

Ecole Nationale de la Santé Publique

**Formation : Médecin de l'Education Nationale**

**Date du Jury : 8 juillet 1999**

**Collaboration entre intervenants de santé mentale :**

**Mythe ou réalité ?**

**A propos de l'entrée dans le secondaire**

**des élèves du secteur**

**de Grandvilliers**

**FOURNOL Philippe**

## **SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>I. La santé mentale à l'école</b>	<b>8</b>
<b>A. Définition, histoire</b>	<b>8</b>
<b>B. Quelques mots d'épidémiologie</b>	<b>10</b>
<b>C. Le dispositif institutionnel et les acteurs</b>	<b>11</b>
1. Education Nationale	11
2. Intersecteur	14
3. Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique	15
4. Services départementaux	16
5. Justice	17
6. Libéraux	17
<b>II. Les logiques d'intervention, complexité et dysfonctionnements</b>	<b>19</b>
<b>A. Description du secteur</b>	<b>19</b>
<b>B. Méthodologie : les entretiens</b>	<b>20</b>
1. Préparation des entretiens	21
2. Grilles d'entretien	22
3. Déroulement des entretiens	22
4. Limites des entretiens	22
<b>C. Analyse des résultats et conclusions</b>	<b>24</b>
1. Historique local	24
2. Mise en parallèle géographique	24
3. Moyens	25
4. Enfants du secteur suivis	26
5. Motifs de consultation	27
6. Qui a adressé ces enfants ?	28
7. Durée moyenne d'un suivi	29
8. Contenu du suivi	30
9. Motifs d'arrêt des suivis:	31
10. Nombre d'orientations en établissements spécialisés ( Institut Médico-Pédagogique, Institut Psycho-Pédagogique, Hôpital Psychiatrique... )	31

11. Influence du passage en secondaire sur le suivi	32
12. Politique locale	33
13. Relations partenariales actuelles	35
<b>III. La place du M E N et l'articulation des différentes interventions</b>	<b>41</b>
<b>Propositions et perspectives</b>	<b>41</b>
<b>A. Le M E N, la P M I et les enseignants du primaire</b>	<b>41</b>
<b>B. Le M E N et la psychologue scolaire</b>	<b>43</b>
<b>C. Le M E N et le Collège</b>	<b>44</b>
<b>D. Le M E N et le C M P P</b>	<b>45</b>
<b>E. Le M E N et le C M P</b>	<b>46</b>
<b>F. Réseau de prévention du suicide chez l'adolescent</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>48</b>

*Annexes*

## **BIBLIOGRAPHIE**

## GLOSSAIRE

A E M O :	Aides Educatives En Milieu Ouvert
A S E :	Aide Sociale à l'Enfance
C A M P S :	Centre d'Action Médico Sociale Précoce
C A T T P :	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
C C P E :	Commission de Circonscription Préscolaire et Elémentaire
C C S D :	Commission de Circonscription du Second Degré
C D E S :	Commission Départementale d'Education Spéciale
C M P :	Centre Médico-Psychologique
C M P P :	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
C O P :	Conseiller d'Orientation Psychologue
C P E :	Conseiller Principal d'Education
D H M :	Dispensaire d'Hygiène Mentale
I E N :	Inspecteur de l'Education Nationale
M E N :	Médecin de l'Education Nationale
P A I :	Projet d'Accueil Individualisé
P J J :	Protection Judiciaire de la Jeunesse
P M I :	Protection Maternelle et Infantile
R A S E D :	Réseau d'Aide Scolaire aux Enfants En Difficulté
S A F :	Service d'Aide aux Familles
S E G P A :	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
S P S F E :	Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves
S S :	services sociaux

## INTRODUCTION

La collaboration entre les différents intervenants dans le domaine de la santé mentale des jeunes est souvent problématique. Cela est du pour partie à la diversité des missions : prévention active pour certains ( médecin de l'Education Nationale, psychologue scolaire, services de protection maternelle et infantile ), passive pour d'autre ( enseignants ), soins pour les thérapeutes et les rééducateurs ( centre médico-psychologique, centre médico-psycho-pédagogique, psychologues de ville ). Cela est aussi consécutif à la divergence apparente des objectifs : épanouissement par l'acquisition de connaissances et de savoir-faire pour l'Education Nationale, épanouissement par la résolution de conflits névrotiques et l'acquisition de savoir être pour les psychiatres. La notion de secret professionnel, particulièrement revendiquée et élargie dans le milieu « psy », rend cette concertation difficile à force de précautions.

Il est cependant peu d'endroits comme le secteur du collège de Grandvilliers où l'absence de coopération soit aussi handicapante. A l'intérieur de l'Education Nationale, des enfants présentant des troubles de la personnalité ou du comportement graves, connus de la psychologue scolaire, entrent au collège sans que quiconque en soit informé, entraînant une rupture de suivi à un moment particulièrement délicat pour l'enfant. Au niveau des relations entre l'Education Nationale et ses partenaires extérieurs, le centre médico-psychologique et le centre médico-psycho-pédagogique refusent de dire quels enfants ils suivent et a fortiori de donner leur avis lors des orientations, bloquant parfois celles-ci sur des années.

Les psychiatres et psychothérapeutes des centres refusent le dialogue avec le médecin de l'Education Nationale, estimant que partager le secret professionnel avec lui revient à le partager avec toute l'institution. Les deux centres de soins s'ignorent mutuellement, ne voulant connaître ni la logique de l'autre ni le public auquel ils s'adressent.

Ce travail va s'attacher à comprendre les raisons de ce dysfonctionnement majeur. Dans un premier temps une étude des textes régissant l'activité des différents intervenants va rechercher une origine réglementaire. Dans un second temps une enquête par entretiens sera détaillée afin de comprendre les causes locales de cette politique « a-partenariale » et ses conséquences lors de l'entrée dans le secondaire.

Après analyse de la situation initiale nous aborderons les changements que cette enquête elle-même a générés par création de liens entre les acteurs, les actions communes qui en découlent et les perspectives de partenariat qui se dessinent.

## **I. La santé mentale à l'école**

### **A. Définition, histoire**

De même que la santé a longtemps été définie par une absence de maladie, la santé mentale fût considérée comme un état d'absence de déviance à la norme. Cette norme correspondait, en un temps et un lieu précis, au comportement de la majorité. Cette dichotomie ( dans les normes, hors normes ) permettait par définition de conforter le plus grand nombre, “ sain d'esprit ”, mais entraînait une vision statique de l'état mental. On était dedans ou dehors.

Le diagnostic d'enfant “ anormal ” était dans ce contexte la première étape vers la ségrégation ou, du moins, la relégation. Il ne pouvait se concevoir que lorsque les limites de l'acceptable par la société avaient été franchies. Peut-être est ce la raison pour laquelle les “ médecins des fous ” ont si longtemps refusé d'en faire le dépistage, laissant à d'autres le soin de décider ceux qui devaient ou non leur être amenés...

Pourtant cette notion de normalité a été pourfendue par Freud quand il a prouvé qu'il n'existait pas de frontière tangible entre état normal et état pathologique. Ses travaux sur l'hystérie, la névrose obsessionnelle, lui ont révélé des structures mentales propres à tous les individus.

Mélanie Klein, quant à elle, a mis en évidence la similitude entre les différents états pathologiques et les stades maturatifs “ normaux ”. Selon elle, la distinction est non pas qualitative mais quantitative : l'angoisse peut être telle que la maturation s'en trouvera bloquée et c'est la fixation à ce stade qui déterminera le pathologique.

Pour Anna Freud ces alternances de progression et de fixation-régression font partie de l'évolution de tout enfant, mais l'intensité de ces points de fixation peut entraîner des distorsions du développement selon plusieurs lignes : autonomisation affective, alimentaire, passage du jeu au travail...Des différences importantes de maturation entre ces lignes peuvent conduire au “ syndrome dysharmonique ” souvent cité. Mais du fait même du développement par progression-régression, cette dysharmonie sera retrouvée chez tous les enfants à des batteries étendues de tests, et sera donc à interpréter avec prudence.

Le concept de santé mentale est à manipuler avec beaucoup de précautions chez les enfants plus encore que chez les adultes. D'autant que les symptômes quant à eux peuvent être les témoins d'un

dysfonctionnement de l'environnement. Ainsi dans un contexte pathologique, certains symptômes peuvent être interprétés comme des conduites saines de protestation ou de défense. Cela est vrai de l'environnement familial, mais aussi scolaire. Là encore, il faut évaluer l'intériorisation de la conduite afin de déterminer son pouvoir pathogène pour l'organisation psychique actuelle et surtout future de l'enfant.

Les conflits, internes ou externes, jalonnant le processus normal de développement de l'enfant, entraînent des tensions, des déséquilibres, pouvant être symptomatiques. L'absence totale de symptôme, qui peut se rencontrer chez des enfants en parfaite santé mentale, peut également être liée à l'évitement des conflits et donc à leur non-résolution. Cette adaptation de surface, le "faux-self" de Winnicott, cache une incapacité à construire une organisation psychique interne cohérente qui éventuellement se dévoilera à l'adolescence par une dépression grave ou un épisode psychotique.

L'école élémentaire, de par le nombre d'heures qu'y passent les élèves, de par l'adaptation qu'elle demande aux différentes activités et aux différents enseignants, est un endroit de choix pour détecter un trouble du comportement, voire de la personnalité. Jusqu'aux années 50, l'école se préoccupait peu de cela, concentrant ses recherches sur "l'intelligence" de ses élèves et les conséquences que les défaillances de celle-ci pouvaient entraîner sur les apprentissages. Ainsi, si de tous temps la nécessité de fonder la pédagogie sur la connaissance approfondie de l'élève fut invoquée ( Montaigne, Rousseau... ), c'est avec l'avènement de la scolarité obligatoire qu'il devint indispensable d'étudier la psychologie des élèves. En effet la présence dans les classes d'élèves incapables de suivre cet enseignement posa avec acuité le problème de leur prise en charge. Binet, et son Echelle Métrique de l'Intelligence ( terminée en 1911 ), est un bon exemple des préoccupations d'alors. Au fil des années, les connaissances sur la psychologie de l'enfant se développant, il parut nécessaire d'étudier les mécanismes de l'apprentissage pour adapter la pédagogie au plus grand nombre, et comprendre pourquoi certains élèves n'en tiraient pas partie ( Wallon, Langevin, Zazzo ). Le premier psychologue scolaire était pour cela formé en 1945.

## **B. Quelques mots d'épidémiologie**

Plusieurs enquêtes nationales ou internationales ont étudié statistiquement la santé mentale. Elles ont mis en évidence des prévalences relativement importantes pour ce qui est des pathologies mentales qui nous concernent. Nous pouvons citer :

- 1,8 % des garçons et 3,1 % des filles présentent des troubles mentaux <sup>1</sup>
- 7% ayant une pathologie dépressive (“ enfants ” de 11 à 19 ans ) <sup>2</sup>
- 6 % ayant des idées suicidaires (“ enfants ” de 11 à 13 ans ), pour atteindre 13 % à 18 ans. <sup>2</sup>
- 19 % des enfants ont souvent des conduites violentes <sup>2</sup>

Ces troubles du comportement, cette détresse psychologique, peuvent être exacerbés par des changements brusques de l'environnement. L'école en génère trois principaux correspondant à l'entrée à la maternelle, au passage en école élémentaire puis au collège.

Depuis la maternelle l'enfant transfère les images parentales sur son instituteur. Celui-ci est devenu le substitut parental idéalisé : celui à qui l'on doit obéir et de qui l'on doit se faire aimer. L'enfant a acquis la capacité de le partager avec ses pairs. Grâce à l'intériorisation des consignes d'autrui, il n'a plus besoin du regard de l'autre pour respecter les règles et est devenu capable de mener seul à son terme la tâche entreprise. Le plaisir ressenti par l'achèvement de la tâche le récompense des efforts fournis.

Ce processus commencé dès la maternelle est terminé pour une grande part des enfants avant la fin du primaire.

L'entrée au collège introduit une rupture dans la vie de l'enfant. Plus encore que le changement de lieu, de structure, c'est la nature même de ses relations avec son environnement social qui va être bouleversé.

Tout au long de ce travail nous porterons une attention particulière à ce passage de l'école élémentaire au collège

---

<sup>1</sup> Enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée en 1991 et 1992 par l'Insee, le Credes et le Sesi

<sup>2</sup> Enquête nationale adolescents réalisée en 1993 sur 12 391 sujets âgés de 11 à 19 ans, INSERM U169, Marie CHOQUET.

