fait de la subtilité des troubles rencontrés, il est parfois difficile de leur associer une cotation qui corresponde parfaitement, d'où la possibilité de variations sensibles entre professionnels.
 - ⇒ De la même façon, leur formation, leur approche, leurs expériences respectives peuvent conduire des professionnels à faire des choix sensiblement différents en termes de cotations, y compris au sein d'un même établissement – d'où la difficulté d'interpréter les données chiffrées de façon globale lorsqu'un CMPP mobilise plusieurs équipes encadrées par plusieurs médecins ;
NB : à l'inverse, on peut s'interroger : la présence d'un psychiatre unique constitue-t-elle une garantie en termes d'analyse (une vision unique de la classification, pas de confrontation avec un autre regard).
 - ⇒ Un même professionnel peut évoluer dans le temps dans sa façon de coter (cf. temps d'appropriation nécessaire, a fortiori lorsque le médecin n'a jamais travaillé dans le secteur enfants).
 - ⇒ Quid des CMPP (ou de certaines équipes) qui ne disposent pas de psychiatre ?
- **A fortiori, entre différents CMPP : comment faire émerger des tendances communes ?**
- **Variations dans les modalités de recueil et absence de base commune** (cf. partie précédente, sur les limites en termes d'interprétation au sein d'un CMPP)
 - ⇒ Variations dans le nombre d'items cotés dans les différents axes de la classification et impact sur la part respective de chaque catégorie, à prendre en compte dans le cadre de la mise en évidence de « tendances communes ».

⁷ Cf. la partie de la synthèse régionale relative à l'utilisation (ou non) d'une classification

- ⇒ Variations dans le type de données fournies (catégories principales uniquement parfois ; catégories principales et manifestations associées confondues dans d'autres cas ; catégories principales et manifestations associées distinguées enfin, pour ce qui concerne le CMPP de Montargis), impact sur le total de cotations à prendre en compte pour l'analyse (pour certains CMPP, le total des cotations est égal au total des enfants concernés alors que pour d'autres, il lui est supérieur) et nécessité, là encore, d'être prudents en termes de comparaisons entre CMPP.
- ⇒ Variations quant au moment de recueil des données (à l'issue de la phase de bilan, au moment de la rédaction du rapport d'activité).
- ⇒ Variations en termes de modalités de mise à jour des données (considère-t-on les cotations « initiales » ou des cotations ultérieures, mises à jour au cours de synthèses d'évolution).

• **A fortiori, dans le temps. : quelle analyse des évolutions ?**

- **Limites liées au manque de données chiffrées sur l'ensemble de la région**
 - ⇒ Seuls cinq CMPP sur dix nous ont fourni des données concernant les enfants diagnostiqués en 2003
- **Limites liées à la difficulté d'interpréter, dans l'absolu, les cotations** (cf. précédemment), accrue en cas d'évolution du plateau technique et de changement de psychiatre (cf. départs en retraite)
- **Limites liées au manque de recul**
 - ⇒ Comme mentionné précédemment, seuls cinq CMPP sur dix utilisaient déjà la CFTMEA en 2003 (et, pour Bourges, ce n'était pas encore systématisé). Or, une période de cinq ans suffit-elle à analyser l'évolution d'une population ?

LIMITES AU NIVEAU DE L'ANALYSE DES INFORMATIONS QUALITATIVES

(et notamment des facteurs pouvant expliquer les évolutions constatées et/ou ressenties)

• **Difficultés liées à la subjectivité des informations transmises**

- **Nous n'avons pas toujours pu nous entretenir avec plusieurs personnes et croiser les regards internes** sur la population accueillie.
- Comme mentionné précédemment, **nous n'avons pas pu, faute de temps, rencontrer des partenaires des CMPP, ce qui nous aurait permis de disposer d'un regard externe** sur la population reçue et ses évolutions.
- **On peut s'interroger sur la façon d'appréhender les informations qualitatives fournies, notamment dans les cas où nous n'avons pas pu croiser les regards, lorsque les données chiffrées ne confirment pas ces informations qualitatives, ou encore lorsque nous ne disposons pas de données chiffrées** : ces informations relèvent-elles de constats ou de ressentis ? Et, si l'on parle de ressentis, ne peut-on pas se demander, à l'instar de certains psychiatres que nous avons rencontrés, si les situations qui semblent les plus courantes ne sont pas, parfois, celles qui marquent le plus les mémoires, c'est-à-dire les plus graves.

• **Difficultés liées à la multiplicité des facteurs à l'œuvre**

- **Evolutions dans les rapports familiaux** (question de la figure du père, de l'autorité, des rapports entre générations, etc.)

- **Evolutions sociétales sur le long terme** (cf. impacts de l'augmentation du chômage et du travail précaire, évolution dans le rapport à l'autorité en générale, évolution dans le rapport à l'image et dans le rapport à l'écrit, etc.)
 - **Evolutions des politiques publiques – en particulier dans les secteurs directement en lien avec l'activité des CMPP** (Education nationale⁸, secteur social, secteur sanitaire et, bien sûr, secteur médico-social)
 - **Spécificités territoriales** (situation socio-économique, état de l'offre de soins, offre culturelle, etc.)
 - **Spécificités de chaque CMPP** (histoire, contraintes de fonctionnement, etc.)
- ➔ *Les limites de l'analyse et les précautions à prendre figurent directement dans les parties concernées, dans les fiches par CMPP et dans la synthèse régionale.*

⁸ Cf. à titre d'exemple, la diminution des RASED et les politiques prônées en termes de redoublement

Lexique du vocabulaire utilisé pour la collecte et l'analyse des données – rappel et compléments

• **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 règlementation 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.

De façon plus précise, on peut distinguer :

- la *synthèse initiale*, qui marque la fin de la phase de diagnostic / bilan ;
- les *synthèses d'évolution*, qui ponctuent les prises en charge (une fois par an par exemple).

• **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 ; enfants suivis :**

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

• **Facteurs :**

Éléments explicatifs d'ordre organique et/ou environnemental ayant un impact sur les difficultés de l'enfant⁹.

⁹ Cf. annexe 6 – la CFTMEA – axe 2

Liste des sigles utilisés

ADPEP : Association départementale des pupilles de l'enseignement public (NB : gestionnaire de 4 CMPP en région Centre : à Chartres, Dreux, Châteauroux et Montargis)

AIDAPHI : Association interdépartementale pour le développement des actions en faveur des personnes handicapées et inadaptées (NB : gestionnaire de 5 CMPP en région Centre : à Bourges, Châteauroux, Blois, Orléans et Pithiviers)

AVS : Auxiliaire de vie scolaire

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CFTMEA : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent¹⁰

CIM 10 : Classification internationale des maladies (NB : éditée par l'Organisation mondiale de la santé et utilisée principalement, en France, dans le secteur sanitaire)

CLIS : Classe d'intégration scolaire

CMP : Centre médico-psychologique

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CROSMS : Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale

IME : Institut médico-éducatif

ITEP : Institut éducatif, thérapeutique et pédagogique

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

RASED : Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

TCC : Troubles des conduites et des comportements

TIC / TOC : Troubles involontaires compulsifs / troubles obsessionnels compulsifs

UTS : Unités territoriales de solidarité

¹⁰ Cf. annexe 6



FICHES PAR CMPP



CMPP de Bourges, AIDAPHI Cher (18)

INTRODUCTION

Au 31/12/2008, comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, le CMPP de Bourges compte un directeur médical, médecin psychiatre, ainsi que trois pédopsychiatres. Deux de ces pédopsychiatres travaillent parallèlement dans le cadre d'un intersecteur de psychiatrie infanto juvénile dans le département du Cher.

Nous avons rencontré le 3 juin 2010 les trois pédopsychiatres ainsi que le directeur et le directeur pédagogique.

I. CLASSIFICATION UTILISEE ET MODE DE RECUEIL DE L'INFORMATION

A. Choix ou non d'une classification

L'utilisation d'une classification a été systématisée au sein du CMPP de Bourges en septembre 2008 suite à l'arrivée du nouveau directeur, dans le but d'acquérir une meilleure connaissance de la population accueillie, de pouvoir observer ses évolutions et d'adapter les projets à venir en conséquence (cf. dépôt d'un dossier CROSMS début 2010).

Comme indiqué dans son rapport d'activité 2008, le CMPP a choisi d'utiliser la CFTMEA parce qu'elle permet une vision holiste de la personne (prise en compte, au-delà des symptômes, des facteurs environnementaux).

Comme dans d'autres CMPP, la mise en place de la classification a fait l'objet de réticences, pour des raisons organisationnelles d'abord (surcroît de travail, notamment au début, dans la phase « d'appropriation » de la classification), et, surtout, pour des raisons de fond.

→ Parmi ces raisons, les psychiatres ont évoqué la subtilité des pathologies rencontrées et la difficulté d'y associer une cotation qui leur correspondrait parfaitement.

→ Parallèlement, ils ont évoqué l'existence d'une variable liée aux pratiques de chacun : ils ont conscience de ne pas tous coter exactement de la même façon et, plus encore, d'évoluer au cours du temps dans leur façon de coter. A titre d'exemple, un psychiatre a indiqué qu'il lui semble parfois difficile de décider de ce qu'il doit coter, entre la pathologie réelle et le motif de la venue¹¹, et a expliqué que, lorsque ce type de dilemme se pose, la cotation est souvent fixée en fonction de la prise en charge décidée.

→ Enfin, les réserves des psychiatres vis-à-vis de l'utilisation de la classification proviennent du caractère figé inhérent à toute cotation qui, pour certains d'entre eux, risque d' « enfermer » l'enfant dans un diagnostic réalisé à un moment donné.

D'une façon générale, les psychiatres se sont accordés sur l'idée que la cotation n'apporte rien en termes de diagnostic, qu'elle peut-être stigmatisante et que, dans la mesure où il ne peut y avoir en aucun cas une corrélation directe entre cotation et définition de la prise en charge, la cotation n'a que peu d'intérêt dans leur pratique quotidienne.

¹¹ NB : d'après les indications d'utilisation de la classification fournies par le Professeur Mises, c'est bien la pathologie / les difficultés réelles qui doivent être cotées et non pas le symptôme qui apparaît de façon prédominante et constitue le motif de la venue de la famille au CMPP (exemple : des difficultés scolaires peuvent être liées à des troubles psychiques).

Elle est utilisée au CMPP de Bourges :

- par la direction, en tant qu'outil statistique, dans le but, pour l'équipe de direction, d'élaborer les rapports d'activité et de construire de nouveaux projets à partir des évolutions mises en évidence au sein de la population (cf. plus loin) ;
- par les médecins, notamment dans leurs échanges avec les partenaires

B. Mode de recueil des données

Tous les médecins du CMPP fonctionnent de la même façon. Ils déterminent la cotation d'un enfant suite à la réunion de synthèse. L'évaluation assurée par les psychologues contribue au diagnostic global mais ces derniers, tout comme les autres professionnels présents, ne se prononcent pas sur la cotation. La décision finale relève de la responsabilité du médecin psychiatre et ne donne pas lieu à un débat au sein de l'équipe.

Il faut ici noter que l'équipe a évolué dans sa composition depuis 2003, ce qui ajoute aux difficultés d'analyse de l'évolution des cotations effectuées. Ainsi, un seul des trois psychiatres que nous avons rencontré était déjà présent en 2003. Elle est passée depuis de 0,2 ETP à 0,6 ETP, et est aujourd'hui, parmi les médecins de l'équipe, celle qui reçoit le plus d'enfants.

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge

Suite au compte-rendu de synthèse fait à la famille, la cotation est enregistrée informatiquement. Il est ici indispensable de noter que le logiciel utilisé par le CMPP de Bourges (Alfa social) n'offre la possibilité d'entrer qu'une seule cotation, contrairement à ce qui se fait dans d'autres CMPP¹², ce qui doit être pris en compte dans l'analyse des données. Par ailleurs, seules sont cotées les catégories cliniques principales de l'axe I et les catégories principales de l'axe II, auxquelles nous nous limiterons de toute façon dans cette étude, pour les raisons évoquées en introduction¹³.

Les cotations ne sont pas mises à jour après le premier enregistrement.

II. PROFIL ET EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008

1. Pathologies / difficultés rencontrées (en nombre d'enfants)

Axe 1	2008
Autisme et troubles psychotiques	< 5
Troubles névrotiques	51
Pathologies limites	25
Troubles réactionnels	10
Déficiences mentales	6
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	27
Troubles des conduites et du comportement	< 5
Troubles à expression somatique	< 5
Variations de la normale	< 5

¹² Au-delà de la question du logiciel utilisé, il est en principe possible pour certaines catégories cliniques de la CFTMEA, d'ajouter un facteur associé (selon les principes d'utilisation qui ont été définis par le Professeur Mises).

¹³ Cf. partie « limites méthodologiques »

Les données citées ici ont pour base **les enfants reçus par les médecins de septembre à décembre 2008 dans le cadre d'un bilan initial ou d'un bilan en cours de traitement** (pour un renouvellement de demande de prise en charge ou pour une réorientation du plan d'aide), c'est-à-dire 129 enfants.

Il apparaît que les **troubles névrotiques** constituent, pour la large majorité des enfants accueillis, la pathologie principale. Les deux autres catégories cliniques les plus représentées sont les troubles du développement et des fonctions instrumentales et les pathologies limites.

Ces trois catégories rassemblent à elles seules 80 % des enfants diagnostiqués sur la période.

On peut noter le faible nombre d'enfants présentant des troubles psychotiques ou de type autistique.

2. Facteurs

a. Facteurs organiques

Axe II - A	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	61
Facteurs anténataux d'origine maternelle	0
Facteurs périnataux	7
Atteintes cérébrales post-natales	0
Maladies d'origine génétiques ou congénitale	< 5
Infirmités et affections somatiques à long cours	< 5
Epilepsie et convulsions	< 5
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	< 5
Autres	< 5
Pas de réponse possible faute d'informations	0

Les données présentées ci-dessus portent sur la même base, soit les 129 enfants reçus par les médecins de septembre à décembre 2008 dans le cadre d'un bilan initial ou d'un bilan en cours de traitement. Néanmoins, nous pouvons constater que le nombre total de cotations est ici inférieur à 129, ce qui peut être dû selon le Directeur à l'omission de certaines cotations relevant de la catégorie « pas de facteurs organiques reconnus ».

Sur 129 enfants cotés en 2008, 17 enfants présentent des facteurs d'origine organique, parmi lesquels les facteurs périnataux étaient prédominants (7 enfants).

On peut noter qu'en 2008, l'ensemble des familles a pu fournir au CMPP des données concernant les problèmes physiques rencontrés par leur enfant antérieurement.

b. Facteurs environnementaux

Axe II - B	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	26
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	24
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	16
Mauvais traitements et négligences graves	< 5
Evènements entraînant la rupture de liens affectifs	7
Contexte socio-familial particulier	50
Autres	< 5
Pas de réponse possible faute d'informations	0

Comme cela a été constaté pour les facteurs organiques, les équipes du CMPP de Bourges ont pu bénéficier d'informations de la part des familles concernant les facteurs dits « environnementaux »¹⁴.

Néanmoins, à l'inverse de la situation présentée pour les facteurs organiques, **une minorité d'enfants ne présente aucun facteur environnemental : 26 sur les 129 enfants cotés.**

NB : là encore, nous pouvons constater que le nombre total de cotations est ici inférieur à 129, ce qui peut être dû selon le Directeur à l'omission de certaines cotations relevant de la catégorie « pas de facteurs environnementaux à retenir ».

Parmi les facteurs environnementaux mis en évidence par les psychiatres, les catégories les plus importantes sont ici les « troubles mentaux et perturbations psychologiques avérées dans la famille » (24 enfants), les « carences affectives, éducatives, sociales et culturelles » (16 enfants) et, surtout, les « contextes socio-familiaux particuliers » (50 enfants). Il est dommage du point de vue de l'analyse, dans la mesure où les psychiatres du CMPP ne cotent que les catégories principales, de ne pouvoir aller plus en avant en subdivisant cette dernière catégorie, qui comprend à la fois les enfants placés, les enfants adoptés, les enfants de parents divorcés ou encore les enfants issus de familles « immigrées ou transplantées ».

Néanmoins, même si nous ne pouvons de la même façon faire émerger, parmi les enfants présentant un « contexte familial particulier », les enfants issus de familles défavorisées, ceux-ci sont d'après l'équipe relativement nombreux, et le CMPP nous a indiqué couvrir des zones caractérisées par une pauvreté importante, qu'elle soit rurale (secteur de Saint-Amand-Montrond) ou urbaine (Vierzon, quartiers nord de Bourges).

Parallèlement, l'équipe nous a indiqué que les enfants de parents divorcés et issus de familles monoparentales étaient nombreux parmi les effectifs reçus et cotés au sein de la catégorie « contexte socio-familial particulier ». Nous ne disposons cependant pas de données chiffrées sur ce point.

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années

En mai 2003, dans le cadre d'une enquête menée au niveau national sur la population accueillie en CMPP, les diagnostics effectués auprès des enfants nouvellement accueillis avaient fait l'objet d'une cotation sur une période de trois semaines. Ces données nous ayant été transmises, elles peuvent participer (associées aux informations qualitatives que nous ont communiquées les médecins psychiatres de l'établissement) à une ébauche d'analyse quant à l'évolution des caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie et des facteurs qui leur sont associés sur la période allant de 2003 à 2008.

Il est nécessaire de conserver une certaine prudence en termes d'interprétation dans la mesure où, de la même façon, nous ne disposons pour 2008 que de données partielles, qui portent par ailleurs sur une période différente (de septembre à décembre) et plus longue.

Enfin, même si le Directeur estime que, quelle que soit la période de recueil, les données fournies restent relativement représentatives de la population diagnostiquée au cours d'une année, l'analyse de l'évolution, au cours du temps des cotations est d'autant plus délicate que l'équipe médicale a évolué depuis 2003, comme nous l'avons dit précédemment.

¹⁴ Cf. annexe 6 – la CFTMEA – axe 2

1. Grandes tendances : complexification des difficultés et accroissement des facteurs environnementaux

Axe I	2003	2008
Autisme et troubles psychotiques	10	< 5
Troubles névrotiques	173	51
Pathologies limites	77	25
Troubles réactionnels	15	10
Déficiences mentales	5	6
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	35	27
Troubles des conduites et du comportement	1	< 5
Troubles à expression somatique	0	< 5
Variation de la normale	0	< 5

a. Difficultés

Lors de notre entretien, les psychiatres du CMPP de Bourges se sont accordés sur l'idée d'une **complexification des difficultés rencontrées** chez les enfants accueillis. Un certain nombre de difficultés seraient ainsi récurrentes, constatées depuis de nombreuses années, mais s'accompagneraient désormais de nouveaux troubles.

La catégorie « autisme et troubles psychotiques » était déjà peu représentée en 2003, et le nombre d'enfants concernés par des pathologies limites ou par des troubles névrotiques semble en diminution entre 2003 et 2008 (compte tenu de la faible importance des effectifs et des limites en termes d'analyse statistique indiquées plus haut, nous nous limiterons à signaler des tendances).

Néanmoins, à l'inverse, même si ce n'est pas le cas en valeur, le nombre d'enfants concernés par des troubles du développement et des fonctions instrumentales d'une part, et par des troubles réactionnels d'autre part, a augmenté au regard de la population totale considérée.

Là encore, il est dommage de ne pouvoir associer à ces catégories des facteurs précis – en particulier dans le cas des troubles réactionnels.

b. Facteurs

En ce qui concerne les facteurs, on note que **les enfants ne présentant pas de facteurs organiques reconnus sont restés largement majoritaires de 2003 à 2008**. Toujours dans l'axe II-A de la classification CFTMEA, on note une diminution considérable, à la fois en valeur et en volume, des enfants ayant des antécédents de maladies somatiques dans l'enfance – évolution sur laquelle aucune hypothèse de cause n'a pu être formulée par le CMPP.

Axe II- A	2003	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	229	61
Facteurs anténataux d'origine maternelle	0	0
Facteurs périnataux	19	7
Atteintes cérébrales post-natales	< 5	0
Maladies d'origine génétiques ou congénitale	< 5	< 5
Infirmités et affections somatiques à long cours	12	< 5
Epilepsie et convulsions	6	< 5
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	34	< 5
Autres	9	< 5
Pas de réponse possible faute d'informations	< 5	0

En revanche, **les facteurs environnementaux semblent avoir gagné en importance**. C'est le cas plus particulièrement de la catégorie « contexte socio-familial » particulier même si là encore, son évolution est difficile à analyser compte tenu de la diversité des sous-catégories qu'elle regroupe.

Néanmoins, au sein de cette catégorie, les psychiatres ont évoqué particulièrement la question des parents séparés ou divorcés, qui au-delà de l'impact produit, provoque du travail supplémentaire pour les professionnels dans la mesure où le temps consacré aux familles est multiplié. Très concrètement en effet, les professionnels intervenant auprès des enfants s'interdisent d'engager tout processus de soins sans que les deux parents ne soient invités à rencontrer un membre de l'équipe de diagnostic (médecin, psychologue, assistante sociale), et les deux parents sont tenus informés tout au long de la prise en charge.

Axe II - B	2003	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	116	26
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	57	24
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	29	16
Mauvais traitements et négligences graves	5	< 5
Évènements entraînant la rupture de liens affectifs	23	7
Contexte socio-familial particulier	82	50
Autres	0	< 5
Pas de réponse possible faute d'informations	< 5	0

2. Hypothèses quant aux causes de ces évolutions et enjeux

→ En ce qui concerne les familles divorcées, les psychiatres ont souligné l'importance, au-delà de l'accompagnement de l'enfant, de faire de la **prévention auprès des parents**. Ils estiment que la hausse de la demande d'inscriptions d'enfants de parents divorcés s'explique en partie par l'amélioration de l'information (cf. Internet, mais aussi les autres médias) : certains parents en instance de divorce amèneraient ainsi leur enfant au CMPP par « prévention ». Parallèlement se présentent néanmoins au CMPP des enfants de parents divorcés rencontrant de réelles difficultés, souvent cotées comme des « manifestations réactionnelles ».

Il est à noter qu'un des psychiatres a insisté sur le fait que **le problème principal – et nouveau – n'est pas forcément le divorce des parents en lui-même mais la façon dont se font ces « recompositions »**.

→ Parmi les autres facteurs majeurs d'évolution de la société, ayant une incidence sur les difficultés rencontrées par les enfants, un psychiatre a cité la façon dont **la sexualité est surexposée dans les médias** (et notamment sur Internet) **comme en famille**, et l'**amoindrissement des « tabous »** en la matière. Selon lui, cela rendrait en effet plus difficile la construction de l'identité de l'enfant et le développement de sa vie intime.

III. BESOINS MIS EN EVIDENCE ET REPONSES A APPORTER

A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées

1. Evolution du volume et de la nature de l'activité en interne

Comme mentionné dans le volet 1 de cette étude, la complexification des problématiques a produit une augmentation progressive de l'activité, et plus particulièrement une augmentation des séances non facturées (cf. séances multiples, réalisées sur une même journée). D'où une persistance des délais d'attente.

Par ailleurs, elle a rendu nécessaire une **adaptation des modalités d'accompagnement**.

→ Ainsi, les psychiatres rencontrés ont insisté sur l'**importance du travail effectué au moment de l'accueil** (ordre dans lequel les enfants sont reçus, choix de l'intervenant). Ainsi, les enfants et adolescents (ces derniers étant les plus concernés) peuvent, lorsque les circonstances sont jugées urgentes, être reçus prioritairement. Le service a précisé des indicateurs de priorité pour recevoir certains enfants avant d'autres (d'après le rapport d'activité 2009 : « contexte familial de morbidité, de décès ou de séparations gravement conflictuelles ; passages à l'acte ou risques sévères ; troubles graves du comportement face à la scolarité »).

→ Les psychiatres ont également souligné l'intérêt du **travail en groupe**, tout en indiquant qu'il suppose des moyens spécifiques.

D'une façon générale, il a été déploré le fait que le manque de temps contraint les psychiatres à se consacrer essentiellement à la phase diagnostic, et à confier les suivis à d'autres professionnels de l'équipe.

2. Articulation du CMPP avec ses partenaires dans le cadre des prises en charges

→ Les psychiatres nous ont indiqué qu'ils estiment que la « **répartition** » des enfants entre **CMPP et intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile est bonne** – ce qui est sans aucun doute favorisé, pour deux d'entre eux, par leur double fonction. Ainsi, peu d'erreurs d'orientation sont constatées : les enfants présentant des troubles « légers » et « moyens » sont orientés vers le CMPP, les intersecteurs accueillant de leur côté les cas les plus « lourds ».

Les enfants du secteur de Vierzon contredisent quelque peu ce principe dans la mesure où, même s'ils présentent des troubles « légers » ou « moyens », ils sont souvent orientés par le CAMSP vers le Centre Médico-Psychologique Enfants et Adolescents (CMPEA) de Vierzon pour des raisons de « commodité », le site d'accueil en CMPP le plus proche se trouvant à Bourges.

Par ailleurs, il arrive que des familles *choisissent* le CMPP plutôt que l'intersecteur de pédopsychiatrie, plus stigmatisant et inquiétant pour elles (NB : lorsqu'elle est sollicitée, la MDPH donne systématiquement aux familles le choix de solliciter l'une ou l'autre institution). Dans de tels cas, le bilan réalisé peut permettre de faire accepter une réorientation immédiate ou engager un traitement, avec comme objectif une réorientation à terme.

→ Outre l'offre de soins dans le secteur sanitaire, **les psychiatres ont insisté sur les liens nécessaires avec l'Education nationale**. De ce point de vue, l'amointrissement des RASED a été déploré, d'autant que, d'après les psychiatres, ces derniers permettraient d'assurer un premier suivi pour les enfants présentant les difficultés d'ordre scolaire les moins graves et, peut-être, d'éviter une prise en charge en CMPP, plus coûteuse. Le manque lié à l'amointrissement des RASED a été particulièrement signalé dans le secteur de Saint-Amand-Montrond.

Or, l'équipe du CMPP nous a rappelé, comme le volet 1 de cette étude l'avait mis en évidence, que la grande majorité des enfants sont orientés par le milieu scolaire (42% des effectifs présents au 31/12/2008).

Remarque :

Un psychiatre a déploré, d'une façon générale, une **confusion grandissante des rôles de chacun**, qu'il attribue pour partie au fait que le développement d'Internet a permis à tous d'avoir accès à un certain nombre d'informations d'ordre médical. Il a cité ainsi, pour exemple, le cas de professeurs des écoles posant eux-mêmes un diagnostic sur les difficultés de tel ou tel enfant.

Il a noté que les associations de parents adoptent parfois le même type de comportement, orientant elles-mêmes les familles vers telle ou telle institution en fonction des troubles décelés chez leurs enfants, hors de tout regard médical, en fonction des symptômes présentés.

Parallèlement, une partie des parents semble de plus en plus se positionner en « consommateur » de soins, sachant au préalable ce dont l'enfant a besoin, et allant de service en service.

Outre le fait que les diagnostics posés par des non-médecins peuvent s'avérer faux et préjudiciables pour l'enfant, ils contribuent, selon ce même psychiatre, à démultiplier les intervenants dans la prise en charge (sans qu'il y ait cohérence dans le parcours de soins ou d'aide médico-sociale et complémentarité entre les différentes institutions – santé, médico-social, scolaire, Centres de ressources, etc.), ce qui ne correspond pas au principe de pluridisciplinarité appliqué en CMPP) et à la déshumaniser.

B. Réponses à apporter

1. En interne

Pour répondre aux évolutions de la population accueillie et adapter les accompagnements proposés, un projet d'extension a été déposé en CROSMS en mai 2010. Il a été validé et devrait être mis en œuvre en fonction des financements attribués. Il comporte à la fois un axe quantitatif (augmentation de 30 % du nombre de places / soit 13 500 séances contre 10 275 facturées en 2008) et un axe qualitatif.

Dans ce dernier axe, le CMPP a choisi de demander des moyens supplémentaires pour adapter son offre de soins en fonction de plusieurs priorités :

→ **Etablir et mettre en œuvre pour les adolescents présentant une grande souffrance psychique un protocole d'accueil d'urgence**, basé sur des indicateurs précis destinés à déterminer le degré de gravité et d'urgence des situations (exemple : risque de passage à l'acte ; survenue d'un décès dans la famille, etc.).

Remarques :

- Comme indiqué précédemment, une procédure d'urgence est de fait mise en œuvre pour certains jeunes depuis quelques années, mais sans moyens dédiés et par conséquent au détriment de séances avec d'autres enfants. En effet, il est apparu à l'équipe que le processus complet de bilan n'est pas adapté pour un certain nombre d'adolescents reçus. Par conséquent, il peut être décidé au moment de l'inscription, en fonction des informations fournies par la famille et par les différents partenaires, d'orienter directement un adolescent vers un psychologue du CMPP afin de débiter plus rapidement l'accueil en procédant concomitamment à un bilan étalé dans le temps et à l'enclenchement d'une relation thérapeutique.
 - Le CHS de Bourges dispose d'un service spécifique d'hospitalisation à temps plein pour les adolescents (6 lits dont 2 sont réservés à des jeunes originaires de l'Indre, en accord avec le centre hospitalier de Châteauroux).
- **Mettre en place des séances de thérapie familiale**, en partant du constat, d'une part, que la famille est « un système avec des interactions entre tous les membres », dans lequel « chacun ne peut être considéré comme un individu isolé », et, d'autre part, que la famille connaît actuellement des changements importants dans sa structure. Lorsque le soutien « classique » apporté à la famille par le CMPP n'apparaît pas suffisamment adapté et lorsqu'une aide individualisée apportée à l'enfant ne suffit pas à améliorer durablement sa situation, l'objectif de la thérapie familiale est de permettre la mise en mot des ressentis, la régulation des conflits éventuels et de contribuer ainsi à des modifications durables dans la structure de l'organisation de la famille. Après une phase de « diagnostic » et en concertation avec la famille, des modalités de suivi thérapeutique variées peuvent être définies (participants aux séances, fréquence, durée, etc.)

Dans cette optique, le CMPP a procédé au recrutement d'une psychologue spécifiquement formée à la thérapie familiale – formation dont dispose d'ores et déjà une des psychologues membres de l'équipe.

Il faut noter d'une façon générale que le projet d'extension prévoit un renforcement des effectifs mais qu'en ce qui concerne les psychiatres et les orthophonistes, le CMPP de Bourges rencontre des difficultés de recrutement.

2. A l'externe

A l'externe, l'équipe du CMPP a insisté sur la nécessité de **favoriser le maintien des liens avec l'Education nationale.**

3. Préconisations d'ordre général

- Compte tenu de ce qui a été mentionné précédemment, à savoir le surcroît de travail qu'implique le suivi d'enfants de parents divorcés, les psychiatres ont indiqué leur souhait de **voir le travail mené auprès des familles davantage valorisé.**
- De la même façon, comme préconisé à l'issue du volet 1 de cette étude, les psychiatres ont insisté sur le **temps consacré au travail en réseau** et sur la **nécessité de le valoriser.**



CMPP de Chartres, ADPEP Eure-et-Loir (28)

INTRODUCTION

Au 31/12/2008, comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, le CMPP de Chartres compte un directeur médical, pédopsychiatre et unique médecin de l'établissement, qui partage son temps de travail entre les sites de Chartres et de Châteaudun. Un temps de pédopsychiatrie (0,66 ETP) est vacant depuis septembre 2008.

Nous avons rencontré la directrice administrative et pédagogique ainsi que le directeur médical (présents au sein du CMPP respectivement depuis 2006 et 1994) le 1^{er} juin 2010¹⁵, en même temps que la directrice administrative et pédagogique et le directeur médical du CMPP de Dreux.

I. CLASSIFICATION UTILISEE ET MODE DE RECUEIL DE L'INFORMATION

A. Choix ou non d'une classification

Le CMPP de Chartres utilise la classification CFTMEA depuis 2005 dans le cadre de son rapport d'activité. Les cotations lui permettent d'établir chaque année à un moment T une photographie de la population accueillie et est utilisée uniquement dans ce cadre.

Ainsi, les demandes d'entente préalable faites auprès de la CPAM comportent toujours un diagnostic rédigé, expliquant les difficultés cliniques de l'enfant, et non une cotation.

B. Mode de recueil des données

En mars de chaque année, les cotations sont fixées pour l'ensemble des enfants diagnostiqués au cours de l'année précédente. **Les professionnels, qui se sont bien appropriés la classification, participent au choix des cotations, sous la supervision du directeur médical.**

Ce dernier a insisté sur le fait que la décision peut faire l'objet de discussions, de questionnements, mais ne constitue pas l'essentiel du travail mené en réunion de synthèse dans la mesure où elle n'a pas d'impact direct sur la proposition thérapeutique qui va être élaborée.

Dans l'axe I, relatif aux catégories cliniques, ont été cotées à la fois les catégories principales et les manifestations associées (NB : deux manifestations associées peuvent être cotées au maximum).

Au sein des axes IIA et IIB, trois facteurs peuvent être cotés au maximum.

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge

Les cotations sont enregistrées dans le logiciel utilisé par l'établissement en mars de chaque année n, pour les enfants diagnostiqués sur l'année n-1¹⁶, dans l'optique de la rédaction du rapport d'activité. En fonction des évolutions des enfants, certaines cotations peuvent être modifiées au cours de la prise en charge.

¹⁵ NB : rencontre commune avec la Directrice administrative et pédagogique et le Directeur médical du CMPP de Dreux, également géré par l'ADPEP 28.

¹⁶ Soit en mars 2009 pour les enfants diagnostiqués au cours de l'année 2008

II. PROFIL ET EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008

1. Pathologies / difficultés rencontrées (en nombre d'enfants)

Remarques préalables :

→ Le total des cotations (450) n'est pas égal au nombre d'enfants diagnostiqués en 2008, soit 102, ce total comprenant à la fois pathologie principale et manifestations associées ;

→ Parmi les données fournies, il n'est pas possible de distinguer ces deux types de cotations.

AXE 1	2008
Autisme et troubles psychotiques	11
Troubles névrotiques	140
Pathologies limites	33
Troubles réactionnels	32
Déficiences mentales	< 5
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	153
Troubles des conduites et du comportement	36
Troubles à expression somatique	10
Variations de la normale	31

La catégorie la plus représentée est celle des « **troubles du développement et des fonctions instrumentales** » (153 cotations), au sein de laquelle la large majorité des cotations concerne les « troubles cognitifs et des acquisitions scolaires ».

La deuxième catégorie la plus représentée est celle des « **troubles névrotiques** » (140 cotations), au sein de laquelle dominent légèrement les « troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions ».

Contrairement à ce qui est constaté dans les autres CMPP de la région utilisant la CFTMEA, les catégories 1, 2 et 3 représentent, si on les agrège, moins de la moitié des cotations, ce qui peut être dû à une cotation plus importante, par les professionnels du CMPP de Chartres, des facteurs associés.

NB : le directeur médical a insisté sur le fait que la catégorie 6 (« troubles du développement et des fonctions instrumentales ») pouvait être cotée seule, en tant que trouble principal, sans être associée aux catégories 1, 2 ou 3 – ce qui tend à infirmer cette hypothèse.

Le directeur médical estime que, **faute d'offre de soins appropriée et suffisante sur le territoire** (cf. notamment situation de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile), **le CMPP rencontre des difficultés dans la prise en charge des enfants présentant des psychoses** (minoritaires mais en augmentation, et pour lesquels une augmentation de la fréquence de consultations et un allongement de la durée de suivi – entre autres – sont souvent nécessaires).

Il insiste sur le fait que le CMPP peut assurer la prise en charge de certains enfants psychotiques, mais que leur suivi nécessite davantage de moyens et s'étale sur une durée souvent plus longue que la durée moyenne.

2. Facteurs

a. Facteurs organiques

Axe II - A	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	69
Facteurs anténataux d'origine maternelle	0
Facteurs périnataux	< 5
Atteintes cérébrales post-natales	0
Maladies d'origine génétiques ou congénitale	< 5
Infirmités et affections somatiques à long cours	0
Epilepsie et convulsions	< 5
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	0
Autres	0
Pas de réponse possible faute d'informations	26

Comme dans les autres CMPP de la région, **la majorité des enfants reçus ne présente pas de facteur organique reconnu** (69 cotations sur 102).

La deuxième catégorie la plus représentée au sein de cet axe est celle des enfants pour lesquels aucun facteur n'a pu être coté faute d'information.

b. Facteurs environnementaux

Axe II - B	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	38
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	42
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	43
Mauvais traitements et négligences graves	10
Evènements entraînant la rupture de liens affectifs	28
Contexte socio-familial particulier	118
Autres	0
Pas de réponse possible faute d'informations	0

Comme dans la plupart des CMPP utilisant une classification, **la majorité des enfants diagnostiqués présentent des facteurs environnementaux** (241 cotations sur 279).

La catégorie la plus représentée parmi les facteurs environnementaux est celle correspondant aux « **contextes sociaux-familiaux particuliers** » (118 cotations), détaillée ci-dessous dans la mesure où elle recouvre des réalités très différentes.

Elle est suivie, dans des proportions similaires (43 et 42 cotations), par les catégories :

→ « carences affectives, éducatives, sociales, culturelles » ;

→ « troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille »

Axe II – B / Contexte socio-familial particulier (détail)	2008
Gemelité	< 5
Enfant actuellement placé	11
Enfant adopté	< 5
Enfant de parents divorcés ou séparés quelque soit le mode de garde	51
Enfant élevé par les grands parents	< 5
Famille monoparentale	8
Famille immigrée ou transplantée	19
Maladie organique grave d'un parent	< 5
Milieu socio-familial très défavorisé	10
Autres	10

Comme au sein des différents CMPP utilisant la classification, la sous-catégorie « contexte social particulier » comprend majoritairement des enfants de parents divorcés ou séparés.

Il est intéressant en revanche de noter le nombre relativement important, au regard de l'effectif global, des enfants issus de familles immigrées ou transplantées (à Châteaudun ou à Chartres et son agglomération).

D'une façon générale, le directeur médical a souligné que le territoire desservi par le CMPP de Chartres est plus étendu que le territoire desservi par le CMPP de Dreux, et que, de ce fait la population accueillie est plus diversifiée et ne rencontre pas les difficultés sociales graves citées par son confrère de Dreux (à l'exception de quelques familles issues d'une ZUP à Chartres et dans son agglomération).

Une partie du public accueilli au CMPP de Chartres, et notamment à l'antenne de Châteaudun, est issue de zones rurales, isolées de l'offre de soins et des lieux culturels.

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années

1. Grandes tendances : complexification des difficultés et accroissement des facteurs environnementaux

Remarque préalable :

Le CMPP utilisant la CFTMEA depuis 2005, nous ne disposons pas de données chiffrées relatives aux enfants diagnostiqués en 2003. Néanmoins, le directeur médical nous a fait part de son ressenti quant aux évolutions des difficultés rencontrées par les enfants et quant aux facteurs pouvant les expliquer.

a. Difficultés

Le directeur médical nous a fait d'un ressenti selon lequel le nombre d'enfants présentant des psychoses augmenterait.

Parallèlement, d'après le rapport d'activité 2008, le nombre d'enfants présentant des troubles cognitifs et des acquisitions scolaires est en diminution.

b. Facteurs

Sur le plan des facteurs environnementaux, le rapport d'activité 2008 mentionne une diminution :

- des « carences affectives, éducatives, sociales et culturelles » ;
- des enfants de parents divorcés ou issus de familles monoparentales.

2. Hypothèses quant aux causes de ces évolutions

Tout comme son confrère de Dreux, le directeur médical du CMPP de Chartres a évoqué un « **malaise** » au niveau de l'**institution scolaire** et une **augmentation des difficultés d'accès à la lecture** (cf. nombre d'élèves entrant au collège en ne sachant pas lire).

De la même façon, il estime que, pour la première fois dans l'histoire, en lien avec le développement des nouvelles technologies et d'Internet en particulier, **certains enfants disposent d'un savoir auquel leurs parents n'ont pas accès**. Ce phénomène provoque une **confusion entre les générations** en termes de transmission et peut provoquer un **fossé**.

III. BESOINS MIS EN EVIDENCE ET REPONSES A APPORTER

A. Conséquences des évolutions constatées / problématiques soulevées

1. Evolution du volume et de la nature de l'activité en interne

- Les évolutions de la population accueillie ont provoqué, au sein du CMPP, une **augmentation de la durée des prises en charge** ainsi qu'une **augmentation du nombre de prises en charges multidisciplinaires**.
- **Le CMPP a adapté la fréquence des séances en fonction de la situation des enfants suivis**. Ainsi, les enfants présentant les troubles les plus graves peuvent bénéficier de deux ou trois séances hebdomadaires, alors que les enfants rencontrant des difficultés moins importantes – ou étant en fin de suivi – voient la fréquence de leurs séances diminuer (une tous les quinze jours, par exemple). Cet ajustement contribue également à la gestion des listes d'attente.
- Compte tenu des délais entre la phase de diagnostic et la phase de suivi, liés aux situations de sous-effectifs récurrentes, le CMPP a mis en place des **entretiens mensuels ou bimestriels entre le directeur médical, la famille et l'enfant**, destinés à maintenir le lien durant les phases d'attente.

2. Articulation du CMPP avec ses partenaires sur le territoire

- Le CMPP a noté un **accroissement du travail mené en lien avec les services sociaux** au cours des dernières années.
- Le Directeur médical a déploré les **délais d'attente importants constatés à l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile** (au moins un an), qui provoque le découragement de certains parents et l'inscription de leur enfant au CMPP, qui doit adapter ses prises en charge pour que cet enfant ait « au moins quelque chose ».

B. Réponses à apporter

1. En interne

- Le CMPP se trouve depuis plusieurs années en situation de **sous-effectif en ce qui concerne le temps de psychiatre** (cf. difficultés de recrutement) **et le temps de psychothérapie** (liste d'attente importante – délais pouvant atteindre un an).

Cette situation explique la récurrence des délais d'attente et nuit au **travail avec les familles**, auquel l'équipe souhaiterait pouvoir consacrer plus de temps.

2. A l'externe

- La directrice administrative et pédagogique souhaiterait continuer à **développer le travail mené en lien avec l'école**.

3. Préconisations d'ordre général

- Même si un CPOM a été contracté, le raisonnement en nombre de séances persiste, et, selon le directeur médical, **il est difficile d'arbitrer** : les séances de travail avec les partenaires produisent une baisse du nombre de séances effectuées, du nombre d'enfants reçus et, par conséquent, une hausse des délais d'attente



CMPP de Dreux, ADPEP Eure-et-Loir (28)

INTRODUCTION

Au 31/12/2008, comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, le CMPP de Dreux compte un directeur médical, psychiatre (1 ETP), ainsi qu'un autre psychiatre (0,25 ETP).

Nous avons rencontré la directrice administrative et pédagogique ainsi que le directeur médical le 1^{er} juin 2010, en même temps que la directrice administrative et pédagogique et le directeur médical du CMPP de Chartres.

I. CLASSIFICATION UTILISEE ET MODE DE RECUEIL DE L'INFORMATION

A. Choix ou non d'une classification

L'utilisation de la CFTMEA a été instaurée en 2003 par le précédent directeur médical pour faciliter les liens avec la CPAM. Depuis cette date, les demandes d'entente préalable contiennent les cotations fixées et non plus une description rédigée des difficultés des enfants.

L'autre objectif était alors de pouvoir disposer d'une vision globale du public accueilli, notamment dans l'optique de l'élaboration du rapport d'activité.

Aujourd'hui, le directeur médical estime que la classification a été très bien assimilée par les équipes. Il a néanmoins insisté sur le fait que les cotations n'étaient pas utilisées sur le plan individuel, dans le cadre de l'élaboration du mode de prise en charge le plus pertinent pour l'enfant.

Sur la CFTMEA proprement dite, le directeur médical a souligné qu'une même cotation peut recouvrir des troubles et des fonctionnements très différents chez les enfants¹⁷.

De la même façon, même si elle permet de coter des facteurs environnementaux, le directeur médical juge la CFTMEA insuffisante pour rendre compte du contexte social, familial, et des possibilités d'implication thérapeutique.

En conclusion, le directeur médical a estimé que le choix fait par son prédécesseur d'utiliser la CFTMEA était pertinent, cette classification étant « la moins imparfaite » dans la mesure où, contrairement aux classifications américaines, elle permet la prise en compte, au-delà des seuls symptômes, du fonctionnement psychopathologique de l'enfant.

B. Mode de recueil des données

La cotation est en principe fixée au cours de la réunion de synthèse qui suit la phase de diagnostic. Même si elle est fixée par le médecin, elle fait l'objet d'une discussion collective, au cours de laquelle les différents professionnels ayant rencontré l'enfant peuvent donner leur avis.

Le directeur a noté sur ce point que les différents intervenants ont des conceptions variées de la grille CFTMEA. Ainsi, pour certains, même si elle n'est utilisée que sur le plan administratif au sein du CMPP de Dreux, la cotation reste vécue comme une fermeture, comme un risque de figer le diagnostic et d'empêcher les professionnels de penser autrement les difficultés de l'enfant.

¹⁷ D'où notre choix, là encore, de nous limiter à l'analyse des grandes catégories (cf. introduction sur les limites méthodologiques de l'étude)

Le directeur médical nous a indiqué que les six séances prévues pour cette phase ne sont pas toujours suffisantes pour poser un diagnostic et que la cotation peut par conséquent être fixée ultérieurement, lors d'une synthèse d'évolution ou suite à des bilans complémentaires.

L'axe I relatif aux catégories cliniques est renseigné à la fois pour les catégories principales et les manifestations associées - d'où, comme nous le verrons plus tard, un nombre de cotations supérieur au nombre d'enfants.

Le directeur médical a noté que les cotations de la catégorie 3 « pathologies limites » pouvaient concerner des enfants présentant des troubles psychotiques, pour lesquels néanmoins la psychose ne constitue pas un élément central de la prise en charge et qui sont cotés dans cette catégorie parce que leurs difficultés se manifestent de façon poly symptomatique.

En ce qui concerne l'axe II – A, seuls sont cotés les facteurs organiques existants, sans qu'ils soient dissociés. Les situations d'enfants ne présentant « pas de facteurs organiques reconnus » n'apparaissent donc pas.

Enfin, les facteurs environnementaux sont cotés lorsque leur existence est avérée, et lorsque celle-ci a un impact sur les difficultés de l'enfant. Autrement dit, en cas de doute, aucune cotation n'est fixée. En revanche, lorsque c'est jugé pertinent, plusieurs cotations peuvent être faites pour un même enfant.

Les enfants ne présentant aucun facteur environnemental ne sont pas cotés (catégorie 20).

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge

Les cotations sont majoritairement discutées lors de la synthèse d'orientation. Elles sont inscrites dans le compte-rendu puis enregistrées à partir de ce dernier. Ce n'est pas le médecin qui rédige le compte-rendu dans la mesure où sont présentes, pour la majorité des synthèses une secrétaire et la directrice pédagogique et administrative. Les comptes-rendus sont par conséquent réalisés par la secrétaire et relus par la directrice.

Même si le directeur médical estime qu'un enfant peut évoluer considérablement et relever de catégories différentes au fil de cette évolution, les cotations sont rarement modifiées au cours de la prise en charge. Elles peuvent l'être à l'issue de bilans complémentaires en cours de prise en charge.

II. PROFIL ET EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008

1. Pathologies / difficultés rencontrées

Axe I	2008
Autisme et troubles psychotiques	7
Troubles névrotiques	136
Pathologies limites	52
Troubles réactionnels	53
Déficiences mentales	7
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	301
Troubles des conduites et du comportement	17
Troubles à expression somatique	12
Variation de la normale	9

Remarque préalable :

Le total des cotations n'est pas égal au nombre d'enfants diagnostiqués, soit 401 en 2008. En effet, il comprend à la fois pathologie principale et manifestations associées – lesquelles ne peuvent être distinguées statistiquement.

Par ailleurs, il faut noter que la base de ces données correspond aux enfants qui ont été diagnostiqués en 2008 et antérieurement (population diagnostiqués en cours de traitement ou en attente de traitement, et non population diagnostiquée uniquement sur l'année 2008).

Tout comme au CMPP de Chartres, **la catégorie la plus représentée est celle des « troubles du développement et des fonctions instrumentales »** (301 cotations, pathologies principales et manifestations associées confondues, pour un total de 401 enfants diagnostiqués), au sein de laquelle dominent les « troubles cognitifs et des acquisitions scolaires » (143 cotations).

La seconde catégorie la plus représentée est celle des « troubles névrotiques » (136 cotations).

Contrairement à ce qui est constaté dans les autres CMPP de la région utilisant la CFTMEA (mais qui se retrouve néanmoins au CMPP de Chartres), les catégories 1, 2 et 3 représentent, si on les agrège, moins de la moitié des cotations, ce qui peut être dû :

- À une cotation plus importante, par les professionnels du CMPP de Dreux, des facteurs associés ;
- À une différence réelle dans la population accueillie par rapport aux CMPP des autres départements de la région.

2. Facteurs

a. **Facteurs organiques**¹⁸

Comme indiqué plus haut, nous ne disposons pas du détail des facteurs organiques présentés par les enfants diagnostiqués au sein du CMPP de Dreux. En revanche, nous pouvons constater que **seules 28 cotations ont été fixées pour un total de 401 enfants diagnostiqués** (et sachant qu'un même enfant peut présenter plusieurs facteurs organiques).

Autrement dit, comme dans les autres CMPP de la région Centre, la large majorité des enfants diagnostiqués à Dreux ne présente pas de facteur organique reconnu.

b. **Facteurs environnementaux**¹⁹

Comme indiqué plus haut, les enfants ne présentant pas de facteurs environnementaux repérés comme tels n'ont pas été cotés par le CMPP de Dreux. Le graphique qui suit a donc pour base le total des cotations fixées pour des facteurs environnementaux effectifs – soit 234 pour 401 enfants diagnostiqués, sachant qu'un même enfant peut présenter plusieurs facteurs environnementaux.

D'après les informations que nous a fournies le CMPP, qui associaient effectifs et pourcentages, **les enfants présentant des facteurs environnementaux représentent en 2008 57,7% du nombre total d'enfants diagnostiqués, soit la majorité des enfants mais une part relativement faible par rapport à celle constatée dans les autres CMPP.**

¹⁸ Les facteurs indiqués en italique sont ceux qui sont présents dans la classification CFTMEA mais qui ne concernent aucun individu en 2008.