## **C. Le dispositif institutionnel et les acteurs**

### **1. Education Nationale**

L'Education Nationale a en charge l'instruction des enfants vivant en France. Pour cela elle les accueille de six à seize ans de façon obligatoire, et plus fréquemment dès trois ans et jusqu'à l'Université ou l'entrée dans la vie active. Elle est donc concernée au premier chef par la santé mentale des jeunes.

Le responsable du primaire dans la circonscription est l'Inspecteur de l'Education Nationale ( I E N ). Dans le domaine de la santé mentale il est secondé pour ce qui est du dépistage :

- par tous les enseignants, personnel en contact avec les enfants mais peu, ou, le plus souvent, pas formé à la détection de troubles du comportement
- par le réseau d'aide scolaire, et en particulier par le psychologue, souvent formé, toujours sensibilisé
- par la médecine scolaire, qui, selon les objectifs prioritaires du secteur, y consacrer un temps très variable.

Quant au suivi il pourra être effectué :

- par le psychologue scolaire
- par la médecine scolaire
- par le secrétaire de la Commission de Circonscription Pré-scolaire et Elémentaire ( CCPE ) pour les enfants signalés et pouvant faire l'objet d'une orientation spéciale, d'une convention d'intégration ou d'un Projet d'Accueil Individualisé ( PAI ).

La place fondamentale du **psychologue scolaire** dans ce dispositif a été soulignée par la Circulaire 90-083 du 10 04 1990 : Missions des psychologues scolaires, avec comme orientations principales :

“ Les actions du psychologue scolaire tirent leur sens de la mise en relation entre les processus psychologiques et les capacités d'apprentissage des élèves ”

“ Les actions en faveur des enfants en difficulté ... comportent l'examen, l'observation et le suivi psychologiques des élèves en liaison étroite avec les maîtres et les familles. Elles visent...à proposer

des formes d'aides adaptées, à favoriser leur mise en œuvre ”.

“ Les examens cliniques et psychométriques...sont effectués à l'école à la demande des maîtres, des intervenants spécialisés ou des familles ”.

“ Le suivi psychologique ...a pour objet : - pour ce qui concerne les adultes, de rechercher conjointement l'ajustement des conduites et des comportements éducatifs

- pour ce qui concerne les enfants, de favoriser l'émergence et la réalisation du désir d'apprendre et de réussir.

Dans les cas où la mise en œuvre d'une prise en charge spécialisée paraît souhaitable, le psychologue scolaire conseille aux familles la consultation d'un service ou d'un spécialiste extérieurs à l'école. ”

Il est également demandé au psychologue scolaire de participer aux réunions de suivis de certains cas en collaboration avec les institutions des autres ministères concernés. Il est sous la double hiérarchie de l'I E N et de l'Inspecteur de l'Adaptation et de l'Intégration Scolaire du département.

#### **Le Médecin de l'Education Nationale ( M E N ) et l'Infirmière de l'Education Nationale :**

la responsabilité des actions de prévention de la santé en faveur des élèves est passée du ministère de la Santé à celui de l'Education Nationale par le décret du 21 décembre 1984. La circulaire du 24 juin 1991 a défini les missions du Service de Prévention de la Santé en Faveur des Elèves ( S P S F E ) et donc celles du M E N de secteur sous la responsabilité et selon les priorités du recteur. “ Le médecin a un rôle spécifique de conseiller technique en prévention sanitaire individuelle et collective auprès des I E N, des directeurs d'établissements et directeurs d'école de son secteur d'intervention, des scolarisés et de leurs parents et de référent santé au sein de la communauté éducative. Il assure dans son secteur d'activité l'ensemble de ses missions en collaboration avec les divers partenaires institutionnelles et en relais avec les réseaux environnementaux ”. Dans le domaine de la santé mentale les principales missions consistent en :

- des bilans obligatoires :

- bilan de six ans avec dépistage des difficultés médicales, psychologiques et sociales susceptibles d'entraver la scolarité des élèves.

- bilan de 3 ème avec aide à l'orientation et ouverture d'un “ espace d'écoute avec l'élève en pleine adolescence... ”.

- des bilans conseillés : en CM2 ou en sixième, pour les enfants pouvant avoir des problèmes dépistés par les infirmières.

- des examens à la demande des parents, de l'enfant ou de membres de l'Education Nationale.
- de l'éducation à la santé par intervention directe auprès des élèves, des enseignants, ou par le biais d'intervenants extérieurs.
- la liaison avec les autres corps de l'Education Nationale et les partenaires extérieurs.

Ainsi donc le M E N a une mission de prévention, de dépistage, voire de suivi, des troubles de la santé mentale, mission qu'il a à mener en collaboration étroite avec les partenaires internes et extérieurs à l'Education Nationale. Ses fonctions en font l'interface idéale entre " les jeunes, le monde de la santé, le monde de l'enseignement, le tissu familial et social ".

Dans la suite de ce travail seul le M E N sera mentionné, il est bien évident que l'infirmière de l'Education Nationale partage une grande part de ces tâches.

Le **secrétaire de CCPE** a pour tâche de collationner et d'instruire les dossiers des enfants signalés, que ce soit pour un handicap physique ou mental, pour un trouble du comportement ou des apprentissages. La commission pourra proposer :

- un soutien pédagogique,
- une aide par un intervenant extérieur de type rééducateur ( orthophoniste, psychomotricien, éducateur )
- une prise en charge par un CMP ou un CMPP
- une orientation en classe d'intégration ( CLIS ) ou dans une Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté ( SEGPA )
- une orientation en établissement spécialisé ( Institut Médico-Educatif, Institut de Rééducation, établissement pour handicapés....)

Les décisions entraînant une prise en charge de l'assurance maladie nécessitent l'aval de la Commission de Circonscription du Second Degré ( C D E S )

Le responsable du collège est le principal. Dans le domaine de la santé mentale il est secondé par un adjoint, le Conseiller Principal d'Education ( C P E ) ( dans les gros collèges ) et les professeurs pour ce qui est des personnels à demeure, par le Conseiller d'Orientation Psychologue ( C O P ), le M E N et l'Assistant Sociale Scolaire ( A S S ) pour ce qui est du personnel itinérant.

Dans les petits collèges le principal et l'adjoint connaissent une grande partie des élèves et voient régulièrement ceux qui posent problème. Le C P E gère la vie scolaire, de par sa fonction il est très au fait du comportement des élèves. Avec les professeurs, il détectera les changements d'humeur ou

l'absentéisme ainsi que les inflexions dans les résultats scolaires. Les enfants repérés par les uns ou les autres sont adressés en fonction des troubles supposés :

- à la C O P si les résultats scolaires sont mauvais
- à l' A S S si le problème semble lié à des difficultés financières ou familiales
- au M E N si le trouble semble psychologique

## 2. Intersecteur

L'intersecteur de pédopsychiatrie est le fruit d'une longue réflexion sur l'organisation de l'hygiène mentale, organisation déjà timidement ébauchée en 1937. Les conditions effroyables de survie dans les hôpitaux psychiatriques pendant la seconde guerre mondiale accélèrent l'élaboration d'une réponse désaliéniste. Le Dispensaire d'Hygiène Mentale est créé en 1955 et la circulaire du 15 mars 1960 institue le "secteur" de psychiatrie, aire géographique limitée et base du service public. Elle correspond à une population d'environ 70 000 habitants, et à une équipe intra et extra-hospitalière.

L'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile est quant à lui institué par la circulaire du 16 mars 1972. Celle-ci détaille plusieurs grandes lignes :

- les progrès en pédopsychiatrie avec apparition de la notion de trouble évolutif s'opposant à la notion plus ancienne de déficits fixés
- l'intersecteur correspond à trois secteurs, soit environ 200 000 habitants
- il concerne les enfants et les jeunes de 0 à 16 ans
- il a pour but les trois types de prévention :
  - prévention primaire : dépister, éliminer les facteurs de risque
  - prévention secondaire : dépister et lutter contre l'apparition de la maladie
  - prévention tertiaire : prévention de l'aggravation : prise en charge thérapeutique

nécessitant quant aux deux premières des liaisons étroites avec " les services publics de Protection Maternelle et Infantile ( P M I ) et ceux de la santé scolaire "

- elle attire l'attention sur l'ambiguïté éventuelle entre les fonctions du Dispensaire d'Hygiène Mentale ( D H M ) et celles du C M P P ( voir ci-dessous ), invitant les préfets à ne pas conventionner un C M P P là où se trouve déjà un D H M.

La circulaire du 14 mars 1990 poursuit dans la voie de la sectorisation et demande au service de psychiatrie publique une meilleure coordination avec les autres intervenants. Enfin la circulaire du 11 novembre 1992 précise les différentes formes que peuvent prendre les structures du service public : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ( C A T T P ), hôpital de jour... en insistant sur la place prépondérante du Centre Médico-Psychologique ( C M P ). Celui-ci est défini comme une structure d'accueil du public, de soins et de coordination avec les partenaires extérieurs. Il se doit d'offrir " les compétences d'une équipe pluridisciplinaire comportant psychiatre, psychologue, infirmier, éducateur, orthophoniste, psychomotricien, assistant social, pédagogue etc. ". La circulaire préconise fermement une collaboration avec acteurs sanitaires, éducatifs et sociaux, pour ce qui est des actions de prévention, du suivi des enfants en milieu scolaire normal et de la formation des autres intervenants.

### **3. Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique**

Les C M P P actuels ont été créés au lendemain de la deuxième guerre mondiale par des mouvements associatifs. Ils sont en fait la fusion de deux courants forts différents : le courant psychopédagogique ( s'exerçant dans les Centres Psycho-Pédagogiques ) rejetait l'idée de pathologie des troubles de l'apprentissage mais prétendait tirer la spécialisation de leur pédagogie des données les plus récentes de la psychologie de l'enfant ; le courant médico-psychologique, quant à lui exercé dans les Centres Médico-Psychologiques, où la praxis restait médicale mais avec la particularité d'appréhender l'enfant dans ses interactions avec l'environnement.

Ils formaient le projet original d'associer les approches des médecins, psychologues, et pédagogues pour apporter des soins aux enfants en difficulté psychologique ou qui présentaient des perturbations du comportement. Ils proposaient un projet de soins ambulatoires, c'est-à-dire sans exclure l'enfant de son milieu scolaire ni l'éloigner de sa famille. Ils s'inscrivaient ainsi dans la volonté de l'époque de vider les hôpitaux psychiatriques de ses " inadaptés ". Ils remplissaient une place laissée vide par l'absence de politique nationale cohérente de prise en charge des enfants hors les murs.

Les caractéristiques techniques nécessaires à leur agrément sont définies par l'annexe XXXII du décret du 18 février 1963 ( rectificatif du décret du 9 mars 1956 ), qui leur donne vocation à pratiquer "

le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapie médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapeutique ou psychopédagogique sous autorité médicale". Ce décret leur donne donc une place ayant des similitudes étroites d'avec celle des futurs C M P, ce qui n'a pas été sans poser de problème de concurrence lors de la création de ces derniers.

Les C M P P de l'Oise sont une émanation des Pupilles de l'Enseignement Public présidée par l'Inspecteur d'Académie. A ce titre leur politique devrait tendre vers une collaboration avec l'Education Nationale.

#### **4. Services départementaux**

Les services départementaux sont sous l'autorité des Conseils Généraux depuis la loi de décentralisation du 23 juillet 1983. Il en existe trois principaux dans le domaine de la santé mentale : la Protection Maternelle et Infantile ( P M I ), l'Aide Sociale à l'Enfance ( A S E ) et les services sociaux ( S S ). Leurs textes réglementaires étant départementaux, leur fonctionnement et leur articulation peuvent être différents selon les priorités du Conseil Général. Ainsi dans l'Oise l'A S E est-elle en pleine restructuration avec la création du Service d'Aide aux Familles ( S A F ) regroupant tous les éducateurs prenant en charge les enfants placés.

- la **P M I** s'emploie à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Elle a pour mission de conseiller les parents quant au bon développement de leur enfant, de détecter les handicaps et les sévices. Pour ce faire elle exerce un contrôle sur les crèches et les assistantes maternelles, ainsi que des visites à domicile, en camion, ou dans les écoles maternelles. Par cela elle est à même de pratiquer les préventions primaire et secondaire et d'orienter si nécessaire les enfants vers des structures de soins. Partenaire naturel du S P S F E, elle lui communique les dossiers des élèves quand ils atteignent leur sixième année. Dans ce secteur il est admis que cette passation s'effectue lors de l'entrée au cours préparatoire ( C P ).

- L'**Aide Sociale à l'Enfance** exerce une mission de soutien aux mineurs et à leur famille en difficulté

éducative ou sociale telle qu'elle compromette leur santé. Le service est composé essentiellement d'éducateurs et de travailleurs sociaux, ainsi que de rares psychologues et psychiatres. Dans le cadre du maintien dans la famille elle a une mission éducative et de protection par le biais des Aides Educatives En Milieu Ouvert ( A E M O ), par décision de justice ou administratives ( avec accord, voire sur proposition des parents ). Elle a également la responsabilité des conditions de vie matérielles et éducatives des enfants placés en foyer ou dans des familles d'accueil. Elle a un rôle de prévention de l'inadaptation et de dépistage de la maltraitance. En fonction des conventions départementales, elle peut recevoir les signalements pour négligence sanitaire ou éducative.

- Les **services sociaux**, implantés localement, ont un rôle de conseil et d'aide aux familles en difficulté matériel. Ils sont composés d'assistantes sociales, de psychologues, de conseillers en gestion familiale...De part leur bonne connaissance des familles, parfois sur plusieurs générations, et leur imbrication étroite avec les services de P M I, ils ont un rôle essentiel dans le dépistage de situation à risque. Ils peuvent être mandatés par la justice ou par l'A S E pour faire une enquête sociale.

## **5. Justice**

La justice est représentée sur le terrain par la Protection Judiciaire de la Jeunesse ( P J J ). Celle-ci a, sur décision de justice, une mission de prise en charge des jeunes délinquants et de protection de la jeunesse en danger. Ce service est essentiellement représenté dans l'Oise par une association privée : la Sauvegarde.

## **6. Libéraux**

Les psychologues et pédopsychiatres installés en libéral sont amenés à suivre des enfants qui leur ont été adressé par le médecin de famille ou parfois les psychologues scolaires. Ils utilisent différents types de thérapie, avec une prédilection, dans le Beauvaisis, pour la psychanalyse et les thérapies comportementales.

*Ainsi chaque acteur de la santé mentale a une logique et des objectifs réglementaires propres. Aucun n'a de rôle de coordinateur, même si l'intersecteur a dans ses missions de relayer et d'appuyer les grands axes de la politique nationale. Tous ont vocation à travailler en collaboration. Le dysfonctionnement de leur articulation ne provient donc pas des textes les régissant. Dans la suite de ce travail nous nous attacherons à en définir les causes locales.*

## II. Les logiques d'intervention, complexité et dysfonctionnements

### A. Description du secteur

Le secteur considéré se situe sur le plateau picard, au nord-ouest de l'Oise, à 25 kilomètres de Beauvais. Il comprend la petite ville de Grandvilliers ( 2 761 habitants ) et les communes environnantes. L'activité économique se partage entre de grandes exploitations agricoles céréalières et betteravières et des usines de moyenne importance utilisant des ouvriers peu diplômés, telle Kindy ( fabrique de chaussettes ) ou Saverglass ( fabrique de verre ). Le chômage y sévit un peu plus qu'ailleurs ( 14 % de la population active ) en raison de la fermeture de petites entreprises et de la réduction d'effectifs des grandes, mais également en raison du déplacement dans ces bourgades rurales d'une partie des habitants des logements sociaux de Beauvais.

L'on y trouve quelques clubs de sport, de football en particulier, ainsi qu'une piscine. Un foyer rural y exerce de modestes activités.

Les établissements scolaires y sont représentés par :

- un Lycée Professionnel de recrutement ( difficile ) départemental, de 250 élèves.
- un collège de 519 élèves sans classe d'éducation spéciale, avec un bon taux de réussite au brevet ( 86,9 % en 1998 ).
- les 21 écoles primaires de recrutement du collège totalisant 409 élèves en préscolaire et 603 en élémentaire dont 15 dans une classe de perfectionnement. Ces élèves représentent environ un quart de la cinquième circonscription scolaire de Beauvais.

Les différents intervenants de santé mentale y sont représentés, à Grandvilliers même :

- l'intersecteur de pédopsychiatrie par la présence d'un **C M P** - enfants ouvert un jour par semaine. Les consultations se font sur rendez-vous, donnés assez rapidement. Il est à noter que l'intersecteur pédiatrique Oise Ouest, dont dépend le CMP de Grandvilliers, doté de trois postes et demi de psychiatre, n'en a actuellement que deux pourvus. A Beauvais se trouve l'hôpital de jour enfants d'une capacité de 15 lits.
- le secteur associatif médico-éducatif par un **C M P P**, faisant également office de **Centre d'Action**

**Médico Sociale Précoce ( C A M P S )**, puisque accueillant les enfants dès la maternelle, le jeudi.

- les services sociaux du département, avec notamment un service de PMI, des éducateurs de l'Aide Sociale à l'Enfance, 3 assistantes sociales de secteur et une psychologue.
- les psychologues et pédopsychiatres libéraux les plus proches sont à Beauvais, les communications difficiles les rendent très peu accessibles.
- les éducateurs de justice sont relativement peu présents ( mesures d'aide éducative en milieu ouvert (A E M O ) exécutées avec un retard de six mois à deux ans ).
- l'Education Nationale est représentée pour le primaire par les enseignants, l'inspecteur de l'Education Nationale de circonscription, la secrétaire de C C P E, et un R A S E D constitué d'une psychologue scolaire et d'une faisant fonction de maître E, et pour le secondaire par les enseignants, l'administration du collège, la Conseillère d'Orientation-Psychologue.
- le Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves est représenté par un médecin et une infirmière tous deux à tiers temps sur le secteur.

La particularité la plus remarquable du secteur dans le champ de la santé mentale, particularité qu'il partage avec tout le quart nord-ouest de l'Oise, est le fonctionnement étanche des différentes équipes qui en sont actrices.

## **B. Méthodologie : les entretiens**

Afin de comprendre les raisons des dysfonctionnements de l'articulation des services de santé mentale des enfants et adolescents du secteur de Grandvilliers, une enquête par entretiens a été réalisée auprès de ces professionnels.

L'objectif principal était la compréhension des liens entre les différents acteurs, appliquée au passage de l'école élémentaire au secondaire.

Les objectifs spécifiques consistaient à :

- connaître le type de travail qu'ils effectuent auprès des enfants.
- connaître et comprendre les différences entre les politiques locales et nationales.
- comprendre les politiques partenariales
- comprendre dans quelle mesure la rupture dans le suivi psychologique des enfants lors du passage

dans le secondaire est liée aux institutions ou à leur dysfonctionnement

## **1. Préparation des entretiens**

Il nous a fallu dans un premier temps contacter le responsable local de chacun des organismes concernés, lui présenter l'objectif et la méthodologie de la recherche, obtenir sa participation et celle de son équipe. La démarche s'est effectuée au niveau local pour deux raisons principales : d'une part une première tentative, plus institutionnelle, de rapprochement des différents services à un échelon supérieur avait échoué l'année précédente pour des questions de préséance, d'autre part il nous a paru évident que pour mieux collaborer il fallait que les interlocuteurs sur le terrain apprennent à se connaître.

Les entretiens ont pu être effectués avec :

- dans l'Education Nationale :

- l'Inspecteur de l'Education Nationale était indisponible ( arrêt maladie )

- trois instituteurs

- la secrétaire de C C P E

- trois psychologues scolaires ( celle qui est en charge du secteur étudié ; sa collègue d'un secteur contigu, travaillant avec les mêmes intervenants extérieurs et vacataire dans un C M P P voisin ; une psychologue scolaire membre de l'équipe technique de la C D E S )

- la principale du collège et son adjoint

- la Conseillère d'Orientation-Psychologue

- deux professeurs

- l'Assistante Sociale Scolaire

- hors Education Nationale :

- CMPP : la pédopsychiatre, et dans un second temps son équipe

- CMP : la pédopsychiatre

- l'éducateur de l'Aide Sociale à l'Enfance

- le médecin responsable de la Protection Maternelle et Infantile

- 2 assistantes sociales de secteur.

## **2. Grilles d'entretien**

Les grilles d'entretien (semi-directif ) portaient sur quatre points précis, nécessitant souvent plusieurs séances pour permettre aux interlocuteurs de répondre tout en développant leurs propres visions.

Ces quatre points sont :

- le type de suivi des enfants
- les objectifs déclarés de l'institution
- la politique locale de l'institution
- la politique partenariale actuelle et ses raisons

Dans un second temps les entretiens ont permis de recueillir les suggestions d'amélioration de ce partenariat.

Les grilles d'entretiens étaient légèrement différentes selon l'institution et la fonction de la personne au sein de celle-ci. Un exemple en est donné en ANNEXE I

## **3. Déroulement des entretiens**

Les entretiens ont été effectués sur le lieu de travail des différents intervenants, souvent durant la pause du midi. Ils consistaient le plus souvent en des tête-à-tête avec le responsable local, parfois, dans un second temps, avec l'ensemble des professionnels de l'antenne. Ils duraient en général deux heures par séances, éventuellement renouvelées ( trois séances avec la psychologue scolaire, le CMPP et le CMP ).

## **4. Limites des entretiens**

La première difficulté a été de convaincre les structures hors Education Nationale d'accepter de communiquer avec le M E N sur leurs rapports et souvent une réunion préalable a été nécessaire pour vaincre les réticences. Malgré cela des critiques assez virulentes contre le point de vue sur l'enfant purement " scolaire " de l'Education Nationale ont été proférées par des membres des équipes de soins. La recherche d'une amélioration des rapports entre intervenants a souvent été décrite comme vaine, quelle que soit la personne interviewée.

La deuxième difficulté a été de donner une image propre au M E N, souvent englobé dans une

représentation monolithique de l'Education Nationale. Or il s'est vite avéré que toute tentative d'échange devait passer par la reconnaissance du statut de professionnel de santé mental du M E N.

Une autre difficulté est venue de la position particulière des responsables des centres de soins :

- la pédopsychiatre du C M P accomplissait sa dernière année avant la retraite, ce qui la rendait peu sensible à l'idée de changement
- la pédopsychiatre du C M P P prenait son poste, ce qui la rendait peu à même de préciser les particularités locales.

Ceci a, par contre, permis d'avoir un dialogue franc avec des personnes qui ne se sentaient plus ou pas encore impliquées dans l'échec du partenariat.

Par manque de temps certains entretiens prévus n'ont pu avoir lieu, tel celui avec la P J J.

## **C. Analyse des résultats et conclusions**

### **1. Historique local**

Outre les considérations d'ordre général sur les textes fondateurs des différents organismes ( voir supra ), tous les acteurs ont insisté sur l'antériorité historique du C M P P sur le C M P ( 1975 pour le premier, 1990 pour le second ). L'antériorité de la structure privée explique que les deux centres coexistent dans un petit bourg, cohabitation déconseillée dans les textes par crainte de double emploi ou de mésentente....

### **2. Mise en parallèle géographique**

Une des difficultés du travail en commun provient du non-recouvrement des différents territoires.

La circonscription de l'Education Nationale comprend les secteurs de recrutement des collèges de Grandvilliers, Formerie, Marseille en Beauvaisis, Saint Aubin en Bray.

La secrétaire de C C P E couvre donc ce territoire.

La psychologue scolaire intervient sur le secteur de Grandvilliers.

Le médecin de l'Education Nationale sur celui de Grandvilliers ainsi que ceux de Noailles et Sainte Geneviève, séparés du premier par quarante kilomètres.

L'infirmière de l'Education Nationale sur celui de Grandvilliers et celui de Formerie.

La P M I a un territoire englobant approximativement Grandvilliers, Formerie, Marseille en Beauvaisis, Crèvecœur le Grand, et Poix : un canton de la Somme.

Le C M P couvre les cantons de St Omer, Grandvilliers, Crèvecœur le Grand, Feuquières, Songeons et Formerie.

Quant au C M P P, il a en charge les cantons de Crèvecœur, Marseille en Beauvaisis, Songeons, Poix, Grandvilliers.

*L'hétérogénéité extrême des différents secteurs d'intervention rend difficile la tenue de réunions centrée sur l'aire d'action d'un intervenant, et, a fortiori, la mise en place de politiques communes.*

### 3. Moyens

L'importance des moyens mis en place par chaque organisme ou institution est un bon indicateur de ses possibilités d'intervention, leur constitution peut renseigner sur le type d'action envisagée.