¹⁹ Les facteurs indiqués en italique sont ceux qui sont présents dans la classification CFTMEA mais qui ne concernent aucun individu en 2008.

Axe II-B	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	–
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	36
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	39
Mauvais traitements et négligences graves	5
Évènements entraînant la rupture de liens affectifs	25
Contexte socio-familial particulier	129
Autres	–
Pas de réponse possible par défaut d'information	–

Parmi les facteurs environnementaux domine la catégorie 25 « contexte socio-familial particulier » (129 cotations pour 401 enfants diagnostiqués), dont voici le détail :

Axe II-B	2008
Geméité	5
Enfant actuellement placé	9
Enfant adopté	< 5
Enfant de parents divorcés ou séparés quelque soit le mode de garde	71
Enfant élevé par les grands parents	< 5
Famille monoparentale	< 5
Famille immigrée ou transplantée	33
Maladie organique grave d'un parent	< 5
Milieu socio familial très défavorisé	9
Autres	-

Comme dans les autres CMPP de la région, la sous-catégorie « contexte socio-familial particulier » est de loin la plus représentée (71 cotations). Elle est suivie par la sous-catégorie « enfants de parents divorcés ou séparés ».

Le directeur médical a insisté sur le nombre important de familles déracinées, en grande difficulté sociale, présentes sur le territoire.

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années

1. Grandes tendances : complexification des difficultés et accroissement des facteurs environnementaux

a. Difficultés

Axe I	2003	2008
Autisme et troubles psychotiques	7	7
Troubles névrotiques	149	136
Pathologies limites	84	52
Troubles réactionnels	45	53
Déficiences mentales	-	7
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	205	301
Troubles des conduites et du comportement	34	17
Troubles à expression somatique	11	12
Variation de la normale	21	9

Remarque préalable :

D'après la directrice administrative et pédagogique, 358 enfants ont été diagnostiqués en 2003, contre 401 en 2008. Cependant, il faut rappeler ici que les bases 2003 et 2008 correspondent aux enfants qui ont été diagnostiqués en 2003 (ou 2008) et antérieurement (il s'agit donc de la population diagnostiquées en cours de traitement ou en attente de traitement, et non des populations diagnostiquées uniquement sur les années 2003 et 2008.

Le directeur médical ne constate pas d'aggravation globale des difficultés – notamment de la catégorie « autisme et troubles psychotiques ». On note d'ailleurs une diminution du nombre de pathologies limites.

Néanmoins, le directeur médical note un accroissement des difficultés d'accès au langage oral et écrit, ce qui se traduit, dans les données chiffrées, par une augmentation du nombre d'enfants présentant des troubles du développement et des fonctions instrumentales.

b. Facteurs organiques

Pour 2003 comme pour 2008, nous ne disposons pas du détail des facteurs organiques présentés par les enfants diagnostiqués au sein du CMPP de Dreux. En revanche, nous pouvons constater là encore que seules 49 cotations ont été fixées pour un total de 358 enfants cotés.

Autrement dit, en 2003 comme en 2008, la large majorité des enfants diagnostiqués à Dreux ne présentait pas de facteur organique reconnu.

c. Facteurs environnementaux

Axe II -B	2003	2008
Troubles mentaux ou perturbations psychotiques avérées dans la famille	42	36
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	54	39
Mauvais traitements et négligences graves	9	5
Évènements entraînant la rupture de liens affectifs	-	25
Contexte socio-familial particulier	150	129
Autres	-	-

Comme en 2008, les enfants ne présentant pas de facteurs environnementaux n'ont pas été cotés par le CMPP de Dreux en 2003. Le tableau présenté ci-dessus a donc pour base le total des cotations fixées pour des facteurs environnementaux effectifs – soit 255 pour 358 enfants cotés, sachant qu'un même enfant peut présenter plusieurs facteurs environnementaux.

D'après les informations que nous a fournies le CMPP, qui associaient effectifs et pourcentages, les enfants présentant des facteurs environnementaux représentent en 2003 70,5 % du nombre total d'enfants diagnostiqués, contre 57,7%.

La différence considérable entre ces deux données d'une part, et entre la donnée concernant 2008 et celles qui ont été relevées la même année pour les autres CMPP de la région, est difficilement analysable. Elle peut peut-être s'expliquer en partie, selon la directrice pédagogique et administrative, par :

- le fait que 2003 ait été la première année d'utilisation de la CFTMEA ;
- le fait que le directeur médical ait changé entre 2003 et 2008 ;
- le fait que les cotations comportent, d'une façon générale, un facteur d'appréciation lié à la personne.

2. Hypothèses quant aux causes de ces évolutions

Le directeur médical a émis plusieurs hypothèses sur l'évolution des difficultés rencontrées par les enfants diagnostiqués au sein du CMPP de Dreux.

Sur le plan de la **scolarité**, il constate que de plus en plus de parents contestent ou refusent les décisions de l'école – les redoublements en premier lieu.

Parallèlement, il déplore que le redoublement en grande section de maternelle doive désormais être validé par la MDPH, ce qu'il estime stigmatisant pour l'enfant.

De façon plus spécifique, **au sein des familles**, il attribue les retards en termes d'accès au langage oral et écrit, selon les cas :

- au faible niveau d'instruction des parents (ou, à leurs propres difficultés à manipuler le français, pour les familles immigrées – ces dernières restant minoritaires) ;
- à une diminution de l'investissement de certains parents sur cette question, dont la responsabilité est entièrement confiée à l'école ;
- à la diminution générale du temps consacré à la lecture.

D'une façon plus générale, le directeur médical constate une **modification du rapport à l'écrit**, dans un contexte où les images sont omniprésentes et « défilent ». Selon lui, cette notion de rapidité peut expliquer chez certains enfants une difficulté à rester attentifs et avoir ainsi un effet sur leur processus d'apprentissage, de même que le développement d'une culture du « plaisir immédiat ».

Parallèlement, d'une façon générale, il constate une **atténuation des différences entre générations** et, pour les enfants, un accès plus aisé et rapide au monde adulte.

Enfin, le directeur médical a souligné les **spécificités du territoire desservi par le CMPP de Dreux** et d'une partie de sa population, très diversifiée et regroupée en certain nombre de communautés plus ou moins intégrées au tissu social.

III. BESOINS MIS EN EVIDENCE ET REPONSES A APPORTER

A. Conséquences des évolutions constatées / problématiques soulevées

1. Evolution du volume et de la nature de l'activité en interne

- Le CMPP de Dreux constate une **augmentation de la fréquence des prises en charge** (de plus en plus d'enfants sont reçus deux voire trois fois par semaine) **et de leur durée** – d'où une augmentation des délais d'attente, notamment entre la fin de la phase de diagnostic et le début de la phase de suivi.
- Parallèlement, d'une façon générale, le directeur médical déplore une **augmentation du temps consacré aux démarches administratives** (prescriptions, demande d'entente préalable, demandes de prises en charge des frais de transport en taxis, etc.).
- Sur le plan qualitatif, le CMPP a adapté ses modalités de prise en charge en développant le travail thérapeutique réunissant des groupes d'enfants (4 à 5 enfants) animés par des binômes de professionnels (exemple : un psychomotricien et un orthophoniste).
- A ce jour, lorsque les enfants reçus présentent des difficultés jugées trop graves au regard de l'accompagnement qui peut être proposé au sein du CMPP, ils sont rapidement réorientés (vers un SESSAD spécialisé dans les déficiences intellectuelles, un SESSAD spécialisé dans les troubles des conduites et du comportement ou un ITEP, dans la plupart des cas) – lorsque c'est possible. Dans le cas contraire, le CMPP assure un suivi de façon régulière en attendant leur prise en charge par l'établissement jugé plus adapté à leur situation.

2. Problématiques soulevées à l'externe

- Le directeur médical note que les difficultés des enfants sont fortement liées, parmi d'autres facteurs, à leur environnement scolaire – d'où l'importance de la dotation des territoires en **psychologues scolaires**.

- Parallèlement, le directeur médical déplore le **manque de moyens dont disposent le CMPP et les services sociaux** – au sein desquels il constate un turn over important qui ne facilite pas le travail en réseau.
- Enfin, le directeur médical a noté le faible nombre d'enfants suivis pas les SESSAD sur le département et indiqué que, dans certains cas, le CMPP est amené à assurer des accompagnements qui se rapprochent de ceux que proposent les SESSAD. Il a déploré parallèlement le fait que les CMPP, qui accompagnent un grand nombre d'enfants, ne disposent pas de moyens supplémentaires en termes d'encadrement

B. Réponses à apporter

- Le directeur médical souhaiterait mettre en place des **groupes trihebdomadaires**, ateliers thérapeutiques qui seraient consacrés aux **enfants présentant une grande instabilité psychologique et comportementale et/ou confrontés à d'importantes difficultés familiales**. Néanmoins, à l'heure actuelle, les moyens humains et financiers ne permettent pas la mise en place de ce mode d'accompagnement qui aurait pour conséquence d'augmenter les listes d'attente.
- Compte tenu de l'importance des facteurs environnementaux, la Direction estime qu'il est nécessaire que les familles puissent bénéficier d'un accompagnement de proximité réalisé par des travailleurs sociaux qui permettrait d'aborder chacune des situations dans sa dimension socio-éducative.
- Le **recrutement d'un travailleur social** permettrait de prendre la mesure de la réalité sociale de certaines familles (complexité entre désinsertion sociale, difficultés financières, difficultés de déplacement, parentalité, etc.) et d'accompagner les démarches afin que l'enfant tire profit de l'accompagnement proposé en CMPP.
- Parallèlement, compte tenu des difficultés rencontrées par les familles des enfants suivis et de l'impact de ces facteurs environnementaux, le directeur médical souhaiterait mettre en place un **soutien à la parentalité** qui serait assuré par les médecins et les psychologues de l'équipe. Pour ce faire, des formations à « thérapie familiale sont nécessaires.



CMPP de Châteauroux, ADPEP Indre (36)

INTRODUCTION

Au 31/12/2008, comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, le CMPP ADPEP de Châteauroux comptait un directeur médical, unique médecin psychiatre de l'établissement. Il a quitté le CMPP en décembre 2009. N'ayant pu le remplacer faute de candidats, le CMPP a recruté depuis un **médecin généraliste, formée à la psychiatrie**, qui travaillait depuis 10 ans au CAMSP, et avait auparavant travaillé pour la PMI et dirigé un service de périnatalité.

Nous avons rencontré le 26 mai 2010 la directrice administrative et pédagogique.

I. CLASSIFICATION UTILISEE ET MODE DE RECUEIL DE L'INFORMATION

A. Choix de la classification

L'ancien directeur médical, qui travaillait au CMPP de Châteauroux depuis 27 ans, a été parmi les premiers à utiliser la **CFTMEA**. De ce fait, nous disposons d'éléments chiffrés pour appuyer les informations qualitatives que nous apportées la directrice administrative et pédagogique, elle-même à ce poste depuis 1999 et mise à disposition du CMPP par l'Education nationale depuis 1982 en tant que psychopédagogue.

La décision d'utiliser une classification a été prise par l'ancienne directrice administrative, au moment où de nombreux directeurs de CMPP français, sous l'égide de l'Association nationale des CMPP, se sont réunis pour définir la CFTMEA comme étant la classification la plus adaptée aux enfants accueillis. Elle a été appliquée de façon systématique au sein du CMPP ADPEP de Châteauroux à **partir de 2000**.

Cette classification a été privilégiée car, contrairement à la CIM 10, elle permet la **prise en compte de l'historique de l'enfant**, que ce soit à travers le recensement des facteurs organiques ou environnementaux. De ce fait, les professionnels estiment qu'elles empêchent la réduction de l'enfant au seul constat de ses troubles, de sa pathologie (axe I).

B. Mode de recueil des données

1. Qui recueille les données ?

Selon la directrice, l'ancien directeur médical cotait seul. Comme nous l'avons évoqué au début de cette étude, cela peut constituer à la fois un avantage pour l'analyse des cotations et de leurs évolutions (une seule vision, une seule façon d'utiliser la classification en 2003 et 2008), mais aussi un inconvénient, notamment dans le cadre d'éventuelles comparaisons avec d'autres CMPP (une vision unique de la classification, pas de confrontation avec un autre regard).

Aujourd'hui, **le nouveau médecin cote en équipe au cours de la réunion de synthèse** afin de limiter le risque de subjectivité.

2. Comment les données sont-elles recueillies ?

Au sein de l'axe I de la CFTMEA, les catégories 1, 2, 3 et 4 sont, d'après les principes édictés par le Professeur Misès²⁰, exclusives les unes des autres. Elles peuvent en revanche être complétées par une catégorie complémentaire parmi les catégories 5 à 8.

Pour l'axe II – A et B –, plusieurs facteurs peuvent être cotés pour un même enfant.

En ce qui concerne plus précisément les facteurs environnementaux (exemples : dépression maternelle, décès d'un grands-parents, etc.), la plupart ne sont cotés que lorsqu'ils sont avérés, comme prescrit par le Professeur Misès, auteur de la classification. En revanche, les facteurs tels que la jumeauté, le divorce / la séparation des parents, l'adoption ou le placement sont systématiquement cotés car avérés, la CFTMEA estimant que ces facteurs environnementaux peuvent avoir un impact sur les difficultés que rencontre l'enfant.

NB : La directrice du CMPP a indiqué que, dans la grande majorité des cas, l'équipe ne rencontre aucune difficulté à recueillir auprès des familles des informations portant sur les antécédents médicaux de l'enfant et sur leur situation générale.

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge

Les cotations sont enregistrées à l'issue de la réunion de synthèse et peuvent éventuellement être mises à jour si un bilan ultérieur modifie le diagnostic de l'axe I. La directrice nous a indiqué qu'en termes d'analyse des évolutions de chaque enfant d'une part et de l'ensemble de la population accueillie d'autre part, il serait très intéressant de pouvoir disposer systématiquement d'une cotation d'entrée et d'une cotation de sortie. Néanmoins, à ce jour, peu de « cotations de sortie » sont définies, faute de temps en réunion de synthèse.

II. PROFIL ET EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008

1. Pathologies / difficultés rencontrées (en nombre d'enfants)

Axe I	2008
Autisme et troubles psychotiques	< 5
Troubles névrotiques	261
Pathologies limites	40
Troubles réactionnels	62
Déficiences mentales	< 5
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	146
Troubles des conduites et du comportement	22
Troubles à expression somatique	26
Variation de la normale	6

NB : le total des cotations, 565, ne correspond pas au nombre d'enfants diagnostiqués en 2008 dans la mesure où des manifestations associées peuvent être cotées.

Il apparaît que la large majorité des enfants diagnostiqués au CMPP ADPEP de Châteauroux présentent des **troubles névrotiques** (261 sur 565 cotations) – et en particulier des troubles névrotiques à dominante anxieuse (123).

²⁰ La CFTMEA a été élaborée par un groupe de travail sous la direction du Professeur Misès à la fin des années . Pour plus d'informations concernant le mode de cotation, consulter l'annexe 16.

La seconde catégorie la plus représentée est celle des **troubles du développement et des fonctions instrumentales** (146 cotations) qui, rappelons le, peut à la fois être cotée comme trouble principal et comme manifestation associée à un trouble principal déjà coté. Au sein de cette catégorie, les troubles du développement et du langage sont les plus représentés (76 cotations), suivis des troubles lexicographiques (45).

Suivent la catégorie des **troubles réactionnels** (62 cotations)²¹ et des **pathologies limites** (40). La directrice a souligné le **très faible effectif que représentent les enfants souffrant d'autisme ou de troubles psychotiques**. Estimant que le plateau technique pluridisciplinaire du CMPP ADPEP n'est pas adapté à leur prise en charge²², l'ancien directeur médical, la directrice et l'équipe ont décidé de réorienter ces enfants vers l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, service de soin permettant une prise en charge plus conséquente et mieux adaptée au regard des troubles énoncés.

2. Facteurs (en nombre d'enfants)

a. Facteurs organiques²³

Axe II-A	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	423
Facteurs anténataux d'origine maternelle	
Facteurs périnataux	37
Atteintes cérébrales post-natales	
Maladies d'origine génétique ou congénitales	8
Infirmités et affections somatiques à long cours	29
Epilepsie et convulsions	< 5
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	< 5
Autres	< 5
Pas de réponse possible faute d'information	< 5

NB : là encore, le total de cotations, 529, ne correspond pas au nombre d'enfants diagnostiqués en 2008, dans la mesure où plusieurs facteurs peuvent être cotés pour un même enfant.

Contrairement aux enfants reçus au CAMSP²⁴, les enfants reçus au CMPP présentent **peu de facteurs organiques**. Ici, sur 529 cotations, 471 entrent dans la catégorie « pas de facteurs organiques reconnus ».

Lorsqu'ils existent, les facteurs organiques, relèvent principalement de deux catégories :

- **facteurs périnataux** (25 enfants sur les 58 qui présentent des facteurs organiques – exemples : prématurité ; dysmaturité ; hypotrophie fœtale) ;
- **infirmités et affections somatiques à long cours** (15 enfants – exemples : malformations congénitales ; maladies somatiques à long cours ; déficits sensoriels).

²¹ NB : les troubles sont cotés comme « réactionnels » lorsqu'ils concernent un événement récent inférieur à 6 mois selon la CFTMEA. Ainsi, si les parents d'un enfant se sont séparés cinq ans avant son arrivée au CMPP et que les difficultés de l'enfant ne semblent pas liées à cet événement, elles ne sont pas cotées parmi les « troubles réactionnels ».

²² Au 31/12/2008, pour une file active de 648 enfants sur l'année, le CMPP ADPEP comptait 0,37 ETP de médecin psychiatre, 4,9 ETP de psychologue et 4,03 ETP de rééducateurs (orthophonistes et psychomotriciens). A titre de comparaison, le CMPP AIDAPHI, qui accueille un nombre plus important d'enfants relevant de la catégorie 1, comptait au même moment 0,64 ETP de médecin psychiatre et 6,314 ETP de psychologue et 4,709 ETP de rééducateurs, pour une file active de 597 enfants,.

²³ Les facteurs indiqués en italique sont ceux qui sont présents dans la classification CFTMEA mais qui ne concernent aucun individu en 2008.

²⁴ NB : la Directrice du CMPP ADPEP de Châteauroux est également directrice du CAMSP

b. Facteurs environnementaux²⁵

Axe II-B	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	25
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	247
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	43
Mauvais traitements et négligences graves	29
Évènements entraînant la rupture de liens affectifs	57
Contexte socio-familial particulier	498
Autres	6
Pas de réponse possible par défaut d'information	

NB : tout comme pour les tableaux précédents, le total des cotations, 1402, ne correspond pas au nombre d'enfants dans la mesure où plusieurs facteurs ont été cotés pour un même enfant.

Contrairement à ce qui a été mis en évidence concernant les facteurs organiques, **la plupart des enfants diagnostiqués présentent des facteurs environnementaux** (seules 25 cotations « pas de facteurs environnementaux à retenir » sur 1402).

La grande majorité des facteurs environnementaux cotés relèvent de la catégorie « **contexte social particulier** » (498 sur 1402 cotations) qui, comme nous l'avons déjà vu, rassemble des **réalités très différentes**.

Axe II – B / Contexte socio-familial particulier (détail)	2008
Geméité	5
Enfant actuellement placé	33
Enfant adopté	< 5
Enfant de parents divorcés ou séparés quelque soit le mode de garde	217
Enfant élevé par les grands parents	< 5
Famille monoparentale	10
Famille immigrée ou transplantée	19
Maladie organique grave d'un parent	< 5
Milieu socio-familial très défavorisé	19
Autres	187

Parmi les « contextes socio-familiaux particuliers », **la séparation ou le divorce des parents** est de loin le facteur le plus coté (217 sur 498)²⁶. Suivent la catégorie « autres » (187 enfants), le cas des enfants placés (33) et, dans des proportions similaires, les enfants de familles immigrées ou transplantées et les enfants issus d'un milieu socio-familial très défavorisé (19).

NB : Sont cotés au sein de la sous-catégorie « autres » des éléments connus du contexte familial qui ne peuvent être intégrés dans aucune des situations prévues par le Professeur Misès (exemple : une mère vivant avec ses enfants au domicile des grands-parents).

Les autres catégories les plus présentes parmi les facteurs environnementaux sont :

→ Les **troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille** (247 cotations sur 1402 – exemples : perturbations psychologiques sévères dans le réseau familial ; alcoolisme ou toxicomanie parentale) ;

²⁵ Les facteurs indiqués en italique sont ceux qui sont présents dans la classification CFTMEA mais qui ne concernent aucun individu en 2008.

²⁶ NB : il est important de noter que, quelque soit le mode de garde, les enfants de parents séparés entrent dans la catégorie 25.3. Il convient d'en distinguer la catégorie « familles monoparentales » (25.5), qui comprend les enfants qui ne connaissent pas l'identité de leur père ou mère, et la catégorie « abandon parental » (24.6), dans laquelle le parent ayant abandonné l'enfant est connu.

→ Les **évènements ayant entraîné la rupture de liens affectifs** (57 – exemples : décès d'un ou des parents ; hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif d'un ou des parents ; abandon parental).

Remarque :

La directrice a insisté sur le fait que les professionnels ne peuvent appréhender l'ensemble des enfants en difficulté. Même si l'école et les services sociaux incitent fortement à une prise en charge en CMPP, certains parents restent réticents à l'idée d'entamer une démarche vers un service de soin qui pourrait les impliquer, les interroger dans leurs fonctions parentales, ou n'en perçoivent pas le sens au regard de leur identité culturelle.

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années

1. Grandes tendances : complexification des difficultés et accroissement des facteurs environnementaux

a. Difficultés

Axe I	2003	2008
Autisme et troubles psychotiques	1	< 5
Troubles névrotiques	176	261
Pathologies limites	94	40
Troubles réactionnels	63	62
Déficiences mentales	4	< 5
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	176	146
Troubles des conduites et du comportement	51	22
Troubles à expression somatique	17	26
Variation de la normale	9	6

Les données chiffrées ne permettent pas de mettre en évidence une aggravation des difficultés (cf. stagnation du nombre d'enfants relevant de la catégorie « autisme et troubles psychotiques » et diminution du nombre d'enfants relevant de la catégorie « pathologies limites »).

En revanche, la Directrice a constaté au cours des dernières années une **augmentation du nombre de demandes** (la file active a augmenté de 17 % entre 2003 et 2008) et par une **complexification des prises en charge** (prises en charge multidisciplinaires, groupes, etc.²⁷).

Sur la période 2003-2008, on note par ailleurs une **augmentation du nombre d'enfants présentant des troubles névrotiques** (261 cotations sur 565 en 2008, contre 176 sur 591 en 2003), **en particulier à dominante anxieuse** (123 cotations sur 565 en 2008, contre 57 sur 591 en 2003).

b. Facteurs organiques

Axe II - A	2003	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	471	423
Facteurs anténataux d'origine maternelle	-	-
Facteurs périnataux	25	37
Atteintes cérébrales post-natales	-	-
Maladie d'origines génétiques ou congénitales	7	8
Infirmités et affections somatiques à long cours	15	29
Épilepsie et convulsions	4	< 5
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	4	< 5
Autres	2	< 5
Pas de réponse possible faute d'information	1	< 5

En termes de facteurs organiques, on note **peu d'évolutions** entre 2003 et 2008. Dans les deux cas, les enfants ne présentant aucun facteur organique représentent la large majorité des enfants diagnostiqués.

²⁷ Cf. volet 1 de cette étude

c. Facteurs environnementaux

Axe II - B	2003	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	25	25
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	266	247
Carences affectives ; éducatives, sociales, culturelles	115	43
Mauvais traitements et négligences graves	43	29
Évènements entraînant la rupture de liens affectifs	102	57
Contexte socio-familial particulier	398	498
Autres	16	6
Pas de réponse possible par défaut d'information	3	-

Selon la directrice, la complexification des difficultés est directement liée à l'**augmentation des facteurs environnementaux**, et notamment à la hausse des « contextes socio-familiaux particuliers », qui apparaît de façon flagrante dans les données chiffrées.

2. Hypothèses quant aux causes de ces évolutions et enjeux

Parmi les causes pouvant contribuer à expliquer cette évolution, la directrice a cité l'**éclatement de la cellule familiale**, en lien avec le développement des familles recomposées.

Elle a également mentionné le phénomène dit des « **enfants rois** », dont les difficultés peuvent s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas suffisamment eu accès à la frustration – composante essentielle de la construction de l'enfant.

Parallèlement à ces causes liées à l'évolution de la société française d'une façon générale, la directrice a analysé les **spécificités du territoire** desservi par le CMPP, et l'impact qu'elles peuvent avoir sur les difficultés des enfants et leurs facteurs.

Ainsi, les trois antennes du CMPP se situent en zone rurale, dans lesquelles **l'offre de soins est très limitée au niveau médical** (2 psychiatres sur l'ensemble du département, dont celui du CMPP AIDAPHI) **comme au niveau paramédical** (manque d'orthophonistes au regard des demandes, absence de kinésithérapeute spécialiste des enfants, absence d'ergothérapeute, temps partiel insuffisant de psychomotricité en libéral).

A cela s'ajoute, d'une façon générale, le **manque de structures d'accueil** pour les enfants. A titre d'exemple, le canton de Valençay ne compte ni crèche ni halte garderie.

La directrice a souligné parallèlement les spécificités des familles de ces secteurs, dont une partie est originaire de la région parisienne, qu'elle a quitté faute de moyens. Elle constate une **très grande précarité** et un **fort taux de chômage** parmi les parents des enfants reçus au CMPP – enfants qui n'ont, pour certains, jamais vu leurs parents travailler, ce qui peut avoir un impact sur le désir d'apprendre et peut ainsi expliquer en partie de nombreux troubles.

III. BESOINS MIS EN EVIDENCE ET REPONSES A APPORTER

A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées

1. Evolution du volume et de la nature de l'activité en interne

→ Comme nous l'avons mentionné plus haut, la complexification des difficultés des enfants a produit une **augmentation du volume d'activité** (en nombre de séances – cf. demande d'extension) et une **complexification des modalités d'accompagnement** (augmentation des prises en charge multidisciplinaires, développement des groupes, etc.). En termes d'activité, l'extension autorisée en 2009 a permis, en particulier, d'augmenter les moyens dans les antennes, où les professionnels passent désormais deux fois plus de temps. Le site de Valençay, particulièrement dépourvu, a été prioritaire dans le cadre de cette réaffectation de moyens.

→ Depuis deux ans, le CMPP a mis en place une **procédure d'accueil** permettant de réduire les délais d'attente avant la prise en charge et d'être plus réactif à la demande, quelle que soit la situation concernée.

Quinze jours au plus après le premier contact (téléphonique ou physique), la famille est contactée par l'assistante sociale qui recueille un certain nombre d'informations sur les motifs de l'inscription et le contexte familial. Elle indique également à la famille que le délai d'attente entre l'accueil et la prise en charge peut être long et qu'elle peut par conséquent choisir une autre solution. Suit une réunion rassemblant l'assistante sociale, les secrétaires, la directrice et le médecin, au cours de laquelle est déterminé le professionnel le plus pertinent pour la phase de diagnostic. A moins que la première séance ne remette en question cette première orientation et ne conduise à réorienter l'enfant, ce professionnel prend en charge l'ensemble des séances de diagnostic jusqu'à la réunion de synthèse et/ou réoriente l'enfant vers un bilan complémentaire.

Depuis la mise en place de cette procédure, un enfant sur quatre quitte le CMPP à l'issue de la synthèse. Les motifs de ce départ peuvent être un abandon de la part de la famille ou une réorientation, mais, dans la majorité des cas, il s'avère d'après la directrice que le processus de bilan suffit à être thérapeutique²⁸.

→ Des **groupes pluridisciplinaires** ont été mis en place pour répondre aux besoins des **enfants dont le maintien en grande section de maternelle a été refusé** (par les parents ou/et par l'Education nationale), qui présentent une immaturité (sans déficience avérée) freinant voire rendant impossible les apprentissages lexicaux au CP, et qui souffrent de cet échec.

Dans ce cadre, l'objectif des séances de groupe serait de **redonner du sens aux apprentissages** et de réparer les traumatismes causés par les premières années scolaires. La directrice a souligné le fait que les groupes nécessitent un travail supplémentaire par rapport aux séances individuelles, à la fois en amont et en aval des séances. Par ailleurs, les séances en groupe sont plus longues que les séances individuelles (1h15 au lieu de 40 minutes environ).

→ Depuis avril 2010 (dans le cadre de l'extension), le CMPP a mis en place une prise en charge en **thérapie familiale**, qui comporte déjà une liste d'attente conséquente au regard des indications. Les séances sont animées par deux psychologues de l'équipe, formés à la pratique systémique.

→ Par ailleurs, le CMPP a fait évoluer son plateau technique en :

- **augmentant le temps de psychologues ;**
- **en recrutant des psychologues formés à la pratique systémique.**

Remarque :

Compte tenu des problématiques récurrentes de recrutement dans cette spécialité, la directrice n'a pas demandé dans son dossier CROSMS validé en 2009 du temps supplémentaire de médecin psychiatre, qu'elle jugerait cependant très utile.

Enfin, il est intéressant de noter qu'une des orthophonistes du CMPP, spécialiste des troubles dysphasiques, travaille « hors les murs », au sein d'une CLIS, ce qui témoigne de la volonté de partenariat et de coordination entre le CMPP et l'école.

²⁸ Rappel : comme nous l'avons indiqué dans le volet 1, la plupart des CMPP s'accorde à dire que les délais d'attente peuvent être facteurs d'aggravation de troubles initialement légers.

2. Articulation du CMPP avec ses partenaires dans le cadre des prises en charges

A l'externe, la directrice du CMPP a déploré les délais d'attente considérables au secteur de psychiatrie infanto juvénile à Châteauroux, qui ont un impact sur les délais d'attente au CMPP (parce qu'ils augmentent le nombre de demandes ou parce qu'ils obligent le CMPP à repousser certaines réorientations jugées nécessaires) ;

B. Réponses à apporter

- La directrice pédagogique et administrative a souligné l'importance des postes mis à disposition par l'Education nationale dans la création même des CMPP, qui avaient pour objectif premier de relier l'enfant et l'élève et qui permettaient la prise en compte des relations milieu scolaire/ CMPP grâce à la présence de personnels qui en comprenaient les codes . Ces postes mis à disposition permettaient de « sauver » de l'échec scolaire ou de la phobie scolaire (en augmentation alarmante) nombre d'enfants.
- Par ailleurs, la directrice pédagogique et administrative a souligné qu'elle est garante que le document individuel de prise en charge (DIPEC) prend en compte la dimension de la difficulté sociale.



CMPP de Châteauroux, AIDAPHI Indre (36)

INTRODUCTION

Au 31/12/2008, comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, le CMPP AIDAPHI de Châteauroux comptait un directeur médical, unique médecin psychiatre de l'établissement depuis 1987.

Nous avons rencontré le 22 avril 2010 le directeur et le directeur médical.

I. CLASSIFICATION UTILISEE ET MODE DE RECUEIL DE L'INFORMATION

A. Choix de la classification

L'utilisation d'une classification a été imposée par le directeur médical à partir de **1996** avec plusieurs objectifs :

- disposer d'un **référentiel commun avec d'autres CMPP** ;
- **être en capacité d'informer sur les actions menées** au sein du CMPP ;
- **mettre en évidence les évolutions de la population accueillie**.

La **CFTMEA** a été choisie car, selon le directeur médical, elle est **la plus proche des pratiques professionnelles dans le secteur enfants**.

Le directeur médical a insisté sur le fait que les pratiques du CMPP AIDAPHI de Châteauroux ne reposent pas sur un modèle unique mais sur des références multiples (psychanalyse, neurosciences, etc.)²⁹, utilisées comme outils de réflexion, de façon combinée et en fonction des situations.

Remarque :

Le directeur médical a indiqué qu'il aimerait pouvoir consacrer du temps à la conversion des cotations CFTMEA en cotations CIM 10, utilisées dans la plupart des services hospitaliers ainsi qu'au Centre de Ressources sur l'Autisme de Tours.

B. Mode de recueil des données

La cotation est déterminée par le directeur médical à l'issue de la réunion de synthèse qui clôt la phase de diagnostic et à laquelle participent **les autres professionnels**, qui **peuvent faire des suggestions**.

En ce qui concerne l'axe I, le directeur a insisté sur le fait que la difficulté principale ne peut être analysée sans les troubles qui lui associés, « qui ne sont pas seulement un problème surajouté » et peuvent demander une action spécifique – d'où le nombre de prises en charge multidisciplinaires³⁰.

Le rapport d'activité du CMPP rappelle que, selon les principes énoncés par le Professeur Misès³¹, les catégories 1 à 4³² sont exclusives les unes des autres. Elles peuvent en revanche être complétées par

²⁹ NB : pour favoriser cette approche, le CMPP a choisi de recruter autant que possible, pour les différentes professions, des personnels issus de spécialités différentes.

³⁰ Au-delà des données présentées dans le volet 1 de cette étude, qui opposaient sur l'année 2008, le nombre d'enfants bénéficiant de suivis unidisciplinaires d'une part et, le nombre d'enfants bénéficiant de suivis multidisciplinaires d'autre part, le Directeur administratif a souligné que les enfants peuvent également bénéficier de suivis multidisciplinaires étalés dans le temps (exemple : psychothérapie en 2008 ; orthophonie en 2009), ce qui permet à la fois de répondre à leurs besoins et de gérer les listes d'attente. Il a déploré que ces suivis multidisciplinaires, parce qu'ils ne se font pas de façon simultanée, ne sont pas comptabilisés en tant que tels – seul un recensement, à la sortie de l'enfant, du nombre total de suivis effectués au cours de la phase de traitement permettrait de mettre en évidence cette autre traduction de la multidisciplinarité pratiquée en CMPP.

une cotation dans les catégories 5, 6, 7, 8 ou 9 si des manifestations associées sont constatées – ce qui explique, comme nous le verrons plus loin, que le nombre de cotations soit supérieur au nombre d'enfants diagnostiqués.

Ces dernières catégories peuvent quant à elles être cotées comme catégories principales à condition que les difficultés constatées chez l'enfant ne relèvent d'aucune des quatre premières catégories.

En ce qui concerne l'axe II – A et B –, tous les facteurs relevés et avérés sont cotés, ce qui explique, là encore, que le nombre total de cotations soit supérieur au nombre d'enfants diagnostiqués (en particulier pour les facteurs environnementaux, qui peuvent être multiples).

D'après le directeur, il n'y a pas de limite théorique quant au nombre de facteurs pouvant être enregistrés. Cependant, en pratique, ce nombre est inférieur ou égal à 8

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge

Les cotations sont enregistrées à la suite de la réunion de synthèse, lorsque le médecin établit les demandes de prise en charge à destination de la CPAM.

Etant utilisées dans un but statistique d'analyse globale, les cotations établies à l'issue de la phase de diagnostic ne sont pas modifiées par la suite, quelles que soient les évolutions constatées chez les enfants.

L'idéal serait, selon le directeur, de pouvoir refaire une cotation à la sortie du CMPP, mais cela n'est pas possible faute de temps.

II. PROFIL ET EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008

1. Pathologies / difficultés rencontrées (en nombre d'enfants)

Axe I	2008
Autisme et troubles psychotiques	49
Troubles névrotiques	128
Pathologies limites	287
Troubles réactionnels	55
Déficiences mentales	10
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	82
Troubles des conduites et du comportement	18
Troubles à expression somatique	34
Variation de la normale	< 5

Les données citées ont pour base l'ensemble des enfants diagnostiqués en 2008, soit 519. Comme indiqué précédemment, des manifestations complémentaires peuvent être associées aux troubles principaux – d'où un nombre total de cotations (664) supérieur au nombre d'enfants.

Les difficultés les plus souvent constatées chez les enfants reçus sont :

→ les **pathologies limites et les troubles de la personnalité** (287 cotations, ce qui représente près de la moitié des enfants diagnostiqués), parmi lesquelles dominent les pathologies limites avec dominante des troubles de la personnalité (174) ;

→ les **troubles névrotiques** (128 cotations).

³¹ La CFTMEA a été élaborée par un groupe de travail sous la direction du Professeur Misès à la fin des années 1980..

³² Cf. annexe 16

Le rapport d'activité 2008 du CMPP indique que les pathologies limites sont « d'autant plus complexes qu'elles trouvent leurs origines dans des conditions d'environnement particulières (carences affectives, éducatives, sociales, culturelles, perturbations psychologiques ou troubles mentaux avérés dans la famille) » et qu'elles impliquent par conséquent une prise en charge « longue et difficile ».

Le rapport d'activité 2008 mentionne également la diminution progressive des enfants présentant des troubles névrotiques depuis la fin des années 1990, ce que le directeur attribue aux modifications apportées à la classification CFTMEA. En effet, une nouvelle sous-catégorie « syndrome post-traumatique » a été créée au sein de la catégorie 4 (troubles réactionnels) et, par conséquent, « un certain nombre de cas auparavant [cotés] dans les névroses ont été déplacés vers les troubles réactionnels ».

On note, **par rapport aux autres CMPP** qui ont pu nous fournir des données chiffrées, un **nombre relativement important d'enfants cotés dans la catégorie « autisme et troubles psychotiques »** (49, dont 48 relèvent de la sous-catégorie « psychoses précoces »).

D'après le rapport d'activité, « si le CMPP peut prendre en charge ces cas particulièrement lourds en cure ambulatoire, c'est qu'il y a intégration possible dans le milieu social, scolaire et familial environnant ». Néanmoins, « chaque année, le CMPP prend aussi en charge des situations qui relèvent d'autres structures mais qui, faute de place, ne peuvent être orientées vers ces établissements ».

2. Facteurs (en nombre d'enfants)

a. Facteurs organiques

Axe II-A	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	360
Facteurs anténataux d'origine maternelle	< 5
Facteurs périnataux	15
Atteintes cérébrales post-natales	< 5
Maladies d'origine génétique ou congénitales	< 5
Infirmités et affections somatiques à long cours	30
Epilepsie et convulsions	5
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	84
Autres	< 5
Pas de réponse possible faute d'information	25

La majorité des enfants reçus au CMPP ne présente pas de facteur organique (396 cotations), comme c'est le cas dans la plupart des autres CMPP de la région.

De la même façon, la part de familles ne souhaitant ou ne pouvant pas fournir d'informations sur ce point est marginale (exemples cités dans le rapport d'activité : « enfants issus d'autres départements et placés dans l'Indre ; familles très démunies au plan social et intellectuel et incapables de répondre aux questions concernant la santé de leur enfant »)

Parmi les facteurs organiques constatés, les antécédents de maladies somatiques dans l'enfance³³ et les facteurs périnataux (prématurité et dysmaturité essentiellement) dominent.

³³ NB : les maladies somatiques sont cotées lorsque « par leur gravité, répétition ou prolongation », elles ont eu un impact sur le développement de l'enfant.

b. Facteurs environnementaux

Axe II-B	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	34
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	716
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	371
Mauvais traitements et négligences graves	64
Évènements entraînant la rupture de liens affectifs	116
Contexte socio-familial particulier	288
Autres	—
Pas de réponse possible par défaut d'information	< 5

A l'inverse, **les enfants ne présentant aucun facteur environnemental sont largement minoritaires** (34).

Parmi les facteurs environnementaux constatés, les catégories les plus représentées sont :

- Les **troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille** (716 cotations sur 1592) – parmi lesquels ressortent particulièrement les « perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial » (332 cotations) et les « autres troubles importants des relations précoces » (175 cotations), qui sont à rapprocher des motifs de demande d'inscription au CMPP ;
- Les carences affectives, éducatives, sociales, culturelles (371 cotations, dont 267 concernent des carences socio-éducatives) ;
- Les « contextes socio familiaux particuliers »³⁴ (288 cotations), parmi lesquels apparaissent principalement, comme dans les autres CMPP, les enfants de parents divorcés ou séparés. La deuxième sous-catégorie la plus représentée est celle des enfants placés (41 enfants, soit 8 % des enfants diagnostiqués en 2008).

Axe II – B / Contexte socio-familial particulier (détail)	2008
Gémellité	10
Enfant actuellement placé	41
Enfant adopté	9
Enfant de parents divorcés ou séparés quelque soit le mode de garde	177
Enfant élevé par les grands parents	< 5
Famille monoparentale	8
Famille immigrée ou transplantée	7
Maladie organique grave d'un parent	14
Milieu socio-familial très défavorisé	18
Autres	< 5

Selon le rapport d'activité, le grand nombre d'enfants présentant des facteurs de type « troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille » peut expliquer en grande partie les pathologies de la personnalité ainsi que les troubles du comportement constatés chez les enfants reçus.

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années

Remarque préalable :

L'analyse de l'évolution des cotations est ici facilitée par le fait que, comme nous l'avons dit précédemment, le CMPP AIDAPHI de Châteauroux mobilise un psychiatre unique qui est à l'initiative de la mise en place de la CFTMEA en 1996 et qui fixe l'ensemble des cotations depuis cette date.

³⁴ NB : le rapport d'activité indique que les situations cotées dans cette catégorie « n'ont pas forcément une valeur étiologique » ; certains items présentant davantage un « intérêt sociologique ».

1. Grandes tendances : complexification des difficultés et accroissement des facteurs environnementaux

a. Difficultés

Axe I	2003	2008
Autisme et troubles psychotiques	30	49
Troubles névrotiques	132	128
Pathologies limites	278	287
Troubles réactionnels	96	55
Déficiences mentales	17	10
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	105	82
Troubles des conduites et du comportement	62	18
Troubles à expression somatique	46	34
Variation de la normale	14	< 5

Parmi les enfants reçus, le directeur médical a déclaré constater une **augmentation des psychoses précoces** (avant 3 ans – cotées au sein de la catégorie « autisme et troubles psychotiques »), qui apparaît clairement dans les données chiffrées (26 enfants concernés en 2003 ; 48 en 2008), ainsi qu'une aggravation des troubles de la personnalité (qui relèvent des pathologies limites).

Or, selon le rapport d'activité et comme nous l'ont confirmé la plupart des médecins rencontrés, « l'augmentation des catégories 1 et 3 est la traduction clinique de l'évolution de l'accueil et des prises en charge en CMPP vers des pathologies plus lourdes et plus complexes ».

A l'inverse, les données chiffrées indiquent une **diminution considérable des variations de la normale** (une sélection s'opérant en amont, les enfants relevant de cette catégorie ne sont pas orientés vers le CMPP), **des troubles des conduites et du comportement** (souvent associés à d'autres pathologies psychotiques, névrotiques et plus souvent à des troubles de la personnalité), **et des troubles réactionnels** (pour lesquels le CMPP constate des variations d'une année sur l'autre de façon cyclique).

b. Facteurs organiques

Axe II - A	2003	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	396	360
Facteurs anténataux d'origine maternelle	< 5	< 5
Facteurs périnataux	30	15
Atteintes cérébrales post-natales	< 5	< 5
Maladie d'origine génétique ou congénitale	5	< 5
Infirmités et affections somatiques à long cours	26	30
Epilepsie et convulsions	< 5	5
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	66	84
Autres	< 5	< 5
Pas de réponse possible faute d'information	< 5	25

On note **peu d'évolutions en ce qui concerne les facteurs organiques entre 2003 et 2008**. Les enfants non concernés sont minoritaires dans les deux cas et, parmi les facteurs effectivement constatés, les antécédents de maladies somatiques dans l'enfance restent prédominants.

c. Facteurs environnementaux

Axe II - B	2003	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	42	34
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	597	716
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	343	371
Mauvais traitements et négligences graves	101	64
Évènements entraînant la rupture de liens affectifs	130	116
Contexte socio-familial particulier	332	288
Autres	-	-
Pas de réponse possible par défaut d'information	9	< 5

De la même façon, **les évolutions sont limitées en ce qui concerne les facteurs environnementaux, qui concernent, en 2003 comme en 2008, la majorité des enfants diagnostiqués.**

On constate cependant une augmentation significative du nombre d'enfants concernés par la catégorie « troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille ».

2. Hypothèses quant aux causes de ces évolutions et enjeux

Le directeur médical a émis plusieurs hypothèses concernant les causes de la complexification des difficultés constatées chez les enfants.

Parmi les facteurs d'évolution à long terme, au niveau sociétal, ont été cités :

→ Une évolution dans le déroulement de la scolarité, avec la **diminution prônée des redoublements**. Contrairement aux représentants des sciences de l'éducation, qui sont favorables à ce mouvement et questionnent l'intérêt du redoublement pour l'enfant, le directeur médical estime que le refus du redoublement conduit à isoler certains élèves, dès l'école primaire, dans une « spirale » de l'échec qui peut provoquer un rejet des apprentissages. Il a insisté dans ce cadre sur l'importance de la grande section de l'école maternelle et du CP en termes d'acquisitions des repères dans le temps et dans l'espace, ainsi que sur la nécessité d'accompagner à la fois sur le plan technique et sur le plan moral les enfants qui se trouvent en difficulté à ce stade.

Dans le domaine scolaire également, le directeur médical s'est interrogé sur la pertinence des **méthodes utilisées actuellement pour l'apprentissage de la lecture**. En effet, selon lui, ces méthodes favorisent les enfants qui peuvent être appuyés par leur entourage dans le cadre de leur apprentissage au détriment des autres.

Enfin, le directeur médical a souligné la **remise en cause croissante de l'autorité des professeurs**, qui modifie les conditions du processus d'apprentissage et favorise les phénomènes de rejet.

→ Au sein des familles, un **amoindrissement de la fonction du père**, dont l'autorité reposait auparavant en grande partie sur son identité professionnelle et qui a par conséquent été mise à mal, entre autres facteurs, par l'augmentation du taux de chômage.

Parallèlement, le directeur médical a évoqué une **dérive « hyper protectrice »** de la part de certains parents, associée à une **perte d'autorité** (cf. phénomène dit des « enfants rois »), qu'il explique d'une part par le fait que la société, d'une façon générale, est devenue plus insécurisante et d'autre part, par le fait que **les parents sont très peu soutenus** dans leur fonction.

Plus spécifiquement, le directeur médical a déploré la diminution de l'accompagnement apporté aux jeunes mères après leur accouchement (cf. manque de sages-femmes, de puéricultrices), ce qui contribue à leur isolement.

A ces facteurs liés à l'évolution de la société en général, le directeur administratif et le directeur médical ont associé des facteurs locaux.

→ En effet, ils ont noté que le département de l'Indre est majoritairement rural, d'où, pour les habitants, un **éloignement important de l'offre de soins** (cf. démographie médicale et paramédicale³⁵) **mais aussi de l'offre culturelle**.

→ Par ailleurs, ils ont souligné que le **revenu moyen par foyer** dans l'Indre est **le plus faible de la région Centre**, et se situe assez bas au niveau national³⁶.

III. BESOINS MIS EN EVIDENCE ET REPONSES A APPORTER

A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées

1. Evolution du volume et de la nature de l'activité en interne

→ Compte tenu des évolutions de la population qu'il accueille, le CMPP estime depuis plusieurs années qu'il est nécessaire de faire évoluer les modalités d'accompagnements.

Par conséquent, les demandes d'extension soumises au CROSMS successivement en 2005, 2008 et 2009 ont associé **augmentation quantitative de l'activité** (le nombre de séances prévisionnelles est passé de 6 700 en 2004 à 9 000 en 2008) et **adaptation qualitative des prises en charge**, notamment par le biais :

- d'une **évolution du plateau technique** :
 - augmentation du temps de psychologues ;
 - augmentation du temps d'assistante sociale, pour développer le travail avec les familles ;
 - recrutement d'une éducatrice spécialisée à mi-temps³⁷ depuis avril 2010, pour assurer les liens avec le milieu scolaire.
- de la mise en place de **procédures d'accueil spécifiques** pour trois catégories de jeunes :
 - des 6-8 ans présentant des pathologies lourdes (dysharmonies évolutives, pathologies narcissiques, troubles de la personnalité à versant psychotique, etc.) ;
 - des 6-11 ans présentant des troubles complexes se traduisant par de graves troubles instrumentaux entravant les apprentissages scolaires et le développement cognitif ;
 - des adolescents.

→ D'une façon générale, même s'ils ont insisté sur la nécessité de croiser les regards de différents professionnels et de conserver une cohérence globale, le directeur administratif et le directeur médical estiment qu'il est important de préserver une certaine **souplesse** dans la procédure d'accueil, afin qu'elle soit autant que possible adaptée aux situations individuelles³⁸. A titre d'exemples :

- **La phase de diagnostic peut être raccourcie lorsque la situation de l'enfant semble particulièrement grave ou dangereuse** (exemples : enfants victimes de violences, troubles alimentaires graves, etc.), ou lorsqu'un bilan a déjà été établi par un des partenaires du CMPP (le psychologue scolaire par exemple) ;

³⁵ Cf. volet 1 de cette étude (fiches par départements) et, pour davantage d'informations, les statistiques et indicateurs de la santé et du social (STATISS) établis par l'ancienne Direction régionale des affaires sanitaires et sociales pour l'année 2008. L'Indre est ainsi particulièrement mal pourvue en orthophonistes et psychiatres libéraux au sein de la région Centre et, *a fortiori*, par rapport à la moyenne nationale.

³⁶ 82^{ème} rang sur 100 départements en 2008 d'après le site www.salairemoyen.com – rang calculé à partir des données 2008 de l'INSEE.

³⁷ NB : l'autre moitié de son temps de travail est effectué au sein du CAMSP géré par l'AIDAPHI à Châteauroux.

³⁸ NB : en conservant une cohérence globale et le principe des regards croisés

- A l'inverse, lorsque cela s'avère nécessaire, **le temps de diagnostic peut être considérablement augmenté** (si des bilans sont demandés dans plusieurs spécialités, pour les enfants présentant des pathologies très lourdes par exemple, et si l'on inclut le temps d'interprétation des résultats par les professionnels, la phase de diagnostic peut représenter jusqu'à 8 heures de travail, ce qui est largement supérieur au temps mobilisé pour 6 séances « classiques » de diagnostic – 6 x 40 minutes environ, soit 4 heures).
- Le directeur administratif a souligné que **les choix faits en termes d'accompagnement ont un impact direct sur le niveau et le coût de l'activité**. Ainsi, le fait d'avoir privilégié le développement d'antennes, qui permet aux enfants de voir leurs délais de transport réduits, implique, à l'inverse, que les professionnels consacrent une certaine partie de leur temps de travail aux déplacements, tout en maintenant le temps de contact direct avec les jeunes et le nombre de séances réalisées. Par ailleurs, le fait de recevoir des adolescents en très grande difficulté implique un absentéisme et un turn-over plus important.