% temps plein	médecin	psychologue	pédagogues	autres
Educ Nat primaire	1/6	1	44	1/8 infirmière 1/4 CCPE
Educ Nat secondaire	1/6	0	42	1/8 infirmière 1/42 CCSD 1/5 (COP)
PMI	1/4	1/5	0	3 AS 1/2 infirmière...
CMPP	1/5	2/5	1/20 psychopéda	1/5 orthophoniste 1/5 psychomot 1/5 AS
CMP	1/5	1/5	0	1/5 psychomot 1/5 infirmier 1/5 éducateur 1/5 AS

Listes des intervenants : ANNEXE III

*Le tableau ci-dessus met en évidence :*

- pour l'Education Nationale : l'étrange répartition du temps pour ce qui est de la psychologue scolaire : temps plein dans le primaire, aucun moment dans le secondaire. Cela est conforme à ses missions, mais crée une vacuité dans le secondaire.
- pour les centres de soins : un soupçon de pédagogie pour le C M P P ( le psychopédagogue ), et une touche plus ancrée dans le social pour le C M P ( l'éducateur ).

#### 4. Enfants du secteur suivis

La notion de suivi est à interpréter différemment selon le type d'action ( prévention ou soins ) de l'intervenant.

	enfants pris en charge primaire / secondaire	suivis primaire / secondaire	particularités
psychologue scolaire	1027 / 0	1027 / 0	de 2 à 10-12 ans
MEN	1027 / 519	20 / 40	
PMI	tous jusqu'à 6 ans / 0	? / 0	pas de chiffre connu
CCPE	1027 / 0	40 / 0	
COP	0 / 519	0 / 100	
CMPP		22 / 2	
CMP		1	âge et classe inconnus

Détails en annexe II

Psychologue scolaire, P M I et M E N font du dépistage et “ suivent ” donc un grand nombre d'enfants, suivi qui peut varier d'une visite par type d'établissement ( maternelle, élémentaire et collège) à plusieurs visites annuelles. Les enfants ayant un dossier auprès de la C C P E sont vus au moins une fois par an par la psychologue scolaire, ainsi que par la P M I ou le S P S F E. Le tiers des enfants suivis par le M E N en primaire l'est également au C M P ou au C M P P.

Par contre le suivi en C M P et en C M P P est beaucoup plus formalisé, il comporte en règle générale un entretien par semaine ou tous les quinze jours.

*Ce tableau met en évidence plusieurs particularités remarquables :*

- *l'étonnante sous-représentation des enfants suivis par le C M P ( 1 seul enfant du secteur sur les 45 qu'il suit, alors qu'il est situé à Grandvilliers même )*
- *le déséquilibre entre le nombre d'enfants suivis par les structures de soins en primaire et en secondaire : l'âge de l'enfant suivi par le C M P n'étant pas connu, le pourcentage d'élèves du secondaire parmi les enfants suivis est approximatif : 8 à 12 %.*

*Ceci amène à penser que d'une part très peu d'enfants sont adressés au C M P et d'autre part que le C M P P est plus axé sur les troubles de l'apprentissage ( prédominants chez les 2 - 12 ans ) que sur les troubles du comportement ( motif plus souvent rencontré chez les adolescents ).*

## 5. Motifs de consultation

Les motifs de consultation désignent les raisons pour lesquelles les parents ou les enseignants ont demandé au professionnel d'examiner ou de prendre en charge l'enfant.

**Psychologue scolaire :** outre le dépistage par observation systématique dans les classes, la psychologue scolaire peut être interpellée pour " désadaptation scolaire ". Cela consiste en des difficultés d'apprentissage ou des troubles du comportement, le plus souvent par agitation, parfois par renfermement, éventuellement en un changement subit du comportement.

**MEN et PMI :** pour ce qui est de la santé mentale : dépistage systématique à 4 ans ( PMI ) et à 6 ans ( MEN ) ; examens à la demande pour des difficultés d'apprentissage ou trouble du comportement. La motivation de la demande peut également être une interrogation sur l'organicité d'un symptôme ( asthénie, surdité, douleurs, manque de sommeil nocturne, etc....).

**CCPE :** les 40 enfants suivis pour trouble du comportement constituent environ 20% des enfants suivis.

**COP :** essentiellement pour mauvais résultats et dans l'optique d'une orientation. Dans les faits l'orientation prend la totalité du temps de la COP. La composante psychologique de son métier ne lui servant qu'à affiner celle-ci.

**CMPP :** auparavant les consultations étaient surtout demandées en raison de problèmes scolaires, de plus en plus elles le sont pour troubles du comportement. Le passage en CP (arrivée dans la grande école) reste le grand déclencheur.

**CM :** essentiellement difficultés scolaires, éventuellement accompagnées de troubles orthophoniques, en général ce sont des cas socialement lourds, avec carence éducative. Par contre, le CM considère que les enfants atteints de névrose sont depuis toujours et partout plutôt suivis au CMPP ( ?).

*On voit donc que les motifs de consultations sont sensiblement similaires : échec scolaire ou troubles du comportement.*

*Ce qui les différencie est la durée du trouble : une bonne part sera rapidement traitée par remédiation interne à l'Education Nationale (CCPE, psychologue scolaire, MEN ou COP), seuls des enfants porteurs de troubles durables seront adressés aux centres et encore, faudra-t-il que la démarche soit faite.*

*La différence de recrutement entre C M P et C M P P est ténue, l'un et l'autre considèrent que tout trouble de l'apprentissage non déficitaire est d'origine névrotique, que ce soit une dyslexie ou une difficulté mnésique. Ils ignorent quel genre de suivi s'effectue dans l'autre centre et s'estiment équivalents.*

## **6. Qui a adressé ces enfants ?**

Pour comprendre comment collaborent les acteurs de prévention et les soignants, il est fort utile de savoir qui a adressé les enfants.

**Psychologue scolaire :** ce sont essentiellement les instituteurs, parfois directement la famille quand il y a trouble du comportement. Parfois le trouble est découvert lors d'une observation en classe. D'autre part elle exerce une attention particulière pour la fratrie d'un enfant ayant un problème psychologique d'ordre familial.

**M E N :** Ce sont les mêmes, quoique la famille consulte peu le M E N pour des motifs d'ordre psychologique, lui préférant le médecin traitant ou un psychologue.

**P M I :** idem, à quoi s'ajoute une prise de contact avec les enfants en cas d'apparition de troubles de la sphère familiale.

**C C P E :** pour l'essentiel, ce sont les instituteurs qui saisissent la C C P E, parfois le RASED, plus rarement la P M I ou le S P S F E..

**C O P :** ce sont les professeurs ou l'administration en cas de mauvais résultats, ainsi que la psychologue du R A S E D pour quelques enfants ayant eu des difficultés scolaires dans le primaire.

**C M P P :** depuis ces dernières années, environ 30 % des enfants sont adressés par les généralistes, les autres le sont par les instituteurs ou la psychologue scolaire, rarement par le M E N.

**C M P :** ce sont les instituteurs et la C C P E, rarement M E N ou P M I, **jamais par la psychologue scolaire.**

*L'essentiel des enfants adressés aux centres l'est sur conseil du personnel de l'Education Nationale. Parmi ce personnel, ce sont les instituteurs qui sont à l'origine des suivis les plus nombreux alors qu'aucun enfant n'est allé consulter sur le conseil d'un professeur du collège. Ceci peut*

*expliquer en partie le peu d'adolescents qui y sont inscrits. D'autre part les instituteurs, inquiets de l'image de folie qui nimbe le C M P, conseillent systématiquement le C M P P, suivis en cela et pour d'autres raisons par la psychologue scolaire. Quel que soit l'instigateur de la démarche, les centres ne le préviennent pas de l'effectivité de la prise en charge.*

## **7. Durée moyenne d'un suivi**

La durée d'un suivi est bien évidemment dépendante du type de celui-ci, cependant des différences existent entre les intervenants a priori équivalents ( P M I - M E N, C M P - C M P P ).

**Psychologue scolaire :** très variable, le suivi peut aller du début de la maternelle à la fin de l'école élémentaire.

**M E N :** la durée du suivi est très variable, en général il commence après la maternelle ( suivi alors par la P M I ). Il peut être amené à suivre l'enfant de l'école élémentaire au collège.

**P M I :** le suivi de la P M I va théoriquement de la naissance à la fin de la maternelle, mais elle peut rester l'interlocuteur médical privilégié des familles suivies par les services sociaux.

**C O P :** le plus souvent 2 ou 3 fois, lors de la préparation d'une orientation.

**C C P E :** la C C P E ne connaît pas la durée moyenne du suivi, en théorie cela peut s'étendre de la maternelle à la fin de l'école élémentaire. Les réunions de la commission permettent de faire le point entre les différents acteurs. **A condition que ceux-ci acceptent d'y participer activement.**

**C M P P :** la durée moyenne du suivi est de 2 ans ( de 6 mois à 4 ans ) à condition que le bilan initial ait débouché sur une indication de suivi.

**C M P :** la réponse est imprécise mais lourde de sens : "des années, avec éventuellement passage de relais au C M P adulte".

*La durée moyenne du suivi, indicateur classique pour toute structure de prévention et de soins, ne semble explorée que par le C M P P. Il n'a pas été possible de savoir si la réponse du C M P était due à une conception quelque peu dépassée de trouble non évolutif ou à un triste constat lié à la gravité des pathologies qu'il soignerait.*

## 8. Contenu du suivi

Là encore des nuances importantes peuvent différencier des intervenants de fonction proche.

**Psychologue scolaire :** le travail de la psychologue scolaire consiste le plus souvent en une remédiation entre l'enfant et les instituteurs ou les parents, parfois entre les parents et l'instituteur ; un soutien psychologique, exceptionnellement une psychothérapie de soutien. Une guidance vers une structure extérieure ( rare ) ou une orientation peuvent être proposées.

**M E N :** la répétition des consultations permet au M E N d'apprécier l'évolution d'un enfant repéré en difficulté. Il peut inférer sur celle-ci par remédiation auprès des enseignants ou de la famille. Il accompagne l'enfant vers une structure de soins si nécessaire.

**P M I :** la P M I fait un travail similaire à celui du M E N au niveau de la maternelle, mais beaucoup plus axé sur le travail avec la famille. La dimension familiale est considérée comme prépondérante, parfois au détriment de la dimension individuelle, psychologique, de l'enfant.

**C C P E :** la C C P E veille à l'efficacité de la prise en charge des enfants quant à ses résultats scolaires et son comportement.

**C O P :** elle fait passer à l'enfant des tests de performance, parfois négocie une orientation avec les parents. Elle peut également désamorcer une situation de conflit avec les professeurs ou entre professeurs et parents.

**C M P P :** il commence par un bilan de 3 à 6 séances fait d'entretiens menés auprès de l'enfant et de ses parents par le pédopsychiatre ou une psychothérapeute, assisté éventuellement d'un rééducateur (orthophonie, psychomotricité...). La demande première des parents y est retravaillée en fonction des troubles détectés. Une psychothérapie de l'enfant et souvent de sa famille, parfois associée à une rééducation, est ensuite entreprise. Le type de psychothérapie n'a pas été explicité Le contenu et la pertinence de ce suivi seront périodiquement réévalués en réunion d'équipe.

**C M P :** sensiblement similaire, avec plus d'ouverture sur l'intérêt d'une prise en charge par d'autres structures... de l'intersecteur ( hôpital de jour, centre TANIT où les adolescents peuvent se rencontrer de façon informelle et échanger avec des psychologues ( l'un et l'autre à BEAUVAIS ) ). Bien que pourvu des professionnels idoines, le C M P ne se considère nullement comme un centre de " rééducation " mais comme une structure entièrement tournée vers le soin psychologique.

*La similitude entre les actions de la P M I et du S P S F E est trompeuse. La P M I considère que l'enfant est la résultante d'interactions familiales ( aspect " maternel et infantile " de la P M I ) et essaie d'abord d'influer sur celles-ci, alors que le M E N le considérera également comme élève et s'interrogera sur l'aide que l'école peut lui apporter.*

## **9. Motifs d'arrêt des suivis:**

( en dehors des orientations vers une autre structure )

Les motifs d'arrêt des suivis, tels qu'ils sont expliqués par les professionnels concernés, peuvent également permettre de comprendre pourquoi l'articulation entre les partenaires est si délicate.

**Psychologue scolaire, M E N, P M I, C C P E :** amendement des troubles ; prise en charge par un organisme extérieur entraînant un suivi " de loin " plus épisodique ; sortie de la population : passage en cycle supérieur ; déménagement (particulièrement fréquent chez les familles qui se considèrent harcelées par les services sociaux, parfois également quand la demande par l'Education Nationale d'une prise en charge psychothérapeutique ou éducative de la famille est " trop " pressante).

**C M P P :** l'amélioration des résultats scolaires peut conduire les parents à " retirer " leur enfant. Une démotivation peut intervenir, liée au décalage entre la demande des parents, l'amélioration des apprentissages, et les priorités du C M P P : le traitement de la névrose sous-jacente. L'arrêt du suivi se passe souvent en fin d'année scolaire, parfois en fin de cycle. La question de réorienter l'enfant vers un orthophoniste en cas de troubles purs de la prononciation ou de l'écriture n'a pas de sens aux yeux du C M P P.

**C M P :** sensiblement identique au C M P P.

*Quoiqu'en disent le C M P et le C M P P ( voir chapitre II C 5 : Motifs de consultation ), les difficultés scolaires sont si souvent placées au premier plan par les parents que leur amendement ou la fin de l'année scolaire suffit à arrêter la prise en charge.*

## **10. Nombre d'orientations en établissements spécialisés ( Institut Médico-Pédagogique, Institut Psycho-Pédagogique, Hôpital Psychiatrique... )**

Le nombre d'orientations et les méandres de leurs cheminements peuvent apporter un autre éclairage sur la place que veut se donner chacun dans le domaine de la santé mentale.

**Education Nationale :** avis émis par la C C P E ou par la C C S D auprès de la C D E S : 5 à 6 par an, en diminution constante.

**C M P :** de plus en plus ( sans plus de précision ) mais les places sont très rares, et donc les files d'attente longues ( 1 à 2 ans ). Les psychiatres du C M P sont sollicités pour faire le bilan psychologique d'orientation des enfants suivis par les psychiatres ou psychologues de ville car ceux-ci répugnent à le faire. Cela paraît anormal à l'intersecteur qui considère que le psychothérapeute est le mieux placé pour juger de la nécessité de l'orientation. D'où parfois un blocage de la situation et donc un retard au traitement du dossier.

**C M P P :** le pédopsychiatre peut donner à la C D E S son avis sur une orientation vers une structure médico-éducative, par contre tout passage vers une structure de l'intersecteur nécessite l'accord du responsable de la structure

*En raison de ces différences au niveau de l'orientation il convient de choisir attentivement à qui l'on adresse l'enfant. En effet, si une hospitalisation de jour devient nécessaire l'enfant suivi au C M P pourra y accéder beaucoup plus rapidement que s'il est suivi ailleurs. De même une demande d'orientation en établissement médico-éducatif sera beaucoup plus rapide à instruire si l'enfant est en thérapie dans un centre et non avec un psychiatre ou un psychologue de ville. Cette différence peut se chiffrer en mois.*

## **11. Influence du passage en secondaire sur le suivi**

Nous avons vu que les structures de l'Education Nationale suivant les élèves dans le primaire n'avaient pas leur strict équivalent dans le secondaire. Il convient de voir quel impact cela peut avoir sur le suivi des élèves.

**P M I :** la P M I est hors jeu depuis le passage à l'école élémentaire, les services sociaux par contre continuent la prise en charge.

**Psychologue scolaire :** arrêt réglementaire du suivi.

**M E N :** Le S P S F E est le seul service de l'Education Nationale sur le secteur agissant en amont et en aval de ce passage. L'absence de psychologue scolaire en secondaire le contraint à assurer une partie de ses fonctions de suivi psychologique.

**C C P E :** arrêt réglementaire. Il est à noter que les enfants passant en SEGPA ou en EREA quittent le secteur.

**C O P :** début, en règle générale sans avoir connaissance d'un éventuel suivi antérieur.

**C M P P** : le passage correspond souvent à un arrêt du suivi car pour les parents : la mission est accomplie, l'enfant a pu intégrer le collège. Eventuellement il y a reprise ultérieure après apparition de difficultés en 6<sup>ème</sup>.

**C M P** : pas d'arrêt.

*Pour les services de l'Education Nationale le passage en secondaire est une rupture presque totale dans le suivi : seul le M E N y survit. Les dossiers de suivi de la psychologue scolaire ne sont pas transmis sauf en ce qui concerne les tests de certains élèves en grande difficulté, confiés à la C O P.*

## 12. Politique locale

La politique locale résulte de l'interaction entre les objectifs réglementaires de chaque organisme, les moyens locaux et les personnalités des intervenants.

**Psychologue scolaire** : en raison des spécificités du secteur elle s'attache à trois grands axes :

- dépistage systématique des élèves en difficulté par observation dans les classes et passage de tests collectifs ( par exemple : Test de Maturité Scolaire ), et non simple examen des élèves signalés par les écoles. En effet : “ une bonne adaptation scolaire ne veut pas dire une bonne santé mentale et des enfants réussissent en payant un prix psychique élevé. Inversement, l'adaptation de l'enfant à l'école est en fait celle d'un enfant à une école et pourra être différente en fonction du type de relation que l'école lui proposera. Ainsi, il faut parfois réfléchir à un éventuel changement non seulement de classe mais aussi d'école ”.

- remédiation entre élèves et instituteurs. En cas de difficultés d'apprentissage de la lecture elle adresse de préférence les enfants aux orthophonistes, qu'elle considère comme étant plus en phase avec la problématique scolaire. Ce qui ne lui paraît pas être le cas du C M P P : “ comment un C M P P peut-il accepter qu'après 7 ans de suivi continu un enfant ne sache toujours pas lire à 12 ans et ne pas envisager une orientation ? ”.

En désaccord avec les soignants du C M P, elle évite autant que faire se peut de leur adresser des élèves. L'absence d'alternative locale de type praticien libéral et la trop longue liste d'attente pour le C M P P la contraint parfois à prendre en charge des thérapies en dehors des heures scolaires.

*La psychologue a donc une action essentiellement centrée sur l'école. Elle privilégie la prévention primaire ( élimination des facteurs de dégradation de la santé mentale ). Cependant, en cas de découverte de trouble du comportement l'image qu'elle se fait des centres de soins est tellement négative qu'elle préfère, en absence d'alternative, prendre elle-même en thérapie l'enfant. Elle outrepassé ainsi ses missions, forcée, dit-elle, par l'inconsistance et l'inadéquation des soins prodigués par les centres.*

**M E N :** l'intégration est la plus large possible, avec peu d'orientation, presque jamais de déscolarisation.

Il a en charge le dépistage systématique de tous les enfants en CP, puis des examens à la demande des instituteurs, du RASED, de la C C P E, des parents (beaucoup plus rarement). Dans ce secteur il n'y a pas d'examen systématique en CM2 par manque de moyens. Pas non plus et pour la même raison, de suivi régulier en primaire, simplement il peut effectuer un nouvel examen à la demande de la C C P E. Dans le secondaire, il cumule les fonctions de psychologue scolaire et d'interface avec les C M P et C M P P. Il pourra être amené à prodiguer un soutien psychologique. Il a un travail de remédiation à faire entre les élèves, les professeurs et l'administration.

*Les actions du M E N sont en deçà de ses missions, selon lui par manque de moyens ( infirmière à quart-temps, lui à tiers-temps sur le secteur ). Sa volonté de travail en commun en ce qui concerne prévention et suivis s'est pour l'instant heurtée aux portes closes du C M P et du C M P P.*

**P M I :** elle effectue un examen systématique en moyenne section, puis exerce un suivi de la naissance à la fin de la maternelle.

Elle suit, en collaboration avec les services sociaux, des enfants, mais surtout des familles en difficulté ; ce travail sur la famille permet une prise en charge préventive de la fratrie.

**C C P E :** elle a adopté une politique d'intégration intensive, quitte à adapter l'école. Elle se conforme en ceci aux textes, même si l'absence de structures spécialisées sur le secteur ne lui laisse guère d'autres possibilités. Elle affiche une volonté de travail en commun avec les différents partenaires, sans beaucoup de réussite avec ceux qui sont externes à l'Education Nationale.

**C O P :** son action est basée essentiellement sur l'orientation, éventuellement associée à une remédiation avec les professeurs.

**C M P P :** le C M P P suit les enfants amenés par leur famille à condition que celles-ci coopèrent. Il arrive que plusieurs mois d'attente soient demandés de principe afin de tester leur motivation. La prévention n'entre pas dans les objectifs, même dans le cadre d'un réseau.

*Le C M P P ne se place pas dans un cadre de santé publique mais de soins à des particuliers. Ayant conscience de la longueur de la prise en charge et de sa fragilité, sa politique est de s'assurer de l'engagement de la famille. Il privilégie, peut-être à juste titre, la motivation de la famille à la gravité de la pathologie.*

**C M P :** sa politique locale est identique mais il accepte un travail préliminaire avec la famille pour la motiver. Il lui arrive de débiter les rencontres de manière informelle, éventuellement avant l'accord de la famille pour les adolescents. Il s'associe de principe

aux campagnes nationales (voir fiche) mais s'en désolidarise rapidement faute de moyens. Il est intéressé par la prévention mais ne voit pas comment l'intégrer à ses activités. Un travail en réseau l'intéresse.

*Le CMP semble attacher plus d'importance à la gravité des pathologies et accepte de participer à un travail de motivation des familles. Il a d'ailleurs créé une Unité Fonctionnelle Mobile pouvant se rendre à domicile.*

*Les politiques locales semblent parfois très éloignées des missions des différents intervenants. Si le manque de moyens peut à juste titre être invoqué, il semble pourtant qu'il y ait également une véritable volonté à ne pas travailler ensemble. D'évidents conflits de personnalités entre psychiatres, psychothérapeutes et psychologues paraissent en être la cause.*

### **13. Relations partenariales actuelles**

Une étude plus détaillée des relations partenariales s'avère nécessaire afin d'envisager un processus d'harmonisation de ces politiques

#### **Psychologue scolaire :**

- - relation avec **les instituteurs** : dans ce secteur la psychologue scolaire est toujours la première informée en cas de trouble du comportement, pour avis ou remédiation.
- - relation avec le **M E N** et la **P M I** : appel à leur service au moindre doute sur un problème médical, parfois pour démêler l'organique du psychologique, rarement en cas de problème psychologique pur.
- - relation avec **la secrétaire de C C P E** : pleine coopération dans le cadre des suivis C C P E et du signalement des enfants en difficulté scolaire ou présentant des troubles du comportement gênant la vie scolaire. Eventuellement demande de passages en commission pour pouvoir interpeller la famille.
- - relation avec **la C O P** : la psychologue scolaire remet les dossiers ou du moins les tests psychologiques des enfants de CM2 en difficulté scolaire. Par contre elle ne signale pas les enfants présentant des troubles du comportement de peur d'un étiquetage. En fait les relations paraissent très limitées.
- - relation avec **le C M P** : " pas de relations possibles actuellement " par divergence d'objectifs ( apprentissage à l'Education Nationale, soins au C M P ), et incompréhension mutuelle. Elle regrette que le C M P retarde autant que faire se peut un avis d'orientation.
- - relation avec **le C M P P** : là encore divergence d'objectifs, moins bien expliquée en raison des liens historiques entre l'école et cette institution. Elle regrette que le C M P P ne s'intéresse pas aux apprentissages et refuse de donner un avis d'orientation.