2. Articulation du CMPP avec ses partenaires

- Le directeur médical déplore la **politique prônée en matière de non redoublement** au sein de l'Education nationale, qui a selon lui pour effet d'accroître les difficultés des enfants potentiellement concernés et leur sentiment d'échec face à l'institution scolaire.
- Parallèlement, il regrette que les crédits consacrés à la **formation continue des enseignants** soit en diminution et que leur formation initiale ne leur permette pas d'appréhender les difficultés de certains enfants.
- De la même façon, le directeur médical déplore le **manque de moyens dont disposent les services sociaux** pour accompagner les enfants (en termes d'effectifs comme en termes de compétences).
- Enfin, en ce qui concerne l'offre de soins alternative et/ou complémentaire, le directeur du CMPP a déploré le **manque de psychiatres, d'orthophonistes et de psychomotriciens dans le département ainsi que le manque de moyens de l'intersecteur de psychiatrie infanto juvénile**.

B. Réponses à apporter

1. En interne

- Aujourd'hui, et avant le lancement de tout nouveau projet, le directeur administratif souhaite **stabiliser ses équipes et former progressivement les professionnels les plus jeunes** (les psychologues en particulier, encadrés par le directeur médical).
- D'une façon générale néanmoins, l'équipe du CMPP souhaiterait **pouvoir consacrer davantage de temps au travail interdisciplinaire, aux rencontres avec les parents et au travail partenarial**.

En effet, le directeur administratif et le directeur médical regrettent de devoir constamment arbitrer entre ces différents moments de travail « indirect » et les séances de prise en charge individuelle.

De la même façon, ils nous ont indiqué limiter le nombre de « doubles séances » alors même qu'elles seraient pertinentes dans certains cas, parce que la deuxième séance réalisée auprès d'un enfant sur une même journée ne peut être facturée³⁹.

³⁹ Cf. volet 1

2. Préconisations d'ordre général

- Le directeur administratif du CMPP estime qu'il serait intéressant de **comptabiliser le temps consacré à la phase de bilan** (qui constitue une des missions essentielles des CMPP mais qui se traduit de façon très variable selon les CMPP), et de **le mettre ainsi en perspective avec le nombre et le coût des séances réalisées**, qui intègre sur l'ensemble de l'activité réalisée le coût très supérieur correspondant au temps nécessaire pour réaliser ces bilans (cf. page précédente).
- Le directeur administratif du CMPP a insisté, d'une façon générale, sur l'impossibilité d'appréhender l'activité des CMPP – et de comprendre les différences parfois importantes entre les CMPP – sans **analyser les caractéristiques du territoire concerné et l'offre de soins dont il dispose**⁴⁰

⁴⁰ NB : en ce qui concerne l'activité des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, le Directeur a noté que le nombre d'ETP pourvus par spécialités constitue un indicateur plus pertinent que le nombre de sites ou le nombre de jours d'ouverture par an.



CMPP de Tours, Association du CMPP d'Indre et Loire Indre-et-Loire (37)

INTRODUCTION

Au 31/12/2008, comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, le CMPP d'Indre-et-Loire compte un directeur médical, pédopsychiatre, ainsi que quatre autres pédopsychiatres (dont un pédopsychiatre se déplaçant sur le site de Ligueil).

Nous avons rencontré le directeur administratif et pédagogique ainsi que la directrice médicale le 29 avril 2010.

I. CLASSIFICATION UTILISEE ET MODE DE RECUEIL DE L'INFORMATION

A. Choix ou non d'une classification

L'équipe a commencé à utiliser la CFTMEA en 1997 suite à la réflexion menée sous l'égide de l'Association nationale des CMPP, au sein de laquelle le CMPP d'Indre-et-Loire jouait alors un rôle moteur.

L'objectif était alors d'adopter des références communes, et la CFTMEA, parce qu'elle recense à la fois les difficultés / pathologies rencontrées et les facteurs qui leur sont associés, le contexte dans lequel elles se situent, est apparue comme étant la plus pertinente⁴¹.

Dès la fin des années 1990, un accord a été signé entre le CMPP d'Indre-et-Loire et l'Assurance maladie pour que les cotations CFTMEA soient utilisées dans le cadre des demandes d'ententes préalables⁴², ce qui a permis un gain de temps en termes de travail administratif⁴³.

Néanmoins, la directrice médicale, qui travaille au CMPP d'Indre-et-Loire depuis 1999, a précisé que l'application de la CFTMEA au sein des différentes équipes s'est faite de façon progressive, un temps d'appropriation et d'harmonisation s'avérant nécessaire.

Elle a également insisté sur le fait que, si la classification est utile en tant qu'outil de réflexion au moment du diagnostic et des réunions de synthèse, son intérêt est en revanche limité pour analyser de façon isolée les évolutions d'un enfant.

Aujourd'hui, le CMPP envisage de mettre en place une double cotation CFTMEA / CIM 10, cette dernière classification étant utilisée par les hôpitaux et par la MDPH.

B. Mode de recueil des données

NB : les données fournies concernent les enfants cotés au sein des équipes des sites de Tours et de Ligueil.

⁴¹ La CIM 10 recense uniquement les symptômes et ne prend pas en compte les caractéristiques contextuelles.

⁴² Rappel : au-delà des 6 séances de diagnostic, les suivis en CMPP sont soumis à entente préalable avant d'être pris en charge par l'Assurance Maladie. Le médecin doit donc établir un document indiquant les difficultés de l'enfant et le type de prise en charge proposé – document ensuite transmis à la CPAM.

⁴³ NB : auparavant, les difficultés des enfants étaient décrites.

Les cotations sont fixées à l'issue de la réunion de synthèse par le responsable de chaque unité⁴⁴. Au cours de cette réunion, chaque intervenant (les psychologues en premier lieu mais aussi les psychomotriciens ou d'autres professionnels) effectue un compte rendu des séances effectuées avec l'enfant et propose éventuellement une cotation.

La directrice médicale estime que la classification est utilisée de façon homogène dans les différentes unités – *a minima* pour les grandes catégories (« autisme et troubles psychotiques », « troubles névrotiques », « pathologies limites », etc.). Elle a néanmoins souligné la complexité particulière de poser des diagnostics au sein de l'Unité consacrée aux adolescents.

En ce qui concerne les facteurs environnementaux, la directrice médicale a insisté sur le fait que seuls sont cotés ceux qui, d'une part, sont avérés, et, d'autre part, ont un impact – là encore avéré – sur les difficultés de l'enfant.

Sur ce point, elle a cité deux exemples :

- La sous-catégorie « alcoolisme ou toxicomanie d'un ou des parents » (21.6) n'est cotée que lorsque les faits sont avérés. Dans le cas où de tels facteurs sont mentionnés par une tierce personne (la mère par exemple, à propos du père), sans que le médecin puisse être certain de leur existence effective, ce dernier retiendra la sous-catégorie 21.8, soit « autres », au sein de la même catégorie 21 : « troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille »
- La séparation des parents, trop systématiquement cotée par certains professionnels (25.3) selon la directrice médicale, ne doit en principe être cotée que si elle a un impact avéré sur les difficultés de l'enfant. Or, selon elle, l'enjeu est moins la séparation en elle-même que la façon dont va se dérouler la période qui la suit⁴⁵.

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge

La cotation fixée initialement pour un enfant est enregistrée dans le logiciel commun à toutes les équipes.

La cotation fixée à l'issue de la phase de diagnostic (cotation dite « initiale ») peut être mise à jour ultérieurement à l'occasion d'une synthèse d'évolution. Un compte rendu de la situation des enfants est en effet établi au moins une fois par an, au moment du renouvellement de la demande d'entente préalable auprès de la CPAM.

Il faut noter ici une problématique spécifique au CMPP de Tours : lorsqu'une cotation « initiale » est modifiée, la nouvelle cotation enregistrée efface la précédente. Autrement dit, si des enfants diagnostiqués en 2008 ont par la suite vu leur cotation changer, c'est la cotation la plus récente uniquement qui est conservée dans le logiciel et qui nous a été fournie⁴⁶.

Ce problème informatique, qui limite les possibilités d'analyse des évolutions, va être résolu à compter de l'année 2010 grâce à l'acquisition d'un nouveau logiciel.

Pour l'axe I, contrairement aux dossiers papiers, qui comportent trois cases et donc potentiellement trois cotations, le logiciel utilisé par le CMPP permet l'enregistrement d'une seule difficulté / d'un seul type de trouble.

Du fait des modalités d'enregistrement décrites précédemment, le total des cotations indiqué pour l'année 2008 comme pour l'année 2003 comprend à la fois des cotations initiales et des cotations survenues en cours de suivi (un même enfant ne peut en revanche apparaître deux fois).

⁴⁴ Rappel : les professionnels du CMPP sont répartis dans quatre unités sur le site de Tours – trois unités accueillant des enfants de tous âges et une unité consacrée aux adolescents – et sur le site de Ligueil. Chaque unité mobilise une équipe de diagnostic et une équipe de suivi.

⁴⁵ Ainsi, en fonction de la situation concrète vécue par l'enfant, le fait que ses parents soient séparés / divorcés pourra faire l'objet d'une cotation en 25.3 (soit « enfants de parents divorcés ou séparés quelque soit le mode de garde ») mais aussi 21.7 (soit perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial) par exemple, en cas de conflit grave.

⁴⁶ Il aurait fallu, pour recueillir les cotations fixées en 2008 pour les enfants diagnostiqués en 2008, que l'équipe consulte l'ensemble des dossiers papiers – ce qui, compte tenu du nombre d'enfants diagnostiqués chaque année au CMPP de Tours, aurait représenté un temps de travail considérable.

En ce qui concerne l'axe II, le logiciel utilisé permet l'enregistrement de trois facteurs au maximum par enfant pour la partie A – facteurs organiques, et de cinq facteurs au maximum par enfant pour la partie B – facteurs environnementaux, ce qui contraint les équipes à mettre en avant les facteurs qui auraient, selon elles, le plus d'impact sur les difficultés constatées – exercice qui comporte une part importante de subjectivité, comme l'a noté la directrice médicale.

II. PROFIL ET EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008

1. Pathologies / difficultés rencontrées

Axe I	2008
Autisme et troubles psychotiques	36
Troubles névrotiques	693
Pathologies limites	468
Troubles réactionnels	84
Déficiences mentales	10
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	43
Troubles des conduites et du comportement	6
Troubles à expression somatique	< 5
Variation de la normale	44

La directrice médicale a insisté sur les deux types de difficultés les plus fréquemment constatées chez les enfants reçus au CMPP : **les troubles névrotiques et les pathologies limites.**

- Elle a indiqué que les troubles névrotiques sont souvent associés à d'autres troubles (non enregistrés dans le logiciel, comme indiqué précédemment), qui peuvent relever de la psychomotricité ou de l'orthophonie et conduire à une prise en charge multidisciplinaire.
- De la même façon, elle a insisté sur le fait que les troubles cotés comme pathologies limites s'accompagnent de difficultés multiples, aux niveaux social et scolaire en particulier. Ce type de troubles peut être très « visible », parce qu'il donne lieu à des manifestations « bruyantes » ou, à l'inverse, s'exprimer à travers une très grande inhibition.

Comme en témoignent les données fournies, la part d'enfants relevant de la catégorie « autisme et troubles psychotiques » est limitée au regard de l'effectif global, la plupart d'entre eux étant orientés vers des hôpitaux de jour, des CMP ou des établissements médico-sociaux.

2. Facteurs

a. Facteurs organiques

Axe II-A	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	224
Facteurs anténataux d'origine maternelle	14
Facteurs périnataux	51
Atteintes cérébrales post-natales	7
Maladies d'origine génétique ou congénitales	16
Infirmités et affections somatiques à long cours	55
Epilepsie et convulsions	15
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	118
Autres	21
Pas de réponse possible faute d'information	820

Contrairement à ce que nous avons constaté dans la plupart des autres CMPP de la région, le CMPP d'Indre-et-Loire ne dispose pas d'informations concernant l'existence d'éventuels facteurs organiques pour la majorité des enfants diagnostiqués (486 cotations « pas de réponse possible faute d'information » sur 1339 en 2008), ce qui peut s'expliquer soit par un manque effectif d'informations recueillies par les professionnels, soit par le fait qu'aucun lien n'a été établi entre informations recueillies et difficultés rencontrées, soit, enfin, par le fait que les professionnels du CMPP, formés à la thérapie familiale, sont davantage attentifs aux facteurs environnementaux qu'aux facteurs organiques.

Les enfants ne présentant pas de facteur organique reconnu constituent la deuxième catégorie la plus cotée (464 cotations sur 1339).

Sur les 389 cotations marquant l'existence effective de facteurs environnementaux, les facteurs les plus représentés sont les antécédents de maladies somatiques dans l'enfance (138) et les facteurs périnataux (81).

La directrice médicale a insisté sur l'impact que peut avoir la récurrence d'une maladie somatique dans l'enfance, en particulier en termes de scolarisation. Elle a également souligné que le fait qu'un enfant ait été régulièrement malade peut être interprété comme la somatisation de difficultés d'un autre ordre.

b. Facteurs environnementaux

Axe II-B	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	180
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	631
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	126
Mauvais traitements et négligences graves	< 5
Évènements entraînant la rupture de liens affectifs	75
Contexte socio-familial particulier	303
Autres	21
Pas de réponse possible par défaut d'information	32

Contrairement à ce que l'on a pu noter dans la plupart des CMPP utilisant la CFTMEA, **les troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille constituent le facteur environnemental le plus souvent coté** par les équipes du CMPP d'Indre-et-Loire (631 cotations sur 1372). Au sein de cette catégorie dominent les « perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial » (246 cotations).

On note en revanche, comme dans les autres CMPP, que **les enfants ne présentant aucun facteur environnemental sont largement minoritaires**.

De la même façon, comme dans les autres CMPP, les enfants cotés comme présentant un « contexte socio familial particulier » sont, pour la plupart, des enfants de parents divorcés ou séparés.

Axe II - B	2008
Gemelité	7
Enfant actuellement placé	28
Enfant adopté	12
Enfant de parents divorcés ou séparés quelque soit le mode de garde	189
Enfant élevé par les grands parents	0
Famille monoparentale	14
Famille immigrée ou transplantée	25
Maladie organique grave d'un parent	11
Milieu socio-familial très défavorisé	< 5
Autres	14

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années

1. Grandes tendances : complexification des difficultés et accroissement des facteurs environnementaux

a. Difficultés

Axe I	2003	2008
Autisme et troubles psychotiques	9	36
Troubles névrotiques	589	693
Pathologies limites	536	468
Troubles réactionnels	68	84
Déficiences mentales	22	10
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	65	43
Troubles des conduites et du comportement	-	6
Troubles à expression somatique	11	< 5
Variation de la normale	75	44

La directrice médicale nous a déclaré avoir constaté depuis son arrivée une **aggravation des pathologies** et, de ce fait, une diminution des différences entre public accueilli en CMPP et public accueilli en CMP.

Le directeur a néanmoins noté que ce ressenti n'était pas commun à l'ensemble des professionnels du CMPP, et notamment aux personnels les plus récemment recrutés.

Par ailleurs, sur la période 2003-2008, cette aggravation n'apparaît pas dans les données chiffrées. Si l'on prend comme indicateur d'aggravation l'évolution des catégories « autisme et troubles psychotiques » et « pathologies limites », on constate ainsi que les effectifs concernés ont dans les deux cas diminué, alors même que le nombre total de cotations a augmenté. Dans ce cadre, on peut émettre plusieurs hypothèses :

- L'analyse de l'évolution des difficultés rencontrées par les enfants est faussée par le fait que les cotations survenues en cours de suivi ont effacé les cotations initiales (autrement dit, parmi les données dont nous disposons, certaines concernent les difficultés présentées par l'enfant à son entrée au CMPP ; d'autres à n+1, n+2, etc.) ;
- La période de 5 ans allant de 2003 à 2008 n'est peut-être pas suffisamment longue pour permettre de mettre en évidence de grandes évolutions (que ce soit d'ailleurs en ce qui concerne les difficultés ou en ce qui concerne les facteurs) ;
- Les pédopsychiatres ont sans doute évolué au fil du temps dans leur façon de coter, comme la Directrice médicale l'a évoqué (cf. partie I). Même si elle était déjà systématique, l'utilisation de la CFTMEA n'était pas encore harmonisée en 2003 au sein des différentes équipes.

b. Facteurs

Axe II - A	2003	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	464	224
Facteurs anténataux d'origine maternelle	40	14
Facteurs périnataux	81	61
Atteintes cérébrales post-natales	4	7
Maladie d'origine génétique ou congénitale	22	16
Infirmités et affections somatiques à long cours	57	55
Epilepsie et convulsions	20	15
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	138	118
Autres	27	21
Pas de réponse possible faute d'information	486	820

Axe II - B	2003	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	202	180
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	627	631
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	159	126
Mauvais traitements et négligences graves	9	< 5
Évènements entraînant la rupture de liens affectifs	59	75
Contexte socio-familial particulier	280	303
Autres	17	21
Pas de réponse possible par défaut d'information	18	32

Selon le directeur administratif et pédagogique et la directrice médicale, **de plus en plus de facteurs externes, en particulier sociaux, sont mis en évidence par les équipes.**

Là encore, cette évolution n'apparaît pas de façon flagrante dans les données dont nous disposons. Nous pouvons émettre les mêmes hypothèses sur ce point que concernant l'évolution des difficultés rencontrées (cf. précédemment).

2. Hypothèses quant aux causes de ces évolutions

La directrice médicale a cité, parmi les facteurs pouvant expliquer la complexification des difficultés des enfants reçus, plusieurs éléments (qui, là encore, n'apparaissent pas de façon flagrante dans les données chiffrées) :

- **L'augmentation du nombre de familles en situation de précarité**⁴⁷ (parents au chômage, parfois en fin de droits) ;
- **L'augmentation du nombre de divorces et de familles recomposées** ;
- **L'amointrissement de la prise en charge auparavant assumée par l'école**, en lien avec la diminution des RASED ;
- **Les situations de sous-effectif dont souffrent parallèlement les autres principaux acteurs de la prise en charge des enfants et des familles** que sont les hôpitaux et les services sociaux – situations qui produisent une augmentation des délais d'attente et/ou un amoindrissement de la prise en charge.

III. BESOINS MIS EN EVIDENCE ET REPONSES A APPORTER

A. Conséquences des évolutions constatées / problématiques soulevées

1. Evolution du volume et de la nature de l'activité en interne

- D'une façon générale, le temps consacré aux familles a augmenté. Il peut être particulièrement accru dans certains contextes : enfants de parents séparés / divorcés (le CMPP reçoit et tient informés les deux parents) ; enfants placés (selon la situation⁴⁸, le CMPP travaille en lien avec les parents ainsi qu'avec la famille d'accueil).
- Compte tenu des difficultés des enfants reçus et des évolutions évoquées précédemment, les équipes du CMPP ont mené une réflexion sur l'accueil du public. Deux procédures d'accueil spécifiques ont ainsi été mises en place.

⁴⁷ NB : parmi celles qui sont reçues sur le secteur de Ligueil, de nombreuses familles relèvent de l'ASE.

⁴⁸ A titre d'exemple, des mesures judiciaires peuvent avoir été ordonnées et interdire au CMPP de recevoir conjointement un des parents et l'enfant.

- Suite à un constat réalisé à l'échelle du département et en lien avec le centre hospitalier de Tours⁴⁹, le CMPP a mis en place depuis 2002 une procédure d'accueil spécifique pour les **adolescents** en situation de « crise » permettant davantage de réactivité dans le lancement de la phase de traitement, en particulier dans le cas de situations jugées graves et/ou dangereuses (tentatives de suicide, faits de délinquance, déscolarisation, etc.)
 - Le CMPP a mis en place des séances de **thérapie familiale** réunissant parfois l'ensemble des fratries ainsi que des consultations parentales, assurées par un binôme de psychothérapeutes. Ces séances n'impliquent pas de passer par une phase de diagnostic et ne sont pas obligatoirement associées à la prise en charge individuelle d'un enfant.
- Parallèlement, le CMPP a développé les prises en charge en groupe, notamment pour les enfants présentant des pathologies limites. Dans ce cadre, des formations portant sur ce type d'accompagnement – qui peut concerner toutes les spécialités – ont été menées en interne auprès des professionnels.

A titre d'exemple, au sein de l'Unité adolescents, deux groupes ont été mis en place, réunissant pour l'un, des adolescents et, pour l'autre, des parents d'adolescents.

2. Articulation du CMPP avec ses partenaires dans le cadre des prises en charges

- Le directeur administratif et pédagogique et la directrice médicale ont indiqué que, compte tenu des difficultés constatées et de l'importance des facteurs environnementaux, le travail « périphérique » mené avec les différents partenaires (services sociaux, MDPH, médecine scolaire, etc.) a considérablement augmenté.
- Parallèlement, ces mêmes partenaires connaissent, pour certains, des situations récurrentes de sous-effectifs qui les empêchent d'assurer leurs missions. Au-delà de l'augmentation du temps de travail avec les familles qui découle de cette situation, le CMPP peut être amené à réaliser des bilans qui auraient auparavant été pris en charge par l'école ou par les services sociaux.
- Enfin, le CMPP nous a indiqué avoir formalisé un partenariat avec l'intersecteur infanto-juvénile dont relève le secteur de Ligueil, avec lequel il va mutualiser certains moyens.

B. Réponses à apporter

1. En interne

- Le CMPP souhaiterait disposer de moyens spécifiques pour les thérapies familiales et les groupes, qui ont été mis en place à moyens constants et se déroulent par conséquent au détriment des prises en charge individuelles.
- De façon plus générale, afin de répondre aux demandes des familles et aux besoins constatés par les équipes, le CMPP souhaiterait créer un service d'aide et de soutien à destination des familles.
- Un des postes de psychopédagogues mis à disposition auparavant par l'Education nationale étant supprimé en septembre 2010, le CMPP souhaiterait pouvoir recruter un éducateur ou une assistante sociale pour assurer le maintien des liens avec les écoles.
- Le directeur administratif et pédagogique estime que le site de Ligueil, qui accueille un grand nombre d'enfants orientés par l'Aide sociale à l'enfance, dispose de moyens insuffisants compte tenu des besoins constatés.

⁴⁹ Cf. volet 1 de cette étude

→ De la même façon, le CMPP, qui a bénéficié du financement de 2,5 ETP supplémentaires dans le cadre de la création de ses antennes de Langeais et d'Amboise, redoute que ces moyens ne soient pas suffisants. En effet, même s'il est probable que certaines familles résidant à proximité de ces nouveaux sites vont désormais s'y rendre plutôt qu'à Tours, le directeur estime que la création de nouveaux sites sur le département va susciter de nouvelles demandes, de la part de familles qui n'étaient jusqu'alors pas entrées en contact avec le CMPP du fait de la distance entre leur domicile et le site de Tours.

2. Préconisations d'ordre général

- Même si le passage en dotation globale au 1er janvier 2010 a permis à l'équipe d'avoir une plus grande souplesse pour travailler avec les partenaires du CMPP, le directeur administratif et pédagogique souhaiterait, comme préconisé à l'issue du volet 1 de cette étude, que le travail « indirect » mené avec les partenaires extérieurs soit davantage valorisé afin de pouvoir y consacrer plus de temps. Il a notamment déploré que ne soit pas comptabilisé le travail mené par les personnels en amont de l'inscription des enfants (appels téléphoniques, visites à la MDPH, participation à des réunions de synthèse, etc.) et souhaiterait pouvoir faire apparaître le temps qui lui est dédié.
- A cette occasion, le directeur administratif et pédagogique et la directrice médicale ont insisté sur le fait que l'activité d'un CMPP ne peut être analysée sans que soient étudiées les spécificités du territoire sur lequel il intervient et les partenaires sur lesquels il peut s'appuyer.
- Dans un autre domaine, le directeur administratif et pédagogique a souligné l'intérêt que présenterait un tableau de suivi commun à l'ensemble des CMPP, qui comprendrait des indicateurs construits collectivement et qui pourraient être, par exemple, outre des éléments d'informations sur le plateau technique et les modalités d'accompagnement, le nombre de synthèses mises en place sur une année ou encore le nombre de réunions avec des partenaires extérieurs.



CMPP de Blois, AIDAPHI Loir-et-Cher (41)

INTRODUCTION

Au 31/12/2008, comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, le CMPP de Blois comptait une directrice médicale, médecin psychiatre, ainsi que deux autres psychiatres.

Le site de Blois rassemble deux équipes, encadrées toutes deux par un médecin psychiatre, et le troisième psychiatre encadre l'équipe de Mer. A ce jour, l'équipe de Vendôme ne dispose pas de médecin référent, et un des psychiatres se rend une à deux fois par mois sur le site (pour assister aux réunions de synthèse, en particulier lorsque des prescriptions médicales sont nécessaires, ainsi que pour rencontrer certains parents).

La directrice médicale a depuis quitté sa fonction de direction mais est toujours présente au sein de l'établissement en tant que médecin psychiatre.

Nous avons rencontré le 4 juin 2010 le directeur ainsi qu'un des trois médecins psychiatres, qui travaille au sein du CMPP de Blois depuis 1997.

I. ABSENCE DE CLASSIFICATION ET ENJEUX

Aucune classification n'est utilisée actuellement au CMPP de Blois.

Les trois médecins psychiatres sont de formation psychanalytique et ont un positionnement spécifique vis-à-vis des enfants reçus. Par exemple, les troubles sont appréhendés comme la manifestation d'une souffrance mentale plus que comme une pathologie.

Dans ce contexte, le choix de ne pas coter répond à la volonté de ne pas figer le regard porté sur l'enfant en posant un diagnostic à un instant T. Le psychiatre que nous avons rencontré a également souligné le risque de déshumanisation que comporte selon lui le fait de coter. Enfin, il a noté qu'une même classification peut être utilisée de façon sensiblement différente selon les médecins.

Néanmoins, dans le même temps, le médecin psychiatre que nous avons rencontré a insisté sur le fait que, même si elles ne donnent pas lieu à des cotations, les difficultés rencontrées par les enfants font l'objet de discussions en équipe au cours des réunions de synthèse.

A l'issue de la phase de bilan, l'élaboration de la demande de prise en charge implique, pour les médecins, de poser des éléments de diagnostic. Néanmoins, là encore, la volonté de ne pas figer le diagnostic, associée à une volonté de préserver la confidentialité des informations relatives aux enfants, conduit les médecins à limiter le descriptif des difficultés rencontrées.

Parallèlement, le médecin psychiatre nous a indiqué que quelques éléments d'informations concernant la famille de l'enfant peuvent être notés dans les dossiers, mais que cela reste très limité.

Il est intéressant de noter que la mise en place éventuelle de cotations fait l'objet de discussions régulières en équipe, d'autant plus que le directeur administratif estime qu'elle permettrait de rendre plus lisible, pour les partenaires extérieurs (les financeurs en particulier) l'activité menée au sein du CMPP.

Suite au lancement de l'étude sur les CMPP et notamment dans le cadre de l'étude plus spécifique, dans ce volet 2, des caractéristiques psychopathologiques des enfants reçus, les psychiatres ont ainsi réfléchi à la possibilité de coter les enfants reçus sur une période déterminée afin de nous fournir quelques éléments d'informations chiffrées en complément des informations qualitatives transmises au cours de l'entretien.

Les cotations ne pouvant être « reconstituées » a posteriori pour les enfants diagnostiqués au cours de l'année 2008, ils nous ont fourni à titre indicatif des cotations correspondant à l'axe I de la CFTMEA, c'est-à-dire aux catégories cliniques, pour les enfants diagnostiqués du 1^{er} janvier au 30 juin 2010.

NB : une cotation n'a pu être « reconstituée » que pour les enfants dont la phase de diagnostic a été conclue par une préconisation de traitement (et a donné lieu à la rédaction d'une demande d'entente préalable).

II. PROFIL ET EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

A. Les difficultés rencontrées par la population accueillie en 2010

Axe I	2010
Autisme et troubles psychotiques	< 5
Troubles névrotiques	42
Pathologies limites	< 5
Troubles réactionnels	16
Déficiences mentales	0
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	14
Troubles des conduites et du comportement	8
Troubles à expression somatique	6
Variations de la normale	23

D'après les données recueillies en 2010, la majorité des enfants reçus au sein du CMPP de Blois présente des **troubles névrotiques**, ce qui est commun à la plupart des CMPP de la région.

En revanche, on note un nombre important d'enfants relevant de la catégorie « variations de la normale » par rapport à ceux qui sont constatés dans les autres CMPP. Cette information peut difficilement être analysée de façon isolée et sur un nombre d'enfants aussi restreint, mais il serait intéressant de voir si cette tendance se confirme au cours des prochaines années et d'en analyser les causes éventuelles.

Remarque :

Même si l'équipe n'utilise pas de classification à proprement parler, les explications fournies par les parents à la secrétaire au moment de l'inscription au CMPP donnent lieu à une répartition des enfants dans différents items, ce qui permet d'organiser l'accueil lors des réunions dites « de planning » (qui rassemblent le directeur, un médecin, l'assistante sociale et la secrétaire) et de répartir les prises en charge entre les différents professionnels, en se conformant autant que possible à la demande formulée (même si une autre problématique est perçue en arrière-plan).

Les neuf items déterminés collectivement sont les suivants :

- Difficultés scolaires
- Difficultés orthophoniques
- Difficultés psychomotrices
- Troubles du comportement
- Difficultés d'ordre psychosomatique
- Difficultés liées à un handicap
- Difficultés psychologiques
- Difficultés réactionnelles (liées à évènement ...)
- Manque de données concernant l'enfant

Pour l'année 2008, d'après le rapport d'activité et comme présenté dans le volet 1 de cette étude⁵⁰, les enfants accueillis ont été répartis comme suit :

Répartition des enfants	2010
Difficultés scolaires	19
Difficultés de langage	42
Difficultés psychomotrices	29
Difficultés de comportement	85
Problèmes somatiques et médicaux	7
Handicaps sensoriels et moteurs	< 5
Troubles psychologiques	131
Troubles réactionnels	25
Manque d'informations	19

Apparaissent ainsi de façon prédominante les troubles psychologiques, d'où l'importance prépondérante des psychothérapies parmi les suivis (57 % en 2008)⁵¹.

B. Evolution des difficultés des enfants accueillis au cours des dernières années

Le médecin psychiatre que nous avons rencontré s'est interrogé sur l'hypothèse d'une aggravation des difficultés des enfants reçus, émise par un certain nombre de ses confrères au sein des autres CMPP de la région. Il estime d'ailleurs que la durée et la fréquence des prises en charge, de même que le nombre de prises en charge multidisciplinaires, n'ont pas augmenté de façon significative au cours des dernières années – ce qui pourrait traduire de façon objective une telle évolution.

Selon lui, ce ressenti d'aggravation / de complexification peut s'expliquer :

- Par le fait que le travail réalisé auprès des enfants est plus approfondi et permet par conséquent d'appréhender davantage la complexité de leurs difficultés ;
- Par un accroissement de la pression sociale exercée envers les enfants, une hausse des exigences auxquelles ils doivent répondre, notamment au sein de l'institution scolaire.

En effet, selon le médecin psychiatre que nous avons rencontré, les critères en termes d'intelligence et de capacité d'adaptation ont évolué. L'école (et la société en général ?) serait davantage consciente des difficultés rencontrées par certains enfants, tout en souhaitant que ces dernières disparaissent totalement.

III. BESOINS MIS EN EVIDENCE ET REPONSES A APPORTER

A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées

1. Evolution de la nature de l'activité en interne

Dans le contexte mouvant évoqué précédemment et compte tenu de l'importance des facteurs environnementaux⁵², le médecin psychiatre que nous avons rencontré estime que le rôle du CMPP est de développer la capacité à s'exprimer des enfants et des familles afin qu'ils soient en capacité de s'adapter à leur environnement et que soient minimisés les risques de passages à l'acte.

⁵⁰ NB : les termes utilisés pour les différentes catégories dans le questionnaire envoyé à l'ensemble des CMPP étant légèrement différents, le graphique présenté ci-dessus n'est pas identique à celui qui a été présenté dans le volet 1.

⁵¹ Cf. volet 1 de cette étude.

⁵² Même si nous ne disposons pas sur ce point de données chiffrées, le médecin psychiatre que nous avons rencontré a insisté, comme ses confrères des autres CMPP de la région, sur le fait que « si la famille n'évolue pas, l'enfant n'évolue pas ».

→ Par conséquent, le travail réalisé par chaque professionnel auprès des familles a augmenté. Le médecin psychiatre que nous avons rencontré a parlé de « guidance parentale » plutôt que de thérapie familiale. Cet accompagnement consiste notamment, pour certains parents, à diminuer leurs angoisses concernant les difficultés de l'enfant et, d'une façon générale, à relativiser leurs exigences.

La thérapie familiale en tant que telle, suspendue suite au départ à la retraite du thérapeute qui l'animaient, devrait être remise en place en 2011, date à laquelle deux psychologues auront été formés à cette spécialité.

Par ailleurs, un groupe de parole à destination des parents, animé par un psychologue et une assistante sociale spécifiquement formée, a été mis en place en 2010.

→ En ce qui concerne les suivis des enfants, cinq groupes ont été mis en place, notamment dans un objectif d'aide à la socialisation. Ils sont animés par deux professionnels et rassemblent entre trois et six enfants ayant des difficultés dans leur relation aux autres et pour lesquels la prise en charge individuelle ne s'avère pas adéquate ou suffisante (les enfants participent donc aux séances de groupe soit après le suivi individuel soit parallèlement à celui-ci).

2. Articulation du CMPP avec ses partenaires dans le cadre des prises en charges

→ Comme cela a été mentionné à l'occasion de la réalisation du volet 1 de cette étude, l'équipe du CMPP de Blois déplore la disparition du poste de directeur pédagogique⁵³, qui a provoqué un amoindrissement du partenariat avec l'école, auquel les professionnels ne peuvent consacrer du temps qu'au détriment de séances individuelles.

B. Réponses à apporter

→ Le directeur du CMPP déplore la **récurrence des situations de sous-effectif** qui touchent les orthophonistes et les médecins psychiatres (cf. absence de médecin référent à Vendôme). Cette situation a en effet pour conséquence un déficit d'activité et une persistance des délais d'attente.

→ Le directeur du CMPP estime qu'il serait pertinent d'ouvrir une **troisième antenne dans le sud est du département**, où résident un certain nombre d'enfants suivis pour lesquels le temps de transport (1h30 aller-retour approximativement) est considérable au regard du temps de prise en charge (35 minutes environ pour une séance).

Néanmoins, dans le même temps, il s'interroge sur la faisabilité de ce projet compte tenu des difficultés de recrutement.

→ Enfin, le directeur du CMPP estime qu'il serait nécessaire de **rendre possibles les prises en charge conjointes**.

Dans le cas du CMPP de Blois, celles-ci se réaliseraient essentiellement avec des orthophonistes travaillant en libéral, dont certaines orientent des enfants vers le CMPP, lorsqu'elles perçoivent une difficulté nécessitant un autre type de suivi. Or, dans le cadre de la réglementation actuelle et alors que le CMPP est confronté à une situation de sous-effectif en orthophonie, la prise en charge de tels enfants au sein du CMPP implique l'arrêt de l'accompagnement mené en libéral, ce qui n'est pas forcément pertinent sur le plan thérapeutique.

⁵³ La Directrice pédagogique mise à disposition par l'Education nationale n'a pas été remplacée suite à son départ à la retraite en 2006.



CMPP de Montargis, ADPEP Loiret (45)

INTRODUCTION

Au 31/12/2008, comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, le CMPP de Montargis comptait une directrice médicale, pédopsychiatre et unique médecin de l'établissement.

Celle-ci, qui partageait son temps de travail entre les deux sites du CMPP, soit Montargis et Gien, a démissionné de son poste de directrice médicale en mai 2010 et n'intervient plus que sur le site de Gien. Le poste de directeur médical n'est par conséquent pas pourvu à ce jour.

Nous avons rencontré le 1^{er} juillet 2010 la psychiatre encadrant l'équipe de Gien et ancienne directrice médicale, qui travaille au CMPP de Montargis depuis 1989⁵⁴.

I. CLASSIFICATION UTILISEE ET MODE DE RECUEIL DE L'INFORMATION

A. Utilisation d'une classification

A la demande de l'ADPEP 45, qui souhaitait améliorer la visibilité des actions menées, l'utilisation de la CFTMEA a été systématisée à partir de janvier 2008 pour les enfants diagnostiqués au sein du CMPP de Montargis. La CFTMEA avait cependant été utilisée de façon ponctuelle auparavant, sur des périodes courtes et en fonction des enquêtes menées au niveau national.

A partir de janvier 2008 donc, la classification a été mise à disposition des professionnels sur les sites de Montargis et de Gien et a fait l'objet de travaux de réflexion en équipe.

Pour l'année 2008, nous disposons uniquement des données relatives aux enfants diagnostiqués sur le site de Gien (73), les diagnostics réalisés sur le site de Montargis n'ayant pas fait l'objet de cotations.

Le caractère partiel des données recueillies qui impose une réelle prudence en termes d'analyse. En effet, les remarques concernant l'évolution et les besoins fondés sur l'analyse de ces données ne concernent que le site de Gien et ne s'appliquent pas au site de Montargis dont les caractéristiques n'ont pas été évoquées par la pédopsychiatre.

A titre d'information, le CMPP nous a cependant fourni des données relatives à l'année 2009, durant laquelle 130 enfants ont fait l'objet d'une cotation à Montargis, et 161 à Gien.

B. Mode de recueil des données

Une partie du temps médical budgété n'étant pas pourvu, la psychiatre ne rencontre pas l'ensemble des enfants. De ce fait, la cotation est fixée en équipe au cours des réunions de synthèse, ce qui permet de croiser les regards des différents professionnels.

Les cotations fixées sont ensuite recensées par la psychiatre et transmises de façon anonymée à la directrice administrative.

⁵⁴ NB : La psychiatre a commencé à travailler au CMPP avant que la gestion de ce dernier ne soit reprise par l'ADPEP 45 (il était auparavant géré par une association spécifiquement créée par ses fondateurs, une psychiatre et un médecin).

Comme nous le verrons plus loin, la psychiatre a dissocié dans son recueil des cotations les catégories principales et les facteurs associés. Pour quelques enfants (6 sur les 73 diagnostiqués en 2008 à Gien), la difficulté de poser un diagnostic a conduit la psychiatre à coter uniquement une manifestation associée (considérée comme étant la plus représentative) – dans l'attente de fixer éventuellement *a posteriori* une catégorie clinique principale.

Les facteurs organiques, lorsqu'ils existaient, ont tous été cotés. Les facteurs environnementaux, qui peuvent être très hétérogènes, ont en revanche été limités à trois par enfant. La psychiatre a par ailleurs insisté sur le fait que ces facteurs ne sont cotés que lorsqu'un lien est établi avec les difficultés de l'enfant

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge

La psychiatre nous a indiqué que, compte tenu de la libre accessibilité du personnel au réseau informatique et de sa volonté d'assurer le respect du secret médical, les cotations ne sont pas enregistrées informatiquement. Elles sont listées de façon anonyme dans un registre spécifique et peuvent faire l'objet d'une mise à jour en fonction des évolutions des enfants.

II. PROFIL ET EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008

1. Pathologies / difficultés rencontrées (en nombre d'enfants)

Remarques préalables :

→ Sur les 73 diagnostics effectués en 2008 sur le site de Gien, 6 n'ont pas donné lieu à une cotation principale : seuls les symptômes associés ont été recensés.

→ Par ailleurs, 49 manifestations associées ont été cotées pour les 73 enfants concernés. Elles apparaissent ci-dessus en italique

Axe I : catégories principales et manifestations associées	2008
Autisme et troubles psychotiques	13
Troubles névrotiques	26
Pathologies limites	19
Troubles réactionnels	< 5
<i>Déficiences mentales</i>	<i>(< 5)</i>
<i>Troubles du développement et des fonctions instrumentales</i>	<i>(23)</i>
<i>Troubles des conduites et du comportement</i>	<i>(13)</i>
<i>Troubles à expression somatique</i>	<i>(12)</i>
Variations de la normale	6

Les principales difficultés diagnostiquées chez les enfants reçus sur le site de Gien en 2008 relèvent des catégories :

→ Troubles névrotiques (26 enfants sur 73) ;

→ Pathologies limites (19 enfants – dont 9 cotés dans la sous-catégorie « pathologies limites avec dominante des troubles de la personnalité ») ;

→ Autisme et troubles psychotiques (13 enfants – parmi lesquels prédominent les psychoses précoces et les troubles thymiques)

Le nombre d'enfants concernés par ces deux dernières catégories est considérable par rapport à ce qui a été constaté dans les autres CMPP. Cela peut difficilement être analysé en tant que tel dans la mesure où ces données concernent la première année d'utilisation de la CFTMEA et le seul site de Gien. Il sera intéressant d'étudier les évolutions de ces catégories au cours des prochaines années⁵⁵.

Les manifestations associées les plus souvent cotées sont les troubles du développement et des fonctions instrumentales (23 cotations sur 49). Suivent, dans des proportions équivalentes, les troubles des conduites et du comportement et les troubles à expression somatique.

2. Facteurs (en nombre d'enfants)

a. Facteurs organiques

Axe II - A	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	55
Facteurs anténataux d'origine maternelle	
Facteurs périnataux	6
Atteintes cérébrales post-natales	
Maladies d'origine génétiques ou congénitale	
Infirmités et affections somatiques à long cours	11
Epilepsie et convulsions	< 5
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	< 5
Autres	
Pas de réponse possible faute d'informations	

Comme dans les autres CMPP de la région, la majorité des enfants diagnostiqués en 2008 ne présente pas de facteur organique (55 sur 73).

Parmi les facteurs organiques constatés, les infirmités et affections somatiques à long cours (en l'occurrence des troubles ORL) constituent la catégorie la plus représentée, contrairement à ce que l'on a pu constater dans les autres CMPP⁵⁶.

b. Facteurs environnementaux

Axe II - B	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	24
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	35
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	5
Mauvais traitements et négligences graves	
Evènements entraînant la rupture de liens affectifs	18
Contexte socio-familial particulier	32
Autres	
Pas de réponse possible faute d'informations	

Parmi les facteurs environnementaux dominent les catégories suivantes :

- « troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille » (35 enfants concernés) ;
- « contexte socio familial particulier » (32 enfants concernés, dont 22 ayant des parents divorcés ou séparés⁵⁷) ;
- « évènements entraînant la rupture de liens affectifs (18 enfants concernés).

⁵⁵ D'après les données qui nous ont été fournies pour l'année 2009, les trois catégories les plus représentées restent identiques, même si les ordres de grandeur varient.

⁵⁶ Là encore, cette tendance a été confirmée en 2009.

⁵⁷ NB : si l'on raisonne en sous-catégorie, cette dernière est la plus représentée, en 2008 comme en 2009.

Axe II – B / Contexte socio-familial particulier (détail)	2008
Gemelité	
Enfant actuellement placé	
Enfant adopté	
Enfant de parents divorcés ou séparés quelque soit le mode de garde	22
Enfant élevé par les grands parents	
Famille monoparentale	
Famille immigrée ou transplantée	5
Maladie organique grave d'un parent	< 5
Milieu socio-familial très défavorisé	< 5
Autres	

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années

1. Grandes tendances : augmentation des « pathologies limites » et accroissement des facteurs environnementaux

Selon la psychiatre, les équipes constatent une **complexification des pathologies des enfants reçus** et une **importance croissante des facteurs environnementaux**, dans les familles en situation de précarité comme dans les familles plus favorisées.

Plutôt qu'une aggravation des pathologies, la psychiatre a évoqué une évolution des modalités de construction psychique des enfants.

2. Hypothèses quant aux causes de ces évolutions et enjeux

La psychiatre a émis plusieurs hypothèses quant aux facteurs pouvant expliquer la complexification des difficultés des enfants.

Ont été citées en premier lieu, les **difficultés rencontrées par les parents** et leur impact sur les enfants⁵⁸ :

→ La **situation de précarité** croissante de certaines familles, au sein desquelles les deux parents sont parfois au chômage, ce qui rend difficile l'inscription de l'enfant dans une temporalité « classique » et l'appréhension de la notion de travail ;

→ L'augmentation du nombre de **divorces / séparations** et la « **fragilité** » de certaines **recompositions**.

La psychiatre a également évoqué les **effets néfastes provoqués par l'omniprésence, dans certains foyers, de la télévision, des jeux vidéos et des images transmises**, auxquelles les enfants sont soumis de façon passive, sans qu'un tri préalable ait été effectué par leurs parents – ces images venant en place des représentations imaginaires et du langage.

Enfin, selon l'équipe de Montargis, l'**absence de certaines structures sur le territoire** (hôpital de jour notamment) et le **manque de places au sein des établissements et services existants** (IME, JES, SESSAD) peut expliquer l'augmentation des demandes concernant des enfants dont les difficultés ne relèvent pas de l'ambulatoire.

⁵⁸ La psychiatre a insisté sur le fait que les difficultés propres aux parents, outre l'impact qu'elles ont sur les enfants, rendent plus difficile le travail des professionnels du CMPP – les effets des prises en charge étant souvent moindres lorsque la famille ne s'investit pas.

III. BESOINS MIS EN EVIDENCE ET REPONSES A APPORTER

A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées

- L'équipe de Montargis a souligné l'**augmentation du nombre de demandes d'inscription**, en particulier concernant des adolescents en souffrance et de très jeunes enfants présentant des troubles adaptatifs.
- **Le travail mené par les équipes auprès des familles a considérablement augmenté**, ces dernières sollicitant de plus en plus un soutien sur les plans éducatif ou social.
- Le CMPP fait le choix d'une **procédure d'accueil** qui permet que les premiers entretiens soient réalisés par un professionnel suite à une réflexion de l'équipe clinique à partir de la demande reçue. Le psychiatre reste garant de la procédure.
- L'**impossibilité de recruter un pédopsychiatre ou un pédiatre** depuis plusieurs années ne permet pas au CMPP de travailler comme le prévoit l'annexe XXXII. Pour pallier ce manque, le CMPP a **recours à un médecin généraliste ayant des compétences spécifiques** pour permettre au CMPP de continuer à travailler à Montargis.

B. Réponses à apporter

- La psychiatre regrette, compte tenu des difficultés d'une partie de la population résidant sur le territoire, qu'il n'y ait pas d'**assistante sociale à Gien**.
- La psychiatre a insisté sur la difficulté pour les équipes d'assurer l'accompagnement des enfants, d'avoir des temps de réflexion interdisciplinaires et, a fortiori, de mener un travail auprès des familles et des partenaires, compte tenu des **situations récurrentes de sous-effectifs** – cf. ETP budgétés mais non pourvus (temps de pédopsychiatre et d'orthophoniste).

Par ailleurs, l'Education nationale ne met plus à disposition du CMPP le psychopédagogue auparavant mobilisé sur 1 ETP. Celui-ci a été remplacé par un coordinateur pédagogique, mobilisé à mi-temps⁵⁹.

Compte tenu de l'augmentation des demandes, de la file active, et de la liste d'attente, la directrice souhaiterait qu'une **dotations supplémentaires** soit octroyée au CMPP, notamment dans le but d'augmenter le temps de psychologue et d'assistante sociale.
- Par ailleurs, compte tenu des difficultés rencontrées par les enfants accueillis et de leurs évolutions, la psychiatre estime qu'il serait nécessaire de diversifier les modes d'accompagnement, en proposant par exemple :
 - De **nouveaux groupes** (pour les adolescents par exemple, mais aussi pour les parents, ainsi que pour les professionnels partenaires dans le cadre des prises en charge : assistantes maternelles, psychologues scolaires, ou encore services sociaux) ;
 - Des **procédures d'accueil spécifiques** pour certains enfants et adolescents (lorsque leur situation est repérée comme particulièrement grave ou dangereuse – tentatives de suicides, anorexie, etc.).

⁵⁹ Ce qui pose la question, selon la directrice, du maintien du dernier « P » des CMPP

- En ce qui concerne la phase de diagnostic, la psychiatre estime qu'il serait intéressant de pouvoir **consacrer plus de temps à accueillir l'enfant et sa famille**, à faire connaissance, avant d'entamer dès les premières séances les bilans proprement dits et les tests (en orthophonie, en psychomotricité, etc.), qui peuvent susciter parfois des réactions négatives lorsque les enfants n'y sont pas suffisamment « préparés ».

- L'équipe du site de Montargis, qui s'est interrogé collectivement sur les besoins à mettre en évidence dans le cadre de cette étude, a souhaité quant à elle souligner la **nécessité de pérenniser la formation permanente, la réflexion sur les pratiques et la supervision** afin de favoriser la qualité du travail clinique réalisé.



CMPP d'Orléans, AIDAPHI Loiret (45)

INTRODUCTION

Au 31/12/2008, comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, le CMPP d'Orléans comptait un directeur médical, médecin psychiatre, ainsi que trois autres psychiatres et un pédopsychiatre. Depuis, un des psychiatres, qui supervisait l'équipe d'Orléans Nord-Ouest, a quitté le CMPP. Compte tenu des difficultés de recrutement, il a été remplacé par un médecin généraliste expérimenté et sensibilisé aux soins psychiques⁶⁰.

Dans le volet 1, nous avons noté également qu'en 2008, les professionnels du CMPP d'Orléans étaient répartis dans cinq équipes distinctes : Orléans centre, Orléans nord-ouest, Orléans nord-est, Orléans La Source et Sully-sur-Loire. Depuis, les équipes ont été réorganisées⁶¹ et sont au nombre de trois :

- Sully-sur-Loire
- Orléans nord-ouest
- Orléans nord-est / Orléans sud.

Nous avons rencontré le 11 juin 2010 :

- le directeur médical, qui outre sa mission de direction assume la responsabilité de l'antenne de Sully-sur-Loire suite au départ en mai 2010 du médecin de l'équipe ;
- les médecins référents des équipes Orléans nord-ouest (médecin généraliste cité précédemment) et Orléans nord-est / Orléans sud (médecin psychiatre) ;
- la directrice, salariée du CMPP depuis mai 2010 ;
- la directrice pédagogique.