*On retrouve donc ici un antagonisme net avec les centres de soins, expliqué par la différence d'objectifs et le refus de collaboration aux commissions de l'Education Nationale, refus perçu comme préjudiciable aux enfants.*

#### **M E N :**

- - relation avec **la psychologue scolaire** : la psychologue accepte volontiers de rencontrer les élèves signalés par le M E N afin confronter leurs conclusions. Celui-ci regrette par contre qu'elle le sollicite peu, en particulier pour les enfants devant intégrer le collège, et que donc elle ne pourra plus suivre.
- - relation avec **la P M I** : bonne passation des dossiers à l'entrée à l'école élémentaire. La connaissance que la P M I a de la famille est une aide très précieuse pour comprendre la situation et l'évolution des enfants.
- - relation avec **les services sociaux** : dans ce secteur, contrairement à d'autres, les assistantes sociales se mêlent peu de ce qui n'est pas strictement social. Le signalement auprès de leur service pour négligence ou défaillance éducative nécessite de nombreux rappels pour être suivi d'effet.
- - relation avec **la C C P E** : bonne collaboration, tous les enfants qui lui sont signalés, même ceux qui ne passeront pas en commission, sont indiqués au M E N.
- - relation avec **la C O P** : déclaration de principe de travail en commun, quoique la C O P se dise peu compétente en psychopathologie. En fait très peu d'implication dans le domaine du trouble du comportement, que se soit dans le dépistage, le suivi, ou l'orientation. A cela vraisemblablement deux raisons : année de prise en fonction dans un premier poste et présence limitée à un jour par semaine, jour où le M E N ne pouvait venir et où C M P et C M P P étaient fermés.
- - relation avec **l'administration** : le M E N est considéré comme premier interlocuteur en cas de trouble du comportement, de conduite à risque ou de chute brutale des notes. Il est également chargé du suivi de ces élèves et des relations entre le collège et les partenaires de santé mentale.
- - relation avec **les instituteurs** : les appels directs sont rares sauf en cas de doute sur une lésion organique, d'une somatisation, ou pour remplir un certificat de coups et blessures dans le cadre d'un signalement.
- - relation avec **le C M P P** : au début de cette enquête les relations étaient quasiment inexistantes, avec refus du dialogue clairement revendiqué par le C M P P. Celui-ci se considérant comme "espace de confidentialité" il ne pouvait accepter de partager le secret de la thérapie ni même de donner son avis sur l'évolution possible du psychisme de l'enfant. De la même manière il refusait d'entendre les éléments nouveaux survenus à l'école ou au collège ( évolution des troubles, conduite à risque voire suicidaire, hallucination ), afin de ne pas "perturber par des événements actuels le cours de la thérapie". Le nom même des enfants suivis était inconnu du M E N.
- - relation avec **le C M P** : là encore les enfants suivis n'étaient pas signalés au S P S F E. Cela s'explique a posteriori par le fait qu'un seul d'entre eux soit du secteur. Pas de réunion C M P-S P S F E, et les exceptionnelles équipes éducatives auxquelles la pédopsychiatre a pu participer ( 2 en 4 ans ) se résumaient à des passes d'arme stériles entre elle-même et la psychologue scolaire.

*La relation partenariale du M E N avec la psychologue scolaire, quoique bonne, ne lui permet pas d'avoir de renseignements sur les enfants qu'elle sait avoir présentés des états limites dans le primaire. D'autre part le M E N n'a pas su nouer de relation avec le C M P et le C M P P, probablement car il n'a pas su créer sa propre image, différenciée de celle de l'Education Nationale.*

#### **P M I :**

- - relation avec **la psychologue scolaire** : les rencontres sont espacées mais productives. Les services sociaux ont leur propre psychologue effectuant des suivis d'enfants et de familles.
- - relation avec **le M E N** : les dossiers P M I sont remis au M E N à six ans, dans un esprit de continuation du travail. Réciproquement, les difficultés signalées par le S P S F E dans le fonctionnement de certaines familles permettent à la P M I d'être particulièrement attentive à la fratrie puînée. Par contre la différence de point de vue entre les deux services crée parfois des tensions. En effet, la P M I de par sa nature Maternelle et Infantile considère l'enfant comme un appendice de la famille et a parfois du mal à lui accorder une identité propre. Au contraire, le M E N aborde l'enfant et plus particulièrement l'adolescent en dehors de la famille et a souvent tendance à ne pas assez le replacer dans le contexte de celle-ci. Ces deux approches sont complémentaires, mais menées isolément elles peuvent aboutir à des résultats contradictoires.
- - relation avec **la C C P E** : la P M I prend en compte la nécessité des apprentissages scolaires et participe à l'élaboration des dossiers. Elle en rend compte directement ou par l'intermédiaire du M E N.
- - relation avec **la C O P et le Collège** : Aucune
- - relation avec **le C M P P et le C M P** : Aucune ( cf. M E N : relation C M P P et C M P )

*Quoique la P M I, étroitement associée aux services sociaux, puisse travailler de façon autonome, elle montre une volonté partenariale exemplaire. Sensible aux valeurs de l'Education Nationale, elle a tissé des liens privilégiés avec les instituteurs de maternelle.*

#### **C C P E :**

- - relation avec **la psychologue scolaire** : pleine coopération.
- - relation avec **le M E N** : idem avec peut-être sous emploi par le M E N de la possibilité de signaler des enfants.
- - relation avec **la P M I et Services Sociaux** : pleine coopération. Par contre il serait intéressant de prévoir avec l'A S E les conditions de scolarisation des enfants " placés ". En effet quelques classes sont constituées pour plus de la moitié par ces enfants particulièrement sujets aux troubles du comportement, ce qui ne va pas sans poser problèmes.
- - relation avec **la C O P** : si la C O P le demande, la secrétaire de la C C P E lui fournit le dossier de l'enfant à l'exclusion des feuillets médicaux.
- - relation avec **le C M P P** : le directeur pédagogique vient aux C C P E et donne l'avis non motivé du centre. Les propositions d'orientation ou de redoublement sont

exceptionnelles car “ on ne peut connaître l'évolution de l'enfant ”. Ceci même si l'enfant ne sait pas lire à 12 ans.

- - relation **C M P** : un infirmier psychiatrique vient aux **C C P E** et écoute sans prendre la parole ( cette attitude, jugée incompréhensible, est en fait liée à l'absence d'enfant suivi sur le secteur... ). La pédopsychiatre du centre, également membre de l'équipe technique du **C D E S**, et, par-là même, directement concernée par les orientations en établissements spécialisés, reconnaît bloquer sciemment l'instruction de dossiers par manque de données ou de certitudes évolutives sur le cas des enfants concernés. Ainsi plusieurs dossiers d'enfants dont l'orientation est envisagée par la **C C P E** sont en attente de pouvoir passer en **C D E S** depuis plusieurs années.

*La C C P E, de par sa fonction de mise en commun et de suivi des dossiers, est particulièrement touchée par la non-coopération du C M P et du C M P P. Les demandes répétées de l'I E N n'ont pas permis de faire cesser la situation.*

### **C O P et Collège :**

- - relation avec **les instituteurs et la psychologue scolaire** : la **C O P** et l'administration n'ont pas assez d'éléments pour pouvoir anticiper d'éventuelles désadaptations scolaires lors du passage au secondaire, les instituteurs et la psychologue ayant probablement peur d'étiqueter l'enfant. L'harmonisation CM2 – 6<sup>ème</sup> est basée essentiellement sur les résultats de l'enfant et pas assez sur sa globalité.
- - relation avec **le M E N** : le **M E N** est considéré comme faisant fonction de psychologue. On lui reproche de ne pas passer assez de temps à suivre les enfants en difficulté psychologique, et d'avoir peu de solutions externes à proposer. Le **M E N** sert d'interface entre collège et partenaires extérieurs. Le collège comprend mal que le dialogue soit si difficile “ entre médecins ”.
- - relation avec **la P M I** : Aucune
- - relation avec les **Services Sociaux** : arrivée et montée en puissance d'une assistante sociale scolaire cette année, permettant de débloquer nombre de situations de type conduite à risque, par dynamisation des assistantes sociales de secteurs. Leur phrase convenue : “ Je n'ai pas de solution, la famille ne veut rien entendre ” n'a plus cours.
- - relation avec **la C C P E et la C C S D** : il est intéressant de connaître l'avis et les propositions d'orientation de la **C C P E**, mais une fois l'enfant scolarisé au collège “ une réorientation est quasiment impossible ”. La **C C S D** oriente en fonction de critères très limitatifs, en particulier du nombre de places en établissement ou en section spécialisée. Cela se conçoit mais déplace la problématique qui n'est plus : “ cet enfant doit-il est orienté ”, mais “ y a-t-il une place quelque part pour cet enfant ”. La réponse étant le plus souvent négative, le collège doit se substituer à l'établissement indiqué. Cette année aucune admission en **S E G P A** et **E R E A** pour 6 dossiers présentés en **C C S D**, pas de possibilité de scolarisation en **I P P** sans une attente de 2 ans. Le corollaire est, bien sûr, que le collège va renoncer à présenter des dossiers en **C C S D**.
- - relation avec le **C M P P** : il faut des circonstances exceptionnelles ( risque d'exclusion du collège, troubles graves du comportement ) pour que le **C M P P** accepte de dire s'il suit l'enfant. Sa collaboration s'arrête là.
- - relation avec le **C M P** : Aucune.

*Le collège cumule plusieurs désavantages dans le domaine de la santé mentale :*

- *pas de psychologue “ intégrée ” contrairement au primaire*
- *pas de renseignements sur les difficultés psychologiques antérieures*
- *pas de relation avec le C M P et le C M P P.*

#### **C M P P :**

- - relation avec **la psychologue scolaire** : la pédopsychiatre accepte que la psychologue scolaire vienne l'entretenir des enfants suivis au centre, mais ne peut lui donner d'information en retour. Les contacts directs avec les psychothérapeutes sont impossibles de crainte que le vécu actuel de l'enfant vienne interférer avec l'analyse.
- - relation avec **le M E N** : Le C M P P ne voit pas d'intérêt à en entretenir, pas même à répondre aux cartes lettre qui accompagnent les enfants adressés par le M E N ( carte lettre avec espace réponse ).
- - relation avec **la P M I** : Idem
- - relation avec **la C C P E** : Le C M P P s'occupe de la névrose des enfants, névrose pouvant certes influencer sur les apprentissages, mais il pense ne pas avoir à se préoccuper des résultats scolaires et du comportement de l'enfant en classe.
- - relation avec la **C O P** : Idem C C P E
- - relation avec le **C M P** : Aucune

#### **C M P :**

- - relation avec **la psychologue scolaire** : Le psychiatre suppose qu'il y a malentendu entre la psychologue du RASED et le C M P entraînant une impossibilité de travail en commun.
- - relation avec **le M E N** : Pas d'espace commun, le M E N s'occupant de l'organique, le C M P du psychique
- - relation avec **la P M I** : La P M I détecte et adresse à l'intersecteur les pathologies les plus graves et les plus précoces, en particulier l'autisme. Il a à cette occasion des rapports plus étroits avec le C M P
- - relation avec **la C C P E** : La psychiatre du C M P avait débuté une collaboration avec les commissions de l'Education Nationale : C C P E et équipes éducatives, ce qui lui permettait non pas de prendre connaissance des difficultés scolaires de l'enfant, qu'elle considérait ne pas être de son domaine, mais de venir expliciter les incertitudes évolutives de ses patients, incertitudes contraignant à différer une orientation. Cette collaboration a rapidement cessé en raison de l'incompréhension supposée des parents devant cette confusion des rôles, ce mélange de l'école et du soin. Le C M P essaye de faire bouger le psychisme de l'enfant alors que selon elle la C C P E et la C D E S veulent en prendre un instantané et en déduire une orientation, ce qui n'est guère compatible.
- - relation avec **la C O P** : Aucune
- - relation avec **les psychologues et psychiatres de ville** : Les psychiatres et psychologues de ville consultés par vraisemblablement peu d'enfants sont assez éloignés

( 20-40 km ). Les contacts avec le C M P ne se font que dans le cadre d'une orientation ou d'une hospitalisation ( de jour ou non ), la plupart du temps non par communication d'éléments diagnostics, mais par envoi en " expertise " de l'enfant au psychiatre du C M P. Cela la contraint à juger en quelques instants de l'état de santé mentale et des possibilités évolutives d'un enfant souvent suivi de longue date par ailleurs...

- - relation avec **l'hôpital de jour** : les relations avec l'hôpital de jour ( H J ) sont simples du fait de la communication intraservice, permettant une prise de décision concertée avec un projet construit précédant l'hospitalisation. De ce fait le C M P est la seule structure locale permettant une admission en H J sans nécessiter de nouvelle consultation.

*Au total, les services de l'Education Nationale travaillant au niveau du primaire ( C C P E, R A S E D, M E N ) arrivent à fonctionner ensemble et avec la P M I. Ceux du secondaire souffrent de l'absence d'un psychologue ayant une bonne connaissance des enfants, absence mal compensée par la bonne volonté du M E N. Pour ce qui est des partenaires extérieurs, contrairement à ce qui se passe dans le domaine de l'organique, où les intervenants extérieurs ont à cœur d'apporter leur contribution à la meilleure intégration possible de l'enfant et à sa protection au sein de l'école, dans le domaine de la santé mentale le mot d'ordre dans ce secteur semble être : cloisonnement. Ainsi les C M P et C M P P considèrent que le secret professionnel s'étend jusqu'aux noms des élèves suivis, et qu'il serait dommageable qu'il y ait communication entre l'espace scolaire et l'espace thérapeutique.*

*La rupture dans le suivi des enfants présentant des troubles du comportement lors du passage CM 2 - 6 ème semble donc provenir :*

- de la différence de politiques entre la C C P E, " chapeautant " une partie de ce suivi dans le primaire, et la C C S D, s'intéressant essentiellement à l'orientation dans le secondaire
- de la différence de fonctions entre la psychologue scolaire assurant ce suivi dans le primaire et la C O P ne s'occupant que d'orientation dans le secondaire
- de l'indifférence et même de l'opposition des deux principaux partenaires de santé mentale, à savoir le C M P et le C M P P, à partager ce suivi quant aux enfants qu'ils soignent, et à prendre part aux différents types de prévention.

### **III. La place du M E N et l'articulation des différentes interventions**

#### ***Propositions et perspectives***

L'enquête démontre qu'il n'y a pas d' « espace de partage » commun à tous les intervenants. La politique locale des centres de soins étant basée sur la non-intrication du pédagogique et du soin, certaines personnalités ayant fait montre d'incompatibilités, tout travail communautaire est actuellement impossible.

En revanche l'enquête a également mis en évidence la place que le M E N pouvait ( devait ) avoir auprès de ces acteurs, travaillant avec chacun et servant de lien à tous. Le C M P et le C M P P la lui avait refusée jusqu'alors en raison de leur rejet de l'Education Nationale et par non-reconnaissance de sa qualité de professionnel de santé mentale. La P M I l'avait réduite à une simple continuation de leur travail par manque d'objectif commun. La psychologue scolaire pour ne pas médicaliser le psychique.

Les réunions itératives nécessitées par l'enquête ont permis au M E N d'argumenter son rôle d'interface entre le pédagogique et le soin. Il a pu expliciter l'intérêt de croiser la démarche thérapeutique avec le vécu quotidien de l'enfant à l'école. Les thérapeutes ont pu entendre qu'ils pouvaient partager le secret professionnel avec lui et définir ensemble une aide à l' « enfant-élève ».

Cette nouvelle attribution des rôles a permis de mettre en place des actions et a ouvert le champ à d'autres perspectives que nous allons détailler.

#### **A. Le M E N, la P M I et les enseignants du primaire**

La P M I assure le suivi des enfants jusqu'à six ans, soit, dans le secteur, jusqu'à la fin de la maternelle. Les dossiers sont ensuite remis au S P S F E qui prend en charge l'enfant. Les entretiens ont permis de mettre en évidence la frustration de la P M I due à son ignorance du devenir de l'élève.

Une première étape a été franchie par la mise en place de réunions de synthèse S P S F E-P M I en fin de cours préparatoire, permettant de partager sur l'évolution à court terme.

Une deuxième étape sur le suivi à long terme dans le domaine de la santé mentale est en

préparation. Une enquête préliminaire sur les dossiers P M I d'enfants de troisième a été effectuée : aucun des élèves présentant des conduites à risque, des troubles de l'humeur ou du comportement à 14-15 ans n'avaient été remarqués lors de l'examen de 4 ans ( 0 cas sur 22 ). Or l'on sait que pour nombre d'entre eux des éléments dysharmoniques étaient déjà repérables. Le M E N et le médecin de la P M I locale vont mettre en place une grille d'examen reposant sur des indicateurs qui pourraient être prédictifs de troubles du comportement à l'adolescence. Cette grille sera consignée dans le dossier médical. Le panel d'indicateurs se devra d'être conséquent. Certains sont relatifs au comportement auprès de la mère et auprès des pairs, d'autres au rapport à la consigne. Les habitudes de vie et l'ambiance familiale pourront en faire partie en prenant des assurances quant à l'éthique.

Cette grille sera également renseignée par le S P S F E lors de l'examen des six ans. L'apparition de perturbations scolaires ou comportementales rapportées par les enseignants ou la psychologue scolaire y sera consignée. La confrontation de cette grille à l'existence de troubles du comportement à l'adolescence doit permettre d'identifier des indicateurs précoces pertinents. Une grille opérationnelle plus restreinte pourra ainsi être définie. Elle devrait être un outil précieux de repérage et d'aide aux familles avant l'apparition de troubles patents.

Cette action nécessite plusieurs améliorations du fonctionnement du S P S F E.

La première est de pallier l'intervalle de temps trop important entre les deux visites systématiques de l'élève : entre le cours préparatoire et la troisième ce sont huit années « blanches » si l'enfant n'est pas signalé. Cela implique une visite intermédiaire qui devra être effectuée au CM2. Ce moment privilégié permettrait de préparer l'entrée en sixième, auprès des parents comme auprès de l'administration du collège ( cf. chapitre III C : « le M E N et le collège » ). Les parents, toujours particulièrement attentifs à chaque changement d'établissement scolaire, pourront être plus facilement sensibilisés à l'idée d'une éventuelle prise en charge psychologique. Cet examen, portant essentiellement sur le dépistage de troubles du comportement, nécessitera une disponibilité que le M E N n'a pas actuellement. La P M I s'est proposée à le réaliser mais il est indéniablement du ressort du S P S F E. On peut escompter que la prise en charge dès le CM2 diminuera le nombre de troubles patents à l'entrée en sixième et à l'adolescence, et donc le temps qu'aura à y consacrer le M E N. Ce temps pourra être réinvesti dans les visites de CM2. La surcharge de travail ne sera donc que temporaire.

La deuxième est la nécessité d'une collaboration plus étroite avec les enseignants du primaire. Ces derniers doivent être sensibilisés à la recherche d'indices comportementaux. Actuellement seuls

l'hyperactivité et l'effondrement des résultats scolaires incitent les instituteurs à interpeller le M E N. Des réunions pédagogiques et des équipes éducatives, avec le soutien actif de l'I E N, peuvent les décider. La notion d'éthique sera bien sûr au cœur des débats.

Il faudra aussi compter avec la capacité ( la volonté ) des structures de soin à accueillir les enfants avant l'arrivée de troubles patents. Nous en reparlerons dans le chapitre III D : Le M E N et le C M P P.

## **B. Le M E N et la psychologue scolaire**

Le S P S F E et la psychologue scolaire font actuellement un travail de dépistage parallèle en école élémentaire. La psychologue, remarquablement présente sur le secteur, assure une prévention primaire et secondaire de qualité. En cas de doute du M E N sur la santé psychique d'un élève elle accepte volontiers d'en discuter. La situation dans le primaire paraît donc assez idyllique mais le passage dans le secondaire est difficile.

Les enfants manquant de maturité, ayant encore besoin de la présence constante d'un adulte, sont très déstabilisés. Une possibilité est de garder ces enfants dans une structure « maternante » jusqu'à 14-15 ans, leur laissant le temps d'accroître leur autonomie. Ceci n'est pas admis par l'Education Nationale, même s'il arrive par ailleurs que les Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté ( S E G P A ), détournées de leurs missions accueillent ces élèves. Le M E N peut mettre en place un accompagnement par un éducateur spécialisé d'un service de soin à domicile en voie de se monter sur le Beauvaisis.

L'école primaire a pu s'adapter aux enfants « limites », présentant des troubles modérés ( une pédagogie différenciée, des exigences comportementales et scolaires modulées ont pu être mis en place ). Le collège quant à lui ne pourra pas continuer cette personnalisation de l'enseignement. Or chaque année quelques élèves décompensent à l'arrivée en sixième ( crises d'anxiété majeures et même décompensation délirante )

Afin d'éviter cette rupture dans la prise en charge à un moment critique le M E N a obtenu de la psychologue scolaire qu'elle l'interpelle au sujet de ces deux types d'enfants au plus tard en CM2. Cela peut très bien s'articuler avec la visite à visée comportementale décrite plus haut.

Un protocole de collaboration M E N-psychologue scolaire a été mis au point, avec l'accord de

l'administration du collège, pour que la psychologue puisse si nécessaire rencontrer à l'intérieur des locaux les élèves de sixième qu'elle suivait. Son point de vue, rendant son histoire scolaire à l'enfant, permettra de différencier plus facilement les simples difficultés d'adaptation à un changement de structures de celles dues à un trouble de la personnalité ou de l'humeur. Ainsi pourra être mis en place au plus tôt une adaptation interne au collège ( tutorat par un enseignant ou un élève plus âgé...) ou un suivi de type C M P P.

Enfin, de façon transitoire, la psychologue scolaire accepte de rencontrer en urgence les élèves du collège en grande détresse psychologique, afin de les accompagner vers une prise en charge extérieure. L'enfant repéré comme dépressif ou suicidaire a en effet souvent besoin d'un accompagnement initial lui permettant d'entrevoir l'effet bénéfique de la parole et d'envisager une psychothérapie. Une psychologue habituée à la thérapie est à l'évidence bien placée pour aider l'enfant à franchir cette première étape.

### **C. Le M E N et le Collège**

La dernière solution sus-citée n'est que provisoire en attendant la création en septembre d'un Point-écoute. Plus à même du fonctionnement du primaire, l'administration du collège a compris la nécessité de financer l'intervention d'une psychologue extérieure pour pallier en partie l'absence de psychologue scolaire dans le secondaire. Le C M P, contacté, n'a pas donné suite faute de moyen. Cette psychologue, mandatée par le Comité d'Hygiène Alimentaire Alcoolologie, passera 2 heures et demi par semaine au sein du collège. Elle effectuera des entretiens avec les élèves en détresse psychologique le désirant, éventuellement après une première approche réalisée par le M E N. Son objectif est soit d'épauler un adolescent en souffrance psychique temporaire ( réactionnelle ), soit de le guider vers une prise en charge extérieure. Cette démarche s'inscrit dans la continuité du travail que la psychologue scolaire avait commencé.

Cette solution, exceptionnelle dans le Beauvaisis rural, entre dans le cadre d'un Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté en voie de création.

L'examen de CM2 déjà évoqué a bien évidemment une retombée au niveau du collège : le M E N pourra aider l'administration du collège à composer les classes avec comme critère complémentaire la personnalité ( la maturité ) de certains élèves. Cela permettra d'éviter le

regroupement fortuit d'élèves en difficulté psychologique. Ou, au contraire, en fonction des nécessités, une sixième d'adaptation à petit effectif pourra être envisagée. Cette classe permettrait un tutorat éducatif privilégié par des professeurs motivés.

#### **D. Le M E N et le C M P P**

Les entretiens itératifs du M E N avec la pédopsychiatre et l'équipe du C M P P ont permis à chacun de mieux appréhender le fonctionnement de l'autre. Le C M P P a réaffirmé son opposition à " faire entrer le psychologique dans l'école ". Il refuse de réfléchir avec les équipes éducatives sur la pédagogie la plus adaptée à entreprendre auprès des élèves suivis.

Par contre le M E N a réussi à faire passer la notion de « secret partagé » entre lui et le centre, éventuellement associé à la psychologue scolaire. Il faudra, bien sûr, que la famille en soit d'accord.

Des rencontres entre la pédopsychiatre et le M E N ont commencé à se tenir à propos de l'évolution psychique et comportementale des enfants. Le déroulement de la thérapie n'est pas abordé mais les dysfonctionnements de la sphère familiale ou scolaire ont pu être discutés. Le M E N a pu secondairement donner aux enseignants des pistes de type éducatif : comment se comporter face à un refus de la consigne, comment gérer et si possible éviter un affrontement. La pédopsychiatre a été très intéressée par certaines situations de conflits repérées à l'école, permettant d'appréhender le vécu scolaire de l'enfant. Ce dialogue n'est effectivement possible que dans le cadre du secret, pour préserver l'image de lieu hors de la réalité scolaire voulue par le C M P P.

Ce type de travail en commun, habituel en d'autres endroits, est tout à fait nouveau ici.

Dans le même ordre d'idée, la pédopsychiatre du C M P P accepte de participer à l'élaboration de projets d'orientation. Elle a pu constater en effet qu'orientation ne rimait pas avec relégation dans l'esprit de l'Education Nationale. Elle s'engage à donner des avis motivés lors des C C P E, abandonnant le concept " d'évolution imprévisible " qui rendait l'avis d'orientation impossible.