I. CLASSIFICATION UTILISEE ET MODE DE RECUEIL DE L'INFORMATION

A. Utilisation partielle d'une classification

Le médecin psychiatre de l'équipe Orléans Nord-est / Orléans sud, qui travaille depuis près de 20 ans au CMPP, nous a indiqué que ses anciens collègues étaient opposés à l'idée d'utiliser une classification. Selon elle, la prise en compte des caractéristiques psychopathologiques était incompatible avec leur conception de l'accompagnement en CMPP, très orientée vers la psychanalyse.

Elle nous a expliqué que, de la même façon, les psychologues du CMPP étaient globalement réticents à l'idée d'utiliser une classification, craignant qu'une cotation ne fige le diagnostic et soit stigmatisante pour l'enfant et sa famille. Selon elle, les rééducateurs se sont davantage appropriés la CFTMEA.

Le directeur médical nous a indiqué qu'il partageait auparavant les réticences de ses confrères, mais que sa vision de la cotation avait évolué compte tenu de l'intérêt qu'elle peut avoir sur le plan clinique. En effet, telle que la conçoit le médecin psychiatre de l'équipe Orléans nord-est / Orléans sud, la cotation peut être utilisée comme un outil, une hypothèse de travail dans le cadre de la réflexion menée en réunion de synthèse, en vue de poser un diagnostic et d'élaborer une proposition d'accompagnement (ou de réorientation, si cela s'avère plus pertinent).

⁶⁰ Comme indiqué dans le volet 1 de l'étude, ce médecin a été formé à la spécialisation en psychiatrie par le Directeur médical du CMPP et par le biais du partenariat entre le CMPP et le centre hospitalier Daumezon.

⁶¹ Les enfants anciennement suivis par l'équipe d'Orléans centre ont été répartis entre l'équipe d'Orléans nord-ouest et l'équipe d'Orléans nord-est, et cette dernière a été réunie avec l'ancienne équipe d'Orléans La Source.

B. Mode de recueil des données

Compte tenu des oppositions expliquées plus haut, et à l'exception des cotations fournies à l'occasion des enquêtes INSERM, les médecins psychiatres du CMPP d'Orléans n'utilisaient jusqu'à présent aucune classification, à l'exception du médecin psychiatre de l'équipe Orléans nord-est / Orléans sud, qui a commencé à utiliser la CFTMEA – sans que ce soit systématique – après avoir pris connaissance des questions contenues dans les enquêtes INSERM diffusées tous les cinq ans.

Suite à l'annonce du lancement de l'étude du CREAL en septembre 2009, ce médecin a entrepris de « reconstituer » les cotations de l'ensemble des enfants qu'elle avait reçus au moins une fois en 2008 (soit la file active) afin de contribuer à cette étude et de donner à voir, même partiellement, les caractéristiques psychopathologiques des enfants reçus par le CMPP d'Orléans. Par conséquent, nous disposons de données partielles portant :

→ uniquement sur les secteurs Orléans nord-est et de La Source ;

→ uniquement sur les enfants reçus par ce médecin psychiatre (les équipes ayant été récemment revues, elle ne connaissait que peu les enfants du secteur Sud, auparavant suivis par un autre médecin n'utilisant pas la classification).

↳ Soit, pour La Source, 137 enfants, et, pour le Nord-est, 162 enfants, soit un total de 299 enfants.

En ce qui concerne l'axe I de la CFTMEA, ont été cotées les caractéristiques cliniques principales ainsi que les manifestations associées lorsque l'enfant en présentait. Par conséquent, la somme des données présentées plus loin dans les différents graphiques ne correspond pas forcément au nombre d'enfants concernés (elle peut être supérieure).

Il est intéressant de noter que, parallèlement à cette initiative, le médecin psychiatre de l'équipe Orléans nord-est / Orléans sud a systématisé la cotation, qu'elle fixe à l'issue du rendez-vous médical des nouveaux entrants.

Parallèlement, le médecin de l'équipe Orléans nord-est, récemment arrivée, a choisi d'utiliser elle aussi la CFTMEA, qu'elle s'approprie progressivement.

Dans ce contexte, et alors que le directeur médical lui-même nous a indiqué avoir dépassé ses réticences et envisager l'utilisation de la CFTMEA, il semble possible que le CMPP d'Orléans soit à même, dans un avenir proche, de fournir des cotations CFTMEA pour l'ensemble des enfants diagnostiqués.

C. Enregistrement et actualisation des données en cours de prise en charge

Au sein de l'équipe Orléans nord-est / Orléans sud (soit la seule à utiliser depuis plusieurs années la CFTMEA), la réunion de synthèse donne lieu chaque année à une nouvelle cotation, sans que soit analysée préalablement la cotation définie précédemment.

II. PROFIL ET EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

A. Caractéristiques psychopathologiques de la population accueillie en 2008

1. Pathologies / difficultés rencontrées (en nombre d'enfants)

Axe I	2008
Autisme et troubles psychotiques	47
Troubles névrotiques	103
Pathologies limites	22
Troubles réactionnels	36
Déficiences mentales	< 5
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	37
Troubles des conduites et du comportement	25
Troubles à expression somatique	< 5
Variations de la normale	9

Le CMPP d'Orléans, d'après les données partielles dont nous disposons, reçoit une large majorité d'enfants présentant des **troubles névrotiques** (55 sur 308 cotations en 2008).

Il est intéressant de noter que la deuxième catégorie clinique la plus représentée est celle comprenant l'autisme et les troubles psychotiques (24 enfants). Suivent, dans des proportions similaires, les troubles du développement et des fonctions instrumentales et les troubles des conduites et du comportement.

2. Facteurs (en nombre d'enfants)

a. Facteurs organiques⁶²

Axe II - A	2008
Pas de facteurs organiques reconnus	Non cotés
Facteurs anténataux d'origine maternelle	< 5
Facteurs périnataux	< 5
Atteintes cérébrales post-natales	< 5
Maladies d'origine génétiques ou congénitale	< 5
Infirmités et affections somatiques à long cours	8
Epilepsie et convulsions	< 5
Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance	< 5
Autres	< 5
Pas de réponse possible faute d'informations	

On note que, comme c'est le cas dans les autres CMPP, **peu d'enfants présentent des facteurs organiques** au regard des effectifs concernés (20 cotations).

Parmi ces derniers, les infirmités et affections somatiques à long cours sont les plus représentées en 2008.

⁶² Les facteurs indiqués en italique sont ceux qui sont présents dans la classification CFTMEA mais qui ne concernent aucun individu en 2008.

b. Facteurs environnementaux⁶³

Axe II - B	2008
Pas de facteurs environnementaux à retenir	Non cotés
Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille	73
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	12
Mauvais traitements et négligences graves	31
Evènements entraînant la rupture de liens affectifs	41
Contexte socio-familial particulier	224
Autres	
Pas de réponse possible faute d'informations	

Les enfants ne présentant aucun facteur environnemental à retenir n'ayant pas été cotés et dans la mesure où plusieurs facteurs ont pu être cotés pour un même enfant, nos possibilités d'analyse sont limitées. Compte tenu du nombre total de cotations (308) et au regard du nombre d'enfants concernés (299), nous pouvons néanmoins penser que les enfants ne présentant aucun facteur environnemental semblent minoritaires, comme dans les autres CMPP de la région.

Parmi les facteurs environnementaux, la catégorie « contexte socio familial particulier » est de loin la plus représentée (224 cotations). Compte tenu de la diversité des situations qu'elle peut recouvrir, il est intéressant de s'intéresser ici aux sous catégories, que le médecin psychiatre a cotées.

Axe II – B / Contexte socio-familial particulier (détail)	2008
Gémellité	< 5
Enfant actuellement placé	15
Enfant adopté	< 5
Enfant de parents divorcés ou séparés quelque soit le mode de garde	109
Enfant élevé par les grands parents	9
Famille monoparentale	67
Famille immigrée ou transplantée	7
Maladie organique grave d'un parent	7
Milieu socio-familial très défavorisé	< 5
Autres	

On note ainsi que le facteur le plus souvent relevé au sein de cette sous-catégorie est le divorce ou la séparation des parents, quel que soit le mode de garde. Suivent le cas des enfants issus de familles immigrées ou transplantées et, dans une moindre mesure, les enfants placés.

Les deux autres facteurs environnementaux les plus importants relevés chez les enfants reçus dans l'équipe nord-est / sud du CMPP d'Orléans sont, d'une part, la présence avérée de troubles mentaux ou de perturbations psychologiques dans la famille et, d'autre part, l'existence d'évènements ayant entraîné la rupture de liens affectifs (exemple : décès d'un ou des parents ; décès d'un ou des grands-parents).

B. Evolutions de ces caractéristiques au cours des dernières années

1. Grandes tendances : augmentation des « pathologies limites » et accroissement des facteurs environnementaux

L'équipe nous a indiqué noter depuis une dizaine d'années une **augmentation du nombre d'enfants présentant des pathologies limites**, pour lesquels il est difficile de déterminer si les difficultés sont susceptibles de devenir des névroses ou des psychoses.

⁶³ Les facteurs indiqués en italique sont ceux qui sont présents dans la classification CFTMEA mais qui ne concernent aucun individu en 2008.

En l'absence de données chiffrées, il est difficile d'aller au-delà de ce ressenti et d'avoir une vision précise des évolutions de la population accueillie, d'autant plus qu'un des médecins de l'équipe est arrivé récemment au sein du CMPP.

En ce qui concerne les facteurs, tant les informations communiquées par les différents membres de l'équipe que l'évolution des prises en charge constatées tendent à mettre en évidence une complexification des facteurs environnementaux.

NB : selon la directrice, les exemples cités par l'équipe (familles « éclatées », mères seules, violences) relèvent davantage de carences éducatives que de problèmes « psychiatriques » en tant que tels.

2. Hypothèses quant aux causes de ces évolutions et enjeux

Les psychiatres effectuent un lien entre la complexification des difficultés des enfants et :

- une **défaillance de la fonction paternelle** ;
- une **confusion des rôles entre pères et mères** ;
- une **confusion des générations**, qui rend difficile l'exercice de la fonction parentale.

III. BESOINS MIS EN EVIDENCE ET REPONSES A APPORTER

A. Conséquences des évolutions constatées / problématiques soulevées

1. Evolution de la nature de l'activité en interne

→ Compte tenu de l'importance des facteurs environnementaux, le CMPP a tenté de mettre en place un **accompagnement éducatif à la parentalité**. Ce dispositif a néanmoins dû être arrêté pour des raisons financières (les séances en l'absence de l'enfant n'étant, pour mémoire, pas facturées), d'autant plus qu'un certain nombre de parents ne se présentaient pas à toutes les séances prévues.

Même si le travail avec les familles ne peut être pour l'heure que ponctuel, une psychologue du CMPP se forme actuellement à la thérapie familiale.

→ Le CMPP a également tenté de mettre en place des **permanences spécifiques pour les adolescents**, afin de leur proposer un mode de prise en charge plus souple et de lutter contre l'absentéisme fréquent chez cette tranche d'âge. Néanmoins, les permanences ont été stoppées, l'attitude de certains adolescents causant souvent des difficultés dans la salle d'attente du CMPP, commune à tous⁶⁴.

→ Au fil des années, le CMPP a développé les **prises en charge par groupe**.

2. Articulation du CMPP avec ses partenaires dans le cadre des prises en charges

→ Faute de temps, le travail de partenariat mené avec la PMI s'est amoindri au cours des dernières années.

⁶⁴ A titre de comparaison, les médecins ont cité l'exemple des locaux du CMPP géré par l'AIDAPHI à Châteauroux, dans lesquels on trouve un espace spécifique pour les adolescents, séparé de la salle d'attente destinée aux plus jeunes.

→ Dans le même temps, l'équipe a noté une augmentation considérable des sollicitations des instituteurs, qui ont des attentes fortes à l'égard du CMPP en termes d'information mais aussi de soutien. Or, à l'heure actuelle, la directrice pédagogique est seule responsable du lien avec les établissements scolaires et médico-sociaux (contacts téléphoniques ; participation aux réunions des équipes éducatives et des équipes de suivi de scolarisation ; participation aux réunions de synthèse ; rencontres avec les personnels de l'Education nationale, avec les enseignants, les RASED, etc. ; rencontres avec les parents), pour une file active de près de 800 enfants.

B. Réponses à apporter

1. En interne

→ **Remettre en place un accompagnement éducatif à la parentalité**, par le biais de groupes rassemblant des parents, des familles d'accueil, ou encore des assistants familiaux.

→ **Remettre en place des modalités d'accueil spécifiques pour les adolescents.**

L'évocation de cette problématique a été pour l'équipe l'occasion de souligner l'importance des locaux et notamment de la salle d'attente pour assurer un accueil (et une attente) de qualité. Les locaux situés actuellement en centre ville d'Orléans sont de ce point de vue moins adaptés que ceux de La Source, et la direction envisage un déménagement à court terme.

→ **Développer les prises en charge par groupe**, ce qui suppose de former les professionnels (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens) à ce type d'intervention.

Le CMPP aimerait en particulier mettre en place sur le site de La Source des groupes pour les plus jeunes (enfants scolarisés en maternelle⁶⁵ - soit des enfants qui ne peuvent pas bénéficier d'une thérapie individuelle en raison de leur âge ou parce que cela n'est pas pertinent, mais pour lesquels un travail de groupe est souhaitable).

→ **Former les personnels qui s'occupent de l'accueil** aux spécificités du public accueilli.

Les professionnels rencontrés nous ont fait part des difficultés que peuvent rencontrer ces personnels, qui n'interviennent pas directement auprès des enfants mais qui ont la responsabilité de les accueillir et les faire patienter avant leurs séances (cf. notamment enfants dont les troubles se manifestent par le biais de leur corps, souvent qualifiés d'« hyperactifs »).

2. Préconisations d'ordre général

→ **Valoriser le temps consacré au travail partenarial**, qui apparaît d'autant plus nécessaire que les facteurs environnementaux sont de plus en plus présents.

→ **Favoriser l'élaboration de prises en charge combinées entre établissements et/ou services médico-sociaux** (exemple : accompagnement combiné CMPP / SESSAD), comme préconisé à l'issue du volet 1 de cette étude.

→ **Assurer le maintien des postes de directeurs pédagogiques ou, a minima, la présence de psychopédagogues**, l'action de ces professionnels étant particulièrement importante compte tenu de la diminution des RASED.

→ **Revoir le mode de financement du CMPP afin que puissent être mises en place des actions ne relevant pas d'une tarification de journée** (travail avec les parents, travail mère - enfants pour les moins de 2 ans, travail avec la PMI, etc.).

En effet, selon l'équipe, le mode de financement actuel, même s'il est censé intégrer le temps consacré au travail partenarial, n'offre pas des moyens suffisants pour répondre aux besoins de façon adaptée.

⁶⁵ Rappel : à l'occasion du volet 1 de cette étude, nous avons pu mettre en évidence une particularité du CMPP d'Orléans en termes de population accueillie. Près de 23 % des enfants suivis au 31/12/2008 avaient moins de 7 ans.



CMPP de Pithiviers, AIDAPHI Loiret (45)

INTRODUCTION

Au 31/12/2008, comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, le CMPP de Pithiviers comptait une directrice médicale, médecin psychiatre qui assurait outre sa mission de direction un certain nombre de prises en charge. Cette personne a quitté le CMPP début 2010 et a été remplacée par un **nouveau médecin psychiatre**, recruté dans le cadre d'une convention avec le Centre hospitalier départemental Daumezon au sein duquel elle travaille parallèlement dans le secteur adultes.

Il est important de noter que le temps de médecin psychiatre s'en est trouvé diminué, passant de 0,5 ETP à 0,2 ETP. La nouvelle directrice médicale ne peut prendre en charge par conséquent que les premiers rendez-vous, suite auxquels elle oriente les enfants vers le professionnel qu'elle juge le plus pertinent pour la conduite de la phase de diagnostic – soit, la plupart du temps, un psychologue.

Nous avons rencontré la directrice administrative ainsi que la nouvelle directrice médicale le 11 mai 2010.

I. ABSENCE DE CLASSIFICATION ET ENJEUX

La précédente directrice médicale avait fait le choix de ne pas utiliser de classification car :

- elle ne souhaitait pas poser un diagnostic et risquer de figer le regard porté sur les enfants ;
- elle estimait difficile de définir une cotation précise, notamment pour les jeunes enfants ;
- elle considérait que le fait de définir une cotation pour un enfant n'apporte rien au travail clinique.

Néanmoins, la directrice et la nouvelle directrice médicale nous ont fait part de l'intérêt qu'elles verraient à ce que la CFTMEA soit désormais utilisée au sein du CMPP. Elles ont noté que la mise en place de la cotation permettrait d'une part à tous les professionnels intervenant auprès de l'enfant d'**avoir un langage commun** et, d'autre part, d'**analyser l'évolution des enfants** suivis au fil du temps.

Par conséquent, la directrice médicale nous a indiqué qu'elle allait utiliser dorénavant la classification CFTMEA. Dans la mesure où elle ne l'utilisait pas auparavant (travaillant uniquement dans le secteur adultes), elle va devoir se l'approprier tout en la diffusant auprès de l'équipe.

II. PROFIL ET EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

A. Les difficultés rencontrées par la population accueillie et leur évolution au cours des dernières années

En l'absence de classification, nous ne disposons d'aucune donnée chiffrée relative aux caractéristiques de la population accueillie et sur leur évolution. Par ailleurs, il apparaît que la directrice médicale, unique médecin du CMPP et arrivée au sein de l'équipe en janvier 2010, ne dispose que peu de recul sur la population accueillie, d'autant plus qu'elle est issue du secteur adultes.

Néanmoins, nous nous sommes penchés sur un certain nombre de données qui peuvent apporter de façon indirecte des éléments d'informations sur la population accueillie :

- **les motifs des consultations** (avec toutes les limites liées au fait qu'ils sont énoncés par les familles), à savoir principalement en 2008 : les troubles du comportement (28 % des effectifs présents au 31/12), les troubles ou difficultés du langage (21 %) et les difficultés scolaires (15 %) ⁶⁶ ;
- **le type de prises en charge proposées**, soit principalement en 2008 : la psychothérapie et le groupe thérapeutique (qui concernaient respectivement, prises en charge multidisciplinaires inclus, 93 et 37 enfants sur 143) ;
- **quelques informations qualitatives présentes dans les rapports d'activité** (le CMPP nous a fourni ses rapports sur les années 2003, 2008 et 2009) ;
- **les informations qualitatives fournies par la directrice du CMPP.**

D'après la directrice, les professionnels intervenant auprès des enfants parlent depuis déjà plusieurs années d'une **complexification des difficultés** rencontrées par les enfants. Ainsi, tant les rééducateurs que les psychologues estiment que **le CMPP accueille de plus en plus d'enfants présentant des pathologies complexes, lourdes, et notamment des troubles psychotiques.**

D'une façon générale, la directrice estime qu'en termes de population accueillie, **les différences entre CMP et CMPP s'amenuisent**, alors que les modalités de prise en charge ne sont pas les mêmes.

La directrice a néanmoins nuancé cette « impression », indiquant qu'elle est peut-être accentuée par le fait que les personnes présentant à l'inscription les troubles les plus graves sont reçues en priorité.

Parmi les données quantitatives qui pourraient confirmer ou infirmer l'hypothèse d'une aggravation des difficultés rencontrées, nous avons interrogé l'évolution de plusieurs variables.

→ **Fréquence des séances.**

En 2003, 44 enfants sur 123 bénéficiaient d'au moins deux séances par semaine (soit 36 %). En 2008, ils étaient 54 sur 143 (soit 37 %). On ne constate donc pas d'évolution de ce point de vue.

→ **Nombre de prises en charge multidisciplinaires.**

De la même façon, on décomptait 41 prises en charges multidisciplinaires sur 123 enfants suivis en 2003, contre 50 prises en charges multiples en 2008 sur 143 enfants suivis. Là encore, l'ordre de grandeur reste similaire.

Selon la même logique, il aurait été intéressant de s'interroger sur un éventuel allongement de la durée moyenne de prise en charge. Néanmoins, cette donnée ne figure pas dans le rapport d'activité 2003.

→ **Spécialités proposées**

En 2003 et 2008, la psychothérapie domine largement les prises en charge, qu'elle soit proposée seule ou associée à une autre spécialité (au total 93 enfants sur 123 bénéficiaient d'un suivi en psychothérapie individuelle en 2003 ; ils étaient 103 sur 143 en 2008). En revanche, grâce à l'extension obtenue en 2005, le CMPP a pu développer dans le cadre de l'« Unité de soins » la prise en charge par groupe, qui concerne, en 2008, 37 enfants sur 143, contre 19 sur 123 en 2003 (sachant qu'elle peut être associée à une prise en charge individuelle).

⁶⁶ Cf. volet 1 de l'étude – fiche sur le CMPP de Pithiviers

B. Les facteurs

D'après la directrice, **les troubles présents chez les enfants accueillis sont très liés aux difficultés que rencontrent leurs parents**. En effet, elle constate que de nombreux parents sont dans des **situations socio-économiques difficiles** (chômage, conditions de travail difficiles, etc.), et que **le nombre de familles monoparentales augmente**.

L'évolution des conditions socio-économiques sur le secteur, qui ont particulièrement été citées parmi les facteurs environnementaux par la directrice, semble difficile à évaluer. En tout état de cause, il est difficile de parler d'aggravation sur les cinq dernières années. On constate d'ailleurs que le rapport d'activité relatif à l'année 2003 indiquait déjà que les enfants pris en charge faisaient « très majoritairement partie de familles cumulant les difficultés, [avec] des situations sociales très dégradées : précarité, pénibilité des emplois, problèmes de santé, etc. ».

En ce qui concerne les facteurs environnementaux, nous nous sommes interrogés sur le nombre de cas de maltraitance rencontrés et sur son évolution. Là encore, sur les 5 années passées, aucune évolution significative n'a été mise en évidence : 2 signalements en 2003 sur une file active de 133 enfants ; 6 signalements en 2008 (dont 2 concernant le même enfant) sur une file active de 159 enfants.

Enfin, la directrice nous a indiqué que **les facteurs organiques sont très peu présents** parmi les enfants accueillis (moins de cinq enfants concernés sur l'ensemble de la file active chaque année).

C. Quelques hypothèses quant aux causes des évolutions de la population

Même si elle a peu de recul sur la population accueillie au CMPP, la nouvelle directrice médicale a émis quelques hypothèses sur les causes de cette « complexification » globale des difficultés constatées par l'équipe :

- Un **amoindrissement de la fonction paternelle**, lié à de multiples facteurs parmi lesquels les difficultés socio-économiques (la figure traditionnelle du père est fragilisée lorsque ce dernier est au chômage, reste inactif alors que l'enfant doit lui travailler à l'école, n'apporte plus de revenu)
- Une **confusion des générations**, une proximité accrue entre parents et enfants, qui rend difficile l'exercice de la fonction parentale et notamment le fait d'interdire.
- De façon plus générale, au niveau sociétal, un **affaiblissement de la fonction symbolique d'autorité** (cf. autorités politiques, judiciaires, policières, scolaires) qui peut rendre difficile l'apprentissage (il faut se soumettre à des règles pour apprendre, et cela peut être difficile pour l'enfant lorsque l'autorité est contestée au sein même de la famille – cf. idée selon laquelle l'école « ne sert à rien »).
- Une **généralisation de la notion et de l'exigence de plaisir immédiat** qui, de la même façon, ne favorise pas les apprentissages.

III. BESOINS MIS EN EVIDENCE ET REPONSES A APPORTER

A. Conséquences des évolutions constatées et problématiques soulevées

1. Evolution de la nature de l'activité en interne

- Le CMPP a mis en place depuis 11 ans des **ateliers** sculpture, chant, ou encore musique, afin de **faciliter l'entrée en contact avec les enfants présentant d'importantes difficultés dans la communication et le rapport au monde**⁶⁷.

⁶⁷ « Des enfants psychotiques ont produit des sculptures qui les ont étonnés, qui ont intéressé leurs parents et leurs maîtres d'école. Ces enfants dont les œuvres ont été regardées, et qui ont eux-mêmes été écoutés

- **Le travail réalisé avec les familles a considérablement augmenté, y compris sans que l'enfant soit présent**, en lien avec les difficultés rencontrées par les services sociaux en termes d'effectifs (cf. ci-dessous)
- La directrice a indiqué qu'**une procédure d'accueil d'urgence** peut être mise en place dans des situations très spécifiques, mais que, **faute de moyens dédiés, cela se fait au détriment des enfants sur liste d'attente**. Cela peut notamment arriver pour des adolescents, pour lesquels la procédure « classique » d'accueil semble souvent inadaptée, mais le CMPP de Pithiviers est peu sollicité par des jeunes de cette tranche d'âge.
- Comme indiqué dans le volet 1 de cette étude, l'extension d'activité autorisée en 2005 a permis, au-delà du nombre de séances individuelles, d'augmenter les prises en charge en **groupes thérapeutiques**, que le CMPP regroupe sous l'appellation Unité de Soins. Cette structure, spécifique au CMPP de Pithiviers, a été pensée pour pallier l'absence d'hôpital de jour sur le territoire, permettre aux enfants de travailler leur relation aux autres et les extraire temporairement du cadre scolaire.

2. Articulation du CMPP avec ses partenaires dans le cadre des prises en charges

- **Les contacts entre le CMPP et l'Education nationale (enseignants, psychologues scolaires) ont considérablement augmenté** au cours des dernières années.
- Parallèlement, la Directrice a constaté un **amoindrissement de l'appui apporté par les services sociaux**, qui connaissent un turn-over important et des problèmes récurrents de sous-effectifs.

B. Réponses à apporter

1. En interne

- Comme le soulignait déjà le rapport d'activité relatif à l'année 2003, « un étayage des familles [en difficulté] est souvent indispensable pour assurer une régularité et une efficacité de la prise en charge des enfants ». **La directrice nous a indiqué déplorer l'absence d'assistante sociale au sein de son établissement**. Lors de la demande d'extension présentée en CROSMS en 2005 (validée et mise en œuvre progressivement depuis), ce poste n'a pas été sollicité dans le dossier, et la directrice administrative, éducatrice spécialisée de formation, assume ce rôle, consacrant beaucoup de temps aux familles (plus de 150 rencontres avec 62 familles en 2008, comme mentionné dans le volet 1 de cette étude).

Ce temps est important dans la mesure où il permet d'« aborder des questions qui ne sont pas en lien direct avec la prise en charge mais qui peuvent venir interférer de façon importante dans celle-ci »⁶⁸ (exemples : problème de garde d'enfant, question d'orientation scolaire ou professionnelle, difficultés scolaires, problèmes de santé, de couple, etc.) mais pourrait être délégué.

- Parallèlement, **la directrice souhaiterait bénéficier d'un poste d'enseignant spécialisé**, qui lui permettrait de déléguer en partie le travail de soutien, de collaboration et de concertation mené avec l'Education nationale (elle est actuellement l'interlocutrice directe des établissements scolaires et a participé à 61 rencontres en 2008).

2. A l'externe

- La directrice déplore **l'absence de médecin scolaire sur l'arrondissement de Pithiviers**.
- De la même façon, la directrice déplore le **manque d'effectifs sur l'UTS de Pithiviers**, marquée par un turn-over important qui ne facilite par le suivi des familles dans le temps

autrement ont pu gagner un petit bout de place, un peu de désir et d'envie d'apprendre » (exemple tiré du rapport d'activité 2003, présenté par le Directeur médical de l'époque).

⁶⁸ Source : rapport d'activité 2003

→ La directrice médicale a noté que **le pôle adultes du CMP ne comporte pas de médecin actuellement**, ce qui peut avoir un impact sur les enfants pris en charge par le CMPP lorsque des membres de leur famille présentent des troubles psychologiques et ne peuvent être eux-mêmes suivis.

3. Préconisations d'ordre général

Comme préconisé à l'issue du volet 1 de cette étude, la directrice a insisté sur l'importance de :

→ **valoriser le travail réalisé avec les familles en tant que tel⁶⁹** ;

→ **veiller au maintien des liens avec l'Education nationale, et notamment avec les RASED.**

⁶⁹ Remarque : le financement d'un taxi ne peut à l'heure actuelle être pris en charge lorsque les parents se déplacent sans leur enfant, de même que le prix de journée ne peut être perçu. C'est le déplacement de l'enfant qui enclenche le processus de facturation.





SYNTHESE REGIONALE



Enjeux liés à l'utilisation (ou non) d'une classification par les CMPP et état des lieux en 2008

Quels CMPP utilisent une classification, pourquoi et comment ? Quid des autres CMPP ?

I. CHOIX OU NON D'UNE CLASSIFICATION

A. Utilisation d'une classification : avantages et inconvénients

1. Avantages

Les directeurs et directeurs médicaux des CMPP ont évoqué les avantages qu'apporte l'utilisation d'une classification dans le cadre de leur activité (qu'ils utilisent eux-mêmes une classification au sein de leur structure ou pas).

Ces avantages ont été ci-dessous regroupés en grandes catégories selon l'objectif global auquel ils peuvent être rattachés et sont cités, autant que possible, en fonction de leur récurrence dans le discours de nos interlocuteurs (le premier point étant ainsi le plus cité).

→ Les cotations peuvent être utilisées en tant qu'outil statistique, dans l'objectif :

- **d'acquérir, en interne, une vision globale de la population accueillie ;**
- **d'être en capacité d'informer, à l'externe, sur les caractéristiques de cette population, et améliorer ainsi la visibilité du CMPP (principalement par le biais des rapports d'activité).**

→ L'analyse des « photographies » établies chaque année à partir des cotations peut permettre de **mettre en évidence des tendances en termes d'évolution de la population.**

→ En fonction des caractéristiques et des évolutions mises en évidence (cf. points cités précédemment), l'utilisation d'une classification peut aider un CMPP à **adapter ses modalités d'accompagnement, à élaborer de nouveaux projets.**

→ Sur le plan qualitatif comme sur le plan pratique, l'utilisation d'une classification permet à un CMPP de disposer d'un **référentiel commun à d'autres CMPP et connu** (sans forcément être utilisé) **de certains de ses partenaires**, ce qui facilite les échanges – autour de situations individuelles précises⁷⁰ ou autour de problématiques générales liées à la population accueillie.

→ Enfin, une classification, dans la mesure où elle permet d'avoir ce langage commun, peut être utilisée comme **outil de réflexion dans le cadre des réunions de synthèse et de l'élaboration du diagnostic.**

⁷⁰ Sur ce point a été cité l'exemple de la CPAM. En effet, plusieurs CMPP inscrivent désormais des cotations dans les demandes d'entente préalable (en lieu et place du descriptif des difficultés rédigé auparavant), d'où un gain de temps en termes de travail administratif et une facilitation des échanges.

2. Inconvénients

Tout comme pour les avantages, les directeurs et directeurs médicaux des CMPP se sont prononcés sur les inconvénients que peut comporter l'utilisation d'une classification, qu'ils utilisent ou non une classification au sein de leur structure (autrement dit, que les inconvénients aient été jugés plus importants que les avantages ou inversement).

Remarques :

- certains des inconvénients cités ci-dessous ont d'ores et déjà été présentés dans la partie « limites méthodologiques » de ce rapport.
- les inconvénients cités par une unique personne n'ont pas été reportés dans cette analyse régionale. Ils sont en revanche mentionnés dans les fiches par CMPP.

→ Le principal inconvénient évoqué a été le **caractère « figé »** inhérent à toute cotation en tant qu'elle est fixée à un instant t, le **risque d'« enfermer » l'enfant dans un diagnostic**, et, dans une moindre mesure, le caractère potentiellement **stigmatisant** de ce diagnostic pour l'enfant comme pour sa famille.

→ A été également évoquée, **du fait de la subtilité des troubles rencontrés, la difficulté de leur associer une cotation qui corresponde parfaitement** (notamment pour les jeunes enfants).

→ Parallèlement, il a été souligné qu'**une même cotation peut recouvrir des troubles et des fonctionnements très différents** selon les enfants.

→ En lien avec les deux points cités précédemment, les CMPP ont insisté sur le fait que **les professionnels – selon leur formation, leur approche, leurs expériences respectives – ne cotent pas tous de la même façon, y compris au sein d'un même établissement**.

→ A cela s'ajoute le fait qu'**un même professionnel peut évoluer dans le temps dans sa façon de coter** (cf. temps d'appropriation nécessaire, a fortiori lorsque le médecin n'a jamais travaillé dans le secteur enfants).

→ Plusieurs directeurs médicaux se sont interrogés sur l'intérêt de la classification dans le cadre de leurs pratiques quotidiennes, insistant sur le fait qu'il n'y a **pas de corrélation directe, systématique entre les différentes cotations et les modalités de prise en charge proposées**.

→ Enfin, certains psychiatres n'utilisant pas la classification, ont évoqué l'approche particulière qu'implique l'utilisation d'une classification et le **risque que les difficultés des enfants soient appréhendées prioritairement sous l'angle de la pathologie** et non comme la manifestation d'une souffrance mentale

B. Etat des lieux en 2008 : les CMPP utilisent-ils une classification, si oui, laquelle et, qu'est-ce qui a motivé leur choix ?

Tableau récapitulatif

	Utilisation systématisée de la CFTMEA en 2008	Date début d'utilisation systématique	Informations complémentaires
Bourges	oui	sept 2008	En 2003, sur une période de trois semaines en mai et dans le cadre d'une enquête nationale, tous les enfants diagnostiqués ont fait l'objet d'une cotation CFTMEA
Chartres	oui	2005	
Dreux	oui	2003	
Châteauroux AIDAPHI	oui	1996	
Châteauroux ADPEP	oui	2000	
Tours	oui	1997	Le logiciel utilisé par le CMPP, qui doit être renouvelé en 2011, a l'inconvénient d'effacer la cotation précédente à chaque nouvelle mise à jour
Blois	non		Dans le cadre de l'étude, les médecins nous ont fourni à titre indicatif des cotations concernant les enfants diagnostiqués durant le premier semestre 2010 (NB : reconstituées à partir des descriptifs rédigés dans les demandes d'entente préalable). L'équipe réfléchit à l'éventuelle utilisation de la CFTMEA au sein du CMPP, souhaitée par le directeur administratif.
Montargis	non	2009	La CFTMEA a été systématisée en 2008 sur le site de Gien puis en 2009 sur le site de Montargis
Orléans	non		Le médecin psychiatre encadrant l'équipe Nord-Ouest/Sud nous a fourni les cotations correspondant à une partie des enfants diagnostiqués par cette équipe (elle seule utilisait déjà la CFTMEA en 2008). Le CMPP envisage de systématiser désormais cette utilisation à l'ensemble des équipes.
Pithiviers	non	2010	La nouvelle directrice médicale utilise la CFTMEA depuis son arrivée début 2010.

1. CMPP utilisant une classification

En 2008, **7 CMPP sur les 10 CMPP de la région utilisent une classification**, et tous ont choisi d'utiliser la **CFTMEA**.

NB : le cas du CMPP d'Orléans n'est pas intégré ici et sera présenté à part dans la mesure où, d'une part, l'utilisation de la CFTMEA concernait jusqu'ici une seule équipe et relevait d'un choix de la psychiatre référente et non d'une décision du CMPP dans son ensemble et, d'autre part, cette utilisation n'était pas systématisée pour l'ensemble des enfants diagnostiqués⁷¹.

Les CMPP utilisant la CFTMEA nous ont indiqué que cette classification est la plus adaptée aux problématiques des enfants accueillis, **la plus proche des pratiques professionnelles dans le secteur enfants.**

⁷¹ A l'inverse, le CMPP de Montargis a été intégré car, même si le recueil a été partiel en 2008 (année de mise en place de la classification, tout comme que pour le CMPP de Bourges) ne concernant que le site de Gien, l'utilisation de la CFTMEA a résulté d'un choix de la Direction et de l'association gestionnaire.

Le choix de cette classification est directement lié au fait qu'elle **prend en compte, au-delà des symptômes, l'historique de l'enfant, le contexte dans lequel il se situe**, que ce soit à travers la cotation des facteurs organiques ou environnementaux.

De ce fait, la CFTMEA empêche selon ces CMPP, contrairement aux classifications américaines, la réduction de l'enfant au seul constat de ses troubles, de sa pathologie (cf. axe I de la CFTMEA).

2. CMPP n'utilisant pas de classification

Les 3 CMPP n'utilisant pas de classification en 2008 ont expliqué leur choix en évoquant les différents inconvénients cités précédemment.

Il est intéressant, d'une part, d'analyser précisément ces motifs CMPP par CMPP (cf. fiches) et, d'autre part, de noter que, parmi les trois CMPP concernés :

- A Pithiviers⁷², la nouvelle directrice médicale recrutée en début d'année, a décidé d'utiliser la CFTMEA dès 2010 ;
- A Orléans, l'utilisation de la CFTMEA a été systématisée au sein de deux des équipes, et le directeur médical envisage de la généraliser à l'ensemble du CMPP.
- A Blois, l'opportunité d'utiliser la CFTMEA est régulièrement questionnée à l'initiative du directeur, qui souhaite améliorer la visibilité de son établissement.

II. MODE DE RECUEIL DES DONNEES

A. Quand les données sont-elles enregistrées ?

Parmi les 7 CMPP qui utilisent la CFTMEA en 2008, **6 CMPP ont choisi de fixer les cotations à l'issue des réunions de synthèse marquant la fin de la phase de diagnostic**⁷³. Seul le CMPP de Chartres établit l'ensemble de ses cotations de façon simultanée, en mars de chaque année n, pour les enfants diagnostiqués sur l'année n-1, c'est-à-dire au moment de l'élaboration du rapport d'activité.

La psychiatre qui, au sein du CMPP d'Orléans, utilise depuis plusieurs années la CFTMEA pour les enfants diagnostiqués au sein de son équipe (Orléans nord-est / La Source), a choisi de fixer les cotations à l'issue du rendez-vous médical des nouveaux entrants.

B. Qui recueille les informations relatives aux caractéristiques psychopathologiques des usagers ?

Dans la plupart des CMPP, la cotation est fixée en équipe au cours de la réunion de synthèse, sous la supervision du directeur médical ou du responsable du site / de l'unité, afin de croiser les regards et de limiter le risque de subjectivité.

Le CMPP de Bourges a en revanche insisté sur le fait que, même si les évaluations effectuées par les autres professionnels présents (psychologues en premier lieu) contribuent au diagnostic global, ces derniers ne se prononcent pas sur la cotation, qui relève de la responsabilité du médecin psychiatre.

De la même façon, au sein de l'équipe Orléans nord-est / La Source, comme nous l'avons dit précédemment, c'est la psychiatre qui fixe les cotations à l'issue de l'entretien qu'elle assure auprès des nouveaux entrants

Parallèlement au choix fait par la direction, il est important de noter que **la question de la personne qui fixe les cotations est également liée dans certains CMPP au temps de psychiatre disponible**. Ainsi, à Montargis, où une partie du temps médical budgété n'est pas pourvu, la psychiatre ne peut rencontrer

⁷² NB : l'ancienne directrice médicale avait fait le choix de ne pas utiliser de classification.

⁷³ Sauf cas particuliers (exemple : les six séances prévues pour la phase de diagnostic ne se sont pas avérées suffisantes pour poser un diagnostic et la cotation est fixée ultérieurement, lors d'une synthèse d'évolution ou suite à des bilans complémentaires)

l'ensemble des enfants. De ce fait, la cotation est fixée en équipe au cours des réunions de synthèse, ce qui permet de croiser les regards des différents professionnels.

C. Comment les données sont-elles recueillies ?

1. CMPP utilisant une classification

Selon les CMPP, le nombre d'items recueillis dans les axes I, II-A et II-B varie.

Ainsi, pour l'axe I, alors que certains CMPP ne cotent que la catégorie principale, d'autres cotent également les manifestations associées – le nombre de manifestations associées cotées pouvant lui-même varier d'un CMPP à l'autre. Autrement dit, dans le premier cas, le nombre de cotations fournies correspond au nombre d'enfants diagnostiqués, alors qu'il lui est supérieur dans le second cas. Cette différence et l'impossibilité, pour la plupart des CMPP fonctionnant selon le deuxième « modèle », de dissocier a posteriori catégories principales et manifestations associées rend délicate l'analyse des données statistiques et, a fortiori, toute tentative de comparaison entre CMPP.

NB : d'après les principes édictés par le Professeur Misès⁷⁴, les catégories 1, 2, 3 et 4 de l'axe I sont exclusives les unes des autres. Elles peuvent en revanche être complétées par une catégorie complémentaire parmi les catégories 5 à 8.

Ces dernières catégories peuvent quant à elles être cotées comme catégories principales à condition que les difficultés constatées chez l'enfant ne relèvent d'aucune des quatre premières catégories.

Dans tous les CMPP, plusieurs facteurs peuvent être cotés pour un même enfant dans les axes II-A et II-B (certains CMPP ayant néanmoins un nombre maximum d'items pouvant être enregistrés). Le nombre total de cotations fournies est par conséquent supérieur au nombre d'enfants concernés.

Il est important ici de noter que, d'après les principes définis par le Professeur Misès, seuls doivent être cotés les facteurs avérés et ayant un impact avéré sur les troubles de l'enfant – principe de prudence qui, d'après certains des directeurs rencontrés, n'est pas toujours respecté⁷⁵.

2. CMPP n'utilisant pas de classification

A l'exception de Pithiviers, dont la directrice médicale, issue du secteur adultes, a été recrutée récemment et commence à s'approprier la classification, les CMPP n'utilisant pas la CFTMEA ont « reconstitué » des données afin que des éléments d'informations sur la population qu'ils accueillent puissent apparaître dans le cadre de cette étude – données partielles pour le CMPP d'Orléans, et qui concernent le premier semestre 2010 pour le CMPP de Blois.

→ CMPP d'Orléans :

Comme cela est expliqué dans la fiche concernée, les médecins psychiatres du CMPP d'Orléans n'utilisaient jusqu'à présent aucune classification, à l'exception du médecin psychiatre de l'équipe Orléans nord-est / Orléans sud. Suite à l'annonce du lancement de cette étude en septembre 2009, ce médecin a entrepris de « reconstituer » les cotations de l'ensemble des enfants qu'elle avait reçus en 2008 afin de contribuer à cette étude et de donner à voir, même partiellement, les caractéristiques psychopathologiques des enfants reçus par le CMPP d'Orléans. Par conséquent, nous disposons de données partielles portant :

- uniquement sur les secteurs Orléans nord-est et Orléans sud ;
- uniquement sur les enfants reçus par ce médecin psychiatre (les équipes ayant été récemment revues, elle ne connaissait que peu les enfants du secteur Sud, auparavant suivis par un autre médecin n'utilisant pas la classification).

⁷⁴ Cf. annexe 6

⁷⁵ A titre d'exemple, il nous a été rapporté que certains professionnels ont tendance à coter de façon systématique certains facteurs, telle que les sous-catégorie « enfants de parents divorcés ou séparés », « enfants adoptés » ou « enfants placés », considérant que ce type de situations a obligatoirement un impact sur l'enfant.

→ **CMPP de Blois :**

Les données ne pouvant être « reconstituées » a posteriori pour les enfants diagnostiqués à Blois en 2008, les médecins nous ont fourni à titre indicatif des cotations correspondant à l'axe I de la CFTMEA, c'est-à-dire aux catégories cliniques pour les enfants diagnostiqués au cours du premier semestre 2010.

D. Les données sont-elles mises à jour en cours de prise en charge en fonction de l'évolution de l'enfant ?

Dans 2 des CMPP utilisant la CFTMEA en 2008, les cotations fixées à l'issue du diagnostic initial ne font pas l'objet de mises à jour.

Dans les 5 autres CMPP, **les cotations fixées à l'issue du diagnostic initial peuvent être modifiées en cours de prise en charge**, à l'occasion d'une synthèse d'évolution, en fonction des évolutions de l'enfant (suite à un bilan complémentaire ultérieur par exemple).

NB : Parmi ces CMPP, il faut noter ici la problématique spécifique du CMPP de Tours, liée à l'ancienneté de son logiciel : lorsqu'une cotation « initiale » est modifiée, la nouvelle cotation enregistrée efface la précédente. Autrement dit, si des enfants diagnostiqués en 2008 ont par la suite vu leur cotation changer, c'est la cotation la plus récente uniquement qui est conservée dans le logiciel et qui nous a été fournie⁷⁶. Les données dont nous disposons comprennent pour certains enfants, la cotation initiale, et, pour d'autres, une cotation modifiée ultérieurement.

Enfin, dans l'équipe concernée au sein du CMPP d'Orléans, la réunion de synthèse donne lieu chaque année à une nouvelle cotation, sans que soit analysée préalablement la cotation définie précédemment.

⁷⁶ Il aurait fallu, pour recueillir les cotations fixées en 2008 pour les enfants diagnostiqués en 2008, que l'équipe consulte l'ensemble des dossiers papiers – ce qui, compte tenu du nombre d'enfants diagnostiqués chaque année au CMPP de Tours, aurait représenté un temps de travail considérable.

Profil et évolution de la population accueillie

I. CARACTERISTIQUES PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE EN 2008

Compte tenu des limites méthodologiques exposées en début de rapport, **nous nous intéresserons uniquement, dans le cadre de cette synthèse régionale, aux grands axes de la CFTMEA** (sachant que, lorsque nous disposions d'informations plus précises permettant d'éclairer l'analyse, elles ont été indiquées dans les fiches par CMPP).

Les entretiens menés auprès des directeurs, des directeurs médicaux et, dans certains cas, des autres psychiatres, ont eu pour objectifs :

- de confirmer / d'infirmer les résultats obtenus à partir des données chiffrées dont nous disposons et, d'une façon générale, de les resituer dans leur contexte (situation de l'établissement – et en particulier état de l'équipe – lors des années de référence ; situation de l'environnement – partenaires, situation socio-économique de la population présente sur le territoire, etc.) ;
- d'avoir des éléments qualitatifs *a minima* pour les CMPP n'utilisant pas de classification.

A. Catégories cliniques

Dans 6 des 9 CMPP nous ayant fourni des données quantitatives relatives aux caractéristiques des enfants qu'ils accueillent, **la catégorie clinique la plus représentée est celle des « troubles névrotiques »** (entre 1/3 et la moitié des effectifs diagnostiqués).

Parmi les 3 autres CMPP, il est intéressant de noter que l'on trouve **les deux CMPP d'Eure-et-Loir**, au sein desquels la catégorie clinique la plus représentée est celle des « **troubles du développement et des fonctions instrumentales** », la deuxième étant celle des « troubles névrotiques ».

Enfin, **au sein du CMPP AIDAPHI de Châteauroux la catégorie clinique la plus représentée est celle des « pathologies limites »**, suivie, là encore, de celle des « troubles névrotiques ».

➔ **Sur l'ensemble de la région, les enfants présentant des troubles névrotiques semble donc prédominante.**

➔ Parallèlement, on constate que **les enfants relevant de la catégorie « autisme et troubles psychotiques » représentent une part très minoritaires des effectifs diagnostiqués** au sein des CMPP de la région, la plupart de ces enfants étant orientés vers les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile ou vers des établissements et services médico-sociaux proposant une prise en charge plus adaptée à ce type de troubles.

Le CMPP AIDAPHI de Châteauroux constitue néanmoins une exception de ce point de vue puisque 49 enfants sur les 519 diagnostiqués en 2008 présentent des troubles de ce type.

De la même façon, les données concernant le site de Gien pour le CMPP de Montargis mettent en évidence 13 enfants relevant de la catégorie « autisme et troubles psychotiques » sur 73 enfants diagnostiqués⁷⁷.

Enfin, les données fournies par l'équipe Orléans nord-est/La Source laissent également apparaître un nombre élevé d'enfants cotés dans cette catégorie (24) au regard de l'effectif global coté (308 enfants)⁷⁸.

⁷⁷ Cette donnée doit néanmoins être relativisée dans la mesure où elle a été relevée au cours de la première année d'utilisation de la CFTMEA.

⁷⁸ Même remarque

NB : En l'absence de classification, nous ne disposons d'aucune donnée chiffrée relative aux caractéristiques de la population accueillie par le CMPP de Pithiviers. Par ailleurs, la directrice médicale, unique médecin du CMPP et arrivée au sein de l'équipe en janvier 2010, manque de recul sur la population accueillie, d'autant plus qu'elle est issue du secteur adultes.

Néanmoins, à titre indicatif, nous avons indiqué dans la fiche concernée que le principal motif de consultation évoqué par les familles (avec toutes les limites que cela implique), était les troubles du comportement (28 % des effectifs présents au 31/12), suivi par les troubles ou difficultés du langage (21 %) et les difficultés scolaires (15 %) ⁷⁹.

B. Facteurs organiques

Pour les CMPP de Blois et de Pithiviers, nous ne disposons pas d'informations relatives aux facteurs organiques.

Dans **7 des 8 autres CMPP**, il apparaît que les enfants ne présentant aucun facteur organique sont **largement majoritaires** (plus de 70 % des effectifs diagnostiqués).

Parmi ces 7 CMPP, il convient d'isoler le CMPP de Dreux, qui n'a pas distingué les différents types de facteurs organiques parmi ses cotations.

En ce qui concerne les 6 autres CMPP, **les facteurs organiques les plus représentés sont :**

- les « **facteurs périnataux** » ⁸⁰ pour 3 CMPP (parmi lesquels Chartres, si l'on isole les cas de « non réponse faute d'informations »)
- les « **infirmités et affections somatiques à long cours** » ⁸¹ pour 2 CMPP (Orléans et Montargis, soit deux CMPP dont les données doivent être relativisées compte tenu de la faiblesse des effectifs concernés et du caractère récent de la mise en place de la CFTMEA)
- les « **antécédents de maladies somatiques dans l'enfance** » ⁸², pour le CMPP AIDAPHI de Châteauroux.

Enfin, le CMPP de Tours est à analyser de façon spécifique dans la mesure où, sur ce point, la part de non réponses est majoritaire, ce qui peut s'expliquer soit par un manque effectif d'informations recueillies par les professionnels soit par le fait qu'aucun lien n'a été établi entre informations recueillies et difficultés rencontrées, soit, enfin, par le fait que les professionnels du CMPP, formés à la thérapie familiale, sont davantage attentifs aux facteurs environnementaux qu'aux facteurs organiques.

C. Facteurs environnementaux

Même si nous ne disposons pas d'information chiffrée concernant les CMPP de Blois et de Pithiviers, les informations qualitatives fournies au cours des entretiens sont similaires à celles qui sont issues des données chiffrées transmises par les autres CMPP.

L'ensemble des psychiatres rencontrés s'accorde sur l'importance des facteurs environnementaux, parmi lesquels sont majoritaires, selon les CMPP, les catégories suivantes :

→ « **Contexte socio-familial particulier** » ⁸³ (sous-catégorie majoritairement représentée dans 5 CMPP sur les 8 ayant fourni des cotations concernant l'axe II-B) - catégorie qui, comme nous l'avons vu, rassemble des situations très diverses et qu'il convient par conséquent d'analyser avec prudence, d'autant plus que la cotation de facteurs au sein de cette sous-catégorie semble susceptible de varier d'un professionnel à l'autre (cf. le principe énoncé par le Professeur Misès, selon lequel seuls doivent être cotés les facteurs dont l'existence et l'impact sur les difficultés de l'enfant doivent être avérés) ;

→ « **Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille** » ⁸⁴ (sous-catégorie majoritairement représentée dans 3 des 8 CMPP ayant fourni des cotations concernant l'axe II-B).

↳ NB : ce point pose la question de l'accompagnement des familles sur le plan social mais aussi en termes de soins.

⁷⁹ Cf. volet 1 de l'étude – fiche sur le CMPP de Pithiviers

⁸⁰ Cf. annexe 16, axe II, sous-catégorie 12

⁸¹ Cf. annexe 16, axe II, sous-catégorie 15

⁸² Cf. annexe 16, axe II, sous-catégorie 17

⁸³ Cf. annexe 16, axe II, sous-catégorie 25

⁸⁴ Cf. annexe 16, axe II, sous-catégorie 21

Au sein des 7 CMPP qui ont pu nous fournir le détail de la sous-catégorie « contexte socio-familial particulier », l'item le plus souvent coté est celui des « enfant de parents divorcés ou séparés », suivi par les items :

- « famille immigrée ou transplantée » pour 3 CMPP (dont le CMPP de Montargis, dont les données doivent être relativisées compte tenu des éléments indiqués précédemment) ;
- « enfant actuellement placé » pour 2 CMPP ;
- « autres », pour le CMPP de Châteauroux (lui-même suivi, dans une moindre mesure, par l'item « enfant actuellement placé ») ;
- « famille monoparentale », pour le CMPP d'Orléans (dont les données doivent être relativisées compte tenu des éléments indiqués précédemment).

II. EVOLUTIONS DE CES CARACTERISTIQUES AU COURS DES DERNIERES ANNEES

Comme indiqué dans le tableau précédemment présenté, **sur les sept CMPP utilisant la CFTMEA en 2008, seuls 3 l'utilisaient de façon systématisée depuis 5 ans ou plus**, soit le CMPP de Dreux, les CMPP de Châteauroux (ADPEP et AIDAPHI) et le CMPP de Tours.

Comme indiqué dans l'introduction méthodologique de cette étude, **nous avons choisi, en concertation avec le Comité de pilotage, l'année 2003 comme année de référence dans le cadre de l'analyse des évolutions de la population**, en tentant d'associer deux objectifs :

- que la majorité des CMPP utilisant la CFTMEA puisse fournir des données sur une même année ;
- que l'année en question soit suffisamment ancienne pour qu'une analyse en terme d'évolution soit pertinente.

Au-delà des 4 CMPP utilisant de façon systématique la CFTMEA en 2003, nous avons bénéficié de données partielles relatives à l'année 2003 de la part du CMPP de Bourges, qui avait procédé à des cotations sur une période de trois semaines dans le cadre d'une enquête nationale.

Par ailleurs, les directeurs et directeurs médicaux des CMPP qui n'utilisaient pas encore la CFTMEA en 2003 et des CMPP qui n'utilisent pas de classification nous ont fourni des informations qualitatives sur l'évolution des populations qu'ils accueillent.

Compte tenu du manque de données chiffrées concernant l'année 2003 et de la difficulté d'établir des comparaisons entre CMPP comme cela a été indiqué dans la partie « limites méthodologiques » de ce rapport, nous avons choisi, en concertation avec le Comité de pilotage, de vous présenter ci-dessous les quelques **tendances communes** que nous avons pu mettre en évidence.

A. Grandes tendances

La majorité des CMPP de la région (8 sur 10) nous a fait part, par le biais de données chiffrées ou en se référant aux ressentis des professionnels, d'un constat commun : une **complexification des problématiques rencontrées par les enfants accueillis**.

Il est nécessaire d'insister ici sur la **limite de l'analyse des données chiffrées** sur cette question compte tenu :

- du **faible nombre de CMPP utilisant la CFTMEA depuis 5 ans ou plus** et, par conséquent, du faible nombre d'enfants concernés ;
- du **manque de recul** dont nous disposons pour analyser les évolutions de la population accueillie (cette échelle de temps n'étant sans doute pas satisfaisante pour analyser les évolutions d'une population) ;
- de tous les **biais** que nous avons évoqués tout au long de cette étude **concernant l'interprétation des données chiffrées d'une façon générale** (caractère parcellaire de certaines données recueillies, évolution des équipes effectuant les cotations, etc.).

Il est important d'autre part de noter que **la plupart de ces CMPP a insisté sur la notion de « complexification », préférée à celle d'aggravation.**

→ En effet, **la part d'enfants relevant de la catégorie « autisme et troubles psychotiques »** (considérée comme la catégorie comprenant les pathologies les plus lourdes) **reste largement minoritaire** avec une exception notable (le CMPP AIDAPHI de Châteauroux principalement – si l'on considère le peu de recul dont nous disposons concernant les CMPP d'Orléans et de Montargis) ;

→ Parallèlement, **la part des enfants présentant des troubles névrotiques reste largement majoritaire au niveau régional, en 2008 comme en 2003.**

→ La notion de complexification semble donc liée à la **diversité des façons dont se manifestent les difficultés des enfants**, au fait que **ces difficultés se manifestent de façon concomitante**, et à la **multiplicité des facteurs environnementaux à l'œuvre** – sociaux, familiaux, scolaires, etc.

Enfin, il est intéressant de noter les **nuances apportées** par plusieurs médecins psychiatres **face à ce ressenti de complexification, qui peut s'expliquer de plusieurs façons :**

→ **un travail réalisé auprès des enfants de plus en plus approfondi** au fil des années (cf. développement des connaissances sur les troubles des enfants et des adolescents, mise en place de nouvelles méthodes d'accompagnement, etc.), qui permettrait **une meilleure appréhension de la complexité de leurs difficultés ?**

→ **une hausse des exigences de l'école et de la société en général envers les enfants**, dont on souhaiterait voir les difficultés disparaître totalement ?

B. Hypothèses de causes

Les médecins psychiatres (directeurs médicaux ou non) que nous avons rencontrés ont émis plusieurs hypothèses pouvant contribuer à expliquer l'évolution des difficultés des enfants.

Remarques préalables :

- *même si nous les avons regroupés dans plusieurs grandes catégories, les facteurs énoncés ci-dessous sont souvent interdépendants ;*
- *le chiffre indiqué entre parenthèses pour chacun de ces facteurs correspond au nombre de CMPP par lesquels ils ont été cités – lorsqu'ils ont été cités par plusieurs CMPP.*

→ Evolution des familles et des rapports parents / enfants

- **augmentation des divorces et des familles recomposées (4)**
 - ↳ a été citée à ce sujet l'importance, au-delà des divorces, de la façon dont se font ces « recompositions » et la nécessité que la structure familiale soit « structurante » pour l'enfant
- **amoindrissement de la fonction du père et de l'autorité des parents d'une façon générale (4)**
 - ↳ cet amoindrissement, qui a de multiples causes dont certaines sont mentionnées plus loin (cf. difficultés économiques, affaiblissement général de la fonction symbolique d'autorité, etc.), contribue à expliquer le phénomène dit des « enfants rois », c'est-à-dire des enfants qui n'ont pas suffisamment eu accès à la frustration et qui ne sont pas en capacité de gérer les oppositions
- **confusion croissante entre les générations** ou, *a minima*, atténuation des différences entre les générations **(4)**
 - ↳ confusion qui rend difficile l'exercice de l'autorité parentale

Il est intéressant ici de noter qu'un des psychiatres que nous avons rencontrés a déploré le manque de soutien apporté aux parents dans leur fonction, manque que la plupart des CMPP tentent de pallier, que ce soit par les partenariats qu'ils mettent en place ou par le développement du travail mené auprès des familles.

→ Evolutions sur le plan scolaire – du côté de l'Education nationale et du côté des familles

- évolutions liées aux politiques mises en œuvre par l'Education nationale
 - **volonté de limiter les redoublements (2)**
 - ↳ en grande section de maternelle, il doit désormais être validé par la MDPH et, tout au long de l'école primaire, il est évité au maximum
 - méthodes d'apprentissage utilisées pour l'apprentissage de la lecture
 - d'une façon générale, accroissement des exigences de l'institution scolaire envers les enfants (en termes de compétences, de capacité d'adaptation)
- évolutions au sein des familles
 - **remise en cause croissante de l'autorité des professeurs et des décisions de l'école (2)**
 - diminution de l'investissement des parents sur les apprentissages, dont la responsabilité est entièrement confiée à l'école
 - ↳ *NB : le manque d'investissement de certains parents est parfois à lier à leurs propres difficultés en termes de langage et de rapport à l'écrit*

→ Evolution de la société et des modes de vie en général

- **omniprésence et rapidité des images**, auxquelles les enfants sont souvent soumis de façon passive et sans qu'un tri préalable ait été effectué par les parents (2)
 - ↳ ce qui peut expliquer pour partie la difficulté de certains enfants à rester attentifs
- modification du rapport à l'écrit et diminution générale du temps consacré à la lecture
- **développement de la notion et de l'exigence de « plaisir immédiat » (2)**
 - ↳ ce qui ne favorise pas les apprentissages
- affaiblissement général de la fonction symbolique d'autorité (cf. autorités politiques, juridiques, policières ou encore scolaires, comme mentionné précédemment)
- surexposition de la sexualité (cf. médias et Internet en particulier) et amoindrissement des tabous en la matière
 - ↳ ce qui a un impact sur la construction de l'enfant et le développement de sa vie intime

→ Spécificités liées au territoire

- **situation socio-économique de la population (citée par 6 CMPP de façon spécifique)**
 - ↳ cf. taux de chômage, revenu moyen, etc.
- **équipement du territoire** (tous les CMPP ont évoqué l'importance de ce point et du suivant), notamment en termes :
 - de structures d'accueil pour les enfants ;
 - d'offre médicale et paramédicale ;
 - d'offre culturelle.
- **effectivité des partenariats possibles sur le territoire** (cf. situations de sous-effectifs ; listes d'attente), notamment dans les secteurs :
 - médico-social ;
 - sanitaire ;
 - social ;
 - scolaire (cf. amoindrissement de la prise en charge auparavant assumée par l'école, en lien avec la diminution des RASED).

Besoins mis en évidence et réponses à apporter

S'il y a effectivement complexification des problématiques rencontrées et accroissement de l'importance des facteurs environnementaux, plusieurs questions se posent :

- Quid de l'offre de soins sur le territoire (alternative et/ ou complémentaire ; à destination des enfants *mais aussi des familles*) et des autres partenaires dans le cadre des prises en charge (secteur social, secteur scolaire) ?
- Quid de l'adaptation, par les CMPP, de leurs modalités d'accompagnement, face aux évolutions des enfants et adolescents, et face aux problématiques mises en évidence sur les territoires (situation socio-économique de la population ; manques en termes d'offre de soins, d'accompagnement social, etc.) ?
- Quid des moyens consacrés à ces adaptations et, dans la plupart des CMPP, des arbitrages à effectuer en l'absence de financements spécifiques ?

A ce stade apparaît à nouveau le lien avec les informations collectées à l'occasion du volet 1 de cette étude et, en particulier, l'interdépendance entre évolution de la population, évolution des prises en charge et récurrence des délais d'attente (l'attente pouvant, dans un certain nombre de cas, aggraver les difficultés qui ont conduit la famille à solliciter une inscription en CMPP).

I. CONSEQUENCES DES EVOLUTIONS CONSTATEES ET PROBLEMATIQUES SOULEVEES

Remarque préalable :

Au cours de l'élaboration du volet 1 de cette étude, plusieurs directeurs de CMPP avaient évoqué, d'une part, un ressenti de complexification des troubles rencontrés, impactant les modalités de prise en charge (fréquence, durée, etc.) et, d'autre part, un déficit d'offre alternative de soins sur les territoires.

De ce fait, lors de l'élaboration de la proposition de contenu relative au volet 2, nous nous sommes interrogés sur les conséquences que pouvaient avoir ces évolutions sur les CMPP et avons formulé deux hypothèses de départ (non exclusives l'une de l'autre), à savoir :

- la présence au sein des CMPP d'enfants dont les difficultés nécessiteraient un autre type d'accompagnement (enfants orientés vers le CMPP ou maintenus en CMPP « par défaut », faute d'offre d'alternative de soins sur le territoire) ;
- l'évolution des prises en charge au sein des CMPP.

Dès la réunion du 30 mars 2010 et le recueil des données, quantitatives et qualitatives, au sein des CMPP, notre première hypothèse a été invalidée au profit de la seconde.

En effet, il s'avère que les cas d'orientation ou de maintien « par défaut » sont très minoritaires dans l'ensemble des CMPP et que **la conséquence des évolutions de la population précitées a été une adaptation, en interne et en lien avec les partenaires externes, des modalités d'accompagnement.**

A. Evolution du volume d'activité et des modalités de prises en charge proposées en interne

- Comme indiqué dans le volet 1, l'évolution de la population accueillie et des contextes dans lesquels elles évoluent a souvent conduit à une **augmentation du volume d'activité, que ce soit par le biais d'une augmentation du nombre de séances, de la fréquence de celles-ci, ou de la durée globale des prises en charge.**

→ Par ailleurs, il est apparu de façon plus spécifique à l'occasion de ce deuxième volet que **les CMPP ont adapté progressivement leurs modalités de prise en charge face aux besoins constatés** – dans le cadre d'une demande d'extension pour certains (dans laquelle, au-delà d'une augmentation du nombre de séances, l'octroi de moyens spécifiques pour financer ces nouvelles modalités de prise en charge était sollicité) ou de façon informelle.

Dans les deux cas, il est essentiel ici d'insister à nouveau sur les **arbitrages que les CMPP doivent effectuer entre la prise en charge des enfants proprement dite** (séances de diagnostic ou de suivi), **le temps de travail pluridisciplinaire en interne, le temps consacré aux partenaires externes et le temps consacré aux familles.**

Cette question est essentielle dans la mesure où, comme cela a été évoqué précédemment, **les choix faits ont un impact direct sur les listes et les délais d'attente.**

Les adaptations mises en œuvre dans les CMPP peuvent être rassemblées dans deux grandes catégories :

- adaptations des procédures d'accueil et de diagnostic ;
- adaptations des modalités d'accompagnement.

Ces adaptations peuvent concerner l'ensemble des effectifs reçus ou une part spécifique de la population.

Il est ainsi possible d'identifier deux publics particulièrement visés par les adaptations :

- les adolescents ;
- les familles.

1. Adaptations d'ordre général

a. **Adaptation des procédures d'accueil et de diagnostic**

La plupart des CMPP ont assoupli, d'une façon générale, les procédures d'accueil et de diagnostic afin de répondre à la fois aux contraintes internes (cf. situations de sous-effectif, notamment pour les psychiatres, et gestion des listes d'attente) **et aux problématiques rencontrées par chaque enfant.**

Peuvent ainsi être accueillis de façon prioritaire, que cela soit formalisé ou non, les jeunes dont la situation est jugée préoccupante voire dangereuse – selon des critères établis en interne et discutés le plus souvent en réunion « d'accueil /de planning ».

Parallèlement, la phase de diagnostic peut, pour certains jeunes, nécessiter plus de six séances.

b. **Adaptations des modalités d'accompagnement**

→ Adaptation générale du rythme des suivis

De la même façon, même si, comme nous l'avons vu à l'occasion du volet 1, la majorité des enfants sont suivis de façon hebdomadaire, **la plupart des CMPP adapte le rythme de suivi en fonction des capacités, des besoins et des demandes formulés.**

A titre d'exemples :

- la durée d'une séance peut être raccourcie pour les plus jeunes enfants ;
- la fréquence des séances peut être augmentée pour ce même public, ou diminuée - pour les adolescents qui en font la demande, pour les jeunes arrivant en fin de prise en charge, etc. ;
- la prise en charge peut être suspendue, là encore en fonction des demandes.

→ Mise en place de groupes

De façon plus spécifique, **la majorité des CMPP (9) ont mis en place des séances de travail en groupe**, animées le plus souvent par des **binômes de professionnels spécifiquement formés** et destinées le plus souvent à accompagner les enfants concernés vers la socialisation.

Le public concerné varie selon les CMPP et les problématiques rencontrées par la population qu'ils accueillent.

2. Mise en place de dispositifs spécifiques à destination de publics définis

a. **Accueil, diagnostic et suivi des adolescents**

Au-delà des adaptations générales proposées lors des phases de diagnostic et de suivi, il est intéressant de noter que le CMPP de Tours dispose d'une **unité et d'une équipe spécifiquement dédiées**.

Il est intéressant de noter également que le CMPP d'Orléans avait mis en place des permanences spécifiques pour les adolescents, qui ont néanmoins dû être stoppées, l'attitude de certains adolescents causant souvent des difficultés dans la salle d'attente, commune à tous.

b. **Accompagnement des familles**

La principale évolution mise en évidence dans ce second volet est le développement du temps consacré aux familles.

Cet accompagnement, s'il est mentionné dans l'article 1 de l'annexe XXXII (« le traitement comprend une action sur la famille ») n'est pas considéré comme une mission en tant que telle du CMPP (contrairement aux CAMSP) . Or, **l'impact des facteurs environnementaux**, souligné par l'ensemble des CMPP de la région, **et les lacunes constatées chez certains partenaires potentiels** (cf. situations de sous-effectif dans les UTS) **montrent l'importance de cet accompagnement**, qui apparaît de façon flagrante dans les vignettes qu'ont rédigées les CMPP⁸⁵.

Selon les CMPP, les moyens qui leur ont été attribués et les arbitrages faits, cet accompagnement est formalisé ou non.

D'une façon générale, **l'ensemble des CMPP reçoivent les familles et échangent avec elles par téléphone en fonction des besoins et des demandes formulées. Selon les CMPP et leurs plateaux techniques (cf. situations de sous-effectif), ce travail d'accompagnement est assuré par l'assistante sociale, par le directeur ou réparti entre les différents intervenants.**

Par ailleurs, plusieurs CMPP ont mis en place des actions régulières à destination des familles (parents en premier lieu mais aussi parfois familles d'accueil et/ou assistants familiaux), ce qui suppose de mobiliser des personnels spécifiquement formés et donc des moyens financiers :

- **entretiens réguliers avec l'assistante sociale, le directeur, le directeur médical ou le médecin ;**
- **thérapies familiales ;**
- **groupes de paroles ;**

NB : le CMPP d'Orléans avait mis en place un service d'accompagnement éducatif à la parentalité, qu'il a dû suspendre faute de moyens.

B. Importance de l'articulation avec les partenaires extérieurs

L'importance grandissante des facteurs environnementaux, relevée par tous les CMPP, met en évidence la **nécessité d'une bonne articulation entre le CMPP et les partenaires extérieurs** au sens large (partenaires de l'Education nationale ou du secteur sanitaire **dans le cadre de l'élaboration concertée d'une prise en charge d'enfant ; services sociaux dans le cadre de l'accompagnement d'une famille dans son ensemble**).

Néanmoins, parallèlement au caractère nécessaire de ces partenariats, les CMPP ont globalement souligné les **difficultés pratiques** rencontrées dans leur mise en œuvre, que ce soit du fait de **contraintes internes** ou des **contraintes de ces acteurs** (cf. situations de sous-effectifs, qui touchent plus ou moins les différents acteurs selon les territoires).

⁸⁵ Cf. annexe 17

II. REPONSES A APPORTER

Ce deuxième volet confirme un certain nombre de préconisations établies à l'issue du volet 1 et validées par les CMPP à l'occasion de la réunion du 30 mars 2010.

A. En interne

→ Plateau technique

Comme préconisé à l'issue du volet 1 et compte tenu des éléments mis en évidence au cours de ce second volet (importance des facteurs environnementaux et, par conséquent, de l'accompagnement des familles et du travail partenarial mené avec les services sociaux et avec l'école), une préconisation consiste ici à **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).

→ Temps de travail hors séances réalisées avec les enfants et financements liés

Afin qu'ils puissent y consacrer davantage de temps sans que cela ne se fasse au détriment des prises en charge individuelles, et compte tenu, là encore, de la mise en évidence de l'importance des facteurs environnementaux au cours de ce second volet, il apparaît pertinent de **valoriser en tant que tels** :

- **le travail réalisé avec la famille sans la présence de l'enfant** ;
- **le travail de partenariat.**

B. A l'externe

Les réponses préconisées « à l'externe » répondent à une préoccupation : **favoriser le développement et, a minima, la poursuite du travail d'information, de collaboration, de coordination mené par les CMPP auprès de leurs partenaires externes – et en lien avec la préconisation citée précédemment, de valorisation du travail de partenariat en interne** .

Parmi les actions, d'ordre plus général, à mener en direction des partenaires – effectifs ou potentiels – des CMPP dans le cadre de l'accompagnement des enfants et de leurs familles, il convient de citer la nécessité :

- de **remédier aux situations de sous-équipement constatées sur certains territoires** (cf., dans le secteur médico-social, le taux d'équipement en IME, ITEP, SESSAD, etc.) ;
- **d'assurer la capacité des partenaires présents à mener ce travail de partenariat** (cf. situations de sous-effectif dans le secteur sanitaire – *enfants et adultes* – et secteur social ; diminution des RASED en ce qui concerne le secteur scolaire) ;
- de **rendre possible les prises en charge conjointes**
 - entre le CMPP et d'autres établissements et services médico-sociaux ;
 - entre le CMPP et le secteur libéral.

C. Préconisations d'ordre général

→ Pallier les problématiques communes aux CMPP et à leurs partenaires en termes de ressources humaines

Comme préconisé à l'issue du volet 1 et compte tenu du lien mis en évidence dans ce deuxième volet entre difficultés des enfants et facteurs environnementaux, il serait pertinent de :

- **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 et de rémunération (par rapport au secteur libéral) ;
 - la question des formations médicales et paramédicales.

NB : à l'issue du volet 1, les CMPP ont insisté sur le fait que la région Centre est particulièrement mal dotée en professionnels sociaux et médico-sociaux par rapport aux autres régions françaises, et qu'il existe des disparités considérables entre les territoires au sein même de la région.

- **Pallier les manques d'effectifs** et réfléchir par exemple aux possibilités de remplacements et/ou de mutualisations :
 - entre différents CMPP ;
 - entre les CMPP et les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

→ Définir des informations communes, à recueillir et à détenir par l'ensemble des CMPP

Comme préconisé à l'issue du volet 1, il semble à la fois intéressant et nécessaire de mener une réflexion entre CMPP **pour déterminer les informations communes à recueillir et à détenir** afin de faciliter l'analyse de leur activité et de ses évolutions, en lien avec les évolutions de la population accueillie.

Dans le cadre de ce deuxième volet, au-delà des indicateurs quantitatifs globalement identifiés dans le volet 1 (en termes de domiciliation des enfants suivis, d'âge et de scolarisation, de volume d'activité, de listes et délais d'attente, de modalités d'accompagnement, de plateau technique, etc.), il s'agirait de **travailler plus particulièrement sur les questions liées à l'utilisation de la classification** :

- comment faire en sorte que tous les CMPP soient en capacité d'informer sur les caractéristiques de la population accueillie ?

- comment harmoniser les modes de recueil des données ?

Remarque finale : quelles perspectives ?

Il est important en conclusion de noter, d'une part, l'effort fourni par les CMPP à l'occasion de cette étude (et en particulier à l'occasion de ce volet 2, pour ceux qui n'utilisent pas la CFTMEA) et, d'autre part, le fait que, parmi ces derniers, soit 3 CMPP, 2 nous ont indiqué que la systématisation des cotations est en cours.

Par ailleurs, même si cela semble prématuré à l'heure actuelle dans la mesure où l'utilisation de la CFTMEA n'est pas systématisée dans l'ensemble des CMPP de la région, et même si elles ne suscitent pas l'adhésion de l'ensemble des psychiatres, il est intéressant de noter les propositions faites par certains directeurs.

- *Analyser de façon précise la situation de l'enfant à sa sortie du CMPP* (déterminer une cotation « de sortie » et la comparer à la cotation initiale ; recenser l'ensemble des accompagnements qui ont été proposés ; étudier le motif de fin de prise en charge et préciser l'orientation – si orientation il y a), afin d'analyser l'évolution de chaque enfant et de mettre en perspective ses difficultés, leurs évolutions, et l'accompagnement proposé.

NB : un des directeurs a ainsi souligné le fait que l'indicateur choisi dans le cadre du volet 1 pour illustrer la pluridisciplinarité à l'œuvre dans les CMPP (soit le « nombre d'enfants concernés par des prises en charge multidisciplinaires ») n'est pas suffisant dans la mesure où il ne fait pas apparaître les enfants bénéficiant de suivis dans différentes spécialités *de façon successive* au cours de leur parcours au sein du CMPP.

- *Associer à la cotation CFTMEA son équivalent selon la CIM 10*, afin de favoriser les échanges avec le secteur sanitaire et avec certains partenaires spécifiques (exemple : Centre de ressources sur l'autisme de Tours).

NB : cette seconde proposition est en cours de mise en œuvre au sein de 2 CMPP.





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>

Psydoc-fr

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/cftmea/



REMERCIEMENTS





Nous remercions de leur contribution à cette étude :

- Les directeurs des CMPP, et en particulier les membres du Comité de pilotage ;
- L'ARS et ses représentants, Madame le Docteur Catherine REA et Monsieur Benoît BELLANGER ;
- Céline LECLERC, directrice du CREAI ;
- Séverine DEMOUSTIER, conseillère technique – chef de service au CREAI ;
- Laetitia BABAULT, assistante au CREAI ;
- Brigitte LAVARELO, assistante de direction au CREAI.



ANNEXES

Annexe 1 : les membres du Comité de pilotage	135
Annexe 2 : les personnes présentes à la réunion du 30/03/2010	137
Annexe 3 : les questionnaires utilisés	138
Annexe 4 : Grille d'entretien avec les directeurs et directeurs médicaux	145
Annexe 5 : Trame de rédaction pour les « vignettes »	148
Annexe 6 : la CFTMEA	150
Annexe 7 : les « vignettes »	176



Annexe 1 : les membres du Comité de pilotage

Un Comité de Pilotage, animé par le CREA, a été constitué pour assurer le suivi de l'étude et valider la méthodologie et les différentes étapes du travail. Dans le cadre de ce deuxième volet, il s'est réuni le 8 juin 2010 à Orléans.

Liste des membres :

- Madame le Docteur Catherine REA et Monsieur Benoît BELLANGER, représentants de l'ARS (Département médico-social)
- 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).

NB : Madame Martine GANTNER, Directrice du CMPP d'Orléans géré par l'AIDAPHI, s'était portée volontaire pour faire partie du Comité de pilotage lors du lancement de l'étude et a participé à la réunion du 12 janvier 2010 concernant le volet 1.

Elle a cependant quitté son poste en mai 2010 et a été remplacée par Madame Nacéra BRIK, qui n'a pas pu assister au Comité de pilotage du 8 juin.



Annexe 2 : les personnes présentes à la réunion du 30/03/2010

NB : l'objectif de cette réunion était, d'une part, de présenter les résultats et les préconisations issus du volet 1 et, d'autre part, d'échanger sur le contenu du volet 2 et la méthodologie à adopter, sur la base de propositions faites par le CREAI.

- Monsieur Alain DUBOST, directeur du CMPP de Bourges – 18 (AIDAPHI)
- Monsieur Pierre-François DUBOS, directeur médical du CMPP de Dreux – 28 (ADPEP)
- Madame Véronique LAURENT, directrice pédagogique et administrative de Chartres – 28 (ADPEP)
- Madame Estelle SOUCI, directrice pédagogique et administrative du CMPP de Dreux - 28 (ADPEP)
- Monsieur Patrick ZADOK, directeur médical du CMPP de Chartres – 28 (ADPEP)
- Monsieur Marcel HARTMANN, directeur du CMPP de Châteauroux - 36 (AIDAPHI)
- Madame Marie-Josée ROSSELLO-GILLES, directrice pédagogique et administrative du CMPP de Châteauroux - 36 (ADPEP)
- Monsieur Christophe ROULEAUD, directeur du CMPP d'Indre-et-Loire - 37 (Association du CMPP d'Indre-et-Loire).
- Monsieur Michel BEAUVALLET, directeur du CMPP de Blois – 41 (AIDAPHI)
- Madame Carole FOUCAULT, psychiatre au CMPP de Montargis (site de Gien) et ancienne directrice médicale – 45 (ADPEP)
- Madame Martine GANTNER, directrice du CMPP d'Orléans - 45 (AIDAPHI)⁸⁶
- Madame Françoise JONCHERE, directrice du CMPP de Pithiviers – 45 (AIDAPHI)
- Madame Edith MONNAIN, directrice pédagogique du CMPP d'Orléans – 45 (AIDAPHI)
- Madame Juanita PAVIOT, directrice du CMPP de Montargis – 45 (ADPEP)
- Monsieur Patrice RIDOUX, directeur médical du CMPP d'Orléans – 45 (AIDAPHI)
- Monsieur Frédéric SOULAS, coordinateur pédagogique du CMPP de Montargis– 45 (ADPEP)

⁸⁶ Comme cela a été indiqué précédemment, Madame GANTNER a quitté son poste en mai 2010 et a été remplacée par Madame Nacéra BRIK

Annexe 3 : les questionnaires utilisés

QUESTIONNAIRE QUANTITATIF PREALABLE A L'ENTRETIEN

- questionnaire portant sur l'ensemble des enfants diagnostiqués* en 2008 –

Première partie

Classifications et mode de recueil des données relatives aux caractéristiques psychopathologiques des enfants

L'objectif de cette partie est de nous permettre, avant d'entamer les entretiens, d'identifier plus précisément le type de données que chaque CMPP va être en capacité de nous fournir et, par conséquent, d'apprécier notre capacité à les analyser et à effectuer des comparaisons et des recoupements entre CMPP.

a. Choix ou non d'utiliser une classification

⇒ Utilisez-vous une classification ?

Oui

Non

Si oui,

- laquelle ?

.....
.....

- depuis quand ?

.....
.....

b. Recueil et enregistrement des données

⇒ Au sein du CMPP, toutes les équipes recueillent-elles les données de la même façon (même classification, même processus) ?

Oui

Non

Si non, précisez

.....
.....
.....

⇒ Les données sont-elles intégrées dans le logiciel utilisé ?

Oui

Non

⇒ Les catégories indiquées dans le logiciel correspondent-elles à celles de la classification que vous utilisez ?

Oui

Non

* Soit tous les enfants dont la phase de diagnostic s'est terminée en 2008, qu'elle ait commencé en 2008 ou précédemment (c'est-à-dire ceux pour lesquels la réunion de synthèse a eu lieu).

Axe I - catégories cliniques		Nombre d'enfants diagnostiqués	
		en 2008	en 2003
1	Autisme et troubles psychotiques		
1.0	Psychoses précoces (TED)		
1.1	Schizophrénies		
1.2	Troubles délirants		
1.3	Troubles psychotiques aigus		
1.4	Troubles thymiques		
1.5	Etats dépressifs après épisode psychotique		
1.8	Autres troubles psychotiques		
1.9	Troubles psychotiques non spécifiés		
2	Troubles névrotiques		
2.0	Troubles névrotiques à dominante anxieuse		
2.1	Troubles névrotiques à dominante hystérique		
2.2	Troubles névrotiques à dominante phobique		
2.3	Troubles névrotiques à dominante obsessionnelle		
2.4	Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions		
2.5	Dépression névrotique		
2.6	Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité		
2.7	Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales		
2.8	Autres troubles névrotiques		
2.9	Troubles névrotiques non spécifiés		
3	Pathologies limites		
3.0	Dysharmonies évolutives		
3.1	Pathologies limites avec dominante des troubles de la personnalité		
3.2	Pathologies limites avec dominante schizotypique		
3.3	Pathologies limite à dominante comportementale		
3.4	Dépressions liées à une pathologie limite		
3.8	Autres pathologies limites		
3.9	Pathologies limites non spécifiées		
4	Troubles réactionnels		
4.0	Dépression réactionnelle		
4.1	Manifestations réactionnelles		
4.2	Syndrôme de stress post-traumatique		
5	Déficiences mentales		
5.0	QI 50-69		
5.1	QI 35-49		
5.2	QI 20-34		
5.3	QI < 20		
5.4	QI non spécifié		
6	Troubles du développement et des fonctions instrumentales		
6.0	Troubles de la parole et du langage		
6.1	Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires		
6.2	Troubles psychomoteurs		
7	Troubles des conduites et du comportement		
7.0	Troubles hyperkinétiques		
7.1	Troubles des conduites alimentaires		
7.2	Conduites suicidaires		
7.3	Troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool		
7.4	Troubles de l'anxiété de séparation		
7.5	Troubles de l'identité et des conduites sexuelles		
7.6	Phobies scolaires		
7.7	Autres troubles caractérisés des conduites		
8	Troubles à expression somatique		
8.0	Affections psychosomatiques		
8.1	Troubles psychofonctionnels		
8.2	Troubles hypocondriaques		
8.3	Enéresie		
8.4	Encoprésie		
8.5	Troubles du sommeil		
8.6	Retards de croissance psychogène		
8.8	Autres troubles à expression somatique		
8.9	Troubles à expression somatique non spécifiés		
9	Variations de la normale		
9.0	Angoisses, rituels, peurs		
9.1	Moments dépressifs		
9.2	Conduites d'opposition		
9.3	Conduites d'isolement		
9.4	Difficultés scolaires non classables ailleurs		
9.5	Retards ou régressions transitoires		
9.6	Aspects originaux de la personnalité		
9.8	Autres		
9.9	Non spécifiés		

ETUDE SUR L'ACTIVITE DES CMPP EN REGION CENTRE EN 2008 – Volet 2 : la population accueillie

Axe II-A : facteurs organiques

		Nombre d'enfants diagnostiqués	
		en 2008	en 2003
10	Pas de facteurs organiques reconnus		
11	Facteurs anténataux d'origine maternelle		
12	Facteurs périnataux		
13	Atteintes cérébrales post-natales		
14	Maladies d'origine génétique ou congénitales		
15	Infirmités et affections somatiques à long cours		
16	Epilepsie et convulsions		
17	Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance		
18	Autres		
19	Pas de réponse possible faute d'information		

Axe II-B : facteurs environnementaux

		Nombre d'enfants concernés	
		en 2008	en 2003
20	Pas de facteurs environnementaux à retenir		
21	Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille		
21.1	Dépression maternelle dans la période post natale		
21.2	Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année		
21.3	Autres troubles importants des relations précoces		
21.4	Troubles mentaux d'un ou des parents		
21.5	Troubles mentaux d'un autre membre de la famille		
21.6	Alcoolisme ou toxicomanie parentale		
21.7	Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial		
21.8	Autres		
22	Carences affectives, éducative, sociales, culturelles		
22.0	Carences affectives précoces		
22.1	Carences affectives ultérieures		
22.2	Carences socio-éducatives		
22.8	Autres		
23	Mauvais traitements et négligences graves		
23.0	Séviçes et violences physiques		
23.1	Négligences sévères		
23.2	Abus sexuels		
23.8	Autres		
24	Evènements entraînant la rupture de liens affectifs		
24.0	Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif de l'enfant		
24.1	Rupture itérative des modes de garde		
24.2	Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif d'un ou des parents		
24.3	Décès d'un ou des parents		
24.4	Décès d'un ou des grands-parents		
24.5	Décès dans la fratrie		
24.6	Abandon parental		
24.8	Autres		
25	Contexte socio-familial particulier		
25.0	Gemellité		
25.1	Enfant actuellement placé		
25.2	Enfant adopté		
25.3	Enfant de parents divorcés ou séparés quelque soit le mode de garde		
25.4	Enfant élevé par les grands parents		
25.5	Famille monoparentale		
25.6	Famille immigrée ou transplantée		
25.7	Maladie organique grave d'un parent		
25.8	Milieu socio-familial très défavorisé		
25.9	Autres		
28	Autres		
29	Pas de réponse possible par défaut d'information		

3. Conséquences des évolutions constatées

L'objectif de cette partie est de nous permettre, avant d'entamer les entretiens, de **vérifier la validité de certaines de nos hypothèses de départ**, à savoir que, du fait de l'aggravation générale des troubles et du manque d'offre alternative de soins sur les territoires, les CMPP comptent parmi leurs usagers des enfants pour lesquels un autre type d'accompagnement serait plus pertinent.

N'hésitez pas, en fin de questionnaire, à nous faire part de vos propres hypothèses si elles sont différentes ; nous pourrions en discuter de façon plus approfondie lors de notre entretien.

a. Orientation vers le CMPP par défaut, faute d'offre de soins alternative

⇒ Pour combien d'enfants, **parmi les enfants adressés au CMPP et diagnostiqués en 2008**, estimez-vous que l'accompagnement en CMPP n'est pas le plus pertinent ?

.....

Si de tels cas existent au sein de votre CMPP, merci de les répartir dans les catégories suivantes :

NB : si possible, merci de mentionner, pour chaque catégorie, le nombre d'enfants concernés.

Difficultés légères au regard du type d'accompagnement proposé en CMPP (cas qui se traduisent, par exemple, par des diagnostics sans préconisation de traitement)

.....

Difficultés lourdes au regard du type d'accompagnement proposé en CMPP

.....

Autre cas (précisez)

.....

Pourquoi ces enfants ont-ils été orientés vers le CMPP ?

NB : si possible, merci de mentionner, pour chaque catégorie, le nombre d'enfants concernés. Dans le cas contraire, cochez les catégories concernées.

Erreur d'orientation

.....

Il n'existe pas de structure plus adaptée sur le territoire (exemples : IME, hôpital de jour)

.....

La / les structure(s) qui serai(en)t plus adaptée(s) ont des listes d'attente importantes

.....

La famille ne souhaitait pas que l'enfant intègre ce type de structure

.....

Autre raison (précisez)

.....

b. Maintien en CMPP par défaut, faute d'offre de soins alternative

⇒ **Parmi les enfants suivis en 2008**, certains jeunes sont-ils maintenus au CMPP alors que, compte tenu de leurs difficultés, une réorientation serait plus pertinente (parmi les plus de 18 ans par exemple) ?

Oui

Non

Si oui,

• combien ?



- pourquoi ?
NB : si possible, merci de mentionner, pour chaque catégorie, le nombre d'enfants concernés. Dans le cas contraire, cochez les catégories concernées.

il n'existe pas de structure adaptée sur le territoire
.....

la / les structure(s) adaptée(s) ont des listes d'attente importantes
.....

la famille ne souhaite pas que le jeune quitte le CMPP
.....

autre raison (précisez)
.....
.....
.....

⇒ Merci d'indiquer brièvement ci-dessous les problématiques que vous constatez en termes d'adéquation public accueilli / accompagnement en CMPP et que nous pourrions développer au cours de notre entretien.

.....
.....
.....
.....
.....



Annexe 4 : Grille d'entretien avec les directeurs et directeurs médicaux

QUESTIONNAIRE QUALITATIF / GRILLE D'ENTRETIEN

- questionnaire portant sur l'ensemble des enfants diagnostiqués* en 2008 –

1. Classifications et recueil des données relatives aux caractéristiques psychopathologiques des enfants (cf. introduction de notre proposition de plan)

a. Choix ou non d'utiliser une classification

- ⇒ Pourquoi avoir choisi – ou non – d'utiliser une classification (cf. réponse au questionnaire préalable) ?
- ⇒ Si vous utilisez une classification, pourquoi avoir choisi celle-là (cf. réponse au questionnaire préalable) ?
- ⇒ Qui est à l'origine de ces décisions (la direction, l'association gestionnaire) ?

b. Recueil et enregistrement des données

- ⇒ Comment la classification est-elle utilisée au quotidien ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?
- ⇒ Qui saisit les données / qui décide de la cotation (réunion de synthèse ?) ?
- ⇒ Que se passe-t-il en cas de désaccord ?
- ⇒ Au sein du CMPP, toutes les équipes recueillent-elles les données de la même façon (même classification, même processus) ?
- ⇒ Comment est renseigné l'axe II, portant sur les facteurs organiques et environnementaux (cf. dépendance vis-à-vis des familles) ?
- ⇒ Si vous n'utilisez pas de classification, avez-vous un moyen de mettre en évidence les difficultés, leurs facteurs et leurs évolutions ?

* Soit tous les enfants dont la phase de diagnostic s'est terminée en 2008, qu'elle ait commencé en 2008 ou précédemment (c'est-à-dire ceux pour lesquels la réunion de synthèse a eu lieu).

2. Analyse des difficultés constatées, des facteurs qui leur sont associés et de leurs évolutions (cf. point I.B)

- ⇒ Comment analysez-vous les difficultés rencontrées par les enfants accueillis, et leurs évolutions ?

- ⇒ Comment analysez-vous les facteurs recensés, et leurs évolutions ?

3. Adéquation difficultés constatées / prestations proposées et manques éventuels (cf. points II.A et II.B)

- ⇒ **Compte tenu des difficultés constatées et des facteurs mis en évidence, estimez-vous que le CMPP remplit sa mission de façon satisfaisante ?**

- Mission de diagnostic
- Mission de suivi

Si non, pourquoi ?

- ⇒ **Par exemple, estimez-vous pertinent / suffisant :**

- le plateau technique (personnel doté ; personnel pourvu) ?
- le type de prestations proposées (spécialités, uni / multidisciplinaires, fréquence, groupe, famille, etc.) ?
- les partenariats noués avec les autres acteurs présents sur le territoire ?

Si non, expliquez pourquoi.

- ⇒ **Avez-vous procédé à des adaptations au sein du CMPP pour répondre à l'évolution du public accueilli ?**

Si oui, de quel ordre ?

- ⇒ **Souhaiteriez-vous procéder à des adaptations au sein du CMPP pour mieux répondre à l'évolution du public accueilli ?**

Si oui, lesquelles ?

Si oui, ces adaptations sont-elles planifiées à court terme ?

Dans le cas contraire, pourquoi ?

- Faute de moyens financiers
- Faute de moyens humains
- Faute de partenariats suffisants
- Autre motif



Annexe 5 : Trame de rédaction pour les « vignettes »

Chaque CMPP doit réaliser à partir de cette trame 2 « vignettes », soit :

- une vignette présentant un parcours « classique » d'enfant reçu en CMPP (orientation, difficultés, accompagnement proposé, évolution, etc.) ;
- une vignette présentant le parcours d'un enfant dont les difficultés ont nécessité une adaptation des pratiques du CMPP (exemple : travail en groupe, thérapie familiale ou autre type d'accompagnement des familles, accueil spécifique pour les adolescents, etc.).

L'objectif de cette deuxième vignette est de montrer comment les CMPP ont dû adapter leurs pratiques aux évolutions du public accueilli, quelles difficultés ils ont pu rencontrer éventuellement, etc. Elle peut aussi être l'occasion de présenter ce que le CMPP aimerait pouvoir faire en termes d'adaptations.

Cette trame est bien sûr à adapter/compléter en fonction de ce que vous jugerez pertinent et des situations que vous présenterez.

- a. Origine de l'orientation
- b. Difficultés identifiées à l'arrivée de l'enfant au CMPP
- c. Facteurs mis en évidence
- d. Date de début de la prise en charge par le CMPP
- e. Evolution des difficultés dans le temps
- f. Type de prise en charge mise en place dans le cadre du CMPP
 - ⇒ Prise en charge unidisciplinaire / multidisciplinaire
 - ⇒ Spécialité(s)
 - ⇒ Fréquence
 - ⇒ Travail individuel / travail en groupe
 - ⇒ Accompagnement parallèle de la famille
- g. Perspectives d'évolution pour cet enfant

Et, pour la vignette n°2 :

- h. Adaptations mises en œuvre, prévues ou souhaitées pour améliorer l'accompagnement proposé par le CMPP au regard des difficultés de l'enfant



Annexe 6 : la CFTMEA

(source : http://psydoc-fr.broca.inserm.fr:16080/biblio_bd/cftmea/)

Axe I : CATEGORIES CLINIQUES

⇒ 1. Autisme et Troubles psychotiques

On classera ici des troubles autistiques et psychotiques avérés chez l'enfant et l'adolescent. Bien que n'appartenant pas strictement au registre psychotique, on y fera figurer également des troubles thymiques de l'adolescent, dont la sévérité et la massivité obèrent temporairement le rapport au réel.

1.0 Psychoses Précoces (Troubles envahissants du développement)

1.00 Autisme infantile précoce - type Kanner

1° Début généralement au cours de la première année avec présence des manifestations caractéristiques avant l'âge de 3 ans.

2° Association de :

- troubles majeurs de l'établissement des relations interpersonnelles et des relations sociales.
- altération qualitative de la communication (absence de langage, troubles spécifiques du langage, déficit et altération de la communication non verbale).
- comportements répétitifs et stéréotypés avec souvent stéréotypies gestuelles ; intérêts et jeux restreints et stéréotypés.
- recherche de l'immutabilité (constance de l'environnement)
- troubles cognitifs

Exclure :

- les autres psychoses de l'enfant
- les déficiences intellectuelles dysharmoniques
- les démences
- les troubles complexes du langage oral

1.01 Autres formes de l'autisme :

Syndrome autistique incomplet ou d'apparition retardée après l'âge de 3 ans

Inclure : certaines psychoses de type symbiotique avec traits autistiques.

Exclure :

- les autres psychoses de l'enfant
- les déficiences intellectuelles dysharmoniques
- les démences
- les troubles complexes du langage oral

1.02 Psychose précoce déficitaire. Retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques

Intrication d'un retard mental sévère, et d'emblée présent, avec des traits autistiques ou psychotiques, notamment des accès d'angoisse psychotique associés à des régressions et à des comportements auto-agressifs.

Ces signes témoignent de l'existence d'un noyau psychotique, dont l'expression peut varier avec l'âge (des phénomènes dissociatifs ou des épisodes de délires peuvent survenir aux alentours de la puberté).

C'est le caractère massif et la survenue d'emblée, qui justifie l'individualisation de ces formes de psychoses, sachant que par ailleurs, dans la plupart des cas d'autisme ou d'autres psychoses de l'enfant coexistent habituellement un retard mental ou des troubles cognitifs.

Inclure :

- psychose à expression déficitaire
- débilité évolutive

Exclure :

- les autres psychoses de l'enfant
- les déficiences dysharmoniques

1.03 Syndrome d'Asperger

Présence d'un syndrome autistique sans retard du développement cognitif et surtout du développement du langage. L'autonomie de ce syndrome par rapport à l'autisme infantile, et notamment aux formes d'autisme dites "de haut niveau" est discutée. C'est notamment dans de tels cas qu'ont été décrites des capacités particulières dans certains domaines (mémoire, calcul, etc...), isolées de l'ensemble du fonctionnement psychique.

Inclure : Psychopathie autistique

1.04 Dysharmonies psychotiques

Classer ici les formes présentant les caractéristiques suivantes :

1°leur expression est manifeste à partir de l'âge de 3 à 4 ans ;

2°la symptomatologie varie d'un cas à l'autre et pour le même enfant, elle se modifie en cours d'évolution.

On rencontre, parmi les motifs de consultation, les manifestations somatiques ou comportementales, l'instabilité, les inhibitions sévères, les manifestations phobiques, hystériques ou obsessionnelles, les dysharmonies dans l'émergence du langage et de la psychomotricité sans que le déficit intellectuel mesuré aux tests occupe une place centrale, au moins dans la période initiale. Les échecs dans les essais de scolarisation sont fréquents (phobies scolaires, difficultés d'apprentissage).

3° Derrière cette symptomatologie variable, les traits et mécanismes de la série psychotique constituent un élément commun :

- menace de rupture avec le réel, absence ou mauvaise organisation du sentiment de soi et des rapports avec la réalité ;
- tendance au débordement de la pensée par des affects et des représentations d'une extrême crudité ;
- les angoisses sont de divers types : angoisses de néantisation, angoisses dépressives et de séparation, parfois attaques de panique ;
- dominante d'une relation duelle avec incapacité d'accès aux conflits et aux modes d'identification les plus évolués ;
- prédominance de positions et d'intérêts très primitifs.

4° En dépit de ces traits et mécanismes propres à la psychose, les capacités d'adaptation et de contrôle assurent souvent une protection contre les risques de désorganisation. Ainsi, les modes d'expression pathologique peuvent être limités à certains domaines ou ne se manifester ouvertement que dans certaines phases évolutives. Cette adaptation repose toutefois sur la mise en oeuvre de modalités contraignantes impliquant des restrictions notables dans les échanges avec autrui.

Inclure, lorsqu'ils répondent aux critères précédents :

- les prépsychoses ;
- les parapsychoses ;
- les dysharmonies évolutives de structure psychotique ;
- les psychoses pseudo-névrotiques ;
- les psychoses pseudo-caractérielles ;
- le syndrome dit de l'enfant atypique ;
- les psychoses de type symbiotique ;
- les "Multiplex Developmental Disorders" (MDD).

Exclure :

- les autres sous-catégories des psychoses de l'enfant ;
- les pathologies de la personnalité (catégorie 3) ;
- les troubles névrotiques (catégorie 2).

Les diverses organisations citées parmi les inclusions soulèvent des problèmes diagnostiques difficiles.

Ainsi, les psychoses symbiotiques décrites par M. Mahler sur des critères psychanalytiques n'entrent pas toutes dans ce cadre mais peuvent être classées également parmi les psychoses de type autistique (1.01), ou de type schizophrénique (1.04), selon les aspects cliniques dominants.

De même, les enfants dénommés par certains auteurs, atypiques ou schizoïdes, entrent assez rarement dans le cadre des psychoses, ils trouvent plutôt leur place parmi les pathologies de la personnalité (catégorie 3), les troubles névrotiques (catégorie 2), et même quelquefois parmi les variations de la normale (catégorie 9).

1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance

Après un début de développement normal, généralement jusqu'à l'âge d'au moins 2 ans, survenue d'une perte manifeste des acquisitions cognitives et psychomotrices accompagnée de l'apparition d'éléments plus ou moins complets, plus ou moins caractéristiques du syndrome autistique.

Un cas particulier est le syndrome de Rett dans lequel l'arrêt du développement psychomoteur est précoce, entre 5 et 30 mois, avec une diminution de la croissance crânienne et de symptômes caractéristiques : la perte de l'usage fonctionnel et intentionnel des mains ainsi que des mouvements stéréotypés des mains à type de torsion ou de lavage. Par la suite se manifestent des troubles de la marche et du tonus du tronc ainsi qu'un retard psychomoteur sévère.

Inclure :

- démence

Exclure :

- autisme infantile

- autres psychoses précoces ou troubles envahissants du développement

- aphasie acquise avec \u233épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner)

- mutisme électif

- schizophrénie

1.08 Autres psychoses précoces ou autres troubles envahissants du développement

1.09 Psychoses précoces ou troubles envahissants du développement non spécifiés

1.1 Schizophrénies

1.10 Schizophrénie de l'enfant

Survenue après l'âge de 4 ou 5 ans de troubles psychotiques, se manifestant soit progressivement soit à partir d'un épisode aigu ou subaigu, et s'inscrivant dans un processus évolutif au long cours ; dans la clinique prédominant dissociation, discordance, des manifestations d'angoisse psychotique, un retrait et une désorganisation majeure de la vie mentale avec perte rapide des capacités adaptatives. Les manifestations délirantes sont moins fréquentes et plus difficiles à mettre en évidence que chez l'adulte, elles prennent la forme d'idées persécutives ou d'idées de transformation corporelle, ou encore de phobies étranges. L'évolution se fait généralement vers la persistance de troubles schizophréniques sévères avec souvent une altération de l'efficacité intellectuelle. Ces formes de psychose peuvent aussi constituer un mode d'évolution d'une psychose précoce (certains cas d'autisme ou de dysharmonie psychotique notamment).

1.11 Troubles schizophréniques à l'adolescence

1.110 Aspects prodromiques

Ils comportent une multitude de symptômes atypiques parmi lesquels les signes dits "négatifs" de la schizophrénie sont dominants, mais sur un mode mineur qui ne permet pas d'affirmer le diagnostic de schizophrénie mais fait craindre cette évolution. Les signes les plus habituels sont une réduction de l'attention et des capacités de concentration, une baisse sensible des résultats scolaires, des désirs et des motivations, une anhédonie, un retrait social, une tendance à l'isolement, l'inversion du rythme nyctéméral, une irritabilité, des accès de violence, une pensée diffuse, un discours désaffectivé, des idées bizarres, une mégalomanie, des pensées ou des gestes suicidaires. Aucun de ces signes n'est suffisant à lui seul. C'est leur regroupement et surtout leur accentuation régulière sur plusieurs mois, ainsi que leur association à une anxiété constante, envahissante, voire à une angoisse massive, indicible, quasi continue, qui permet de retenir ce diagnostic.

Le tableau clinique peut être dominé par des conduites anti-sociales et des irruptions violentes incontrôlables contre des biens, des personnes ou contre eux-mêmes, associées à une activité projective massive et continue et à une intolérance totale aux affects dépressifs immédiatement relayés par des passages à l'acte violents hétéro- ou auto-agressifs. Il est de plus en plus fréquent que ces tableaux cliniques s'associent à une prise de drogue ou d'alcool continue ou discontinue. L'évolution vers la schizophrénie avérée n'est pas constante.

Exclure : un syndrome dépressif sévère.

1.111 Schizophrénie avérée

On regroupe ici l'ensemble des manifestations schizophréniques qui sont celles des tableaux classiques des schizophrénies de l'adulte.

1.2 Troubles délirants

Classer ici les troubles caractérisés essentiellement par la présence d'idées délirantes persistantes ne correspondant pas aux troubles schizophréniques.

Il s'agit habituellement d'idées délirantes uniques ou multiples de persécution, mégalomaniaques, hypochondriaques ; de délires passionnels ou d'imagination ; de dysmorphophobies délirantes.

1.3 Troubles psychotiques aigus

Épisodes aigus ou subaigus, pouvant prendre la forme de la bouffée délirante des auteurs français (survenue brutale de manifestations délirantes polymorphes, par leurs thèmes et leurs mécanismes hallucinations, interprétations, intuitions), ou de la schizophrénie aiguë des auteurs anglo-saxons, d'autres aspects cliniques comportant une rupture brutale des repères usuels, un remaniement profond du vécu peuvent observer.

Une évolution rapidement favorable est nécessaire au diagnostic.

1.30 Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques

1.31 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques

1.38 Autres

Exclure:

- les formes dans lesquelles les troubles persistent au-delà de quelques semaines
- les cas dans lesquels les accès se répètent, et dans lesquels persistent des modifications de la personnalité
- les décompensations d'allure aiguë d'une psychose confirmée.

1.4 Troubles thymiques

1.40 Psychoses dysthymiques de l'enfant

Classer ici les psychoses où les troubles de l'humeur occupent une place centrale.

Les manifestations peuvent apparaître à partir de 3, 4 ans sous la forme d'expressions symptomatiques appartenant à la dépression et à l'excitation. L'envahissement par des affects dépressifs, le repli sur soi, le ralentissement idéique, le vide de la pensée, s'associent ou alternent avec des phases d'excitation de type maniaque, des accès d'agitation ou des phénomènes de débordement idéique.

Inclure : les formes de même nature mais qui ont été décrites sous un autre dénomination :

- les psychoses affectives ;
- les troubles thymiques de structure psychotique.

1.41 Troubles thymiques de l'adolescent

Les troubles de l'humeur, ("troubles affectifs") inaugurant ou non des troubles maniaco-dépressifs uni ou bipolaires peuvent survenir dès l'adolescence. Ils sont de mieux en mieux reconnus même sous une symptomatologie atypique. Bien que n'appartenant pas strictement au registre psychotique, nous classons dans cette rubrique les troubles thymiques dont la sévérité et la massivité obèrent temporairement le rapport au réel. Ils s'associent fréquemment, surtout à cet âge, à des manifestations psychotiques. Il nous paraît plus satisfaisant, à l'heure actuelle, de privilégier les troubles de l'humeur sur les symptômes psychotiques. Cela nous a conduit à classer ici les troubles schizo-affectifs, à l'exception des cas où la symptomatologie schizophrénique laisse très au second plan les troubles affectifs et les fait classer en schizophrénie avérée. Exclure : les états dépressifs survenant dans un contexte névrotique, de pathologie de la personnalité ou de troubles réactionnels.

1.410 Episode maniaque

1.4100 Episode maniaque actuel s'inscrivant dans un trouble affectif bipolaire

1.4101 Manie sans symptômes psychotiques

1.4102 Manie avec symptômes psychotiques

1.4103 Etat mixte

1.4104 Hypomanie

Inclure : certains états schizo-affectifs

1.411 Episode dépressif

1.4110 Episode dépressif actuel s'inscrivant dans un trouble affectif bipolaire

1.4111 Episode dépressif sévère sans dimension mélancolique manifeste

1.4112 Episode dépressif sévère sans dimension mélancolique manifeste, avec symptômes psychotiques

1.4113 Episode dépressif sévère avec dimension mélancolique

1.4114 Episode dépressif sévère avec mélancolie délirante

Inclure : certains états schizo-affectifs

1.5 Etats dépressifs après épisode psychotique

Episode dépressif survenant au décours d'un épisode psychotique le plus souvent aigu, ou classé dans le registre de la schizophrénie. Il est difficile de savoir dans ces troubles dépressifs ce qui relève du registre psychotique, dont les symptômes les plus manifestes ont disparu, de l'effet des neuroleptiques, d'une réaction psychologique à la maladie ou d'un état dépressif spécifique.

1.8 Autres Troubles Psychotiques

1.9 Troubles Psychotiques non spécifiés

⇒ 2. Troubles névrotiques

Classer ici des troubles variables dans leur expression et leur intensité, mais qui ont en commun les éléments suivants, observables à partir de 3 ans, quelles que soient les hypothèses étiopathogéniques :

- il s'agit de perturbations durables sans tendance spontanée à la guérison, non explicables par les événements récents mis souvent en avant par l'entourage de l'enfant et qui constituent surtout des facteurs déclenchants.

- les relations avec l'environnement s'établissent sous le double signe de la contrainte et de la dépendance mais sans aboutir à un dessaisissement complet des capacités d'individuation et d'autonomie (se discutent ici les limites vis-à-vis des pathologies de la personnalité non psychotiques, catégorie 3).
- l'enfant tend à répéter, dans un environnement nouveau, les conduites et les conflits développés initialement dans le milieu familial.

- la souffrance psychique - particulièrement l'angoisse sous la forme pure ou sous d'autres aspects - occupe une place centrale, y compris pour les cas où certains mécanismes limitent les expressions directes du malaise affectif de fond.

- quelles que soient les variations symptomatiques, fréquentes, l'évolution inclut une restriction des capacités et potentialités des sujets, mais sur un mode limité à certains secteurs.

- les distorsions apportées à la mise à l'épreuve de la réalité restent limitées à certains domaines : il n'y a pas menace de rupture ni véritable perte de contact avec le réel (on discutera ici les frontières vis-à-vis de la psychose et des pathologies de la personnalité).

Les sous-catégories proposées ici constituent des regroupements syndromiques qui ne s'excluent pas toujours les uns les autres, surtout dans une perspective diachronique, c'est pourquoi la possibilité de retenir 2 sous-catégories est autorisée dans les formes comportant l'intrication de plusieurs aspects syndromiques.

2.0 Troubles névrotiques à dominante anxieuse

Classer ici lorsqu'elles répondent aux critères ci-dessus les manifestations névrotiques pour lesquelles l'expression symptomatique se fait essentiellement sur le mode de l'angoisse, que celle-ci revête la forme de manifestations aiguës ou de l'anxiété diffuse, chronique ou intermittente.

Inclure :

- états anxieux
- anxiété généralisée
- panique
- équivalents d'angoisse.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques, sauf trouble associé
- les psychoses dysthymiques (1.4) et les formes limites de la psychose (1.2)
- les pathologies limites (catégorie 3)
- les variations de la normale (catégorie 9).

2.1 Troubles névrotiques à dominante hystérique

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les troubles névrotiques dominés par les manifestations suivantes :

- soit des symptômes de conversion de type sensitivo-moteur, sensoriel, convulsif, etc. accompagnés le plus souvent de la classique "belle indifférence".

- soit des manifestations regroupées classiquement sous l'appellation de "rétrécissement du champ de conscience" et qui se caractérisent par des scotomisations massives de certains secteurs du champ perceptif, cognitif ou de la mémoire toujours significativement liés aux conflits du patient.

- soit des comportements et modalités relationnelles dominés par le théâtralisme, la mise en scène et le faire-valoir, associés à une grande vulnérabilité à l'appréciation d'autrui, une dépendance et une quête affective, une propension aux réponses dépressives et à la mythomanie.

Inclure :

- le syndrome de Briquet (on regroupe sous cette entité les cas essentiellement féminins où l'on rencontre à leur maximum la surconsommation médico-chirurgicale et un handicap chronique constitué par des plaintes somatiques ou des manifestations de conversion polysymptomatiques.)
- les personnalités multiples.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques sauf trouble associé
- les cas où des manifestations similaires s'inscrivent parmi les symptômes d'une personnalité de type abandonnique, narcissique, pervers, psychopathique... à classer en catégorie 3
- les formes à expression hystérique de la psychose à classer en 1.04.

2.2 Troubles névrotiques à dominante phobique

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les traits et les mécanismes appartenant au registre phobique avec les symptômes caractéristiques notamment : les crises d'angoisse et les comportements de fuite devant un élément phobogène. Nombre d'attaques de panique entrent dans ce cadre.

Inclure :

- les dysmorphophobies quand elles répondent aux critères de la névrose, sinon discuter les limites avec les pathologies de la personnalité.
- les phobies d'impulsion quand le registre hystéro-phobique est dominant.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques sauf trouble associé
- les phobies appartenant à la psychose (1.04) ou à une pathologie limite (catégorie 3.).

2.3 Troubles névrotiques à dominante obsessionnelle

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les traits et mécanismes appartenant au registre obsessionnel comportant notamment :

- soit des symptômes dominés par l'activité compulsive, qu'elle porte sur les idées obsédantes et/ou les rituels conjuratoires;
- soit des comportements et modalités relationnelles dominés par l'hésitation, le doute, le besoin de vérification, l'ambivalence, l'alternance de rapprochers et de mises à distance des personnes investies; les traits de caractère dits anaux : ordre, entêtement, avarice; les formations réactionnelles : scrupulosité, pitié, obséquiosité, manie de la propreté...

Inclure :

- les compulsions, les gestes conjuratoires, les tics, les ruminations mentales chez l'adolescent;
- les phobies d'impulsion pour lesquelles les composantes compulsives sont dominantes

Exclure :

- les autres troubles névrotiques sauf trouble associé
- les pathologies de la personnalité (catégorie 3)
- les tics isolés, la maladie de Gilles de la Tourette (catégorie 6)
- les obsessions appartenant à la psychose (1.03)
- les variations de la normale (catégorie 9).

2.4 Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les cas dominés par une inhibition durable dans le domaine des apprentissages et des acquisitions intellectuelles avec réduction des activités, défaut d'utilisation des potentialités. Outre l'inhibition, le déroulement des activités est marqué par l'absence de plaisir, le sentiment de doute et d'incapacité.

Exclure :

- la dépression sous toutes ses formes
- les formes marginales de la psychose
- les variations de la normale.

2.5 Dépression névrotique

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les troubles névrotiques où le syndrome dépressif domine le tableau clinique dans un contexte marqué par la continuité avec la personnalité antérieure. Ce diagnostic reflète un état actuel, il est éminemment variable avec le temps.

Inclure :

- névrose dépressive.

Exclure :

- les dépressions réactionnelles (4.0)
- les dépressions appartenant au registre psychotique (catégorie 1)
- les états dépressifs appartenant à une pathologie limite (3.3)
- les variations de la normale (9.1).

2.6 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité

Classer ici les cas dont le comportement, la relation à la réalité, la vie relationnelle, appartiennent au registre névrotique précédemment défini, mais dont les traits névrotiques sont déjà fixés dans des attitudes de caractère peu mobilisables, entraînant peu de souffrance et d'angoisse. Les manifestations sont présentées comme des données de fait ou des états imposés par la réalité. Ces traits peuvent apparaître dans les comportements sado-masochistes par exemple ou se manifester par des composantes hystériques, phobiques ou obsessionnelles à dominante ego-syntonique.

Inclure :

- névrose de destinée
- névrose d'échec.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques
- les variations de la normale (catégorie 9)
- les dysharmonies psychotiques (1.04)
- les pathologies limites (catégorie 3).

2.7 Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères ci-dessus les cas où prédominent les perturbations des fonctions instrumentales : maladrotes psycho-motrices, troubles du langage, défauts d'apprentissage, troubles de la pensée et du raisonnement chez des enfants intelligents.

Les conflits sont à la fois déplacés sur les symptômes et masqués par eux, mais ils demeurent repérables dans ce que l'enfant ou l'adolescent en laisse filtrer dans son discours lors des entretiens, dans les circonstances d'apparition des troubles, dans les variations des relations avec cet entourage susceptibles d'en modifier le cours, enfin dans la propension à répéter ces conflits dans les relations nouvelles, notamment thérapeutiques.

Inclure :

- dysharmonies névrotiques.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques sauf trouble associé
- les dysharmonies psychotiques (1.04)
- les troubles isolés des fonctions instrumentales (catégorie 6)
- les pathologies limites (catégorie 3).

2.8 Autres

2.9 Non spécifiés

⇒ 3. Pathologies limites

Les pathologies limites de l'enfant s'expriment à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution.

Au point de vue clinique et psychopathologique, on relève les éléments suivants :

- des défauts précoces d'étayage doù résultent des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale ; cependant l'enfant met en oeuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self.
- des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée : en découle une dominance des expressions par le corps et par les agirs.
- des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive : elles ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives ; elles entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet ; néanmoins l'enfant accède à une différenciation soi - non soi où se marque l'écart vis-à-vis des psychoses.
- des failles narcissiques constantes : elles peuvent inclure une représentation de soi inacceptable, au point de porter atteinte au sentiment d'identité ; à titre défensif, l'enfant est souvent conduit à développer des réactions de prestance qui mènent à des affrontements répétitifs avec le milieu.

En dépit de ces composantes péjoratives, des ouvertures de type névrotique se dessinent, mais sans permettre un véritable affrontement aux conflits de désir et d'identification. En résulte une hétérogénéité

structurelle, soutenue par des clivages, de sorte que, d'un côté, se développent des capacités d'adaptation, tandis que, sur un autre versant, persistent des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental.

Les sous-catégories proposées ci-dessous constituent des regroupements syndromiques parmi les plus fréquents.

3.0 Dysharmonies évolutives

Classer ici des troubles à symptomatologie variable et dont les traits et mécanismes caractéristiques s'inscrivent dans une perturbation évolutive multi-factorielle d'instauration précoce, toujours avant six ans, qui entraîne un développement dysharmonique.

Les troubles du langage, de la psychomotricité, des fonctions cognitives se présentent principalement comme des dysharmonies fonctionnelles en rapport avec des défauts d'investissement, des insuffisances d'apprentissage, des modes d'échanges inadaptés avec l'environnement mais ils peuvent progressivement conduire à une restriction durable des potentialités.

Les troubles de la personnalité pris dans ce processus s'expriment principalement par l'insécurité de fond, l'immatrité, l'existence d'angoisses dépressives et de séparation liées aux difficultés d'individuation. La composante dépressive tient une place importante, qu'elle s'exprime ouvertement ou qu'elle soit recouverte par des troubles dominants des conduites.

Inclure :

- des manifestations ou des regroupements syndromiques qui peuvent apparaître, sous des formes banales ou trompeuses mais qui s'intègrent en réalité dans un processus évolutif répondant aux critères ci-dessus.

Exclure :

- les autres formes des pathologies limites
- les troubles névrotiques (catégorie 2)
- les psychoses (catégorie 1)
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6) quand ils sont bien individualisés et non liés à une perturbation évolutive de fond répondant aux critères de la dysharmonie évolutive.

3.1 Pathologie limite avec dominance des troubles de la personnalité

Classer ici des troubles dont la symptomatologie variable d'un cas à l'autre et dans son évolution ne compromet pas toujours l'adaptation familiale, scolaire ou sociale. Les aspects psychopathologiques répondent aux critères généraux des organisations limites.

Les traits les plus caractéristiques associent :

- . la souffrance dépressive avec l'incapacité à recevoir une aide, l'avidité sans possibilité de comblement;
- . les sentiments de moindre valeur, les défauts dans la régulation de l'estime de soi ;
- . les angoisses de séparation, de perte, d'abandon, parfois des attaques de panique ;
- . les retards du développement affectif, les tendances régressives, les conduites de dépendance;

Inclure :

- des troubles de type narcissique, anaclitique, schizoïde, pseudo-névrotique, abandonnique, les personnalités à faux self ;
- certaines manifestations d'anxiété, certains troubles d'allure phobique, hypochondriaque, obsessionnelle, certains agirs, lorsqu'ils répondent aux critères ci-dessus.

Exclure :

- les autres formes des pathologies limites;
- les troubles névrotiques (catégorie 2)
- les psychoses (catégorie 1)
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6).

3.2 Pathologie limite à dominante schizotypique

Classer ici les troubles caractérisés par des anomalies de la pensée et des affects où dominant la froideur, le retrait, la pauvreté du contact, l'auto-suffisance, des pensées vagues, souvent diffluentes, parfois étranges, des ruminations obsessionnelles, des préoccupations dysmorphophobiques ou nosophobiques. Le trouble évolue de façon durable, mais souvent fluctuante sans qu'il existe de symptômes typiques ou dominants de schizophrénie.

3.3 Pathologie limite à dominante comportementale

Classer ici les troubles dominés par la tendance à l'agir, les troubles des conduites dans les échanges avec autrui, le défaut de contrôle, le déni des règles sociales, la répétition des échecs, le défaut d'influence des sanctions.

Les traits de la personnalité sous-jacents incluent les défauts de maturité affective, l'altération du sentiment de soi, la pauvreté de la vie intérieure, l'incapacité à nouer des investissements stables. La tonalité dépressive est souvent recouverte par des constructions mégalomaniaques et par les affrontements au milieu. Elle se relie parfois à des conduites addictives.

Les troubles des conduites peuvent être codés en catégorie complémentaire (7).

Inclure :

- les troubles caractériels liés à une pathologie limite;
- les déséquilibres caractériels graves.
- l'évolution vers la psychopathie

Exclure :

- les autres formes des pathologies limites,
- les troubles des conduites et du comportement de type névrotique (en particulier 2.8)
- les troubles des conduites et du comportement de type psychotique (en particulier 1.04)
- les troubles réactionnels (catégorie 4).

3.4 Dépressions liées à une pathologie limite

Ces manifestations seront classées ici lorsqu'elles occupent la première place dans le tableau clinique. Cette cotation sera associée à celle de la sous-catégorie qui permet de caractériser le mieux les troubles du sujet. Par exemple un syndrome dépressif survenant chez un enfant ou un adolescent entrant dans le cadre d'une pathologie narcissique sera codé 3.41.

3.8 Autres pathologies limites

3.9 Pathologies limites non spécifiées

⇒ **4. Troubles réactionnels**

Classer ici les troubles définis par l'apparition récente, le lien avec une cause précise, l'intégrité de la personnalité.

4.0 Dépression réactionnelle

Classer ici les troubles répondant aux critères énoncés ci-dessus où la composante dépressive est au premier plan. Ces troubles répondent rapidement à une intervention thérapeutique précocement instaurée.

Exclure :

- les mouvements dépressifs qui constituent des variations de la normale (9.1) ou se relie à l'angoisse de séparation (7.4);
- les dépressions de la psychose (1.06), de la névrose (2.5), des pathologies limites (3.3).

4.1 Manifestations réactionnelles

Classer ici les troubles répondant aux critères énoncés ci-dessus qu'ils aient une expression mentalisée ou qu'ils apparaissent sous la forme de conflits extériorisés dans le milieu familial, scolaire ou social. Ces troubles répondent rapidement à une intervention thérapeutique précocement instaurée.

Exclure :

- la dépression réactionnelle (4.0)
- les variations de la normale (catégorie 9), en particulier les conduites normales d'opposition (9.2)
- les troubles névrotiques (catégorie 2)
- les pathologies limites (catégorie 3)
- les psychoses (catégorie 1)
- les troubles isolés des conduites et du comportement (7).

4.2 Syndrome de stress post traumatique

Dans les mêmes conditions d'apparition récente, de lien avec une cause déclenchante précise et d'intégrité de la personnalité surviennent ici des troubles qui vont constituer une réponse relativement persistante parfois différée aux facteurs déclenchants.

A travers des manifestations d'anxiété et des symptômes, variables d'un cas à l'autre, on relève la reviviscence répétitive des événements traumatiques, sous la forme de rêves, de cauchemars, de scènes jouées ou représentées, dans un contexte d'hyper vigilance et de réaménagements des rapports avec l'environnement.

L'évolution est favorable, dans la plupart des cas, lorsqu'on intervient avec les moyens adaptés ; parfois cependant, elle mène à des modifications notables de la personnalité qui feront alors classer le sujet dans un autre cadre nosographique.

Inclure :

- les réactions secondaires à un facteur de stress
- les troubles de l'adaptation post traumatique

Exclure :

- les décompensations liées à des facteurs intercurrents chez des enfants ou des adolescents que leurs troubles font d'emblée classer dans l'une des catégories suivantes :
- . les troubles psychotiques
- . les pathologies limites
- . les troubles névrotiques

⇒ 5. Déficiences mentales (arriérations, déficits mentales, démences)

Ne classer ici comme catégorie principale, que les formes où la déficience mentale constitue l'élément central. Les autres formes sont à classer par priorité en 1, 2 ou 3 d'après la nature de la pathologie dominante, la déficience mentale n'apparaissant que comme catégorie complémentaire.

Indiquer à la fois le niveau mental et la catégorie de la déficience.

Le niveau mental doit être évalué à partir de toutes les informations disponibles, c'est-à-dire à la fois la symptomatologie clinique et les données psychométriques. Les quotients intellectuels indiqués sont ceux de tests ayant une moyenne égale à 100 et un écart-type de 15. L'échelle utilisée reprend celle de la Classification internationale des Maladies de l'OMS.

5.0x Q I 50 – 69

5.1x Q I 35 – 49

5.2x Q I 20 – 34

5.3x Q I < à 20

5.4x Q I Non spécifié

5.x5 Déficiences harmoniques

Classer ici toutes les formes où les troubles de l'intelligence apparaissent fixés et constituent l'élément central du tableau clinique : les diverses manifestations peuvent être rattachées aux perturbations affectant globalement le développement et l'organisation des fonctions cognitives, quelle qu'en soit l'étiologie.

Inclure, sous réserve qu'elles répondent aux critères précédents :

- la déficience mentale simple,
- la déficience homogène,
- la déficience harmonique.

Exclure :

- les autres formes de la déficience mentale (5.x6, 5.x7, 5.x8),
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6),
- les retards ou régressions transitoires (catégorie 9).

5.x6 Déficiences dysharmoniques

Classer ici les troubles de l'intelligence s'inscrivant dans un processus évolutif où le déficit fixé s'associe à des retards curables. Les traits déficitaires sont ici intriqués à des troubles de la personnalité et/ou à des troubles instrumentaux divers (troubles du langage, troubles gnoso-praxiques) qui débordent les manifestations explicables par le seul déficit intellectuel de base.

Inclure ici, sous réserve qu'elle réponde aux critères précédents :

- la déficience dysharmonique,
- la déficience avec troubles associés.
- la pseudo déficience lorsqu'il existe un versant déficitaire déjà fixé, quelle que soit l'étiologie évoquée.

Exclure :

- les autres formes de la déficience mentale, en particulier la déficience avec polyhandicap sensoriel et moteur (5.x7) où les troubles liés au déficit répondent à des atteintes neurologiques avérées et sévères alors que dans les déficits dysharmoniques, les troubles intriqués de la psychomotricité et du langage n'ont pas la même gravité et ne relèvent pas d'une étiologie univoque;
- les troubles des fonctions instrumentales, (catégorie 6).

5.x7 Déficience avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur

Classer ici les formes d'origine encéphalopathique où le déficit intellectuel est intriqué à des troubles neurologiques sévères à expression motrice et/ou sensorielle et est accompagné souvent d'une comitativité. Ce polyhandicap comporte une limitation considérable de l'efficacité et de l'adaptation.

Exclure :

- les déficiences dysharmoniques où, dans un tableau de gravité moindre, les troubles associés ne sont pas rattachables à une atteinte neurologique caractérisée mais correspondent plutôt à des perturbations d'ordre fonctionnel (5.x6).

5.x8 Démences

Classer ici exclusivement les déficiences réunissant les deux critères suivants :

1/ la réduction des capacités mentales tend à se faire de façon extensive pour évoluer vers une limitation durable,

2/ les troubles sont en rapport direct avec des facteurs organiques reconnus (à préciser nécessairement sur l'axe II).

Exclure :

- les déficiences avec polyhandicap sensoriel ou moteur (5.x7) qui représentent des états fixés alors que les démences sont prises encore dans un processus évolutif

- les déficiences mentales apparaissant au cours de l'évolution des psychoses de l'enfant (catégorie 1) et des troubles évolutifs de la personnalité non psychotiques (catégorie 3) :

a) en période évolutive, l'enfant sera classé d'après la nature des troubles de base, dans l'une des sous-catégories des catégories 1 ou 3;

b) lorsque le déficit en vient à dominer le tableau clinique dans un état déficitaire fixé post-évolutif, l'enfant sera classé d'après la forme prise par le déficit, soit dans les déficiences harmoniques (5.x5), soit dans les déficiences dysharmoniques (5.x6).

5.x9 Non spécifiée

⇒ 6. Troubles du développement et des fonctions instrumentales

Ces troubles sont envisagés dans une perspective descriptive, sans référence étiopathogénique. Certains d'entre eux, en l'absence d'une cause précise, sont définis par l'expression trouble spécifique du développement.

Ne classer ici comme catégorie principale que les troubles du développement et des fonctions instrumentales ne s'inscrivant pas dans une pathologie qui doit être classée par priorité dans les rubriques 1 à 5. Dans les autres cas, ne faire apparaître les troubles instrumentaux et des apprentissages que comme catégorie complémentaire.

6.0 Troubles de la Parole et du Langage

Troubles dans lesquels l'acquisition du langage est perturbée ou retardée dès les premiers stades du développement, en l'absence d'anomalies neurologiques, d'anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, d'atteinte sensorielle, de retard mental global. Les troubles du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement.

6.00 Troubles isolés de l'articulation.

Troubles dans lesquels l'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal. Il existe des déformations involontaires et systématiques d'un ou plusieurs phonèmes (consonnes essentiellement). Exemples: zozotement, zézaiement (sigmatisme interdental), chuintement (ou sigmatisme latéral).

Inclure :

- Troubles spécifiques du développement phonologique
- Dyslalie

6.01 Troubles du développement du langage

Troubles du développement dans lesquels les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental.

6.010 Retard de parole

Trouble du développement du langage portant essentiellement sur l'ensemble de l'organisation phonétique, avec la persistance, au-delà de l'âge 4 ans, d'altérations phonétiques observées normalement vers 3 ans: fusion et substitution de phonèmes voisins dont l'articulation est moins difficile, omissions des syllabes finales, etc. (persistance du "parler bébé"); le développement des autres aspects du langage (vocabulaire, syntaxe) étant dans les limites de la normale.

Ces troubles s'associent souvent à des signes d'immaturité affective : notamment des habitudes orales du premier âge (suçage du pouce ou de la langue, prédilection pour une alimentation lactée et semi-liquide) ; ils

s'inscrivent souvent dans une relation avec l'entourage familial favorisant l'entretien de ces conduites régressives. L'évolution est le plus souvent spontanément favorable.

6.011 Retard (simple) de langage

Retard du développement du langage portant sur ses composantes syntaxiques et linguistiques - généralement associé à des troubles phonétiques- en dehors de tout retard mental global, de trouble auditif ou de trouble grave de la personnalité.

L'ensemble des étapes du développement du langage est retardé : les premiers mots n'apparaissent pas avant 2 ans, et surtout les premières phrases n'apparaissent qu'après 3 ans, la compréhension est bonne ou peu perturbée.

L'évolution est spontanément favorable mais parfois de façon lente. Des difficultés d'acquisition du langage écrit peuvent faire suite aux troubles du langage oral.

6.012 Dysphasie

Trouble portant sur l'acquisition de la structure du langage, sans substrat organique décelable, en l'absence de déficit auditif, de retard mental majeur et de trouble psychotique.

Vers l'âge de six ans, le langage reste très sommaire: le langage spontané est réduit avec un vocabulaire rudimentaire parfois difficilement compréhensible en raison des troubles phonétiques; il existe un agrammatisme ou d'importantes erreurs syntaxiques.

Il existe habituellement des troubles de la compréhension et/ou de la discrimination des éléments phonétiques. Enfin, certains enfants dysphasiques présentent d'importantes dyspraxies bucco faciales contribuant aux troubles articulatoires.

A l'extrême on parle d'audimutité, lorsque qu'il n'y a pratiquement aucun langage compréhensible.

6.018 Autres Troubles du Développement du Langage

6.02 Aphasie acquise

Détérioration du langage, consécutive à une atteinte du système nerveux central, survenant chez un enfant ayant déjà acquis un certain niveau de compréhension et d'expression verbale (au delà de 2 ans environ).

6.020 Aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner)

Régression du langage - après un développement normal - portant à la fois sur le versant expressif et réceptif, sans atteinte globale de l'efficacité intellectuelle. La survenue du trouble s'accompagne d'anomalies paroxystiques à l'EEG (pointes-ondes activées par le sommeil) et, dans la plupart des cas, de crises d'épilepsie. Le trouble apparaît habituellement entre trois et sept ans, avec perte du langage en quelques jours ou quelques semaines. La succession dans le temps, entre le début des crises épileptiques et la perte du langage, est assez variable, l'une des deux manifestations précédant l'autre (ou inversement) de quelques mois à deux ans. Ce trouble pourrait être dû à un processus encéphalitique inflammatoire. Dans environ deux tiers des cas, les sujets gardent un déficit plus ou moins important du langage (de type réceptif).

6.028 Autres aphasies acquises

6.03 Mutisme Suspension ou disparition de la parole chez un enfant qui l'avait acquise antérieurement.

Le mutisme peut être total ou électif.

6.030 Mutisme total

Survenue le plus souvent brutale, à la suite d'un événement à valeur traumatique ou à forte charge émotionnelle (agression, deuil, séparation, etc.). Il est généralement transitoire, de quelques jours à quelques semaines, parfois prolongé par une période où l'enfant ne parle qu'en chuchotant. Un mutisme peut s'observer au cours de troubles psychotiques.

6.031 Mutisme sélectif

Le mutisme ne se manifeste que dans certaines conditions ou vis-à-vis de certaines personnes :

- Le plus souvent il s'agit d'un mutisme extra-familial : l'enfant ne parle qu'aux personnes familières et reste mutique vis-à-vis des étrangers y compris le plus souvent en milieu scolaire. A l'école, l'enfant est souvent inhibé, participe peu aux activités ou seulement aux activités écrites.

- Dans le mutisme intra-familial, l'enfant n'accepte de parler, parfois seulement en chuchotant, qu'à certains membres du groupe familial.

6.04 Bégaiement

Trouble de la fluidité de la parole caractérisée par des répétitions ou des prolongations involontaires de syllabes, se manifestant de façon très fréquente.

Il peut être

- tonique : blocage qui vient interrompre pour une durée variable le débit normal de la phrase ou qui empêche sa production dès le début,
- clonique : répétition saccadée d'une syllabe au début d'un mot ou d'une phrase.

Ces deux formes coexistent le plus souvent avec une prédominance plus ou moins marquée de l'une ou de l'autre selon les individus.

6.08 Autres troubles de la parole et du langage

6.09 Troubles de la parole et du langage non spécifiés

6.1 - Troubles Cognitifs et des Acquisitions Scolaires

Troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premières étapes du développement. L'altération n'est pas seulement la conséquence d'un manque d'occasions d'apprentissage ou d'un retard mental et elle n'est pas due à un traumatisme cérébral ou à une atteinte cérébrale acquise.

6.10 Troubles lexicographiques

Troubles de l'acquisition de la lecture et de l'orthographe) chez un enfant ayant l'âge habituel d'accession à la lecture, en dehors de toute déficience intellectuelle ou sensorielle et de carence pédagogique notable. L'expression dyslexie-dysorthographe est souvent utilisée pour désigner ces troubles lorsqu'ils sont nets et se prolongent, en opposition aux erreurs similaires, transitoires, banales par leur fréquence au début de l'apprentissage.

Exclure:

- les difficultés d'apprentissage liées à une scolarisation inadéquate ou à un retard intellectuel.

6.100 Dyslexie isolée

Altération spécifique de l'acquisition de la lecture, affectant la compréhension de la lecture, la reconnaissance des mots, la lecture orale et les performances dans les tâches nécessitant la lecture. Les troubles consistent en des confusions de graphèmes dont la correspondance phonétique ou la forme graphique est proche, en des inversions ou encore des additions ou substitutions. Au niveau de la phrase, il existe une difficulté à en saisir le découpage et le rythme. La compréhension du texte s'en ressent, mais elle est généralement supérieure à ce que pourrait laisser croire le déchiffrage.

Ce trouble de la lecture s'accompagne fréquemment de difficultés en orthographe, persistant souvent à l'adolescence, même quand l'enfant a pu faire quelques progrès en lecture. Il existe souvent des antécédents de troubles de la parole ou du langage. Des troubles émotionnels et des perturbations du comportement sont souvent associés pendant l'âge scolaire.

6.101 Trouble de l'orthographe sans trouble de la lecture

Altération spécifique et significative de l'acquisition de l'orthographe, en l'absence d'antécédents de dyslexie et non imputable à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate. Les capacités à épeler oralement et à écrire correctement les mots sont toutes deux affectées.

6.108 Autres troubles lexicographiques

6.11 Troubles spécifiques de l'arithmétique (dyscalculie).

Trouble de l'acquisition de l'arithmétique : non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une scolarisation inadéquate. L'altération concerne la maîtrise des éléments de base du calcul: addition, soustraction, multiplication et division (c'est-à-dire, n'est pas limitée aux capacités mathématiques plus abstraites impliquées dans l'algèbre, la trigonométrie, la géométrie ou le calcul différentiel et intégral).

Inclure:

- Acalculie de développement.
- Syndrome de Gerstmann.

6.12 Troubles du raisonnement (Dysharmonies cognitives)

Classer ici des perturbations plus ou moins localisées de la pensée et du raisonnement, compatibles avec une efficacité intellectuelle satisfaisante, voire élevée, telle qu'elle peut être appréciée par les tests de niveau intellectuel, mais entraînant des difficultés ou un échec dans certains apprentissages, certaines activités scolaires ou non : calcul, lecture, situations concrètes de la vie courante, exigeant observation, réflexion, raisonnement et intervention précise.

Les épreuves inspirées des travaux de Piaget (type Echelle de pensée logique) contribuent notamment à les mettre en évidence et soulignent l'hétérogénéité très fréquente des processus cognitifs.

Inclure :

- troubles cognitifs non déficitaires;

Exclure :

- les déficits intellectuels et les retards globaux du développement;
- les troubles de l'attention liés à une instabilité psychomotrice, à classer en 6.08.

6.13 Troubles de l'attention sans hyperkinésie

6.18 Autres troubles cognitifs et des acquisitions scolaires.

6.19 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires non spécifiés

6.2 Troubles psychomoteurs

On classera ici le retard psychomoteur et les tics sous leurs diverses formes ; l'instabilité sera classée parmi les troubles à dominante comportementale (catégorie 7)

6.20 Retard psychomoteur (Troubles spécifiques du développement moteur)

Classer ici les troubles d'observation précoce, dans les toutes premières années, s'exprimant par un retard des grandes acquisitions psychomotrices (par exemple, tenue assise, préhension, marche), ceci en l'absence de troubles psychotiques ou d'une déficience mentale liée à une affection précise diagnostiquée. Les échelles de développement psychomoteur (par exemple l'échelle de Brunet et Lezine) permettent d'évaluer le retard dans quatre secteurs: domaine postural, domaine verbal, adaptation ou comportement avec les objets, relations sociales.

Inclure :

- les troubles où l'évolution se fait vers un retard tel qu'on ne peut encore parler de déficience mentale proprement dite.

Exclure :

- les retards spécifiques, isolés, du développement des grandes fonctions instrumentales (à classer dans la sous-catégorie correspondante de la catégorie 6) ; les retards liés à des troubles appartenant aux catégories 1, 2, 3 ou 5.

6.21 Tics

6.210 Tics isolés

Classer ici les tics épisodiques caractérisés par des gestes brusques, soudains, affectant des groupes musculaires restreints, en éclair, impérieux et involontaires, répétés à intervalles variables ; ils ne peuvent faire l'objet d'un contrôle et d'une suppression volontaire que pendant une période de durée réduite ; ils disparaissent pendant le sommeil.

Exclure :

- les tics dans le cadre d'une maladie de Gilles de la Tourette (6.211) ;
- les mouvements stéréotypés répétés des enfants psychotiques ou déficitaires (cat.1 ou 5)
- les mouvements anormaux d'origine neurologique (choréiques, athétosiques, myo-cloniques, dyskinétiques, etc.).

6.211 Maladie de Gilles de la Tourette

Classer ici les troubles caractérisés par la survenue de tics multiples, moteurs, affectant plusieurs groupes musculaires, mais aussi vocaux et d'évolution prolongée.

Exclure :

- les mouvements anormaux d'origine neurologique (choréiques, athétosiques, myo-cloniques, dyskinétiques) ;
- les mouvements stéréotypés des états psychotiques et déficitaires.

6.28 Autres troubles psychomoteurs

Classer ici les troubles psychomoteurs non caractérisés par le retard ou l'instabilité mais s'exprimant notamment par :

- de la maladresse liée notamment à des troubles de la latéralisation ou au syndrome de débilité motrice de Dupré (maladresse avec des syncinésies importantes et une paratonie majeure, c'est-à-dire une grande difficulté à la décontraction musculaire active), ou encore à des troubles dyspraxiques, c'est à dire de l'organisation gestuelle en rapport avec une perturbation majeure de l'organisation du schéma corporel et de la représentation spatiale;
- de l'inhibition psychomotrice qu'exprime la lenteur, souvent une certaine raideur dans la posture, les attitudes et les mouvements, parfois des crampes;
- des perturbations toniques : par exemple, troubles tonico-moteurs précoces (fluctuations toniques, hypertonies, hypotonies) où la dimension relationnelle est nette;
- d'autres troubles limités de l'organisation perceptivo-motrice et de l'organisation spatio-temporelle.

Exclure:

- le retard psychomoteur à classer en 6.21;
- l'instabilité psychomotrice à classer en 7.1 les tics, à classer en 7.2;
- les troubles psychomoteurs imposant le classement dans l'une des catégories principales 1, 2, 3 ou 5.

6.29 Troubles psychomoteurs non spécifiés

⇒ 7. TROUBLES DES CONDUITES ET DES COMPORTEMENTS

Ce chapitre regroupe des troubles à dominante comportementale dont certains constituent des syndromes suffisamment individualisés en tant que tels. Néanmoins, il reste essentiel de rechercher dans quels cas cette symptomatologie peut s'intégrer dans l'une des quatre premières catégories.

7.0 Troubles hyperkinétiques

7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention

Classer ici les troubles décrits en France par l'expression instabilité psycho-motrice .

Du point de vue symptomatique, cet ensemble, est caractérisé par :

- sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité ;
- sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessante.

Les relations de ces enfants avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue.

Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple, en relation duelle ou dans une situation nouvelle.

Inclure :

- déficit de l'attention avec hyperactivité.

Exclure :

- les troubles de l'attention sans hyperactivité motrice proprement dite
- l'activité excessive adaptée à l'âge (chez les petits enfants notamment) ;
- les manifestations à type d'excitation maniaque (à classer, selon les cas, dans les catégories 1 ou 3).
- réaction hyperkinétique de durée limitée.

7.08 Autres troubles hyperkinétiques

7.09 Troubles hyperkinétiques non spécifiés

7.1 Troubles des conduites alimentaires

7.10 Anorexie Mentale

Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté. Le trouble est associé à la peur de grossir et d'avoir un corps flasque. Les sujets s'imposent un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques aménorrhées notamment. 7.100 Anorexie mentale restrictive

7.101 Anorexie mentale boulimique

Exclure :

- Les refus d'alimentation appartenant à un délire (cat. 1)
- Les phobies alimentaires (2.2)
- Les restrictions alimentaires avec ou sans vomissement, isolées et ne comportant pas en particulier le déni de la maigreur, la peur de grossir et le désir de minceur, à classer en 2.01

7.11 Anorexie mentale atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique est incomplet. Par exemple : l'un des symptômes, telle une aménorrhée ou la peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids.

Exclure :

-Perte de poids associée à un trouble somatique

7.12 Boulimie

Quelle que soit la personnalité sous jacente, syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques.

Dans les antécédents, on peut retrouver un épisode d'anorexie mentale.

Exclure

-les accès boulimiques émaillant l'évolution d'une anorexie mentale à classer en 7.10

7.13 Boulimie atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids, ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporels.

7.14 Troubles des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant

Troubles de l'alimentation caractérisés par des manifestations variées habituellement spécifiques de la première et seconde enfance. Ils impliquent en général un refus alimentaire et des caprices alimentaires excessifs, pouvant conduire à un amaigrissement significatif en l'absence de maladie organique et alors que la nourriture est appropriée et l'entourage adéquat.

7.15 Troubles alimentaires du nouveau né

7.18 Autres Troubles des Conduites Alimentaires

Inclure :

Pica

Mérycisme

Potomanie

Autres

7.19 Troubles des Conduites Alimentaires non spécifiés

7.2 Tentatives de suicide

Si le comportement suicidaire apparaît isolé ou difficilement rattachable à une organisation psychopathologique précise il sera classé ici en catégorie principale.

S'il fait partie de tableaux cliniques classables dans les cinq premières catégories, il sera classé ici en catégorie complémentaire.

7.3 Troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool

Ne classer ici comme catégorie principale que les formes où la conduite toxicomaniaque est au premier plan, quelle que puisse être la pathologie sous jacente. Les autres formes sont à classer par priorité en 1, 2, 3,4 d'après la nature de la pathologie dominante, la toxicomanie n'apparaissant que comme catégorie complémentaire

USAGE PRODUIT UTILISE

7.30x Continu 7.3x0 Alcool

7.31x Occasionnel 7.3x1 Morphiniques

7.32x En rémission 7.3x2 Cannabis

7.38x Autre 7.3x3 Hypnotiques et Tranquillisant

7.39x Non spécifié 7.3x4 Cocaïne

7.3x5 Autres psychostimulants et dysléptiques dont amphétamines, ecstasy, L.S.D et autres hallucinogènes

7.3x6 Tabac - Caféine

7.3x7 Solvants

7.3x8 Polytoxicomanies

7.3x9 Autres ou non spécifié

7.4 Troubles de l'angoisse de séparation

Classer ici les manifestations somatiques et/ou comportementales qui sont l'expression de l'angoisse de séparation, notamment chez le jeune enfant. Dans ce trouble, l'anxiété est focalisée sur une crainte concernant la séparation, survenant pour la première fois au cours des premières années de l'enfance. Il se distingue de l'angoisse de séparation normale par son intensité, à l'évidence excessive, ou par sa persistance au delà de la petite enfance, et par son association à une perturbation significative du fonctionnement social.

Dans le cas où le syndrome est isolé, il sera placé en catégorie principale. Dans les cas où il se relie à une autre pathologie, il sera classé en catégorie complémentaire.

7.5 Troubles de l'identité et des conduites sexuelles

7.50 Troubles de l'identité sexuelle

7.500 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance

Trouble se manifestant dans l'enfance (bien avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante relative au sexe assigné, accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe (ou d'une affirmation d'en faire partie).

Les troubles de l'identité sexuelle chez les individus pubères ou pré pubères ne doivent pas être classés ici, mais en 7.501

7.501 Trouble de l'identité sexuelle chez les adolescents

- Transsexualisme.
- Travestisme bivalent.
- Trouble de l'identité sexuelle chez l'adolescent, type non transsexuel.

7.51 Troubles de la préférence sexuelle

Trouble des conduites sexuelles de caractère permanent et exclusif.

Comprend : les paraphilies. fétichisme, travestisme fétichiste, exhibitionnisme, voyeurisme, pédophilie, sadomasochisme, troubles multiples de la préférence sexuelle et autres troubles de la préférence sexuelle.

Exclure : Manifestations transitoires chez des adolescents

7.52 Manifestations en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation.

Le sujet est incertain quant à son identité sexuelle ou son orientation sexuelle et sa souffrance est responsable d'anxiété ou de dépression. La plupart du temps, cela survient chez des adolescents qui ne sont pas certains de leur orientation, homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle, ou chez des sujets qui, après une période d'orientation sexuelle apparemment stable, éprouvent un changement dans leur orientation sexuelle.

7.58 Autres troubles des conduites sexuelles.

7.59 Trouble des conduites sexuelles, sans précision.

7.6 Phobies scolaires

On classera ici les manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène panique, liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles.

Exclure :

- Les manifestations par angoisse de séparation
- Les manifestations phobiques localisées sur un objet ou une situation qui doivent être classées en 2.

7.7 Autres troubles caractérisés des conduites

Classer ici des comportements parfois répétitifs, qui inquiètent et attirent l'attention de l'entourage. Ils peuvent par eux-mêmes avoir des conséquences graves pour l'individu et/ou son entourage.

Tantôt le comportement reste isolé et il sera classé ici en catégorie principale, tantôt il fait partie d'un tableau clinique classable dans les catégories 1 à 5 et on utilisera alors cette rubrique comme catégorie complémentaire.

7.70 Pyromanie

Tendance pathologique à allumer des incendies.

Ce comportement s'accompagne souvent d'un état de tension croissante avant l'acte et d'une excitation intense immédiatement après.

7.71 Kleptomanie

Tendance pathologique à commettre des vols.

Trouble caractérisé par des impossibilités répétées à résister aux impulsions de vol d'objets. Ce comportement s'accompagne habituellement d'un état de tension croissante avant l'acte et d'un sentiment de satisfaction pendant et immédiatement après la réalisation de celui-ci.

7.72 Trichotillomanie

Trouble caractérisé par une perte visible des cheveux, causée par une impossibilité répétée de résister aux impulsions à s'arracher les cheveux.

Exclure :

- Mouvements stéréotypés avec arrachage des cheveux

7.73 Fugues

7.74 Violence contre les personnes

7.75 Conduites à risques

7.76 Errance

7.78 Autres troubles caractérisés des conduites

Autres variétés de comportements inadaptés persistants et répétés, non secondaires à un syndrome psychiatrique avéré.

7.8 Autres troubles des conduites et des comportements

7.9 Troubles des conduites non spécifiés

⇒ 8. TROUBLES A EXPRESSION SOMATIQUE

8.0 Affections psychosomatiques

Classer ici les cas où le tableau clinique est constitué par une maladie somatique à déterminisme psychique, quel que puisse être l'appareil ou l'organe touché.

Parmi les affections les plus fréquentes figurent : l'eczéma, la pelade, le psoriasis, l'asthme, les colites et recto-colites.

Exclure :

- les troubles somatiques faisant partie du tableau clinique d'une pathologie psychotique, telle la catatonie (à classer en 1.1), névrotique hystérique (2.1) ;
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6);
- les troubles psychofonctionnels (8.1);
- les troubles hypochondriaques (8.2);
- les simulations.

8.1 Troubles psychofonctionnels

Classer ici les cas où le tableau clinique est dominé par des manifestations fonctionnelles sans lésions tissulaires. Parmi les manifestations les plus fréquentes figurent : torticolis psychogène, crampe des écrivains, spasme du sanglot, hoquet et toux psychogènes, syndromes douloureux psychogènes, troubles cardio-vasculaires fonctionnels psychogènes, prurit psychogène, aérophagie, vomissements psychogènes, dysménorrhées psychogènes, migraines et céphalées psychogènes.

Exclure :

- les affections psychosomatiques (8.0)
- les manifestations de conversion hystérique (2.1) et les expressions somatiques de l'anxiété dans le cadre d'une névrose d'anxiété (2.0).

8.2 Trouble hypochondriaque

La caractéristique essentielle de ce trouble est une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou plusieurs troubles somatiques, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes ou par une préoccupation durable concernant la normalité physique. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont souvent interprétés par le sujet et par son entourage comme étant anormaux.

Inclure :

- Hypocondrie
- nosophobie
- peur d'une anomalie corporelle.

Exclure :

- troubles psychosomatiques (8.0)
- troubles psychofonctionnels (8.1)
- syndrome de Münchhausen par procuration.
- dysmorphophobie névrotique (à classer en 2.2) ou délirante (1.1)

8.3 Enurésie

Classer ici les troubles caractérisés par des émissions d'urine répétées et involontaires, diurnes ou nocturnes et considérées comme anormales pour l'âge du sujet (au-delà de quatre ans), quelles apparaissent après une phase d'acquisition de la propreté ou non (primaire ou secondaire).

Exclure :

- incontinence urinaire d'origine organique.

8.4 Encoprésie

Classer ici les troubles caractérisés par des émissions de selles répétées, volontaires ou involontaires, diurnes ou nocturnes et considérées comme anormales pour l'âge du sujet (au-delà de quatre ans), quelles apparaissent après une phase d'acquisition de la propreté ou non (primaire ou secondaire).

Exclure :

- incontinence fécale d'origine organique.

8.5 Troubles du sommeil

Classer ici les troubles du sommeil qui ne peuvent être rattachés à aucun diagnostic d'affection somatique ou psychiatrique.

Inclure :

- troubles du coucher et de l'endormissement
- cauchemars, rêves d'angoisse, terreurs nocturnes
- hypersomnies, insomnie, inversion du rythme du sommeil
- somnambulisme, narcolepsie, syndrome de Gelineau.

8.6 Retard de croissance psychogène

Classer ici le syndrome associant retard de croissance d'origine non organique et contexte familial de conflits et d'abandonnisme (à cocher également sur l'axe II).

Inclure :

- nanisme psychogène

8.8 Autres troubles à expression somatique

8.9 Troubles à expression somatique non spécifiés

⇒ 9. Variations de la normale

Cette catégorie ne peut être utilisée qu'isolément, à l'exclusion de toute autre catégorie

Classer ici des symptômes ou des conduites qui ne peuvent être inclus dans l'un des cadres précédents. Certains se retrouvent souvent dans l'évolution normale de l'enfant ou de l'adolescent (phobies précoces, rituels du jeune âge, moments dépressifs, décalages et régression transitoires dans l'émergence et l'organisation des grandes fonctions). Ils sont transitoires et peuvent correspondre à des moments féconds du développement, sans que leur intensité ou la gêne qu'ils apportent éventuellement à la vie relationnelle leur donnent pour autant une valeur pathologique.

On classera également dans cette rubrique des manifestations plus durables, mais dont le caractère pathologique ne peut être affirmé, par exemple certaines difficultés scolaires qui semblent en relation avec des facteurs antérieurs (orientation, encadrement, pédagogie) ou certains aspects originaux de la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent

9.0 Angoisses, rituels, peurs

9.1 Moments dépressifs

9.2 Conduites d'opposition

9.3 Conduites d'isolement

9.4 Difficultés scolaires non classables dans les catégories précédentes

9.5 Retards ou régressions transitoires

9.6 Aspects originaux de la personnalité

9.8 Autres

9.9 Non spécifiées

Axe II : Facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques

⇒ **1- Facteurs organiques**

(Retenir si besoin plusieurs numéros de code)

10 Pas de facteurs organiques reconnus

11 Facteurs anténataux d'origine maternelle

Classer ici les facteurs à l'origine d'une atteinte embryonnaire (trois premiers mois de grossesse) ou fœtale (à partir du quatrième mois) acquise in utero.

11.0 Atteinte infectieuse (virale, bactérienne) ou parasitaire :

- rubéole, cytomégalie, herpès, etc. ;
- toxoplasmose, listériose, syphilis, etc.

11.1 Atteinte toxique liée :

- à la prise de médicaments ;
- à un alcoolisme maternel ;
- à la prise de drogues ;
- à une irradiation (rayon X ou radiothérapie), etc.

11.2 Atteinte liée à une maladie maternelle

Diabète, néphropathie, malformation cardiaque, malnutrition sévère, etc.

11.3 Autres

12 Facteurs périnataux

Classer ici les facteurs intervenant tout à la fin de la grossesse, lors de la naissance et des premiers jours de vie.

12.0 Prématurité, dysmaturité, hypotrophie fœtale

Classer ici les cas en rapport avec :

- une prématurité, définie par la naissance d'un nouveau-né au terme d'une grossesse de durée égale ou inférieure à 37 semaines, et dont les causes sont multiples : grossesses multiples, causes locales (béance du col, placenta praevia, etc.), milieu défavorisé, travail pénible, etc.
- une hypotrophie fœtale ou un retard de croissance intra-utérine (RCIU) défini par un poids de naissance insuffisant pour le terme (égal ou inférieur au dixième percentile sur une courbe de croissance intra-utérine), et dont les causes sont multiples : grossesses multiples, HTA maternelle, malformations utérines et anomalies placentaires, certaines embryo- fœtopathies, etc.
- la notion de dysmaturité liée à une souffrance fœtale prolongée en rapport avec une malnutrition maternelle sévère ou à des conditions locales utéro-placentaires, vasculaires ou amniotiques défavorables (il existe un retard de croissance intra-utérin) est pratiquement superposable à celle d'hypotrophie fœtale.

12.1 Souffrance cérébrale périnatale

Classer ici les cas relevant d'une souffrance cérébrale périnatale en rapport avec :

- un traumatisme obstétrical (dystocie dynamique, accouchement par le siège difficile, circulaire du cordon, forceps laborieux, etc.)
- une anoxie liée à un état de mort apparente du nouveau-né ou à une détresse respiratoire, quelles qu'en soient les causes (affection maternelle, complication de l'accouchement, atteinte fœtale).

L'infirmité motrice cérébrale dans ses divers aspects cliniques (hémiplégie congénitale, maladie de Little ou diplégie spastique des membres inférieurs, athétose, etc.) en est une des conséquences, de même que certaines déficiences mentales. L'IMC se voit aussi dans un contexte de grande prématurité. Enregistrer également dans ce cas, l'atteinte motrice en 15.1.

12.2 Incompatibilité sanguine fœto-maternelle

Classer ici les cas liés à une incompatibilité sanguine fœto-maternelle dans le système Rhésus (par exemple mère rhésus négatif et fœtus rhésus positif) ou le système ABO.

12.3 Autres

13 Atteintes cérébrales post-natales

Classer ici :

13.0 Atteinte cérébrale post-natale d'origine infectieuse

(virale, bactérienne) ou parasitaire

Encéphalites ou méningo-encéphalites virales (herpétique ou liée à une affection telle que rougeole, etc.)

13.1 Atteinte cérébrale post-natale d'origine toxique

Intoxications médicamenteuses accidentelles, etc.

13.2 Atteinte liée à un traumatisme cérébral

Accidentel ou lié à de mauvais traitements.

Classer ici les hématomes sous-duraux du nourrisson.

13.3 Tumeurs cérébrales

Quelles qu'en soient l'origine et la nature.

13.8 Autres

14 Maladies d'origine génétique ou congénitales

Classer ici les maladies de l'enfant liées à une affection prénatale génétique ou congénitale engendrant (ou risquant d'engendrer) une atteinte cérébrale.

14.0 Trisomie 21 ou Mongolisme

14.1 Autres maladies liées à une anomalie chromosomique autosomique :

Autres trisomies, monosomies, délétion partielle du bras court du chromosome 5 ou "Maladie du cri du chat", etc.

14.2 Maladie liée à une anomalie chromosomique gonosomique

- syndrome du chromosome X fragile, responsable de certaines déficiences mentales;
- dysgénésies gonadiques, notamment du syndrome de Klinefelter (XXY) chez l'homme, du syndrome de Turner (XO) chez la femme, syndrome XXX, etc.

14.3 Phénylcétonurie

14.4 Autres maladies métaboliques

D'origine génétique dites erreurs innées du métabolisme : galactosémie congénitale, neuro-lipidoses, etc.

14.5 Hypothyroïdies congénitales

Lesquelles peuvent être d'origine génétique ou non.

14.6 Neuro-ectodermoses congénitales

Sclérose tubéreuse de Bourneville, etc.

14.7 Malformations cérébrales congénitales

Micro ou macrocéphalie, encéphalocèle et autres malformations pouvant s'accompagner d'hydrocéphalie, etc.

14.8 Autres

15 Infirmités et affections somatiques à long cours

Classer ici les infirmités et affections somatiques à long cours pouvant comporter une grave invalidité.

15.0 Déficits sensoriels

Auditifs, visuels, essentiellement.

15.1 Atteinte motrice d'origine cérébrale : IMC

15.2 Atteinte neurologique non cérébrale

D'origine centrale (paraplégies de causes diverses, etc.) ou périphérique (séquelles de poliomyélite, etc.)

15.3 Affections musculaires

Essentiellement les myopathies, la myasthénie.

15.4 Malformations congénitales autres que cérébrales

Spina-bifida, ambiguïtés sexuelles, cardiopathie congénitale, fente palatine, luxation congénitale de hanche, etc.

15.5 Séquelles d'accident physique sans atteinte cérébrale

15.6 Déficit immunitaire congénital ou acquis

Classer ici le SIDA ou AIDS.

15.7 Hémophilie

15.8 Maladie somatique à long cours

Hémopathie chronique autre, cancer, diabète, cardiopathie, affection broncho-pulmonaire, mucoviscidose, affection rénale, métabolique ou endocrinienne, etc.)
Ne classer ici que les maladies actuellement en évolution

15.9 Autres

16 Convulsions et épilepsie

Classer ici :

16.0 Epilepsie idiopathique

16.1 Encéphalopathie épileptique évolutive, type syndrome de West ou syndrome de Lennox-Gastaut, et épilepsies graves.

16.2 Autres épilepsies symptomatiques

16.3 Manifestations convulsives non épileptiques

Convulsions fébriles, etc.

16.8 Autres

17 Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance

Classer ici les affections de l'enfance qui méritent d'être notées en raison de leur gravité et/ou leur répétition et/ou leur prolongation à un moment donné, par exemple des otites à répétition ou l'asthme du nourrisson.

Exclure :

- les maladies somatiques au long cours actuelles (15.8)
- les atteintes cérébrales post-natales (13.0)

18 Autres

19 Pas de réponse possible par défaut d'information

⇒ 2 - Facteurs et conditions d'environnement

(Retenir si besoin plusieurs numéros de code)

20 Pas de facteurs d'environnement à retenir

21 Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille

Cette rubrique correspond à des troubles mentaux ou à des perturbations psychologiques avérées dans la famille.

21.0 Psychose puerpérale

Retenir seulement les psychoses qui sont directement en rapport avec les remaniements somatiques et psychiques propres à la grossesse, l'accouchement et la lactation.

Exclure :

- Les troubles psychotiques qui s'inscrivent dans un autre cadre, en particulier les épisodes maniaques, dépressifs, délirants, survenant en période puerpérale chez une malade dont la psychose a été antérieurement reconnue (à classer en 21.5);
- les aspects de la pathologie mentale n'appartenant pas directement au cadre de la psychose (à classer en 21.1 ou 21.5).

21.1 Dépression maternelle dans la période post-natale

Classer ici les dépressions maternelles du post-partum à expression cliniquement repérable et d'évolution suffisamment prolongée.

Exclure :

- le "post-partum blues", réaction dépressive brève et banale du 4^e au 7^e jour après l'accouchement ;
- les dépressions apparaissant dans le cadre d'une psychose puerpérale ou de troubles psychotiques caractérisés.

21.2 Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année

Classer ici les discontinuités des soins maternels qui sont tantôt liés à des facteurs manifestes (séparation, multiplicité des intervenants), tantôt en rapport avec la variabilité dans le temps des conduites maternelles (fluctuations de l'investissement maternel, alternance des périodes de sur ou sous-stimulation, etc.).

21.3 Autre trouble important des relations précoces

Classer ici les troubles des relations précoces survenant dans les trois premières années et marqués par la distorsion des échanges entre l'enfant et son entourage, et sous-tendus par la forme des attitudes maternelles : hypersollicitude anxieuse, hostilité déguisée en angoisse, hostilité consciemment compensée, etc.).

21.4 Troubles mentaux d'un ou des parents

Classer ici les troubles mentaux reconnus du père et/ou de la mère, autres que la psychose puerpérale (classée en 21.0) et la dépression du post-partum (classée en 21.1). Classer ici les troubles mentaux survenant pendant la grossesse

21.5 Troubles mentaux d'un autre membre de la famille

Classer ici les troubles mentaux reconnus chez des membres de la famille proche autres que père et mère (grands-parents, fratrie, etc.).

21.6 Alcoolisme ou toxicomanie parentale

21.7 Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial

Classer ici les perturbations actuelles et importantes dans le réseau familial : conflits, dysfonctionnements familiaux, deuils, etc., qu'elles s'associent ou non à une pathologie avérée d'un des membres de la famille. Classer ici les formes de rivalité fraternelle répondant à cette définition.

21.8 Autre

22 Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles

22.0 Carences affectives précoces

Classer ici les situations caractérisées par l'existence dans les trois premières années d'une carence de soins engendrant au plan affectif et relationnel un manque quantitatif, une insuffisance d'interaction entre l'enfant et sa mère.

La carence peut être intra-familiale ou extra-familiale, liée soit à un défaut de stimulation et d'apports affectifs de la mère ou de ses substituts, soit à l'absence ou à la défaillance d'un personnage maternel, soit encore à des expériences de séparation précoces et répétées de l'enfant d'avec la figure maternelle.

22.1 Carences affectives ultérieures

Classer ici les situations engendrant, à partir de trois ans, une carence importante dans les échanges affectifs et relationnels entre l'enfant et son entourage.

22.2 Carences socio-éducatives

Classer ici les situations caractérisées par la pauvreté globale des apports sociaux, éducatifs, culturels de l'entourage, la défaillance des modèles, les défauts de l'encadrement, l'absence de projet.

Les situations à l'origine d'une carence éducative peuvent concerner tous les milieux ; lorsque celle-ci survient dans un milieu socio-économique et culturel très défavorisé, classer aussi en 25.8.

22.8 Autres

23 Mauvais traitements et négligences graves

Classer ici les enfants maltraités non seulement en raison des sévices physiques mais aussi d'abus sexuels, de négligences graves et de violences émotionnelles. Dans les cas où les mauvais traitements sont actuels ne pas omettre de cocher en même temps 21.8.

23.0 Sévices et violences physiques (quelle qu'en soit la forme)

23.1 Négligences graves

Classer ici les enfants confrontés à un manque de soins, à des situations où domine le défaut de protection.

23.2 Abus sexuels

Classer ici les situations de participation à des activités sexuelles subies sous la contrainte et qui transgressent les interdits. Ces abus, selon la définition qu'en donne l'OMS, peuvent prendre différentes formes : appels téléphoniques, outrages à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste, prostitution des mineurs.

23.8 Autre

24 Événements entraînant la rupture de liens affectifs

Retenir seulement les événements qui ont pour conséquence une rupture d'un lien affectif de gravité indéniable et qui surviennent dans le déroulement de l'histoire de l'enfant. Ces événements sont notés même s'ils sont anciens ou si leur incidence sur la symptomatologie actuelle ne paraît pas évidente.

24.0 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif de l'enfant

24.1 Rupture itérative des modes de garde

24.2 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif d'un ou des parents. Par maladie, accident, incarcération, etc.

24.3 Décès d'un ou des parents

24.4 Décès d'un ou des grands parents

24.5 Décès dans la fratrie

24.6 Abandon parental24.8 Autre**25 Contexte socio-familial particulier**

Les situations indiquées dans cette rubrique sont souvent considérées comme facteurs de risque. Seules ont été mentionnées celles qui se retrouvent avec une fréquence suffisante. L'existence d'un contexte social ou familial qui place le sujet dans une position particulière, minoritaire ou rare, mérite d'être enregistrée, même si on ne lui confère pas une valeur étiologique.

25.0 Gémellité25.1 Enfant actuellement placé25.2 Enfant adopté25.3 Enfant de parents divorcés, quel que soit le mode de garde25.4 Enfant élevé par les grands-parents25.5 Famille mono-parentale25.6 Famille immigrée ou transplantée25.7 Maladie organique grave d'un parent25.8 Milieu socio-familial très défavorisé25.9 Autre

Noter ici les autres contextes plaçant le sujet dans une position particulière. Inclure notamment ici l'enfant né par procréation artificielle ou dont la naissance est liée à des circonstances, confidentielles ou non, mais qui le placent dans une situation particulière

28 Autres**29 Pas de réponse possible par défaut d'information**



Annexe 7 : les « vignettes »

VIGNETTE N°1.....	177
VIGNETTE N°2.....	179
VIGNETTE N°3.....	181
VIGNETTE N°4.....	182
VIGNETTE N°5.....	184
VIGNETTE N°6.....	185
VIGNETTE N°7.....	187
VIGNETTE N°8.....	191
VIGNETTE N°9.....	193
VIGNETTE N°10.....	196
VIGNETTE N°11.....	198
VIGNETTE N°12.....	199
VIGNETTE N°13.....	203
VIGNETTE N°14.....	204
VIGNETTE N°15.....	205
VIGNETTE N°16.....	206

VIGNETTE N°1

Vignette transmise comme décrivant un parcours « ordinaire » d'enfant⁸⁷

Situation BB : Garçon, né en novembre 2001 – Aîné d'une fratrie de 3 – Famille de petits agriculteurs, assez démunis sur les plans socioculturel et économique.

A) Origine de l'orientation : Inscription CAMSP en mai 2007. BB est en Ecole maternelle en grande section. *Difficultés de langage et de compréhension, grande timidité*. Du fait des délais d'attente, l'enfant ne sera reçu pour le bilan qu'en juin 2008 et ce, dans le cadre du CMPP (6 ans passés). **Accord donné par la famille pour que le service contacte l'école.**

B) Difficultés identifiées à l'arrivée de l'enfant au CMPP : **Le RASED a déjà procédé à un bilan de l'enfant**, pour lequel un retard mental léger a été identifié.

C) Facteurs mis en évidence : L'enfant est rencontré par la psychologue et le pédopsychiatre du CMPP en juin et octobre 2008. Le bilan confirme un retard global et lors de la synthèse initiale de novembre 2008, préconise un bilan psychomoteur, réalisé en février 2009. Celui-ci confirme le retard global dans un contexte d'immatunité et évalue comme pertinente une intervention en psychomotricité. La synthèse complémentaire en mars 2009 préconise un **nouveau contact avec l'école qui est réalisé par le directeur pédagogique en mars 2009. Les conditions de scolarisation sont peu favorables (classe à 4 niveaux avec 25 élèves). Les parents sont considérés comme peu coopérants et B. reste en difficulté dans les apprentissages.** Il est préconisé une prise en charge en psychomotricité et en psychopédagogie.

L'école préconise une orientation en CLIS lors d'une équipe éducative en juin 2009, orientation à laquelle les parents s'opposent.

D) Date de début de prise en charge par le CMPP :
Septembre 2009 dans chacune des disciplines préconisées en synthèse.

E) Evolution des difficultés dans le temps :

Ce sont plus des éléments favorables que des difficultés qui ont été identifiées dans le processus de travail avec cet enfant et sa famille : dynamique de participation de l'enfant, appropriation des propositions par les parents au fil de l'année de prise en charge.

F) Type de prise en charge mise en place dans le CMPP :

L'enfant est reçu une fois par semaine par chacun des rééducateurs, en individuel, sur une journée différente (demande de transport sollicitée par le service et acceptée par le médecin conseil de l'assurance maladie).

Chacun des professionnels développe ses rééducations sans évolution globale notable durant 3 mois environ. Un début de progrès est noté sur le plan psychomoteur. Par échanges informels, tout de suite relayés en réunion de synthèse, il est convenu de définir des objectifs plus concertés et surtout des domaines d'intervention très complémentaires :

- en psychomotricité, travail sur l'organisation temporelle dans ses aspects séquentiels, sur l'organisation spatiale (structuration et orientation) et sur l'intégration du schéma corporel ;
- en psychopédagogie, travail sur la chaîne numérique en mathématique, support de l'histoire racontée et du dessin pour stimuler l'imaginaire.

⁸⁷ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREAI lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence le travail de coordination mené entre le CMPP et l'école et le travail de médiation mené par le CMPP entre l'école et la famille.

Nouveau contact du CMPP avec l'école en mars 2010. B. est dans une dynamique de progrès et d'intérêt pour les apprentissages tout en restant d'un niveau inférieur à ce qui est attendu d'un élève de CP.

A l'issue d'une nouvelle synthèse en avril 2010, **le CMPP prend l'initiative – avec l'accord de l'école - d'organiser en mai 2010, une rencontre entre la famille, l'enfant et une enseignante de CLIS de l'école où B. pourrait être orienté. Le psychopédagogue du CMPP organise et participe à cette rencontre au cours de laquelle les parents (c'est la première fois que le père vient au CMPP) prennent en compte que leur enfant souffre d'un retard global, qu'il est dans une dynamique de progrès et qu'il pourrait tirer profit d'une orientation dans une classe spécialisée.**

Le pédopsychiatre reçoit les 2 parents fin mai 2010 pour souligner l'intérêt du projet proposé par l'équipe en lien avec l'école.

En juin, l'école organise une équipe éducative à laquelle le psychopédagogue représente le CMPP. La réunion est beaucoup moins tendue que celle de l'année passée. Les parents acceptent formellement l'orientation vers la CLIS du secteur et renseignent le dossier pour la MDPH sans que le CMPP n'ait besoin d'apporter son soutien.

G) Perspectives d'évolutions pour cet enfant

B va entrer en CLIS à la rentrée de septembre 2010 dans une dynamique d'envie d'apprendre, de compréhension du sens des apprentissages. Le cadre de la CLIS sera favorable à une individualisation des apprentissages qui ne pouvait pas être réalisée dans la classe de village fréquentée. Les parents ont une perception positive de cette orientation du fait des contacts organisés par le CMPP.

Le CMPP poursuit les 2 interventions hebdomadaires en psychomotricité et en psychopédagogie, cette dernière intervention étant susceptible de s'arrêter assez rapidement, en fonction de l'évaluation faite par l'enseignante spécialisée de CLIS.

VIGNETTE N°2

Vignette transmise comme décrivant un parcours « ordinaire » d'enfant⁸⁸

Arnold, garçon né le 22/06/98, est élevé seul par sa mère qui est célibataire. Madame est préparatrice de commande.

Arnold est le cadet d'une fratrie de 2. Il a une demi-sœur, de 11 ans son aînée, **myopathe. Il ne connaît pas son père qui est décrit comme violent et alcoolique par Madame.**

A) Origine de l'orientation :

En Juillet 2004, Arnold est reçu au CMPP suite à sa **dénonciation faite à sa mère d'une maltraitance physique et psychologique de son ex-concubin**. Cette dénonciation s'est produite **après la séparation du couple**.

Toutefois, nous noterons qu'**une inscription d'Arnold par Madame avait été faite en CAMSP en 2002 et qu'il avait été reçu** : un bilan psychologique avait été effectué suite à la présence de troubles associés (problèmes relationnels mère/fils, troubles de l'endormissement, de la parole) et **une proposition de prise en charge en psychomotricité et en orthophonie avait été envisagée**. Toutefois, **la maman n'avait pas donné suite**.

Arnold est donc reçu pour un suivi psychologique en victimologie puis un bilan psychologique est effectué.

B) Difficultés identifiées à l'arrivée de l'enfant au CMPP :

Les difficultés identifiées sont :

- **maltraitance physiques et psychologiques de l'ex-concubin** (violences, brimades, frustrations),
- **difficultés relationnelles mère/fils**,
- troubles de la propreté,
- troubles du sommeil (endormissement),
- difficultés identificatoires,
- troubles du comportement : agressivité, impulsivité,
- **culpabilité d'Arnold par rapport à la séparation du couple mère/concubin, seul repère**,
- refus d'autorité,
- **vécu angoissant de la relation à la mère**,
- déficit attentionnel,
- difficultés d'apprentissage,
- troubles de la parole,
- immaturité psychoaffective,
- distractibilité.

C) Facteurs mis en évidence :

En un premier temps, un suivi rééducatif est envisagé :

- orthophonie par rapport au retard de parole et au problème de l'acquisition de la lecture (travail sur la phonologie),
- psychomotricité,
- **soutien de la maman au niveau social avec la possibilité de rencontrer l'assistante sociale du service en rapport à des difficultés matérielles, financières, ambivalence, relation mère/grand-mère maternelle conflictuelle, vécu de violence, difficultés éducatives, personne insécure.**

⁸⁸ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREAI lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence l'importance des facteurs environnementaux sur les difficultés de l'enfant, de l'implication de la famille dans l'efficacité de la prise en charge et du travail mené par conséquent auprès de celle-ci.

En un deuxième temps, un suivi en psychothérapie est envisagé puisque d'emblée, le flou existant, les difficultés d'élaboration demeurent trop importantes.

D/ E / F) Date de début de prise en charge par le CMPP / évolution des difficultés dans le temps / type de prise en charge mise en place :

- *Suivi orthophonique* (Janvier 2005 à Juin 2007) : Fin 2005, Arnold profite de l'aide sur le plan instrumental même si ce n'est pas perçu d'un point de vue scolaire. Les troubles de la parole évoluent. Le diagnostic de pathologie limite de la personnalité, avec manifestations comportementales, carences éducatives et difficultés d'apprentissage, est posé.

Juin 2006 : la prise en charge évolue : Arnold investit l'école. Il accède à des exercices plus construits de lecture. Le langage écrit est investi et le langage oral a bien évolué.

Parallèlement, depuis Février 2006, **un suivi éducatif (AEMO) est mis en place et permet à la maman de prendre des distances.**

On note la réduction des manifestations agressives, de l'impulsivité. Toutefois, les troubles du sommeil et de la propreté persistent.

Le comportement reste fluctuant. Il peut être calme, passif ou instable, agité. Des affects sont exprimés exclusivement de façon corporelle mais cela évolue.

- *Suivi en psychomotricité* (Octobre 2007 à Novembre 2008) : travail sur sa disponibilité. Arnold parvient à respecter les règles des jeux. Il éprouve des difficultés grapho-motrices.

Arnold accepte les règles, les contraintes, se conforme. Il reste fragile et a besoin d'être soutenu, contenu. Les notions d'espace et grapho-motrices ne sont pas maîtrisées. Fin 2008, des progrès en motricité globale, image de soi sont observés.

- *Suivi en psychothérapie* (Décembre 2008 à Juin 2010) – Arnold a 10 ans : Arnold peut contenir ses émotions, réguler son humeur, son agressivité, mais il exprime corporellement la mise à l'épreuve des règles.

La relation mère/fils reste difficile. Il parvient à mettre en scène des situations de détresse.

Mars 2009, Arnold exprime la maltraitance subie avec, après un passage où il voulait grandir pour tuer son agresseur, une volonté de le rencontrer afin d'évoquer son mal être causé par l'agresseur.

Arnold a réussi à s'ajuster à ses pairs après la contenance de son agressivité.

Les règles sont intégrées et on observe une adaptation scolaire, qui est relevé par l'école. Il obtient de bons résultats en mathématiques et est décrit comme étant un élève volontaire.

Un travail sur le deuil de son grand-père maternel, survenu en Septembre 2009, seul repère masculin, a permis l'accès au travail sur la relation mère/fils. Madame est devenue accessible par le rapprochement qu'elle a fait entre son vécu personnel de violence de son père et celui d'Arnold. Madame l'a reconnu et Arnold a perçu la dynamique psychique dans laquelle sa mère évolue. Il a compris les comportements violents, rejetants de sa mère face à lui. Les associations et élaborations psychiques se sont mises en œuvre.

Arnold s'approprie sa personne, s'autonomise et travaille sur son estime de soi. Il développe sa capacité à être seul et se projette dans l'avenir.

G) Perspectives d'évolutions pour cet enfant

Arnold reste fragile au niveau de la structuration de sa personnalité. Il recherche la valorisation et l'étayage.

En Juillet 2010 toutefois, un arrêt de la prise en charge en psychothérapie a été décidé d'un commun accord afin de favoriser son désir d'indépendance et de responsabilisation, sachant qu'une mise à disposition a été faite.

VIGNETTE N°3

Vignette transmise comme décrivant un parcours « ordinaire » d'enfant⁸⁹

Je reçois S. au C.M.P.P. depuis mars 2010. Lors du 1^{er} rendez-vous, sa mère explique : « Depuis sa maternelle, c'est un enfant qui est fermé avec moi ». Elle a peur pour lui, peur qu'il ne tombe, il n'a pas le sens du danger. Elle précise : « il connaît pas les autres enfants, juste ses frères ». A 6 ans, S. est en C.P., ses résultats scolaires sont catastrophiques.

Le 1^{er} entretien permet d'entendre la confusion dans laquelle cet enfant est plongé, en écho à celle de sa mère. Elle me dit qu'**il croit que son mari est aussi son père à elle** : « il mélange tout ».

Je reçois ensuite S. seul et lui propose de dessiner sa famille.

Les membres des personnages sont directement reliés à la tête, il n'y a pas de corps. Il désigne chacun de ses frères, lui et ses parents, mais il me dit : « c'est mes enfants ». Je réponds que cela n'est pas possible, c'est lui l'enfant de ses parents, ses frères ne peuvent pas être ses enfants.

S. commence alors à comparer 2 animaux qu'il dit être les mêmes, mais qu'il nomme différemment : « la papa » et « la maman ». Je lui dis que non, papa et maman, ce ne sont pas les mêmes. Alors, il dit : « le papa y conduit, la maman peut pas conduire », puis : « le policier y laisse passer le papa ». « J'arrive pas à ouvrir », dit-il en m'apportant une boîte de jouets. « Ouvre moi », je précise la différence entre un objet et un sujet, et lui dis qu'il n'est pas un objet. Il répond aussitôt : « y a pas de place », alors qu'il veut la déposer sur mon bureau, « enlever ça ». Je confirme qu'en effet, il faut enlever quelque chose pour qu'il y ait une place.

Pendant que sa mère me parle, S. écrit au tableau : « la maman de S. ». Il commence à déchiffrer un peu, dit-elle et S. écrit « tbl (dit : t'es belle) maman », il demande comment cela s'écrit. Lors de la séance suivante, il met en scène quelqu'un qui sonne à la porte d'une maison : « c'est qui qu'a sonné ? », il se nomme et il interroge encore : « comment on ouvre ? S'il te plaît, ouvre-moi ! » Accusant réception sur le plan symbolique de cette demande, qui résonne avec les paroles de sa mère (il était « fermé » avec elle), je lui réponds « oui, avec la parole ».

Sa mère, reçue seule me dit : « on dirait que c'est un enfant de maternelle. Il nage sans savoir ». Elle me montre le bulletin scolaire, S. a des zéros partout, il ne comprend pas les consignes et refuse de travailler.

Je l'invite à me parler des circonstances de la naissance de cet enfant qui est son dernier né. « **Ma fille m'a poussée : maman, je veux une fille. C'était un garçon, elle était déçue, c'est peut-être pour ça elle a dit : je veux partir** ». **Sa fille aînée a en effet quitté le domicile familial récemment**, elle s'est mariée. Je ne comprends pas, sa fille lui a-t-elle demandé une fille ou une sœur ? « **Je parle à l'envers moi aussi. Avec ma mère on dort pas** ». **Elle l'héberge depuis un 1^{er} coma provoqué par le diabète, il y a 12 ans**. Elle souffre aussi d'asthme, « **c'est invivable avec elle** », **il faut une présence permanente** parce qu'elle risque de s'étouffer, elle refuse de prendre ses traitements.

A l'issue des six premiers rendez-vous, cette mère me fait part des récentes félicitations de S. par son institutrice, il a fait beaucoup de progrès à l'école. C'est une belle surprise pour chacun. Un contact de notre institution avec l'institutrice corrobore ces propos : nous apprenons que S. est entré dans les apprentissages depuis le mois de mars.

La carence de la fonction paternelle plongeait cet enfant dans un monde chaotique.

Nos rencontres lui ont permis de s'appuyer sur l'ordre symbolique, qui, seul permet de formuler le manque, condition de l'émergence du désir.

C'est à cela que S. a travaillé avec ardeur.

Par cette ouverture au monde vivant, il est devenu sujet désirant.

La mise en place du désir de savoir est l'une des conséquences de cette transformation subjective.

⁸⁹ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREA lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence l'importance des facteurs environnementaux et, par conséquent, du travail réalisé auprès de la famille.

Les éléments soulignés sont les éléments que le rédacteur a lui-même souhaité mettre en avant.

VIGNETTE N°4

Vignette transmise comme décrivant un parcours « ordinaire » d'enfant

A) Origine de l'orientation :

Suivi auparavant en hôpital de jour et traitement par Ritaline, interrompu car cela ne l'aidait pas. « Je m'énerve et je fais des bêtises ».

La mère demande au C.M.P.P. « d'aider Valentin à aller mieux ». Elle le décrit comme un enfant influençable « trop farfelu ».

Parents séparés.

B) Difficultés identifiées à l'arrivée de l'enfant au CMPP :

Troubles déficitaires de l'attention à l'école.

Ecrit « trop gros ». Son écriture est illisible, empêche ses apprentissages.

Refuse d'écrire certaines lettres car « il ne les aime pas ».

C) Facteurs mis en évidence :

Bilan effectué pour l'indication d'un travail psychothérapeutique, et non d'un trouble instrumental à rééduquer « ça me parle dans la tête, un tas de choses que j'essaie de comprendre ».

Le travail psychothérapeutique a donc pour objet de tenter d'organiser des bords et des limites pour séparer réel et imaginaire...

D) Date de début de la prise en charge par le CMPP

Psychothérapie depuis 2008.

E) Evolution des difficultés dans le temps

Valentin par ailleurs a établi une continuité entre le monde des humains et des animaux... Il s'identifie à sa chienne... En difficulté pour se relier aux autres sinon par la répétition de la persécution... « les règles, ça me déborde: pas taper sur ma sœur, pas crier sur mon beau-père... » « C'est bien la pension, je serai libéré de ma mère ».

Se bagarre beaucoup dans la cour de récréation. Invente un « carnet de blessé ».

La frontière veille-sommeil est mal établie... Des cauchemars à répétition qui se reproduisent dans la journée.

Valentin construit des scénarios pour maîtriser l'horreur des cauchemars. Il élabore alors des statistiques : « ça fait comme des jeux vidéos où on change de niveau ». « Je me suis fait un plan dans la tête, comme dans un jeu vidéo ».

Ces scénarios apaisent son angoisse. Peu à peu Valentin semble s'attacher à reproduire une structure spatiale semblable à un jeu vidéo.

L'ordinateur ou l'écran vient occuper une position de protection pour lui.

« Quand je joue à l'ordi, c'est comme si j'avais une carapace autour de moi ».

Valentin évoque alors ses hallucinations auditives. Il dispose de véritables capacités d'élaboration. Il a besoin d'un jeu pour contrôler ses cauchemars. « Je sais pas quel nom me donner pour contrôler mes ennemis. Je suis capitaine de vaisseau ! Je gagne ! »

On voit en ce sens confirmer l'intuition freudienne selon laquelle le délire est une tentative de guérison.

F) Type de prise en charge mis en place dans le cadre du CMPP

- ⇒ Prise en charge unidisciplinaire
- ⇒ Spécialité : psychothérapie
- ⇒ Fréquence : 1 fois par semaine
- ⇒ Travail individuel
- ⇒ Accompagnement parallèle de la famille : non

G) Perspectives d'évolution pour cet enfant

Au fil de la psychothérapie, étayé par elle, Valentin réussit à contrôler ses affects les plus angoissants et à maintenir son insertion scolaire.

La psychothérapie est à poursuivre.

VIGNETTE N°5

Vignette transmise comme décrivant un parcours « ordinaire » d'enfant

Accueil de la demande :

Les parents téléphonent au CMPP sur les conseils d'un enseignant, souvent relayés par le psychologue scolaire, et obtiennent un premier rendez-vous avec une assistante sociale.

Une procédure pour le recueil d'informations par téléphone permet au secrétaire chargé de cet accueil de collecter des données susceptibles d'être prises en compte (motif de la demande, adresseur, ...)

Premier rendez-vous :

Le premier rendez-vous d'inscription a lieu 2 mois maximum après l'appel des parents et constitue le début de la phase d'évaluation de la situation de l'enfant. Pour près de la moitié des situations, des difficultés de comportement ou d'adaptation scolaire sont mises en avant.

Lors de ce premier rendez-vous, l'assistant social présente le service et les professionnels qui y travaillent ainsi que le déroulement de cette phase de bilan ; elle procède à l'inscription administrative de l'enfant, évalue la situation sociale de la famille et fait préciser les motifs de la demande et les aides qui ont été ou sont déjà mises en place. Il est demandé aux parents l'autorisation ou non de communiquer avec des partenaires institutionnels (écoles, services sociaux, médecins, ...) ; avec leur accord, une feuille de renseignements est envoyée aux écoles pour une évaluation de la situation scolaire et des contacts peuvent être pris si besoins avec les personnes indiquées par la famille.

Poursuite de la phase d'évaluation :

Avec les informations recueillies lors de l'appel téléphonique et le premier entretien, les responsables administratif et médical décident, avec la participation de l'assistant social et du secrétaire (réunion de travail appelée « pré-synthèse ») quels types d'évaluations complémentaires seront effectués (bilans psychologique, pédopsychiatrique, orthophonique ou psychomoteur).

Les parents sont présents à tous les rendez-vous de la phase d'évaluation même s'ils n'assistent pas à l'intégralité des entretiens de leur enfant avec les professionnels.

A la suite des bilans, une synthèse « diagnostique » est effectuée avec l'ensemble des professionnels concernés et des indications ou des orientations sont posées.

Un rendez-vous de restitution est proposé aux parents par le responsable médical. Si un suivi est proposé par nos services un Document Individuel de Prise en Charge est présenté à la famille.

Phase de suivi :

Selon le type d'aide envisagé et le lieu de prise en charge, des délais d'attente plus ou moins longs sont à envisager et les parents en sont informés afin qu'ils puissent prendre leur décision en toute connaissance de cause (2 à 8 mois d'attente pour un suivi psychologique, 6 à 10 mois pour un suivi psychomoteur et 0 à 2 mois).

Dans beaucoup de situations, un suivi psychologique est proposé avec une aide rééducative de type orthophonique ou psychomotrice.

Les rééducations ont une fréquence de 1 séance par semaine. Pour la psychothérapie, la fréquence varie de 1 séance par semaine à 1 séance mensuelle en fonction de la problématique et de l'évolution de la situation.

Les parents sont reçus plusieurs fois dans l'année par les professionnels concernés et le responsable médical.

Une synthèse d'évolution avec l'équipe pluridisciplinaire et en présence des responsables médical et administratif est mise en place au minimum une fois par an (souvent plus avec la présence de partenaires lorsque la situation l'exige, notamment avec l'ASE).

Nous participons si besoin aux équipes éducatives et équipes de suivis de scolarisation dans les établissements scolaires.

VIGNETTE N°6

Vignette transmise comme décrivant un parcours « ordinaire » d'enfant

Même si effectivement il existe un fonctionnement habituel au CMPP, la spécificité du travail en CMPP est justement de s'adapter à chaque enfant / sujet venant consulter, de comprendre le sens de son syndrome dans son histoire personnelle, dans son inscription familiale et dans son parcours social / scolaire (et bien entendu [de comprendre] à quoi il sert dans son fonctionnement psychique), afin de pouvoir mettre en œuvre les moyens dont dispose le CMPP pour faire en sorte que ce syndrome ne vienne pas entraver le développement psychoaffectif de l'enfant.

Fonctionnement

Le CMPP peut recevoir tous les enfants de 0 à 18 ans dont les parents en font la demande par téléphone, par écrit ou directement dans les locaux du CMPP.

Cette demande est écoutée en équipe lors des réunions et il est alors décidé :

- qui va recevoir,
- dans quels délais,
- pour quoi (consultation / prise en charge possible).

Le premier entretien, si besoin ré évoqué en équipe et / ou avec le médecin, peut être suivi :

- d'autres entretiens ;
- de bilans / évaluations demandés par l'intervenant ayant effectué le premier entretien, non systématiquement, mais dans le but de recueillir les éléments d'un « diagnostic » au sens général du terme, c'est-à-dire clinique, et de [déterminer] les interventions possibles pour faire évoluer la situation.

La demande de la famille même si elle est symptomatique, est souvent la trace de l'impasse dans laquelle se trouvent cette famille et cet enfant – impasse sociale, scolaire et/ou familiale.

Il est donc important d'évaluer les possibilités relationnelles (c'est avec elles [que le CMPP] va travailler) et de tenir compte de la demande explicite de la famille.

Toute demande n'aboutit pas forcément à une prise en charge stéréotypée ni même à des bilans systématiques : chaque intervenant chargé par l'équipe de faire ce premier entretien peut décider seul à la fin de ce 1^{er} entretien, de la suite à lui donner ou pas au sein du CMPP :

- deuxième rendez-vous proche ;
- deuxième rendez-vous dans 3 ou 6 mois ;
- bilans / évaluations.

Au-delà des six séances forfaitaires prévues pour le diagnostic (contrainte, cadre administratif à respecter et qui peut être utile), une demande de prise en charge administrative et médicale est nécessaire, et il faut attendre l'accord [de la CPAM] pour débiter la prise en charge.

Si besoin il faut donc informer la famille et prévoir les délais d'attente (en l'absence de problème administratif, il faut environ trois semaines pour obtenir l'accord), d'autant plus s'il y a [demande de transport en] taxi. Il faut en effet que le transport en taxi éventuel soit discuté au moment du travail d'élaboration du projet thérapeutique pour que ce cadre puisse être expliqué aux familles et à l'enfant.

Un retour en équipe est fait soit à la fin des rendez-vous de bilan soit au 5^{ème} rendez-vous pour le travail d'équipe pluridisciplinaire. [Il comprend] :

- l'écoute de la demande de la famille et l'écoute des différents intervenant ayant rencontré l'enfant jusqu'à ce moment ;
- des discussions, des hypothèses de diagnostic et l'élaboration d'un projet thérapeutique mis par écrit et figurant au dossier.

[Cela aboutit] au 6^{ème} rendez-vous de consultation avec l'enfant et la famille, fixant les modalités de prise en charge et pouvant se trouver un peu décalé par rapport au projet thérapeutique d'équipe (non dans le principe et le cadre, mais dans la concrétisation).

[En effet], le plus souvent l'enfant est placé sur liste d'attente [en fonction de la spécialité concernée] et selon l'aménagement [qui a] été discuté en équipe.

Le cadre de la prise en charge ayant été expliqué à la famille et à l'enfant, il convient de s'y tenir, [du côté de la] famille (régularité, prévenir en cas d'absence CMPP et taxi) [comme du côté de] l'intervenant du CMPP, qui doit veiller à ce que :

- les rendez-vous proposés se concrétisent véritablement ;
- les contacts en dehors du CMPP soient acceptés par les parents et que, s'ils sont demandés, ils se fassent ;
- la périodicité de points sur la prise en charge, sur l'évolution de l'enfant soit prévue et tenue, en aménageant en particulier au cas par cas, toujours en accord avec la famille, une information des enseignants et du médecin traitant.

[Lorsque ces informations à destination de l'extérieur sont validées] :

- soit [la transmission est assurée par] la famille, ce qui est intéressant dans le positionnement des parents / enfants ;
- soit les parents demandent [à ce] que le CMPP le fasse, et [le CMPP] peut accepter cet accompagnement, [qui peut passer par] :
 - o la présence [du CMPP] aux équipes éducatives avec les parents ;
 - o la présence [du CMPP] aux réunions UTS avec ou sans les parents ([ces derniers étant] toujours informés) ;
 - o [des contacts avec] les intervenants scolaires ;
 - o des courriers au médecin traitant.

[NB : ces échanges sont] toujours [recensés] dans le dossier.

Habituellement pour une prise en charge, [pour laquelle] il est prévu qu'un enfant vienne une fois par semaine, 30 séances sont demandées et, [compte tenu des délais de traitement], il faut prévoir le renouvellement ou l'évolution de la prise en charge au bout de 20 à 25 séances, en particulier quand il y a [demande de transport en] taxi

Les arrêts ou suspensions de prise en charge doivent être notifiées au dossier, en particulier pour pouvoir situer précisément la période de post-cure (3 ans) durant laquelle la famille ne soit pas avoiron à attendre pour que sa demande soit étudiée en réunion d'équipe et qu'une réponse soit donnée.

VIGNETTE N°7

Vignette transmise afin d'illustrer l'évolution / l'adaptation des pratiques d'accompagnement⁹⁰

Préambule :

Nous ne présenterons qu'un seul parcours. En effet, ce dernier nous semble assez justement mettre en évidence la complexité des problématiques accueillies en CMPP. Il rend compte du travail de questionnement et d'élaboration collectif, pluridisciplinaire (en interne et avec les partenaires). Par ailleurs, ce parcours illustre le fait qu'au delà du symptôme manifeste sur le plan du comportement, c'est une situation dans toute sa complexité qu'il convient de considérer. Il témoigne aussi de la richesse du fonctionnement de l'enfant.

Pour cette présentation, l'enfant sera appelé « Simon ».

L'inscription administrative est enregistrée le 31 janvier 2005, elle **est conseillée par l'école**.

Simon est alors scolarisé en petite section de maternelle, il consulte pour problèmes de comportement. L'école fera parvenir au CMPP le document de renseignements scolaires le décrivant comme « étant beaucoup dans la provocation pour attirer l'attention de l'adulte, ennuyant ses camarades, crachant, faisant du bruit avec sa bouche, ses pieds, franchissant les interdits, ne montrant que peu d'intérêts pour les activités de la classe, ayant besoin du soutien de l'adulte pour exercer une activité qu'il accepte alors volontiers mais faisant à son idée, n'écoutant pas les consignes. C'est un enfant « seul », qui a peu de relation avec ses camarades aussi bien en classe que dans la cour de récréation »

Le 1^{er} RV médical aura lieu le 30 mars 2005 :

Simon a été adopté à l'âge de 5 mois au Sénégal, (placé alors qu'il a 8 jours en pouponnière). Au moment de cette inscription, il porte son nom d'origine, la procédure d'adoption n'étant pas complètement finalisée.

Il apparaît comme difficilement « gérable », sort des jouets avec lesquels il ne joue pas, fait beaucoup de bruit, tape du pied, ne cesse de poser des questions dont il connaît les réponses... La mère avait contacté le CMP avant l'inscription au CMPP, mais n'avait pas obtenu de RV dans un délai qui lui convenait.

Lors de ce premier entretien, le psychiatre référent de la situation proposera un bilan psychologique, un bilan psychomoteur et évoquera la nécessité de prendre contact avec un pédopsychiatre pour envisager un traitement. Dans un même temps, il proposera de rencontrer la mère une fois par mois.

Le bilan psycho mettra en évidence que « Simon a enregistré des notions qu'il peut utiliser avec pertinence sur le plan intellectuel mais ses préoccupations sont centrées sur le plan narcissique », « il se précipite dans la réutilisation de gratifications ludiques immédiates, il refuse de rentrer dans un projet d'activités cadrées », pouvant devenir physiquement agité et très violent verbalement. Sa mère semble en difficulté face à cet enfant avec lequel elle ne peut introduire les caractéristiques d'un cadre. Sur le plan de la scolarité l'idée d'une orientation vers un établissement spécialisé semble avoir été déjà évoquée.

Le bilan psychomoteur évoque un enfant qui a des capacités mais qui ne peut les montrer car trop préoccupé à « batailler avec l'autre pour chercher les limites et un cadre rassurant. Rapport de force et provocation sont ses modes d'échange. Il présente une grande impulsivité. Il apparaît comme très provocant, re-questionnant sans cesse l'activité. L'inquiétude de la séparation est très présente, des manifestations d'agressivité en fin de séance sont manifestes ».

⁹⁰ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREA lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence l'importance du travail mené, d'une part, en concertation avec des partenaires externes et, d'autre part, auprès de la famille.

La mère signale aussi que Simon est envahi d'angoisses, de frayeurs dans le quotidien, il ne peut rester seul dans une pièce de l'appartement, sollicite sa mère pour tout...

Septembre 2005 : début de la prise en charge en psychomotricité et des rendez-vous médicaux proposés à la mère 1 fois par mois. Dans un premier temps l'accrochage est difficile, puis la mère viendra de façon plus détendue, elle prendra contact avec un pédopsychiatre pour évaluer la pertinence d'un traitement : ce dernier sera mis en place.

Lors des entretiens médicaux (mère seule), cette dernière évoque tous les questionnements de Simon autour de sa propre histoire (l'abandon, le questionnement autour de sa mère naturelle « est-ce qu'elle pense à lui »... la couleur de sa peau, s'automutile pour voir comment c'est en dessous, reproche à sa mère adoptive de ne pas avoir la même couleur que lui, de ne pas l'avoir porté dans son ventre ...)

L'année de la grande section maternelle, l'équipe de l'école est très inquiète quant aux comportements de Simon, il est très impulsif, violent au point qu'il devient difficile d'imaginer l'emmener en classe de mer. Il se contient en sortie collective si l'enseignant reste avec lui et il présente des tendances à l'isolement dans la cour de récré et à la cantine.

Il entre en CP, tout se passe très bien le premier mois puis de plus en plus de manifestations comportementales digressives seront observées (danger pour les autres, non contrôle, comportement très pulsionnel). **Tous les professionnels de l'école sont en difficulté face à cet enfant.** La mère est appelée très souvent à cause du comportement de Simon à l'école : il fait peur aux autres, des parents s'en plaignent, il insulte l'enseignante, il se voit refuser la possibilité d'utiliser des ciseaux, un compas... A la cantine, il ne mange pas, il maigrit beaucoup (lien entre traitement et appétit ?), joue avec la nourriture et provoque son environnement, il est de plus en plus souvent exclu des cadres collectifs.

Des Equipes éducatives se réunissent à plusieurs reprises, l'aménagement du temps de scolarisation est envisagé en termes de réduction du temps de celui-ci. L'école juge le suivi CMPP insuffisant. La mère propose de s'organiser afin que Simon déjeune chez elle le midi.

Au cours de cette année, **différentes idées seront émises quant à une possible orientation** (SSESAD TCC, ITEP avec internat, hôpital de jour, CMP ...). **Un dossier MDPH sera ouvert pour une demande d'ouverture de Projet personnalisé de scolarisation.** Au CMPP, une psychothérapie lui sera proposée à partir de novembre 2007 avec continuité du suivi psychomoteur. Dans un même temps **le médecin scolaire provoque une réunion entre les différents acteurs : la directrice de l'école et l'enseignante, la psychologue scolaire, le médecin scolaire, le directeur médical (qui n'est pas le psychiatre référent de la situation au CMPP) et la directrice pédagogique et administrative du CMPP , l'enseignant référent chargé du suivi du dossier MDPH, ainsi que le médecin du service de psychiatrie infanto-juvénile** (en effet, du fait du contexte et de l'injonction de l'école, la mère a pris contact avec l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile / sachant que Simon bénéficiait déjà d'un suivi CMPP, le médecin de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile a pris contact avec nous). Cette réunion se tiendra dans les locaux de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, la mère en sera informée mais n'y est pas invitée.

Un regard nouveau sur cette situation (le regard du médecin psychiatre de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile) et un regard plus distancé (celui du médecin psychiatre/directeur médical du CMPP qui n'est pas le référent de cette situation). Lors de cette réunion, les professionnels de l'école décrivent les éléments précités, **l'enseignante dit « arriver à saturation » et « craindre le pire ».** Suite à la dernière réunion d'équipe éducative, l'école n'a pas réduit le temps de scolarisation de Simon (grande culpabilité de l'enseignante face à cette proposition), il est envoyé dans des classes différentes à chaque fois que l'enseignante le juge nécessaire. Par ailleurs Simon progresse dans ses apprentissages.

Une réflexion collective s'amorce :

- Enfant violent /qu'est ce qui fait violence à l'enfant ?
- **Quels sont les possibles de l'école ? Qu'est ce qu'elle peut offrir et avec quelles limites ?**
- **La situation nécessite-t-elle un signalement à l'Aide sociale à l'enfance ?**
- **Qu'est ce qui fait clivage entre l'école et le CMPP ?**

Chacun redéfinit « ses possibles », une orientation vers l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile n'est pas possible faute de place et de plus « le soin est en place et Simon vient régulièrement à ses séances », la mère investit le CMPP. Nous décidons que des réunions de ce type seront organisées régulièrement et que la mère y sera invitée.

Quelques jours après, le médecin psychiatre de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile sera contacté par l'inspecteur de l'Education nationale de circonscription : Simon a fait acte de violence sur un autre enfant/une déscolarisation pourrait être prononcée.

Dans les faits, Simon fréquentera l'école tous les matins et sera pris en charge par une nourrice l'après-midi. La mère fait l'hypothèse d'un changement d'école pour la rentrée prochaine mais a besoin de réfléchir.

Fin juin 2008, un passage en CE1 est décidé avec un démarrage avec le même temps de scolarisation, **une notification MDPH prévoit la présence d'une Auxiliaire de vie scolaire** ; elle sera présente sur les temps de scolarisation de Simon. **La mère se sent très « persécutée par toutes les réactions des enseignants ».** Elle prend l'habitude de téléphoner à la psychomotricienne du CMPP pour raconter les difficultés qu'elle rencontre, ce qui, nous semble t-il, peut devenir envahissant et peut venir parasiter le travail de rééducation. **Nous décidons alors que la directrice administrative et pédagogique prendrait ces communications. Cette mère utilisera ce canal très régulièrement lors de situations difficiles avec l'école, pouvant dire elle-même « je vous appelle parce que ça me calme et ça m'évite d'être trop agressive avec l'école ».**

En octobre 2008, **nouvelle réunion à l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile en présence de la mère** : Simon est scolarisé tous les matins. Il semble capable de se conformer au rythme de la classe sur environ 1h15, après il est plus agité, a besoin d'être isolé. Il semble venir à l'école avec plaisir. La mère évoquera alors la période des vacances scolaires : il a été inscrit au centre aéré[et] il semble que tout s'est bien passé. [Simon] recherche l'isolement à certains moments de la journée. Dans le cadre familial, il a pu montrer de meilleures capacités d'autonomie. La mère dira « Simon pleure maintenant » (c'est un enfant qui ne pleurait pas). Il reprend du poids (changement de traitement). La psychologue scolaire a pu le revoir en bilan, elle parle d'un enfant en grande demande affective, très angoissé dont l'efficacité est largement dépendante des capacités de concentration et de relation de Simon. Au CMPP, il investit bien les espaces qui lui sont proposés, il semble un plus apaisé. En psychomotricité, « un travail sur la confiance en soi, en l'autre, (tenir ses promesses, compter sur l'autre, pour l'autre, ne pas le laisser tomber ...) » se poursuit à travers différentes médiations. Il gère de mieux en mieux la frustration, ses craintes tout en pouvant parler de ses peurs, des « ses bêtises » ; Le dessin du bonhomme montre un personnage qui grandit, se structure, occupe l'espace qui lui est proposé. En fin de séance, il a besoin d'un retour vers une activité régressive.

Dans le cadre de la psychothérapie, il peut maintenant inventer des scénarii, est capable de jouer, les fins de séance se passent mieux.

Cette année de CE 1 sera marquée :

- par une augmentation très progressive du temps de scolarisation (sans présence de l'AVS), cette augmentation étant décidée dans le cadre des équipes de suivi de scolarisation
- un constat de meilleures relations avec les autres enfants (allant vers des plus âgés que lui), n'étant plus l'objet de toutes les surveillances en récréation
- sa participation à l'activité piscine avec sa classe (sa possible participation à cette activité déclenchait beaucoup d'inquiétude chez lui et chez sa mère...)
- des réunions régulières au SPIJ avec présence de la mère
- une meilleure qualité de sommeil
- une inquiétude quant à sa prise de poids
- sur le plan familial, Simon sera perturbé par 2 cambriolages successifs (forte réactivation d'angoisses) ce qui motivera un déménagement.

Septembre 2009, il entre en CE 2 avec une scolarisation tous les matins et 1h30 2 après-midi par semaine (même enseignante que l'année de CE 1 / présence de l'AVS le matin) avec même suivi au CMPP. **L'AVS sera absente plusieurs semaines en début d'année (Simon est alors plus désorganisé, plus lent avec une difficulté à entrer dans les demandes collectives).**

La mère s'inquiète quant à ses apprentissages, elle souhaiterait plus de temps de scolarisation, de plus elle perçoit des contradictions dans le fonctionnement de l'école. Alors que Simon fait beaucoup d'efforts, elle pense qu'il n'est pas assez gratifié et qu'il continue d'être vu « comme pouvant déborder à tout moment ». Le moindre petit problème à l'école insécurise les professionnels de l'école (« il redevient comme avant... »), de plus il peut être évalué de la même façon que les autres sur des matières qu'il n'a pas suivi du fait de son temps de déscolarisation. De même qu'il apprend les poésies avec beaucoup d'application mais n'est jamais interrogé ... **La mère vit ces situations de façon très persécutive**, ses réactions risquent d'alimenter un sentiment de toute puissance chez Simon. **Les réunions dans le cadre de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile permettent d'évoquer ces événements. La plupart du temps, la mère aura téléphoné à la directrice pédagogique et administrative (elle est alors souvent très en colère, en souffrance du fait d'évènements qui ont lieu à l'école) avant que ces réunions n'aient lieu comme si ce SAS lui était nécessaire pour aborder les réunions de façon constructive** : dans ce cadre, elle dit ce qu'elle observe chez Simon, la façon dont il vit les choses, le sentiment qu'il a qu'on ne le soutient plus, sa peur de se tromper...

Le temps scolaire ira en augmentant mais ne sera jamais total. Le dernier trimestre de l'année scolaire sera difficile pour Simon. Il ne veut plus aller chez sa nourrice. C'est sa grand-mère qui s'occupera de lui et il fera les devoirs avec sa mère. Ce dernier point le rassure, il arrive plus confiant et plus sûr de lui à l'école. Lors de la dernière équipe de suivi de scolarisation, un passage en CM1 est envisagé, l'enseignante restant très réservée quant à cette décision.

Sur cette année de CE2, alors qu'au CMPP, un arrêt du suivi en psychomotricité était évoqué, les événements, les fragilités perceptibles et réactivées sur la 2^{ème} partie de l'année scolaire inverseront cette tendance. Les 2 suivis se poursuivront donc toute cette année scolaire.

Projet 2010-2011 :

- Au CMPP : psychothérapie et psychomotricité une fois par semaine et entretiens médicaux mère/enfant 1 fois par mois
- A l'école : passage en CM1 /AVS
- Réunion à l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile programmée en septembre

VIGNETTE N°8

Vignette transmise afin d'illustrer l'évolution / l'adaptation des pratiques d'accompagnement⁹¹

Nous accueillons U., 4 ans, depuis décembre 2009.

C'est un service de l'Aide Sociale à l'Enfance qui fait la demande de soin pour cet enfant, en contactant la directrice du CMPP en mai 2009. Le psychologue de l'ASE lui expose la situation de l'enfant, **placé en famille d'accueil** dans le département du Loiret. Il décrit un tableau sombre de la santé de l'enfant : encoprésique, énurétique, ne parlant presque pas, se présentant avec une tonalité dépressive dans une problématique abandonnique. **A 4 ans, U. a une histoire déjà lourde ; un père décédé un mois après sa naissance et une mère pathogène, délirante, reconnue paranoïaque et ayant reçu des soins psychiatriques, avec laquelle il a passé une partie de sa première année de vie dans la rue. À 6 mois, U. est retiré à sa mère et placé en pouponnière jusqu'à ce qu'à deux ans et demi il soit placé en famille d'accueil.** L'assistante familiale qui le reçoit nous dira qu'à son arrivée, U. présentait un syndrome d'étouffement et était malade depuis longtemps. Ces symptômes disparaîtront avec le placement en famille d'accueil.

L'ASE fait parvenir à **la mère d'U.** le dossier d'inscription au CMPP, qu'elle remplit. Elle y insère toutefois un courrier pour faire part de son conflit ouvert avec l'ASE et **tout en signant le dossier, écrit sa réticence puisque l'initiative vient de l'ASE** qui lui a « arraché » son enfant et qu'on ne lui a pas demandé son avis pour faire cette demande de consultation.

La directrice du CMPP contacte alors la mère d'U. afin de lui dire qu'en l'état actuel, les soins ne pourraient avoir lieu que si elle en était d'accord. Ce contact direct a permis à la mère d'U. de se positionner favorablement par rapport à l'éventualité d'une prise en charge à mettre en œuvre.

Le premier rendez-vous d'U. avec le médecin du service a lieu à la fin du mois de septembre 2009.

Dès le mois de décembre, **U. est accueilli une fois par semaine au sein d'un petit groupe d'enfants et les thérapeutes reçoivent régulièrement l'assistante familiale pour la soutenir dans l'accompagnement de cet enfant.** Très vite quelques-uns des symptômes disparaissent ; U. devient propre, autonome, il cesse de chuter constamment et commence à prendre conscience des limites de son corps et de l'environnement. Il ne se jette plus tête la première sur les murs et commence à articuler quelques mots à l'adresse de l'assistante familiale qu'il nomme « tata ».

Cependant, il semble opportun de proposer plus de soin à ce petit garçon et de rencontrer régulièrement l'assistante familiale pour travailler la qualité du lien entre eux, condition de l'émergence du désir pour cet enfant de grandir et d'articuler encore mieux ses dires à l'Autre. L'équipe du CMPP propose à l'assistante familiale, Madame M., de recevoir U. en séances **individuelles de psychomotricité, avec elle, présente dans la séance.** Cette prise en charge aura lieu une fois par semaine.

Madame M. accepte le principe de cette seconde prise en charge mais, dans la réalité, malgré plusieurs propositions de notre part, **elle ne parvient pas à accompagner U. Elle évoque alors des problèmes d'organisation familiale** qui ne semblent pas avoir de solution.

Face à cette impossibilité qu'elle nous transmet, il nous semble risqué, pour la suite de la prise en charge d'U., de trop insister. Toutefois, nous savons que des solutions concrètes pourraient être mises en œuvre pour permettre à Madame M. d'accompagner U. sans que cela perturbe trop l'organisation familiale (garderie périscolaire pour ses enfants,...). **Afin de ne pas mettre en péril**

⁹¹ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREAI lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence l'importance des facteurs environnementaux et du travail mené, d'une part, en concertation avec des partenaires externes et, d'autre part, auprès de la famille.

notre lien encore tenu avec Madame M., nous pensons que nos interlocuteurs de l'ASE pourraient intervenir comme fonction tiers, comme partenaires de la prise en charge. La directrice du CMPP a écrit un courrier à l'ASE expliquant nos difficultés à instaurer ces soins ainsi que les propositions concrètes qui pourraient faciliter leur mise en œuvre.

La référente de l'ASE intervient alors auprès de l'assistante familiale qu'elle connaît puisqu'elle la rencontre régulièrement. La directrice du CMPP reçoit ensuite Madame M. pour lui proposer des solutions d'organisation personnelle pour qu'elle puisse accompagner U à ses séances. Madame M. accepte ces propositions et le travail peut se mettre en place à la fin du mois de février, grâce au relais de l'ASE qui a répondu à notre sollicitation.

U. va à l'école toute la journée. **En septembre, il continuera à venir deux fois par semaine au CMPP, dont une avec son assistante familiale qui peut maintenant parler et investir cet enfant, aidée en cela par les séances de psychomotricité où elle est soutenue dans le lien qu'elle construit patiemment avec U.**

Il a fait beaucoup de progrès sur le plan du développement du langage, mais également dans son rapport aux autres et au monde. Son corps semble plus équilibré, plus stable, il ne se met plus en danger, devient sensible à la parole qui peut le contenir et semble chercher à établir des liens avec les adultes de son entourage.

Nous envisageons qu'il puisse être reçu en orthophonie d'ici quelques temps, pour soutenir son effort de parole et l'accompagner par la suite à la mise en mots de son histoire et de son vécu.

Ce travail n'a pu se mettre en place que grâce aux liens que nous avons pu établir avec l'ASE, la mère d'U. et l'assistante familiale. La connaissance de possibilités d'organisation concrètes pour l'assistante familiale a également été essentielle. Divers professionnels du CMPP sont intervenus à des niveaux différents, ce qui a permis d'assurer les conditions d'une prise en charge cohérente et stable pour U.

VIGNETTE N°9

Vignette transmise afin d'illustrer l'évolution / l'adaptation des pratiques d'accompagnement⁹²

Adolescente inscrite au CMPP par ses parents, à leur initiative personnelle, Rose consulte début Octobre 2006 pour des crises de tétanie.

Elle est la seconde d'une fratrie de quatre enfants : une sœur (+2 ans), Rose (16;10), un frère (-3 ans), une sœur (-8 ans). Le couple parental est marié. Ses deux parents travaillent.

SYMPTÔMES ET PROBLÉMATIQUE

Les crises de tétanie sont apparues pendant les vacances d'été 2006 entre sa classe de seconde et de première, section Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales, (ST2S).

Notons que cette orientation scolaire correspond à son choix professionnel futur et à ses intérêts ; elle aurait cependant souhaité effectuer cette formation en passant par l'intermédiaire d'un BEP, formation « plus pratique », dit-elle. Mais ses enseignants de collège l'ont encouragée à emprunter cette voie directe vers le baccalauréat.

Rose présente les troubles suivants qui s'articulent autour d'un axe : inhibition, phobie, angoisse :

- manque de confiance en elle qui s'explique dans une grande lenteur, la pénalise dans sa prise de parole en public et dans ses rapports avec ses pairs. Elle a quelques ami(e)s, mais présente des phobies face aux groupes d'inconnus, (difficulté pour traverser la cour du lycée sous le regard des autres par exemple) ;
- hyperacousie, intolérance marquée au bruit, notamment dans la classe et générateur de vive angoisse ;
- les « crises » apparues l'été vont se répéter, au lycée ou à la maison, (plusieurs fois, consécutivement à une épreuve sportive), motiver des arrêts de travail et amorcer un phénomène de déscolarisation, évoquant alors, au lycée, une « phobie scolaire ».

Ainsi les crises de tétanie, origine de la consultation, sont-elles partie intégrante d'un faisceau symptomatique organisé par l'angoisse.

A noter ce facteur majorant de l'angoisse : la perspective du Bac Français et Histoire Géographie en Juin suivant (2007).

De plus, ces symptômes actuels de l'adolescence sont en lien et origines dans une problématique déjà présente dans sa petite enfance :

- lenteur
- difficultés dans les apprentissages scolaires
- dyslexie diagnostiquée tardivement en redoublement du CE1
- problème du frein de la langue, opéré, mais sans amélioration

Rose est une adolescente timide, réservée et à la fois très ouverte, fine, intelligente.

Elle cherche des solutions à son (ses) problème(s) avec beaucoup d'engagement et de volonté.

Une psychothérapie lui est proposée dans le secteur « adolescents » du CMPP.

La psychologue propose aussi d'adresser Rose à une orthophoniste de l'équipe

- d'une part dans la perspective d'un bilan afin de considérer l'ampleur de sa dyslexie et envisager une rééducation si nécessaire
- et d'autre part en vue d'un travail de rééducation sur sa langue organe.

⁹² NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREA lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence les adaptations mises en place par le CMPP tant en interne (consultation en urgence, adaptation du rythme de prise en charge) qu'à l'externe (importance de la concertation avec l'école et avec l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile). Les informations soulignées ont été mise en avant par le rédacteur de la vignette.

EVOLUTION DE ROSE ET DE SES TROUBLES AU COURS DE LA PSYCHOTHERAPIE

- NOV.06 / JANV. 07 : Plusieurs interruptions de cours suite à des malaises. C'est quand la proposition de suivre des cours par correspondance que Rose décide de retourner au lycée. Nouvel arrêt de travail pour maladie (virus, fièvre) début Décembre, Rose reprend les cours peu avant les vacances de Noël. Elle évoque son intolérance aux bruits en classe qui l'angoissent et l'envahissent. De même, les provocations de son frère, dont elle dénonce les comportements « macho » et auprès duquel elle s'identifie aux rôles parentaux.
- JANV. 07 : Reprise des cours ; Rose a vécu ses vacances avec la culpabilité permanente liée à son absence de désir par rapport à son travail scolaire. Elle révèle des troubles du sommeil (réveils nocturnes) et une sensation de fatigue et des troubles alimentaires (versus hyperphagie).
- FEVR. 07 : Les « crises de tétanie » n'ont plus lieu : Rose demande l'arrêt de sa psychothérapie. La psychologue prend appui sur la période des vacances d'hiver pour faire la coupure demandée.
- MARS 07 : Rose revient de vacances avec de nouveaux symptômes :
 - o pleurs,
 - o maux de ventre et dans la poitrine, envie de vomir
 - o décrit une scène où elle est aux prises avec des douleurs dans tout le corps et que sa mère précisera correspondre à un épisode de tentative de phlébotomie avec des ciseaux à ongles dans la salle de bains.
 - o Rose fait état de pensées parasites.
- FIN MARS 07 : Rose arrête le lycée ; elle ne supporte pas la pression exercée par la perspective du bac. blanc et du bac. de fin de 1^{er} en Juin prochain.
- AVRIL 07 : Rose ne fait plus de « crises », mais un sentiment de vide s'installe, une difficulté à penser, une inhibition à s'exprimer dans sa famille. Elle s'occupe des tâches ménagères, éprouve fatigue et douleurs corporelles.
- MAI 07 : Rose conçoit le projet de réaliser le stage pratique prévu en fin de classe de 1^{er}, dont elle attend le soulagement d'une reprise d'activités.

L'équipe du CMPP (réunion de synthèse « ado » et certificat du directeur médical) soutient la demande d'inscription de Rose en BEP Sanitaire et Social pour l'année 2007/2008.

Son frère a un accident de scooter (jambe cassée) et la chambre de Rose est mise à sa disposition ; le lendemain, le père a un accident de voiture (sans dommage corporel) au moment de son changement d'activité professionnelle ;

Rose évoque la pesanteur de l'ambiance familiale ainsi que sa propre pesanteur, elle qui effectue les tâches ménagères que personne ne reconnaît (suffisamment).

Le lycée refuse son stage car elle y serait hors cadre du fait de sa situation démissionnaire et, (réponse écrite) : ses absences scolaires mettent en cause ses compétences à aborder la pratique.

Rose dit se sentir dans le brouillard, elle a le sentiment qu'à la maison personne ne reconnaît ce qu'elle fait ni n'écoute ses demandes et n'avoir plus de place nulle part.

- 23 MAI 07 : **Tentative de suicide médicamenteuse ; Rose est hospitalisée ; entretien du Dr médical du CMPP avec elle à l'hôpital**
- SEPT. 07 : Beaucoup d'angoisse chez Rose, qu'elle manifeste auprès de sa mère en adressant à celle-ci des demandes régressives (dormir avec elle), mais aussi d'une adresse plus générale : elle voudrait reprendre ses cours qui l'intéressent, mais elle a peur de « l'entre-deux », dit-elle, temps où elle rencontre les autres et évoque le sentiment de protection éprouvé lors de son hospitalisation.
Ses parents ont peur d'un nouveau passage à l'acte.

Elle effectue cependant sa rentrée scolaire en BEP, orientation soutenue par un certificat médical du directeur médical du CMPP, et fréquente ses séances de psychothérapie avec régularité.

Dans son discours au cours de cette année, les plaintes somatiques, la douleur morale se font petit à petit moins prégnantes. Subsistent des traces, assez discrètes, de son angoisse par rapport aux autres dans quelques difficultés résolues grâce à la souplesse de la structure scolaire (les périodes de travaux pratiques permettent l'usage d'une salle que Rose utilise comme repli stratégique quand elle est assaillie par l'angoisse).

Elle termine son année scolaire 2007/2008 en tête de sa classe. Les effets renarcissisants en sont manifestes.

Un stage pratique lui permet d'expérimenter la vie professionnelle et un temps de vie autonome dans une ville voisine où tout se passe bien.

- SEPT. 08 : C'est une adolescente épanouie qui revient après les vacances. Son mieux-être se lit sur son esthétique générale.

Elle demande un allègement de la fréquence de ses séances : nous nous accordons sur un rythme de quinzaine.

- DE SEPT. 08 à JUIN 09 : Rose fréquente ses séances avec régularité ; le processus de subjectivation inhérent à la psychothérapie produit ses effets. Rose prend conscience de ce qu'elle tend à s' « infliger d'angoisse », selon ses termes, et en repère le moment de nouage, producteur de symptôme.

- JUIN 2009 : Rose obtient son BEP Sanitaire et Social et pendant l'été son permis de conduire. Encouragée par ses réussites, elle décide de se réorienter vers le projet de Bac ST2S.

- Tout va bien jusqu'en NOV. 2009 où apparaissent des phobies d'impulsion sous la douche : elle a peur de se faire mal et demande protection : tristesse et profonde douleur morale, insomnie, peur du noir, clinophilie, mutisme, balancement, anorexie.

- **Des entretiens sont proposés à Rose par la psychologue, puis par le directeur médical qui instaure un traitement, en même temps que l'équipe engage des démarches pour accompagner l'hospitalisation de Rose dans une clinique spécialisée dans l'accueil des adolescents d'un département voisin.**

- **Ces démarches sont effectuées dans l'URGENCE**

Les contacts sont maintenus entre Rose et sa famille avec la psychologue et le directeur médical du CMPP. Les horaires de ses séances sont préservés, même si elle ne les fréquente que très irrégulièrement.

HOSPITALISATION

Rose est hospitalisée avec son accord le 14 FEV. 2010, après les entretiens d'admission préliminaires.

Au cours de l'hospitalisation de Rose jusqu'en JUILLET 2010, la communication circule entre les deux services quant à l'évolution de Rose et ses projets.

L'équipe de la clinique soutient auprès d'elle la reprise de sa psychothérapie à l'extérieur du lieu d'hospitalisation et le CMPP lui garantit sa place. Le nom de Rose a toujours figuré sur les feuilles de présence de la psychologue, même pendant son hospitalisation.

CONCLUSION

Sortante de la clinique le 12 JUILLET 2010, Rose sait qu'elle peut s'adresser au CMPP dès qu'elle en éprouve le besoin. Ses parents savent qu'ils peuvent y trouver des interlocuteurs, même pour accompagner une orientation, Rose atteignant 21 ans en fin d'année 2010.

VIGNETTE N°10

Vignette transmise afin d'illustrer l'évolution / l'adaptation des pratiques d'accompagnement⁹³

Situation AT : Adolescente, née en janvier 1992 – Aînée d'une fratrie de 2 – Famille sans problème, bien insérée professionnellement et socialement.

A) Origine de l'orientation : Inscription CMPP le 29-06-2009 par la mère sur conseil d'un collègue de travail elle-même salariée d'une institution partenaire du CMPP.

B) Difficultés identifiées à l'arrivée de l'enfant au CMPP : **Grande souffrance psychique, perte de poids, en conflit relationnel très fort avec un camarade de classe.** Refus de la famille de contact avec école. A. a demandé à redoubler sa 1^{ère} S de façon à avoir de meilleures notes pour son projet professionnel.

C) Facteurs mis en évidence : Problématique adolescente *a priori* « classique ».

D) Date de début de prise en charge par le CMPP :

Un premier rendez-vous est proposé en urgence avec une psychothérapeute le 8 juillet 2009. Il est décidé de poursuivre des entretiens avec la psychothérapeute dans la durée de façon à observer si la question actuelle est en voie de régularisation ou si elle risque de se déplacer vers une autre problématique.

La jeune fille sera reçue par le pédopsychiatre du service en octobre 2009 qui note une organisation névropathique.

La synthèse initiale de novembre 2009 conclut à un **suivi psychothérapique au rythme choisi par la jeune fille.**

E) Evolution des difficultés dans le temps :

Le premier entretien a été majeur pour permettre à la jeune fille d'évacuer un trop plein émotionnel provoqué par l'échec d'une relation amicale aux aspects passionnels.

Ses capacités d'élaboration l'ont aidée à mettre des mots sur des sentiments exacerbés et à commencer à prendre quelque recul. L'adolescente a pu mettre à profit les vacances qui s'annonçaient pour installer de la distance et retrouver quelque sérénité.

L'année scolaire 2009-2010 qui a suivi a montré la réduction de la souffrance personnelle ; l'amaigrissement a été stoppé et le redoublement s'est avéré positif sur le plan des résultats scolaires (souhaite intégrer médecine après le bac, perspective réaliste).

Le travail personnel est axé sur la question identitaire, centrale à l'adolescence : construction narcissique, relation d'objet, dégagement des figures parentales de l'enfance,...

F) Type de prise en charge mis en place dans le CMPP :

L'adolescente est reçue une fois par mois par la psychothérapeute pour des entretiens individuels.

Elle vient seule aux rendez-vous. Elle est devenue majeure en janvier 2010. **Il n'y a pas de travail avec la famille par choix thérapeutique auquel la jeune fille et ses parents adhèrent.**

G) Perspectives d'évolutions pour cet enfant :

Le mode de travail thérapeutique se poursuivra avec un objectif de stabilisation d'une situation très douloureuse qui s'est finalement assez rapidement apaisée par les entretiens suscitant une réflexion personnelle de la jeune fille.

⁹³ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREAI lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence les adaptations mises en place dans l'accueil des adolescents (accueil d'urgence, adaptation du rythme de prise en charge).

H) Adaptations mises en œuvre par le CMPP au regard des difficultés de l'enfant :

La rapidité de la prise en compte de la souffrance de la jeune fille a été déterminante pour réduire cette souffrance et prévenir une évolution imprévisible en l'absence de cet accueil thérapeutique. Le service a accepté le rythme de l'adolescente dans sa volonté et dans sa capacité à s'engager dans le travail proposé. La famille a été « tenue à distance » et a bien compris le bien fondé de la démarche du service de façon à ce que l'adolescente soit totalement sujet du travail proposé par le CMPP.

Les deux difficultés majeures pour le service dans ce type de situation sont d'une part, de pouvoir dégager des créneaux horaires pour recevoir des familles en plus ou à la place d'autres consultants et d'autre part, d'accepter que l'accueil d'enfants ou d'adolescents soit décalé par rapport à leur date d'inscription dans le service.

Une autre difficulté, non présente ici, réside dans l'irrégularité des adolescents dans les rendez-vous pris (soit ne vient pas, soit arrive à l'improviste et veut être entendu dans sa souffrance sans délai).

VIGNETTE N°11

Vignette transmise afin d'illustrer l'évolution / l'adaptation des pratiques d'accompagnement⁹⁴

Les adolescents en « situation de crise » :

Une **unité spécialisée dans la prise en charge d'adolescents en situation de crise** a été constituée depuis plusieurs années. Cette unité rassemble des **professionnels expérimentés et formés spécifiquement** pour ces problématiques.

Ces adolescents sont pour la grande majorité adressés par les centres hospitaliers de Tours (Oreste et CPU) ou par les foyers d'accueil.

Après un entretien pédopsychiatrique, les adolescents sont pris en charge par un clinicien. Cette procédure vise à **éviter la multiplicité des intervenants et des délais trop importants** au regard des situations souvent très perturbées de ces jeunes.

Des synthèses sont organisées avec les centres « adresseurs » et les partenaires pour coordonner les actions de chacun dans une logique de parcours de soins et de suivis harmonisés.

Les thérapies familiales :

Après la phase d'évaluation, une thérapie familiale peut être proposée aux familles qui seront alors suivies par un **binôme de thérapeutes spécialisés dans ce type de suivi. L'ensemble de la fratrie et les parents participe au suivi.**

Les familles peuvent directement demander, souvent par l'intermédiaire d'un professionnel, une thérapie familiale. Elles sont alors reçues par un « binôme diagnostique » qui évaluera avec eux la pertinence de cette indication avant une éventuelle prise en charge.

⁹⁴ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREAL lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence les adaptations mises en place en termes d'accueil des adolescents (accueil d'urgence, nombre restreint d'interlocuteurs, intervenants spécifiquement formés, coordination avec els partenaires extérieurs) et en termes de travail avec les familles (mise en place de thérapies familiales, animées par des professionnels spécifiquement formés et possibles hors de toute prise en charge individuelle d'un enfant).

VIGNETTE N°12

Vignette transmise afin d'illustrer l'évolution / l'adaptation des pratiques d'accompagnement⁹⁵

Introduction :

Illustration d'un travail en CMPP dans la continuité d'une prise en charge : comment passe-t-on du soin, à la protection de l'enfance pour revenir au soin ?

La demande :

Zoé arrive au CMPP à 4 ans suite à une demande de l'école qui met en avant des difficultés scolaires liées à un **contexte familial perturbé**.

Novembre 2007

Zoé est accompagnée par son père, sa grand-mère paternelle et sa tante paternelle. **Sa mère est partie avec son nouveau compagnon et son fils aîné sans donner de nouvelle à sa fille.**

Les premiers entretiens sont menés par le médecin d'équipe qui engage un suivi hebdomadaire. Par la suite, le père viendra seul aux entretiens médicaux.

Juillet 2008 :

Un bilan puis une prise en charge en orthophonie sont décidés en synthèse. Le bilan rédigé par l'orthophoniste met en évidence un sigmatisme inter dental, un trouble d'articulation lié à des difficultés oropraxiques, des séquelles de retard de langage, un retard de langage et quelques difficultés de compréhension fines. Malgré ses difficultés, c'est une enfant très pertinente qui communique facilement.

Au début de la prise en charge, Zoé était très agitée : elle essayait de mettre les doigts dans la prise, de monter sur l'armoire. L'orthophoniste la tenait dans ses bras pour la faire descendre, l'empêcher de se faire mal en verbalisant. Zoé était alors furieuse, donnait des coups de pied en disant : "tu n'es pas ma mère". Elle a pu une seule fois émettre un gémissement de détresse. L'orthophoniste a commencé par lui lire des histoires, à en inventer avec elle : elle aimait ces moments. Puis, elle a joué à la maîtresse : elle grondait les enfants insupportables de la classe, convoquait les parents à l'école... Zoé ne disait rien de ce qu'elle vivait, banalisait beaucoup, voulait tout diriger. Petit à petit, elle a écrit au tableau, fait des lettres, a accepté de faire des exercices écrits avec consigne sur des supports ludiques.

La prise en charge a donc dû être adaptée au regard de la symptomatologie de l'enfant.

Octobre 2008 :

Le père, ainsi que la tante et grand-mère paternelles, estimant l'évolution "favorable" de Zoé, demandent d'espacer les séances, ce qui pouvait s'envisager cliniquement.

Mars 2009 :

La persistance d'une agitation psychomotrice et des **difficultés d'accueil rencontrées par la tante** justifient une synthèse qui conclura à la pertinence d'un bilan psychomoteur et d'un accompagnement social régulier pour la tante avec l'assistante sociale de l'équipe.

⁹⁵ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREAI lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence l'importance des facteurs environnementaux et du travail mené, d'une part, en concertation avec des partenaires externes et, d'autre part, auprès de la famille.

Observations de la psychomotricienne lors du bilan qui nécessitera plusieurs mois de travail : retard psychomoteur global avec un manque de repères corporels stables, des difficultés de latéralisation, des difficultés d'organisation spatio-temporelle, une hypertonie permanente, des difficultés d'attention, une importante dispersion motrice et verbale.

Un suivi hebdomadaire a été mis en place et accepté à l'issue du bilan en complément des autres prises en charge engagées.

Cependant, **la dégradation de la situation familiale et les manifestations symptomatiques de Zoé redeviennent préoccupantes. Au cours des entretiens avec l'assistante sociale de l'équipe, la tante paternelle fera part de conflits importants avec le père de Zoé. Les difficultés sont prégnantes au quotidien** : Zoé ne veut pas dormir seule, elle dort dans le lit de sa tante, devant la télévision...

Zoé se montre à nouveau agitée, oppositionnelle avec tendances régressives dans les séances. Situation familiale de plus en plus compliquée. Le père est pris par ses obligations professionnelles, il y a désaccord et tension entre Monsieur et la tante par rapport à Zoé et des difficultés éducatives. Par ailleurs, l'instabilité des lieux et de cadre de vie empêchent Zoé de se projeter dans le temps et l'espace. De plus, les contacts avec sa mère sont rares, imprévisibles et finalement inexistantes depuis plusieurs mois.

Une équipe éducative à l'école confirme l'inquiétude du CMPP.

Avril 2009

Les entretiens médicaux sont difficiles. Zoé est toujours dans une grande agitation, dans la toute puissance, elle se met en danger et n'a toujours pas de nouvelle de sa mère.

L'assistante sociale est informée qu'une décision du juge des affaires familiales prévoyait des droits de visites, d'hébergement et une pension alimentaire, ce qui n'est pas respecté par la mère.

Zoé est ballottée entre un père immature et une mère absente, entre une tante et une grand-mère paternelle.

Le conflit au sujet de l'éducation de Zoé éclate entre le père et la tante paternelle : cette dernière s'en occupe mais, paradoxalement, ne veut pas s'en "mêler". **A l'école, Zoé n'est plus disponible, ne peut plus se concentrer, envahie par ses angoisses d'abandon et les incohérences éducatives.**

Compte tenu de ces observations, une information préoccupante est de plus en plus envisagée par l'équipe.

Un accueil provisoire est pensé et travaillé avec le père par l'assistante sociale de l'équipe afin de protéger Zoé de ce climat.

La tante a demandé un agrément pour être assistante maternelle à la journée.

Juin 2009

Un relais est effectué entre l'assistante sociale de l'équipe et l'éducatrice de l'UTS pour travailler cet accueil avec le père et la mère de Zoé. Le père se dit rassuré par ce projet.

Parallèlement à ce travail, le cadre de la psychomotricité est repensé en synthèse. La question psychomotrice est mise entre parenthèse car Zoé est prise dans une histoire familiale de plus en plus compliquée. Elle utilise le temps et l'espace de la séance en psychomotricité pour aborder ses questionnements autour de l'abandon, de la permanence, de la représentation de l'absence, de la séparation, de la reconnaissance de la place de chacune et du maternage. Ce travail peut se mettre en place grâce au temps de régulation avec une psychologue de l'équipe.

Zoé retrouve son calme mais reste prudente. Elle dit qu'elle aimerait bien qu'il y ait d'autres enfants chez sa future assistante familiale. Mais, **ce projet d'accueil provisoire ravivera les tensions dans la famille paternelle.** La grand-mère paternelle et la tante se liguent contre monsieur.

Juillet 2009

Le père de Zoé décède dans un accident de voiture. En l'absence du médecin ce jour là et devant l'impossibilité de la tante de Zoé à en faire l'annonce, c'est la psychomotricienne qui est amenée à l'apprendre à Zoé.

Aussitôt informée par téléphone, le médecin d'équipe recevra la famille paternelle et Zoé le lendemain. Elle soutiendra l'importance de la présence de Zoé aux obsèques de son père.

L'éducatrice de l'UTS l'accompagnera à l'enterrement et travaillera, en lien avec le CMPP, le retour de Zoé chez sa mère qui devient de fait, seule détentrice de l'autorité parentale.

Ainsi, ce décès contraint une reprise rapide des liens mère/enfant et annule le projet d'accueil provisoire.

Septembre 2009

Zoé est de nouveau confrontée à des changements dans sa vie : nouvelle éducatrice référente et retour chez sa mère.

La continuité des soins au CMPP est maintenue.

Zoé vit chez sa mère qui est enceinte d'une petite fille et va un week-end sur deux chez sa tante paternelle et la moitié des vacances. Son cadre de vie semble plus stable.

Novembre 2009

Zoé refait des progrès, grandit, se stabilise en maintien grande section. La psychothérapie peut se mettre de nouveau en place avec le médecin de l'équipe en accord avec Zoé et sa mère.

Décembre 2009

Zoé va mieux, sa tante voudrait qu'elle vive chez elle et en demande la garde officielle.

La psychomotricienne s'absente pour un congé maternité. Le travail en psychomotricité est suspendu.

Janvier 2010

Naissance de la demi-sœur de Zoé.

Mars 2010

La grand-mère paternelle et la tante souhaitent rencontrer le médecin et psychothérapeute de Zoé pour lui faire part de leurs doutes concernant les capacités éducatives de la mère. Une audience devant le Juge des affaires familiales est prévue le 4 juin, la tante a un avocat et demande la garde exclusive de Zoé.

Le médecin annonce son départ de l'équipe.

Avril 2010

La mère de Zoé écrit à la tante lui confiant par ce courrier, la garde de Zoé jusqu'à l'audience, pour des raisons personnelles. Zoé est d'accord pour aller chez sa tante.

Juin 2010

La mère ne se rend pas à l'audience du JAF. Report à juillet 2010.

L'équipe du CMPP apprend que la mère de Zoé va se séparer de son compagnon.

L'orthophoniste se retrouve seule dans la prise en charge et tire la sonnette d'alarme. Zoé est de nouveau dans la régression, retour au tableau symptomatique d'avant le retour de la mère : elle est de nouveau dans la toute puissance, veut tout diriger, les difficultés de structuration reviennent.

Devant l'état de l'enfant qui se dégrade, l'équipe avec la direction du CMPP, décident de faire une information préoccupante. C'est ainsi qu'est décidé de privilégier le versant protection de l'enfant avant la reprise d'une psychothérapie.

Dans ce contexte, un lien est fait de nouveau avec l'UTS.

CONCLUSION

L'équipe aura à accompagner toutes les séparations, les deuils, les carences familiales vécues par l'enfant et transférentiellement transmis à tous les intervenants. C'est ce **travail de synthèse, d'élaboration dans la continuité portée à plusieurs** avec des mouvements propres à l'équipe qui va constituer le cadre thérapeutique de cette prise en charge.

VIGNETTE N°13

Vignette transmise afin d'illustrer l'évolution / l'adaptation des pratiques d'accompagnement⁹⁶

La consultation se fait à la demande du milieu scolaire (RASED et enseignante). La démarche a été faite par la mère de Kevin, 6 ans. Lors de l'inscription cette dernière énonce des difficultés de comportement, c'est-à-dire une impulsivité, un refus de l'autorité, une violence physique et verbale ainsi qu'une difficulté à gérer ses émotions tant dans le milieu scolaire que familial. Au regard de l'agitation motrice décrite, l'accueil est réalisé par une psychomotricienne du service (Accueil réalisé en trois séances, un entretien avec ses parents puis deux séances de bilan). Ces rencontres mettent en évidence un **contexte familial où le père de Kevin se désengage de sa fonction parentale et où la mère est débordée pour mener à bien l'éducation de ses trois enfants**. Consécutivement, la **réunion d'équipe pluridisciplinaire, énonce des pistes de travail : une psychothérapie centrée sur la famille afin de remédier à la confusion des rôles et des places évoquées ci-dessus, la mise en place d'une aide type AED ou d'une éventuelle orientation spécialisée en ITEP**.

La prise en charge a débuté par une **psychothérapie individuelle en lien avec la famille** (effectuée par un psychologue). Cette dernière a duré 10 mois pour 17 rencontres. Suite à la création d'une consultation en co-thérapie familiale systémique (effectuée par deux psychologues) et au vu de la problématique initialement énoncée, il a semblé à l'équipe plus pertinent de proposer cette orientation. La **thérapie familiale** a duré un an (16 rencontres, soit une ou deux séances par mois).

Dans le cadre de la thérapie familiale, **plusieurs hypothèses de dysfonctionnements ont été perçues et travaillées**.

On note tout d'abord une **dévalorisation permanente de chacun des membres de la famille, associée à un sentiment d'impuissance et un vécu de rejet par l'extérieur** (école, famille élargie, amis). Par ailleurs, une **indifférenciation des générations est remarquée**. Cette dernière entraîne une **absence de rapports d'autorité claire entre parents et enfants**. Le tout est entretenu par une **inversion des rôles** où les enfants tentent de protéger les parents en attirant l'attention sur eux. Ce mécanisme de protection a débuté après le décès d'un membre de la famille où, pour éviter un effondrement parental, les enfants ont préféré attirer l'attention sur leurs problèmes, afin de détourner leurs parents des leurs. Mécanisme qui s'est étendu et cristallisé par la suite.

Le travail consistait, entre autre, en une revalorisation individuelle et collective, permettant à chacun d'affirmer et d'assumer sa place et son rôle dans le système familial (au cours du travail avec la famille, dans un contexte de rejet famille/école, l'intervention de l'assistante sociale du CMPP a été nécessaire et a permis de maintenir un dialogue entre les protagonistes). **La stabilité du cadre proposé, dans un climat de connotation positive permanent, a permis à la famille d'expérimenter la possibilité de compter pour des personnes extérieures. Cet apprentissage a ensuite été élargi au cadre familial, puis aux sous systèmes environnants (milieu scolaire, professionnel, famille élargie).**

Au final, le comportement de Kevin s'est apaisé, l'entrée dans les apprentissages et la norme scolaire a été confortée par un changement d'école. **Dans la mesure où la hiérarchie familiale a été rétablie et où chacun peut s'appuyer sur les ressources de la cellule familiale, l'ouverture vers des projets extérieurs est rendue possible (reprise de travail pour Madame, nouvelle orientation scolaire pour la grande sœur, présence et investissement familial plus important pour Monsieur)**. La prise en charge prend fin devant le bien être exprimé par l'ensemble de la famille et les retours positifs du milieu scolaire.

⁹⁶ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREAL lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence l'importance des facteurs environnementaux et l'adaptation du travail mené auprès des familles (mise en place, ici, d'une thérapie familiale).

VIGNETTE N°14

Vignette transmise afin d'illustrer l'évolution / l'adaptation des pratiques d'accompagnement⁹⁷

Voilà FABRICE, 9 ans que ses parents décrivaient comme anxieux et agité, au moment de son entrée en primaire. D'ailleurs très vite les institutrices qui le rencontrèrent notèrent des difficultés durant ces trois années, pour nécessiter surtout pour la dernière, un suivi en orthophonie. C'est donc à ce moment que nous le rencontrons au CMPP.

A ce moment là, Fabrice nous apparût comme un **garçon très collé à sa mère et du coup dans un empêchement affectif à pouvoir facilement prendre des initiatives**, malgré son intérêt pour les savoirs, chose d'ailleurs qu'il pouvait en séance largement montrer. **Sa mère étant par elle-même très anxieuse et cherchant à travers les résultats de son fils une sorte de continuelle réassurance, les entretiens que nous pûmes avoir avec elle l'aidèrent à en prendre conscience. Quant à son père plutôt dans un premier temps réticent à venir parler de son fils, nous apprîmes qu'il n'avait pas connu ses parents et qu'élevé dans une famille d'accueil les symptômes développés par son fils pouvaient être pour lui comme les siens au même âge, il ne voyait donc d'aucune utilité l'accompagnement psychothérapique que nous allions proposer à son fils.**

Après plusieurs heures d'entretien avec ses deux parents et après les avoir convaincus, que quelque chose de leur histoire personnelle pouvait avoir une incidence sur la symptomatologie actuelle de Fabrice, nous commençons avec lui des séances d'orthophonie et de psychothérapie à raison de 30 SMPP...

⁹⁷ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREAL lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence l'importance du travail mené auprès de la famille.

VIGNETTE N°15

Vignette transmise afin d'illustrer l'évolution / l'adaptation des pratiques d'accompagnement⁹⁸

Adaptation de l'accueil d'une façon générale

La demande est étudiée en équipe pendant les réunions cliniques afin de déterminer qui va recevoir l'enfant et sa famille en premier entretien. Classiquement cela devrait être le médecin psychiatre / pédiatre, mais cela ne paraît pas toujours adapté par rapport à la demande.

En effet, le psychologue [semble parfois être plus pertinent] quand :

- le premier contact paraît important pour engager immédiatement un travail (exemple : demande d'un adolescent) ;
- le parcours, la demande exprimée semble montrer une difficulté pour rencontrer un psychiatre ([et sachant qu'il n'y a] pas de pédiatre actuellement au CMPP), une nécessité de ne pas aller trop d'emblée vers le pathologique.

Enfin, lorsqu'il s'agit de demandes très ciblées paraissant justifiées, le premier entretien peut être parfois assuré par un orthophoniste ou un psychomotricien, ce qui n'empêche pas une consultation médicale dans un deuxième temps.

Adaptations proposées à des publics spécifiques

- Adaptations proposées pour les **adolescents**
 - o En terme d'**attente** : les manifestations peuvent être bruyantes et l'accord de l'adolescent pour venir consulter ne durera peut être pas.
 - o En terme de **fréquence de travail** : parfois un rendez-vous tous les 15 jours seulement est proposé pour permettre davantage un accompagnement du travail inhérent à l'adolescent sans être trop instructif.
- Pour les **jeunes enfants avant 6 ans**
 - o La **durée des séances**, des rendez-vous ne peut pas excéder une demi heure.
 - o La **fréquence** doit être plus importante, 2 à 3 fois par semaine.
 - o Il est souvent nécessaire au moins au début de la prise en charge que les séances se fassent **en présence d'un parent** : la séparation est difficile et à travailler mais [elle ne doit pas être] forcée.
- Pour certaines pathologies comme les **syndromes anorexiques**
 - o Un travail en parallèle et en concertation avec **deux intervenants au CMPP** – un qui reçoit l'anorexique, un qui reçoit les parents – et **un référent pédiatrique hospitalier** à l'extérieur.

⁹⁸ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREAL lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence les adaptations mises en place par le CMPP.

VIGNETTE N°16

Vignette transmise afin d'illustrer l'évolution / l'adaptation des pratiques d'accompagnement⁹⁹

Origine de l'orientation : Constitution d'un **groupe d'enfants à personnalité dysharmonique**

Difficultés identifiées à l'arrivée de l'enfant au CMPP : **Enfants en fin de période de latence, déjà entrés dans des processus de symbolisation mais dysharmoniques. Leur vie psychique comporte des aspects archaïques.**

Repérages corporels et temporo-spatiaux pas en place.

Facteurs mis en évidence : **Un groupe a été constitué autour d'une activité de modelage, pouvant accueillir les aspects archaïques de leur psyché pour développer leur capacité de représentation mentale et de figuration.**

Le travail sur la pâte à modeler permet l'articulation du psychique et du corporel afin de faire « éprouver » sur le plan sensori-moteur des séquences primaires non inscrites dans l'expérience du langage.

Ce travail proposant l'articulation permanente entre langage verbal et éprouvé sensori-moteur.

- Le groupe choisit le thème (échange verbal) ;
- Moment de présentation des personnages et moment de jeu (croisement du sensori-moteur et du verbal) ;

Evolution des difficultés dans le temps :

Au fil du travail du groupe, les enfants ont progressé :

- Dans l'élaboration des histoires,
- Dans la qualité des modelages,

montrant qu'il existe un lien étroit entre le modelage, le corps réel et imaginaire des patients.

Les dimensions de l'espace et du temps s'organisent... Des allers-retours entre modelage et réalité ont permis à ces enfants d'évoluer **tout en poursuivant un travail psychothérapeutique individuel.**

Type de prise en charge mis en place dans le cadre du CMPP

- ⇒ Prise en charge pluridisciplinaire
- ⇒ Spécialités : **psychothérapie psychomotricité**
- ⇒ Fréquence : 1 fois par semaine
- ⇒ Travail de groupe : **3 filles et 2 garçons entre 9ans 1/2 et 12ans 1/2**

⁹⁹ NB : certaines informations ont été indiquées en « gras » par le CREAL lors de la retranscription de cette vignette – l'objectif étant de mettre en évidence l'adaptation des modes d'accompagnement par la mise en place de groupes.