Enfin le C M P P s'engage à signaler en retour les enfants venus le consulter sur avis de la psychologue scolaire ou du M E N. Pour que cela prenne toute sa dimension il conviendra que ce soit eux qui adressent les enfants au centre et non plus directement les enseignants. L'intérêt collatéral de cette démarche est que médecin ou psychologue pourront en expliquer le sens aux parents. Il faut en effet que ceux-ci comprennent que le but n'est pas tant une rééducation permettant à l'enfant de

s'adapter à l'école, mais bien un travail psychologique sur les raisons de cette inadaptation. Ceci doit éviter le retrait des enfants du C M P P à la moindre ébauche d'amélioration scolaire. Nous rejoignons ici l'idée d'une collaboration plus active du S P S F E avec les enseignants développée dans le chapitre III A : Le M E N, la P M I et les enseignants du primaire.

### **E. Le M E N et le C M P**

Outre ses missions de soin, le C M P a des objectifs de prévention dans le domaine de la santé mentale. Les textes ( voir chapitre I C 2 : Intersecteur ) sont en effet assez clairs sur la place importante d'acteur ou de maître d'œuvre que l'intersecteur doit avoir. Or l'articulation de la santé scolaire à cette politique plus globale de santé mentale des jeunes paraît fondamentale. Le relais local naturel de cette politique est le C M P. Afin de redonner de l'ambition à celui-ci et de lancer des passerelles vers l'Education Nationale, le M E N a proposé au C M P des interventions à plusieurs niveaux :

- conférences-débats avec les enseignants sur le jeune en détresse, sur les structures de soins, les objectifs nationaux
- interventions auprès des élèves sur les mêmes thèmes dans le cadre de l'éducation pour la santé
- possibilité d'une première consultation de C M P dans les établissements scolaires, particulièrement dans les villages retirés

Ces actions ont deux buts : faire mieux connaître le milieu scolaire au C M P et améliorer l'image de celui-ci. Des années de fonctionnement en circuit fermé, une opacité soigneusement entretenue sur ce qui s'y jouait, la proximité du plus grand hôpital psychiatrique d'Europe ( Fitz-James à cinquante kilomètres ) ont donné une image inquiétante du centre. La quasi-totalité des enfants du secteur qui lui sont adressés préfère consulter au C M P P.

Cette mise en relation est donc indispensable

Quoique intéressé, le C M P dit ne pas pouvoir s'engager dans ce type d'action « par manque de moyens ». Cependant le pédopsychiatre cédant son poste à la fin de l'année, ces propositions seront réitérées auprès de son successeur.

Par contre le principe de réunions avec des enseignants en difficulté pédagogique ou relationnelle avec un élève a été admis, à condition qu'il présente des troubles comportementaux. Cela

répond à une demande profonde des enseignants, parfois dépassés par l'attitude de leurs élèves, désireux à tout le moins de ne pas aggraver les troubles. Ces rencontres seront organisées par le M E N à la demande d'un ou plusieurs membres de la communauté éducative.

D'autre part la pédopsychiatre est prête à discuter des enfants pris en charge par le centre avec le M E N ( si celui-ci découvre qu'ils sont suivis au C M P ), que ce soit sur un plan psychologique, éducatif ou scolaire. Ceci est une avancée importante dans la normalisation des relations C M P – S P S F E.

#### ***F. Réseau de prévention du suicide chez l'adolescent***

Un réseau « prévention du suicide chez l'adolescent » s'est constitué début 1999 dans le secteur, et ceci de façon indépendante du travail effectué par le M E N. Animé par une psychologue du Comité Départemental pour l'Education à la Santé, il comporte 2 psychologues scolaires, 2 infirmières scolaires, le M E N, un infirmier du C M P, l'assistante sociale scolaire, deux assistantes sociales de secteur, une psychologue des services sociaux et trois membres de l'administration du collège d'un bourg voisin. Encore balbutiant, ce réseau a dans ses projets, sous l'impulsion du S P S F E, de créer un lien entre les personnes relais de l'Education Nationale ( S P S F E, psychologue scolaire, C P E... ) et des psychothérapeutes. Ceci afin de favoriser des échanges d'expériences, d'affûter les capacités de dépistage du personnel de terrain et de définir les meilleures stratégies de prise en charge au cas par cas. Ce réseau devait permettre une meilleure connaissance des partenaires et une amélioration du délai de prise en charge des adolescents par l'éventuelle structure soignante.

Actuellement il souffre de la sous-représentation et du sous-engagement de ces structures ( un infirmier psychiatrique pour le C M P, personne pour le C M P P ! )

## CONCLUSION

Ce travail a permis de montrer que l'absence de collaboration entre les acteurs de la santé mentale des jeunes n'est pas une fatalité. Ce dysfonctionnement n'est pas lié aux textes les régissant mais aux dérives de pratiques locales.

Il n'a pas été possible d'ouvrir un espace de parole commun à tous. Peut-être, cela n'est-il pas souhaitable, pour permettre à chacun de préserver sa spécificité ?

Grâce à sa double appartenance ( au système éducatif et au système de soin ) le médecin de l'Education Nationale peut travailler avec chacun et servir de lien à tous, tout en restant garant du secret professionnel.

Sa position d'interface lui permet de monter des actions où œuvrent différents services qui se pensent inconciliables. Il doit articuler les objectifs de chacun pour permettre la création d'une politique commune où chacun a sa place.

Nous en donnons un exemple par le projet de dépistage précoce et de suivi au long cours des troubles du comportement permettant la mobilisation des enseignants, de la psychologue scolaire et des centres de soins, avec des retombées au niveau du collège.

L'objectif à venir désormais est de passer de la coopération à la synergie. Ceci n'étant envisageable que lorsque les premiers fruits du travail en commun auront été récoltés. Le déblocage de dossiers d'orientation dans le primaire, l'ébauche de dialogue entre les centres et le collège sont les prémisses très encourageantes d'une articulation des différentes instances au service des enfants en souffrance.

## ANNEXE I

### GRILLE D'ENTRETIEN

*Les entretiens ayant été adaptés à la qualité de l'interviewé, la grille suivante n'est qu'un exemple.*

Qu'est-ce que la santé mentale ?

Historique du service

- national
- local

Secteur :

- étendue
- populations enfants
- quel type de dépistage systématique ?

Suivis :

- nombre
- type ( soutien, conseil aux enseignants...)
- répartitions géographique et par âge
- qui demande ?
- accord des parents, voire collaboration
- motifs d'arrêts des suivis
- durée moyenne d'un suivi
- nombre moyen de demande de prise en charge spécialisée
- et quel retour, quel travail en commun ?

### **Politiques actuelles**

1- nationale

2- locale

Objectifs ?

- prévention primaire : dépister, éliminer les facteurs de risque :
- prévention secondaire : dépister et lutter contre l'apparition de la maladie :

- prévention tertiaire : prévention de l'aggravation : prise en charge thérapeutique :

Quel partenariat est envisagé ?

### **Moyens locaux**

- personnels avec disponibilité
- quel temps consacré à la santé mentale ?

### **Partenariat actuel**

- CMPP, CAMPS et relation CMP/HJ
- psychologues de ville
- CDES
- CCPE
- médecine scolaire
- PJJ et apparentés ( combien de suivis en relation avec la justice ? )
- CISS
- sortie d'hôpital avec suivi préconisé ?
- collègues et COP

### **Limitations du partenariat**

- moyens
- relationnel
- secret professionnel
- différence d'objectifs
- volonté de définir un *espace de confidentialité*

### **Possibilités de partenariat avec la médecine scolaire**

### **Possibilités de partenariat avec les autres services**

## ANNEXE II

### détail des enfants suivis

**Psychologue scolaire :** l'ensemble des maternelles et des écoles élémentaires représente 1027 enfants, que la psychologue scolaire considère comme tous suivis. Ils ont de 2 à 12 ans.

**M E N :** Elèves de 2 à 17 ans. Les enfants de maternelle ne sont suivis que sur demande de la C C P E dans le cadre de projet d'accueil individualisé ( P A I ) ou de convention d'intégration ( C I ). Les 618 élèves de l'école élémentaire sont rencontrés au moins une fois en primaire lors de la visite du CP mais en fait seule une vingtaine est suivie régulièrement pour troubles du comportement. Les 519 élèves du collège sont également examinés lors de la visite de sixième mais seuls trente à quarante d'entre eux sont vus plusieurs fois par an pour trouble du comportement ou de l'humeur.

**P M I :** s'il est clair que dans ce secteur la P M I suit les enfants de la naissance à l'entrée en école élémentaire, il est difficile de savoir lesquels font l'objet d'un suivi particulier, en raison du grand nombre d'intervenants ainsi que du nombre de types de suivi pratiqués du fait de l'imbrication avec les services sociaux.

**C C P E :** en moyenne 130 enfants du primaire par an, toutes causes confondues.

**C O P :** une centaine d'enfants du secondaire par an.

**C M P P :** 22 enfants ( 88 autres viennent des secteurs limitrophes ) par an de 5 à 12 ans, avec 50 nouvelles inscriptions annuelles qui ne débouchent pas toutes sur un suivi. Les tranches d'âge sont également représentées avec une pointe en CP.

**C M P :** 45 enfants dont un seul de Grandvilliers, répartis comme suit :

âge :	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans
H	8	14	8
F	6	7	2

## ANNEXE III

### Listes des moyens humains des intervenants de santé mentale

#### **Education Nationale :**

- une psychologue scolaire à plein temps
- une secrétaire de C C P E à quart temps
- une infirmière à quart temps
- un médecin à tiers temps
- une conseillère d'orientation-psychologue sur un cinquième de temps plein
- l'administration du collège

#### **P M I :**

- un médecin à quart-temps
- une infirmière à mi-temps
- une psychologue à quart temps
- trois assistantes sociales
- ...

#### **C M P P :** un jour d'ouverture par semaine, le jeudi, avec, ce jour là :

- une pédopsychiatre
- une orthophoniste
- une psychomotricienne
- une psychologue
- une psychothérapeute
- un psychopédagogue ( deux heures par semaine )
- une assistante sociale

#### **C M P :** un jour d'ouverture par semaine, le mercredi, avec, ce jour-là :

- une pédopsychiatre
- une psychomotricienne
- une psychologue
- un infirmier psychiatrique
- un éducateur
- une assistante sociale

## BIBLIOGRAPHIE

**CHABANIER J.**, *Le CMPP*, Paris, Plaidos - Le centurion, 1988

**FUSTER P., PHILIPPE J.**, *Enfants handicapés et intégration scolaire*, Paris, Armand Colin / Masson, Formation des enseignants, 1996

**SCŒUR A.**, *La politique de santé mentale en question*, Paris, Les études hospitalières, 1995

**Haut Comité de la Santé Publique**, *Santé des enfants, santé des jeunes*, Rennes, Collection avis et rapports, ENSP, 1997

**MARCELLI D.**, *Enfance et psychopathologie*, Paris, Masson, 1996

**MARCELLI D., BRACONNIER A.**, *Psychopathologie de l'adolescent*, 2ème édition, Paris, Masson, 1988

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**, *DSM-III-R*, Paris, Masson, 1989

**CAGLAR H.**, *La psychologie scolaire*, Vendôme, Presses Universitaires de France, 1989

### **Lois et décrets:**

**Loi n° 75-534 du 30 juin 1975** : loi d'orientation en faveur des personnes handicapées

**Décret n° 75-1166 du 15 décembre 1975** : décret d'application de la loi **75-534 du 30 juin 1975** et relatif à la composition et au fonctionnement de la commission de l'éducation spéciale et des commissions de circonscription.

**Décret du 18 février 1963 Annexe XXXII** : réglementant les C M P P

### **Circulaires :**

**Circulaire 90-082 du 9 04 1990** : Mises en place et organisation des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

**Circulaire 90-083 du 10 04 1990** : Missions des psychologues scolaires

**Circulaire n°76-156 et n° 31 du 22 avril 1976** : Composition et fonctionnement des commissions de l'éducation spéciale et des commissions de circonscription.

**Circulaire n°443 du 16 mars 1972** : relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et les déficiences mentales

**Circulaire du 14 mars 1990** : relative aux orientations de la santé publique.

**Circulaire du 11 décembre 1992** : relative aux orientations de la santé mentale en faveur des enfants et des adolescents

**Circulaire du 24 juin 1991** : Missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves