

# **E H E S P**

Ecole des hautes études  
en santé publique

---

**Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale**

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **Mars 2008**

---

## **LE POSITIONNEMENT DES CMPP DANS LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP ET DE LA SANTE MENTALE EN ÎLE-DE-FRANCE**

---

**Antoine PHILIPPS**

---

# Remerciements

---

Tout d'abord, je tiens à remercier **Mme BILGER**, inspectrice principale, responsable du service Politique Médico-Sociale du handicap (PMSH) à la DRASSIF, qui m'a ouvert grandes les portes de son service, m'a proposé ce thème de travail, m'a fait participer au travail de concertation avec les DDASS franciliennes et avec les CMPP et a toujours été disponible pour m'apporter son aide et son soutien dans mes recherches et mes entretiens.

Je veux remercier tout **le service PMSH** pour son accueil chaleureux et sa disponibilité, et particulièrement **Mme DANIEL**, responsable de l'enfance handicapée, qui a toujours été présente pour m'aiguiller dans mon travail.

Je remercie **Mme DEVEAU**, directrice adjointe du pôle social de la DRASSIF, pour ses précieuses remarques sur les CMPP.

Je remercie aussi **Mme LETAN**, secrétaire du pôle social de la DRASSIF, qui m'a fait un peu de place dans son bureau avec bonne humeur et gentillesse.

Je remercie toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à mes questions dans l'administration des affaires sanitaires et sociale. Je veux aussi souligner la grande disponibilité de la plupart des **directeurs de CMPP et de CMP**, leur cordialité à répondre à toutes mes interrogations et leur volonté de coopérer.

Je remercie enfin **tous mes collègues élèves IASS de la promotion 2006-2008** qui m'ont ponctuellement apporté leur aide dans l'élaboration de ce travail, et auxquels je porte une très grande affection.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 LES CMPP : DES STRUCTURES HISTORIQUEMENT INCONTOURNABLES EN ILE-DE-FRANCE MAIS SOUFFRANT AUJOURD’HUI D’UN MANQUE DE VISIBILITE</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Des initiatives de terrain tardivement reconnues par les pouvoirs publics</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 Des établissements innovants nés hors de tout cadre réglementaire .....	5
a) Un même objectif pour deux projets différents .....	5
b) Des structures anciennes et hétérogènes .....	6
1.1.2 La naissance tardive d’un statut réglementé.....	7
a) La définition réglementaire des CMPP.....	7
b) La prise en charge en CMPP .....	8
c) Les structures et institutions environnant les CMPP .....	9
<b>1.2 Des CMPP nombreux en Île-de-France, mais mal répartis et hétérogènes</b> .....	<b>11</b>
1.2.1 Une région bien dotée et inégalement couverte en CMPP.....	11
a) Un taux d’équipement régional en CMPP supérieur à la moyenne nationale.....	11
b) Analyse de la répartition régionale des CMPP au regard de leur activité .....	14
1.2.2 Au-delà des chiffres, la diversité du réel.....	16
a) Des centres médico-psycho-pédagogiques : médicaux ou pédagogiques ? .....	16
b) Des CMPP dans le secteur sanitaire ?.....	17
c) Des CMP dans le secteur médico-social ? .....	17
d) Les CMPP, entre CAMSP et BAPU ?.....	18
<b>1.3 Les CMPP : une problématique repérée au niveau régional par les services déconcentrés</b> .....	<b>18</b>
1.3.1 Les CMPP : acteurs et enjeux des réformes de la santé mentale et du handicap .....	18
a) Les CMPP, acteurs de la politique de santé mentale aux côtés des CMP.....	19
b) Les CMPP au cœur des réformes médico-sociales et de la politique du handicap .....	20
1.3.2 Des blocages politiques qui légitiment la recherche d’une meilleure connaissance des CMPP par les services déconcentrés .....	20
a) Peu de financements nouveaux pour les CMPP .....	20
b) Des blocages dus à une méconnaissance par les pouvoirs publics .....	22

## **2 UN POSITIONNEMENT COMPLEXE ET EVOLUTIF A LA CONFLUENCE DU HANDICAP ET DE LA SANTE MENTALE : ENJEUX ET PERSPECTIVES POUR LES CMPP ET LES SERVICES DECONCENTRES D'ILE-DE-FRANCE 23**

<b>2.1</b>	<b>Des établissements médico-sociaux à visée médico-pédagogique qui peinent à trouver leur place dans le monde du handicap.....</b>	<b>23</b>
2.1.1	Un caractère médico-social lié à une approche pédagogique .....	23
a)	L'ancrage juridique des CMPP dans le médico-social .....	23
b)	Le lien avec l'école au coeur du caractère médico-social des CMPP .....	24
c)	Une application contrastée de la loi du 02 janvier 2002.....	26
2.1.2	Des structures isolées dans le monde du handicap.....	27
a)	Les CMPP relèvent-ils vraiment du monde du handicap ? .....	27
b)	La loi du 11 février 2005, ou le glissement mal accepté de la maladie mentale vers le handicap .....	29
c)	Une articulation difficile avec les autres structures médico-sociales du handicap, et particulièrement avec les CAMSP .....	31
<b>2.2</b>	<b>CMPP médico-sociaux et CMP sanitaires : structures redondantes ou structures complémentaires ?.....</b>	<b>32</b>
2.2.1	La convergence des prises en charge en CMPP et en CMP .....	32
a)	Le CMPP historiquement associé au secteur de psychiatrie infanto-juvénile .....	33
b)	Des prises en charge convergentes malgré la différence de statuts .....	33
c)	Les CMPP sont-ils vraiment plus pédagogiques que les CMP ? .....	34
2.2.2	Une spécificité défendue par les CMPP franciliens .....	36
a)	Des convergences reconnues par les CMPP d'Île de France .....	36
b)	Des différences revendiquées par les CMPP .....	36
c)	La diversité de la prise en charge, vraie garantie de sa qualité ? .....	37
<b>2.3</b>	<b>La difficulté pour les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales de penser globalement les politiques de santé mentale et du handicap.....</b>	<b>37</b>
2.3.1	Santé mentale, handicap, éducation : des logiques différentes.....	38
a)	Que reste-t-il de la « double direction » des CMPP ? .....	38
b)	Le cloisonnement des services des DDASS/DRASS .....	39
c)	La difficile articulation de la santé mentale et du handicap.....	40
2.3.2	Les CMPP face aux services déconcentrés : une relation à renouveler ?.....	41
a)	Coûts et financement : la nécessité d'un diagnostic .....	41
b)	Quels interlocuteurs pour les services déconcentrés ? .....	42
c)	Les résistances des CMPP aux initiatives des services déconcentrés .....	44
d)	Une piste d'amélioration ouverte avec le projet d'enquête annuelle impulsé en 2007 par la DRASSIF.....	45

### **3 PRECONISATIONS : DES CMPP A LA VISEE PEDAGOGIQUE REAFFIRMEE, ANCRES DANS LE MEDICO-SOCIAL MAIS INTEGRES DANS UN DISPOSITIF DECLOISONNE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT..... 47**

<b>3.1 Réaffirmer le caractère pédagogique des CMPP .....</b>	<b>47</b>
3.1.1 OBJECTIF A : Encourager le recours à la double direction dans les CMPP .....	47
<b>(α) Faire un état de lieux de la double direction en Île-de-France.....</b>	<b>47</b>
<b>(β) Sensibiliser les CMPP à l'importance de la double direction.....</b>	<b>48</b>
<b>(γ) Encourager la mise en place d'un DAP quand il n'en existe pas .....</b>	<b>48</b>
3.1.2 OBJECTIF B : Formaliser les liens avec l'institution scolaire .....	48
<b>(δ) Favoriser les interventions des CMPP dans les écoles .....</b>	<b>48</b>
<b>(ε) Se mettre en contact régulier avec l'administration de l'Education Nationale .....</b>	<b>49</b>
<b>(ζ) Former les intervenants en CMPP à l'approche éducative .....</b>	<b>49</b>
3.1.3 OBJECTIF C : Mieux apprécier le montant du forfait par séances.....	49
<b>(η) Faire un diagnostic des forfaits accordés aux CMPP en Île-de-France.....</b>	<b>49</b>
<b>(θ) Introduire des bonus-malus en fonction de l'activité hors-consultations du CMPP.....</b>	<b>50</b>
<b>3.2 Ancrer les CMPP dans le médico-social.....</b>	<b>50</b>
3.2.1 OBJECTIF D : Faire des CMPP des établissements médico-sociaux à part entière.....	50
<b>(ι) Contrôler avec souplesse la bonne application de la loi du 02 janvier 2002.....</b>	<b>51</b>
<b>(κ) Réfléchir à la création de CMPP expérimentaux spécialisés dans le handicap.....</b>	<b>51</b>
<b>(λ) Harmoniser progressivement les tranches d'âge des enfants reçus par les CMPP au niveau régional .....</b>	<b>51</b>
3.2.2 OBJECTIF E : Accompagner le changement de mentalités sur le handicap .....	52
<b>(μ) Accompagner la modification de la notion de handicap .....</b>	<b>52</b>
<b>(ν) Participer aux campagnes de déstigmatisation du handicap.....</b>	<b>52</b>
3.2.3 OBJECTIF F : Pérenniser la démarche d'enquête annuelle et d'harmonisation des rapports d'activité .....	52
<b>(ξ) Poursuivre et enrichir l'enquête régionale lancée en 2007 .....</b>	<b>53</b>
<b>(ο) Pérenniser le dialogue partenarial avec les CMPP .....</b>	<b>53</b>
<b>3.3 Décloisonner et mieux planifier la prise en charge des enfants.....</b>	<b>53</b>
3.3.1 OBJECTIF G : Décloisonner les approches médico-sociale du handicap et sanitaire de la maladie mentale au sein des DDASS/DRASS.....	53
<b>(π) Mettre en place d'un outil commun de recensement.....</b>	<b>54</b>
<b>(ρ) Décloisonner le diagnostic des besoins dans le cadre de la planification .....</b>	<b>54</b>
3.3.2 OBJECTIF H : Encourager la formalisation de réseaux entre les CMPP et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile .....	54
<b>(ς) Clarifier la répartition des rôles entre CMPP et CMP .....</b>	<b>55</b>
<b>(τ) Développer les collaborations des structures sanitaires et médico-sociales .....</b>	<b>55</b>
3.3.3 OBJECTIF I : Faire de la DRASS un référent pour les différents intervenants associatifs, hospitaliers ou institutionnels.....	56

(v) Harmoniser les pratiques des différentes DDASS.....	56
(φ) Se positionner comme relais entre les CMPP et l'administration centrale.....	56
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>57</b>
<b>SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>59</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>
<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>III</b>
<b>ANNEXE 2.....</b>	<b>IX</b>
<b>ANNEXE 3.....</b>	<b>XV</b>
<b>ANNEXE 4.....</b>	<b>XVII</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFCMPP : association française des CMPP  
ALD : affection longue durée  
ANCMPP : association nationale des CMPP  
ANCMPT : association nationale des CMPP territoriaux  
ANCE : association nationale des communautés éducatives  
AME : aide médicale d'Etat  
AP-HP : assistance publique – hôpitaux de Paris  
ARH : agence régionale de l'hospitalisation  
ARHIF : agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France  
ARS : agence régionale de santé  
BAPU : bureau d'aide psychologique universitaire  
CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées  
CDES : commission départementale de l'éducation spéciale  
CAMSP : centre d'action médico-social précoce  
CASF : code de l'action sociale et des familles  
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel  
CHU : centre hospitalier universitaire  
CLIS : classe d'intégration scolaire  
CMP\* : centre médico-psychologique (dispositif aujourd'hui disparu)  
CMP : centre médico-psychologique (rattaché au secteur de psychiatrie)  
CMPP : centre médico-psycho-pédagogique  
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
CPP : centre psycho-pédagogique  
CRAM : caisse régionale d'assurance maladie  
CRAMIF : caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France  
CROS : comité régional de l'organisation sanitaire  
CROSMS : comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale  
CVS : conseil à la vie sociale  
DAF : dotation annuelle de fonctionnement  
DAP : directeur administratif et pédagogique  
DASS : direction des affaires sanitaires et sociales (Paris)  
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DGAS : direction générale de l'action sociale  
DIPC : document individuel de prise en charge

DMS : durée moyenne de séjour  
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
DRASSIF : direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France  
DRESS : direction régionale de la recherche, des études et des statistiques  
EPS : établissement public de santé  
ESMS : établissement social ou médico-social  
ETP : équivalent temps plein  
FANCMPP : fédération des associations nationales de CMPP  
FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux  
GCSMS : groupement de coopération sociale ou médico-sociale  
GEODE : gestion de l'objectif de dépense  
GRAMES : groupe de recherche et d'action médicale, éducative et sociale  
IASS : inspecteur de l'action sanitaire et sociale  
IGAS : inspection générale des affaires sociales  
IGEN : inspection générale de l'Education Nationale  
IME : institut médico-éducatif  
IMPRO : institut médico-professionnel  
MDPH : maison départementale des personnes handicapées  
ONDAM : objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie  
ONDAM-MS : objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie – médico-social  
ORS : observatoire régional de santé  
PMSH : politique médico-sociale du handicap  
PRIAC : programme régional et interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie  
PSPH : participant au service public hospitalier  
RASED : réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté  
RATP : régie autonome des transports parisiens  
RGPP : révision générale des politiques publiques  
SESSAD : services d'éducation spéciale et de soins à domicile  
SNCF : société nationale des chemins de fer français  
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire  
TCA : trouble du comportement alimentaire  
UPI : unité pédagogique d'intégration  
URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie  
USPP : unité de soin psycho-pédagogique



## Introduction

Depuis la création il y a 60 ans<sup>1</sup> au sein du lycée parisien Claude Bernard d'un centre expérimental visant à décloisonner la prise en charge médicale et éducative des enfants en difficulté jusqu'à l'actuelle implantation de plus de 300 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)<sup>2</sup> en France, les CMPP se sont développés au gré des mutations sociales, médicales et politiques. Avec les années, ils ont obtenu une triple reconnaissance : une *reconnaissance par les institutions* qui, dès 1963, ont adoubé et financé, sur l'enveloppe médico-sociale, ces structures originellement issues d'une initiative des acteurs de terrain ; une *reconnaissance par le monde psychiatrique et le monde éducatif* pour lesquels les CMPP sont aujourd'hui des interlocuteurs incontournables ; et enfin une *reconnaissance par le public* qui les connaît et les sollicite.

Né en Île-de-France, c'est aussi là que le projet CMPP a connu le plus grand succès. En 2007, la région compte plus d'une centaine de CMPP, soit près d'un tiers des CMPP nationaux. Cette apparente abondance ne peut cacher ni les disparités entre départements, ni l'importance des besoins ressentis par les acteurs de proximité. Elle ne doit pas non plus faire oublier la diversité des CMPP qui, au-delà de la circulaire du 16 avril 1964 relative au fonctionnement général et au financement des CMPP, se sont fondés chacun sur une histoire différente et ont développé chacun une relation différente à la psychanalyse, un équilibre différent entre « *la tentation médicale* » et « *la tentation sociale* »<sup>3</sup>, un regard différent sur l'enfant et sa famille, et un mode de fonctionnement fortement dépendant des priorités de l'association ou de la collectivité qui en est gestionnaire. Ainsi, en Île-de-France, au-delà des différences de taille ou de public accueilli, les situations peuvent être très diverses : CMPP municipaux, associatifs voire dépendant de la RATP ou de la SNCF, CMPP ayant des conventions CAMSP (centre d'action médico-social précoce) ou BAPU (bureau d'aide psychologique universitaire), CMPP isolés ou rattachés à de grosses associations, CMPP totalement tournés vers le soin ou CMPP priorisant la prise en charge éducative... Certaines situations sont même à la limite de l'hétérodoxie : on trouve ainsi des CMPP rattachés à des hôpitaux ou inversement des centres médico-psychologiques (CMP) non sectorisés et rattachés à des associations à la manière de CMPP.

---

<sup>1</sup> En mai 1946

<sup>2</sup> Il est difficile d'obtenir une estimation précise du nombre de CMPP existant en France comme nous le verrons par la suite.

<sup>3</sup> SWAIN G. Dialogue avec l'intéressé. Paris. Gallimard. 1994

Cette hétérogénéité de situations rend difficile l'appréhension de ces structures par les autorités de tarification, principalement par les services centraux ou déconcentrés des ministères concernés. Or, les CMPP sont des structures financées sur les crédits handicap distribués par les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales. Les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) sont donc amenés à approuver les budgets prévisionnels et les comptes administratifs des CMPP, ainsi qu'à recevoir les rapports d'activité des différentes associations ou CMPP. Ils doivent donc connaître les modes de fonctionnement et de financement de ce type de structures, ainsi que les problématiques que l'application des nouvelles dispositions législatives peut induire pour les CMPP. Par ailleurs, les CMPP font partie des programmes régionaux et interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC) coordonnés par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Une bonne connaissance de l'offre médico-sociale et sanitaire proposée par les CMPP est nécessaire pour analyser, dans le cadre des priorités pointées par le PRIAC, les besoins d'un territoire, et pour apprécier la couverture médico-sociale de la région. Enfin, les CMPP sont, avec les CMP, à la charnière des domaines sanitaire et médico-social. Ils sont donc particulièrement intéressants à étudier dans l'optique du décloisonnement de ces deux domaines et dans leur articulation au sein des exercices concurrents de planification.

Les CMPP doivent aujourd'hui trouver et défendre leur position au sein d'un paysage sanitaire et médico-social en constante recomposition. Si, à leur création, ils ont occupé une place centrale dans la prise en charge des enfants en difficulté scolaire et/ou psychologique en proposant une approche inédite - à la fois environnementale et transdisciplinaire - des problèmes de l'enfant, ils doivent aujourd'hui se positionner par rapport au secteur de psychiatrie infanto-juvénile qui propose, au sein des centres médico-psychologiques (CMP), des modalités de prise en charge assez similaires et par rapport au secteur médico-social qui s'est profondément diversifié ces dernières années. Les CMPP, dont la référence thérapeutique reste presque exclusivement psychanalytique, sont-ils vraiment encore des structures médico-sociales au sens où l'entend la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ? Comment se positionnent-ils par rapport à la psychiatrie de secteur ? Quelle est leur place auprès de l'école et leur rôle dans l'intégration scolaire des enfants handicapés ? Comment légitiment-ils le coût des séances par rapport au coût des séances de psychiatrie de ville ? Comment ressentent-ils la contrainte de l'enveloppe médico-sociale ? Quel équilibre doivent-ils, et veulent-ils, trouver entre le suivi médical, le suivi paramédical, le suivi scolaire et éducatif, et le suivi social et familial ? Quelle est la place du handicap dans des structures financées par des crédits handicap, mais n'accueillant qu'une petite

minorité d'enfants handicapés et restant assez réticentes à la notion émergente de handicap psychique introduite par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ? **Quels sont aujourd'hui le positionnement et la plus-value des CMPP dans le dispositif de prise en charge du handicap et de la santé mentale en Île-de-France ?**

La méthodologie suivie en vue de répondre à cette question s'est articulée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, une phase de *documentation* et *d'observation* a été privilégiée afin de bien cerner la problématique des CMPP du point de vue des services déconcentrés : à cette fin, des *entretiens avec des inspecteurs chargés de ces domaines à la DRASS ou au sein de l'administration centrale* ont été réalisés, qui ont permis de comprendre les logiques en œuvre sur ce sujet dans les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et dans la DRASS. *Une analyse de l'état des financements des CMPP dans le PRIAC d'Île-de-France* et la *participation aux réunions d'élaboration d'une enquête annuelle CMPP* en coopération avec les CMPP franciliens sont venues compléter cette évaluation de la perception « interne » de la question des CMPP. Ce premier état des lieux a été complété par *l'utilisation des données du handicap en Île-de-France, mais aussi de celles concernant les secteurs de psychiatrie infanto juvénile* (GEODE, campagne de remontée des indicateurs médico-sociaux, récupération et exploitation de l'annuaire des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie). La dernière phase (en septembre 2007) s'est déroulée sous la forme *d'entretiens avec une dizaine de directeurs de CMPP en Île-de-France et avec un médecin responsable d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile*. Les CMPP enquêtés ont été choisis sur trois critères : il s'agissait de CMPP reconnus comme référents par les différentes DDASS ; il s'agissait de CMPP situés dans des départements de préférence différents ; enfin, il s'agissait de CMPP de taille diverse, avec si possible des modes de prise en charge ou des histoires différentes. Ces CMPP ont été de nouveau contactés en décembre 2007 pour l'obtention d'informations complémentaires.

Ces différentes démarches ont permis de développer une analyse ainsi articulée. Après avoir dressé un rapide état des lieux de l'offre francilienne de prise en charge ambulatoire pour les enfants en difficulté psychologique et/ou scolaire et après avoir exposé les constats qui font des CMPP une problématique régionale (1), nous analyserons les questions que pose, pour les services déconcentrés de l'Etat, le positionnement de ces établissements au sein de l'offre médico-sociale et sanitaire et à la jonction du handicap et de la santé mentale (2). Enfin nous proposerons quelques préconisations visant à redéfinir la place et à améliorer la visibilité des CMPP au sein des politiques publiques régionales (3).

# **1 LES CMPP : DES STRUCTURES HISTORIQUEMENT INCONTOURNABLES EN ÎLE-DE-FRANCE MAIS SOUFFRANT AUJOURD'HUI D'UN MANQUE DE VISIBILITE**

Enracinés de longue date dans une logique de prise en charge transdisciplinaire des enfants (1.1), les CMPP sont particulièrement nombreux mais inégalement répartis en Île-de-France (1.2). Ils sont aujourd'hui au cœur de certains blocages politiques qui posent la question de leur intégration au sein des dispositifs médico-social du handicap et sanitaire de la santé mentale (1.3).

## **1.1 Des initiatives de terrain tardivement reconnues par les pouvoirs publics**

Nés de la rencontre du monde de la prévention sanitaire et du monde de l'éducation (1.1.1), le fonctionnement et le financement des CMPP n'ont été qu'ultérieurement définis par les pouvoirs publics (1.1.2).

### **1.1.1 Des établissements innovants nés hors de tout cadre réglementaire**

Pour bien saisir la problématique actuelle des CMPP, un bref rappel historique s'impose, d'autant que la plupart des questions que soulèvent les CMPP aujourd'hui sont directement corrélées à leur origine.

#### **a) *Un même objectif pour deux projets différents***

Les centres médico-psycho-pédagogiques trouvent leur origine dans la volonté de quelques personnalités du monde de l'école et du monde de la santé de décloisonner la prise en charge des enfants qui présentaient des difficultés d'ordre scolaire et/ou psychologique. « *Les CMPP, en ce qu'ils rallient en leur sein l'éducatif, le pédagogique et la santé, font partie des grandes idées novatrices de l'après-guerre* », déclare M. Sinety<sup>4</sup>. Comme l'écrit M. Kuypers, avant la création de structures *ad hoc*, « *il n'existait [...] que peu de centres de consultations : quelques consultations hospitalières relevant de la*

---

<sup>4</sup> SINETY (de) J.-M., ROSE P. A propos des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534

*discipline appelée neuropsychiatrie, des dispensaires dont la fonction était limitée au diagnostic et à l'orientation vers les établissements spécialisés* »<sup>5</sup>.

Deux initiatives parallèles ont dessiné les premiers contours d'une prise en charge « psycho pédagogique ». D'un côté, une initiative issue du monde éducatif conduit à la création, le 22 mai 1946, d'un « centre psycho-pédagogique » (CPP) au sein du Lycée Claude Bernard, fonctionnant dans des locaux prêtés par l'Education Nationale et avec une équipe de professeurs et d'instituteurs mis à disposition. Une double direction (Ministère de la Santé / Ministère de l'Education Nationale) est mise en place. Comme le souligne Gustave Roussy, alors recteur de l'Académie de Paris, ce centre est créé dans une perspective « *uniquement préventive* » et « *s'interdit tout traitement d'ordre médical* »<sup>6</sup> - il est d'ailleurs à noter que le mot « médical » n'est pas intégré dans le sigle CPP. Cette expérience, unique en France, sera reproduite et, en 1954, il existe 3 CPP en France. En parallèle à ces CPP, une autre initiative issue elle du monde médical va se développer sous la forme de « centres médico-psychologiques » (CMP\*) (*à ne pas confondre avec leurs homonymes que sont les CMP ou centres médico-psychologiques de secteur tels qu'ils existent aujourd'hui*), dont le premier exemple, le centre E. Clarapède, sera créé en 1949. Leur projet de prendre en charge les enfants de façon globale dans leur environnement se rapproche beaucoup de celui des CPP, mais s'en distingue par une animation plus tournée vers le soin que vers la pédagogie.

#### **b) Des structures anciennes et hétérogènes**

L'absence de cadre réglementaire a permis à ces deux types d'établissements de se développer, de façon quelque peu anarchique tant dans leur mode de fonctionnement que dans leur répartition sur le territoire. Aujourd'hui encore, cette autonomie est chère aux CMPP qui « *dans la représentation qu'ils se font d'eux-mêmes, entretiennent le côté pionnier qui les caractérise* »<sup>7</sup>. Ce n'est qu'en 1963 qu'un décret<sup>8</sup> vient fusionner les courants paraéducatifs et médicaux. Les « CPP » et les « CMP\* », devenus « CMPP », se trouvent désormais régis par un même texte, et leurs financements sont harmonisés. La plupart des CMPP naîtront durant les deux décennies qui suivent ce décret. Ainsi, en Île-de-France<sup>9</sup>, 63% des CMPP aujourd'hui en activité ont ouvert leurs portes entre 1966

---

<sup>5</sup> KUYPERS P. La pratique de la psychanalyse dans les CMPP. Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1996, n°3

<sup>6</sup> TETARD F. Regards sur l'histoire des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534

<sup>7</sup> TETARD F. Regards sur l'histoire des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534

<sup>8</sup> Décret n° 63-146 du 18 février 1963

<sup>9</sup> En ne prenant en compte que les CMPP recensés sur la base FINISS

et 1975. Les CMPP sont donc en grande majorité des structures anciennes, non seulement bien antérieures aux dernières évolutions législatives, mais antérieures même aux deux grandes lois du 30 juin 1975 relatives au handicap et aux établissements médico-sociaux, ce qui explique sans doute en partie leur caractère un peu atypique dans le monde médico-social. Ils restent par ailleurs fortement conditionnés par la séparation entre deux courants d'origine différente qui a laissé des traces dans le positionnement des différents CMPP : certains tendent en effet vers une prise en charge plutôt médicale pendant que d'autres priorisent la prise en charge para-éducative.

### **1.1.2 La naissance tardive d'un statut réglementé**

#### **a) La définition réglementaire des CMPP**

Les CMPP font partie des établissements sociaux et médico-sociaux<sup>10</sup> mais, à la différence des CAMSP, ils n'apparaissent pas nommément dans la partie législative du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils relèvent de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et donc des articles L.311-1 à L.351-7 du CASF. Leurs conditions techniques d'agrément sont exposées dans l'annexe XXXII ajoutée au décret n°56-284 du 9 mars 1956 par le décret n°63-146 du 18 février 1963. C'est dans l'article 1 de cette annexe que, de façon assez complète, sont définis les CMPP : *« les centres médico psycho pédagogiques pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique sous autorité médicale. Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade. Ils sont toujours mis en œuvre par une équipe composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes sociales et, autant que de besoin, de pédagogues et de rééducateurs. Ils ont pour but de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social. Le traitement comprend une action sur la famille qui peut recevoir au centre toutes les indications nécessaires à la réadaptation de l'enfant et éventuellement toutes les thérapeutiques lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, elles ne peuvent être dispensées ailleurs. Les soins s'étendent à la postcure »*<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Voir la partie 2.1. pour une démonstration plus poussée

La circulaire du 16 avril 1964<sup>12</sup> précise les modalités de fonctionnement général et de financement des CMPP. C'est dans le préambule de cette circulaire qu'est exposé le principe de deux modes de financement distincts pour les tâches de dépistage d'un côté (6 séances prises en charge par le service départemental d'hygiène mentale) et l'activité thérapeutique de l'autre (prise en charge par l'assurance maladie). Ce principe de double financement a été rendu caduque depuis 1986<sup>13</sup> : depuis cette date, la demande de prise en charge par l'Assurance Maladie peut se faire avant le 6<sup>ème</sup> rendez-vous.

### **b) La prise en charge en CMPP**

Les CMPP sont des établissements médico-sociaux pratiquant, en ambulatoire, le dépistage précoce et le traitement sans hospitalisation des enfants de 0 à 20 ans (selon l'autorisation) dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques, psychomoteurs, orthophoniques ou à des troubles du comportement. Il s'agit, dans plus de 90%<sup>14</sup> des cas, d'établissements privés gérés par des associations loi 1901 à but non lucratif. Concrètement, les consultations ont lieu dans le centre, suivant un rythme en général hebdomadaire : en 2001, 73% des jeunes suivis en CMPP en France étaient reçus au centre au moins une fois par semaine<sup>15</sup>.

Pour admettre des enfants, la circulaire du 22 avril 1976<sup>16</sup> exempte les CMPP et les CAMSP d'un avis préalable de la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES), aujourd'hui remplacée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), l'acceptation par le médecin-conseil de la sécurité sociale suffisant. Une prise en charge en CMPP est initiée par une démarche des parents qui, sur le conseil d'un médecin, d'un autre intervenant ou de leur propre initiative, prennent un premier contact avec un CMPP, de préférence celui qui est le plus proche de leur domicile ou de l'école de l'enfant<sup>17</sup>. Le secrétariat, l'assistante sociale, voire le psychiatre qui reçoit la demande fixe alors un premier rendez-vous dans des délais variables qui peuvent aller d'une semaine à plusieurs mois, selon la gravité du cas et la

---

<sup>11</sup> Annexe 1

<sup>12</sup> Annexe 2

<sup>13</sup> Circulaire n°126 du 6 décembre 1985 relative aux modalités provisoires de prise en charge par l'assurance maladie des frais de sectorisation psychiatrique ainsi qu'aux dispositions spécifiques aux CMPP à compter du 1<sup>er</sup> Janvier

<sup>14</sup> Livre blanc sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Seine-Saint-Denis du 6 juin 2003, réactualisé en 2005 ([http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/livre\\_blanc\\_21\\_11\\_2005.pdf](http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/livre_blanc_21_11_2005.pdf))

<sup>15</sup> COLDEFY M. Les enfants et adolescents pris en charge dans les Centres médico-psycho-pédagogiques. Etudes et Résultats, DRESS, avril 2005, n°392.

<sup>16</sup> Circulaire N°31 AS et n° 76-156 du 22 avril 1976 sur la composition et fonctionnement des commissions de l'Education spéciale et des commissions de circonscription

<sup>17</sup> Les CMPP sont, idéalement, implantés à proximité des écoles.

longueur de la file d'attente de l'établissement. Quand la demande n'est pas adaptée, elle est redirigée vers des structures du handicap ou de la psychiatrie (pour les cas les plus lourds) ou vers des institutions de soutien scolaire (pour les cas qui ne relèvent pas de l'inadaptation).

La multidisciplinarité des intervenants en CMPP permet d'adapter la prise en charge de l'enfant à ses besoins dans toute leur diversité. L'enfant pourra bénéficier de consultations avec un orthophoniste, un psychomotricien ou un psychiatre, ce qui permet d'appréhender globalement l'éventail de ses difficultés. La plupart des centres proposent des thérapies individuelles, mais aussi des psychopédagogies, des thérapies de groupe, des psychodrames ou des thérapies familiales. Les CMPP s'appuient tous<sup>18</sup> sur les théories psychanalytiques et tous les directeurs de CMPP rencontrés se déclarent sceptiques face à la tendance à médication, comme l'extension de l'usage de la rétaline pour les enfants hyperactifs. Dans la majorité des cas, le rôle de prévention des CMPP est rempli et les enfants retournent, à la sortie, à une situation normale.

### **c) Les structures et institutions environnant les CMPP**

Les CMPP, du fait de leurs missions, sont amenés à côtoyer d'autres structures et institutions que nous décrivons rapidement et sur lesquelles nous reviendrons plus en détail si besoin, car elles jouent un rôle fondamental dans les évolutions actuelles de la prise en charge en CMPP.

- Le premier partenaire des CMPP est l'école. Dans les CMPP visités pendant l'enquête, entre 30 et 50% des enfants pris en charge ont été adressés par des personnels de l'Education Nationale (médecins scolaires, assistantes sociales, infirmières scolaires, professeurs, personnels encadrants, ...). Les CMPP font des interventions dans les écoles, sont des points de contact entre enseignants et psychiatres et utilisent souvent des enseignants mis à disposition par l'Education Nationale. Enfin, les enfants traités en CMPP sont très souvent scolarisés : 98 % dont 91 % en classe ordinaire<sup>19</sup>. La montée en charge des unités spécialisées dans les écoles (CLIS<sup>20</sup>, UPI<sup>21</sup>) et l'intégration scolaire généralisée par la loi du 11 février

---

<sup>18</sup> Marginalement, quelques rares CMPP provinciaux ont parfois recours à des non-psychanalystes.

<sup>19</sup> Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. Chantal Cases, Emmanuelle Salines. Disponible sur Internet : <http://164.131.244.17/drees/rfas/rfas200401/200401-art11.pdf>

<sup>20</sup> Les CLIS (Classes d'Intégration Scolaire) sont des structures dédiées aux enfants issus du primaire et présentant un handicap mental, auditif, visuel ou moteur mais pouvant tirer profit, en milieu scolaire ordinaire, d'une scolarité adaptée à leur âge



2005<sup>22</sup> ont conduit, comme nous le verrons, à une redéfinition de l'approche pédagogique en CMPP.

- Les CMPP doivent aussi trouver leur place parmi les autres structures médico-sociales recevant des enfants handicapés que ce soit en internat ou en externat (IME<sup>23</sup>, IMPRO<sup>24</sup>, ...), à domicile (SESSAD<sup>25</sup>) ou, comme les CMPP, en ambulatoire (CAMSP, BAPU). Les CAMSP, définis dans les articles L.2132-4 et L.2112-8 du code de la santé publique (CSS), ainsi que dans les articles L.343-1 et L.343-2 du CASF et dans l'article L.174.13 du Code de la Sécurité Sociale, sont aujourd'hui, dans le secteur médico-social, les structures les plus proches des CMPP. Ils sont financés par dotation globale, à hauteur de 80% par l'Etat et de 20% par le conseil général. Evoqués dans la loi de 1975, les CAMSP ont été organisés par l'annexe XXXII bis<sup>26</sup> ajoutée par le décret n°76-389 du 15 avril 1976 au décret n°56-284 du 9 mars 1956 et « ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées ». A priori, en terme de fonctionnement, la plus grande différence entre CMPP et CAMSP est l'âge des enfants reçus : mais dans les faits, la situation est plus complexe comme nous le verrons plus loin.
- Les structures qui sont aujourd'hui les plus proches des CMPP relèvent du sanitaire : ce sont les CMP des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Le CMP est un établissement public de cure ambulatoire en santé mentale en milieu ouvert rattaché à un centre hospitalier. Impulsés par la circulaire du 13 octobre 1937 créant les dispensaires d'hygiène mentale et les services d'observation et de traitement en milieu ouvert, les CMP ont été sectorisés par la circulaire du 15 mars 1960<sup>27</sup>. L'arrêté

---

<sup>21</sup> Les UPI (Unités Pédagogiques d'Intégration) ont été créées pour accueillir des préadolescents ou des adolescents (de 11 à 16 ans).

<sup>22</sup> loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>23</sup> Institut médico-éducatif

<sup>24</sup> Institut médico-professionnel

<sup>25</sup> Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

<sup>26</sup> On l'a vu, l'annexe XXXII régit quant à elle les CMPP.

<sup>27</sup> « Il est nécessaire de prévoir au chef-lieu un centre d'hygiène mentale doté de locaux propres ; il peut être installé soit dans des locaux indépendants, soit, ce qui paraît préférable, dans un dispensaire polyvalent. Ce centre doit fonctionner au minimum quatre fois par semaine. Dans bien des départements le dispensaire, situé à l'intersection de deux secteurs, confié à deux équipes médico-sociales distinctes, devra être conçu de telle façon que ces deux équipes puissent y exercer en même temps. Dans toutes les villes de plus de 20 000 habitants, un dispensaire doté de locaux individuels dans un dispensaire polyvalent est également à prévoir. Suivant l'importance de la zone desservie, le travail en deux équipes doit, le cas échéant, être prévu. Dans les départements à densité démographique peu importante, certaines agglomérations de plus de 10 000 habitants et même certains gros bourgs représentant des pôles attractifs pour la population environnante

du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement, définit les CMP comme « *des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population.* ». La plupart des difficultés de positionnement des CMPP aujourd'hui concernent le partage des rôles avec le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, avec les CMP donc, mais aussi avec les CATTP<sup>28</sup> ou avec les hôpitaux de jour.

- Les CMPP doivent aussi se positionner envers les médecins de ville (psychiatres, pédiatres, orthophonistes) même si les liens des CMPP avec les professionnels libéraux restent pour le moins embryonnaires.

## **1.2 Des CMPP nombreux en Île-de-France, mais mal répartis et hétérogènes**

En Île-de-France, des CMPP sont nombreux au regard des chiffres nationaux (1.2.1), mais inégalement répartis, mal repérés et hétérogènes (1.2.2).

### **1.2.1 Une région bien dotée et inégalement couverte en CMPP**

#### **a) Un taux d'équipement régional en CMPP supérieur à la moyenne nationale**

Que ce soit au niveau départemental, régional ou central, le constat est le même : il est difficile d'avoir un panorama des différents CMPP, du fait du conventionnement de certains CMPP en CAMSP et en BAPU ou du fait de l'existence d'antennes. Il est ainsi difficile d'obtenir une estimation précise du nombre de CMPP existant en France : le chiffre de 306 CMPP a été avancé par la Fédération des CMPP, l'association AMPP Viala avance le nombre de 305 CMPP nationaux sur son site Internet, et M. Chabanier parle quant à lui de 304 CMPP<sup>29</sup>. Le président de la Fédération des Associations des CMPP

---

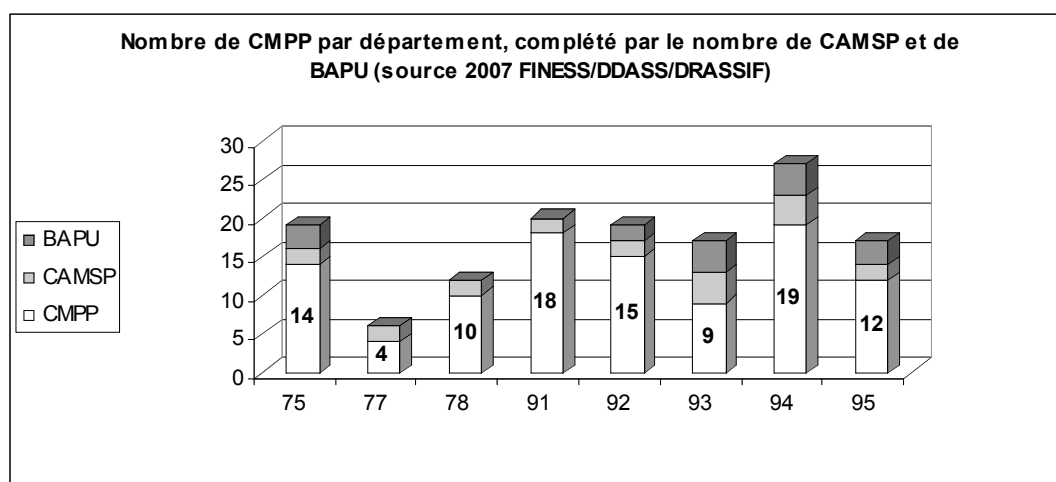
doivent être dotés d'un dispensaire d'hygiène mentale ou d'une section spécialisée dans un dispensaire polyvalent. Enfin, des consultations doivent pouvoir être assurées dans certaines communes suivant une fréquence variable. »

<sup>28</sup> Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel sont définis par la circulaire DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992 comme une « structure légère qui utilise des modes de fonctionnement très diversifiés ».

<sup>29</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988.

nous a donné un ordre de grandeur sur lequel nous nous appuyerons : un peu plus de 300 CMPP en France, plus de 400 en intégrant les antennes au décompte<sup>30</sup>.

Les bases de données en Île-de-France ne sont pas elles non plus encore totalement fiabilisées. Si l'on recoupe les différents documents à disposition (la base FINESS<sup>31</sup>, les documents de travail de la DRASS, un compte rendu de la DASS<sup>32</sup> de Paris en 2007 sur les CMPP ou les données présentées par l'ORS<sup>33</sup> en 2006<sup>34</sup>), on obtient un total de 101 CMPP en Île-de-France, estimation qui se maintient à peu près d'une source à l'autre. Nous nous appuyerons sur ces chiffres pour le reste de la démonstration. Si les chiffres souffrent de quelques imprécisions, il se dégage clairement que la région est très bien dotée en matière de CMPP, puisque environ un tiers des CMPP nationaux sont situés en Île-de-France. Pour information, il n'y a que 17 CMPP dans la région Rhône Alpes<sup>35</sup> et 6 CMPP dans les Pays de la Loire<sup>36</sup>. Entre départements franciliens, les grands équilibres sont à peu près les mêmes selon les enquêtes :



On constate, au sein même de la région, des disparités très importantes entre les départements : la Seine-et-Marne paraît ainsi particulièrement sous dotée avec quatre CMPP, face à des départements bien dotés comme le sont Paris, l'Essonne ou le Val de Marne. Les CMPP se sont originellement développés hors de toute régulation, ce qui explique une « *implantation quelque peu anarchique de ces institutions, surtout dans la*

<sup>30</sup> Notons tout de même que le rapport d'activité 2006 de l'association du CMPP Claude Bernard évoque 350 CMPP en France et qu'une fiche du ministère parle quant à elle de 470 CMPP, chiffre qui doit intégrer les annexes

<sup>31</sup> Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

<sup>32</sup> Direction des affaires sanitaires et sociales

<sup>33</sup> Observatoire régional de santé

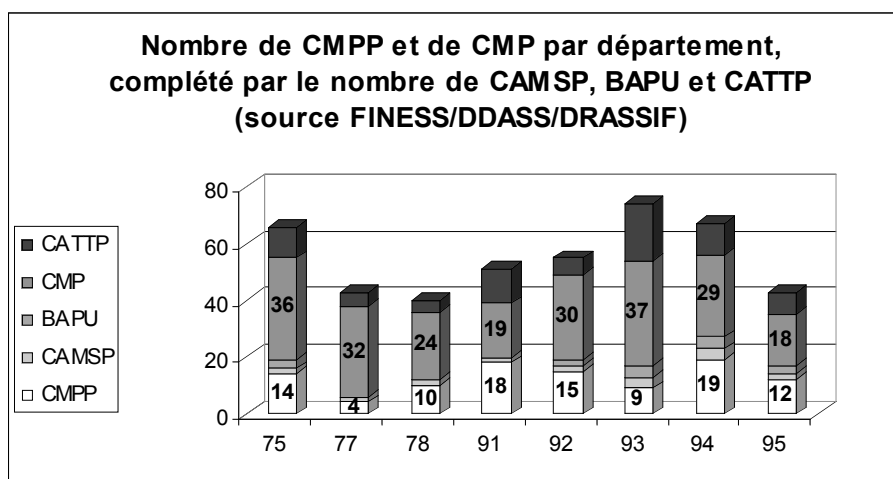
<sup>34</sup> Mini-fichier des établissements pour personnes handicapées en Île-de-France, ORS, 2006

<sup>35</sup> Arrêté de la préfecture de Rhône Alpes n°06-479 du 27 novembre 2006 portant publication des valeurs moyennes et médianes des indicateurs constituant les tableaux de bord des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées en 2006

<sup>36</sup> Arrêté N° 2007/DRAS Pays-de-la-Loire - 413 de publication des valeurs moyennes et médianes relatives aux indicateurs médico-sociaux des établissements et services pour personnes handicapées

*région parisienne, sans aucune étude sérieuse des besoins, sans concertation préalable avec les structures préexistantes, ni coordination par la suite entre elles »<sup>37</sup>.*

L'analyse du taux d'équipement en CMPP ne peut se faire indépendamment de l'analyse du nombre des autres structures intervenant sur les troubles des enfants. Chaque département a ses particularités : un responsable de secteur infanto-juvénile rencontré insiste par exemple sur le fait que la situation parisienne n'est pas généralisable à l'Île-de-France du fait de la diversité des intervenants en psychiatrie et de l'existence d'un tissu médicosocial important. L'analyse doit donc être conjuguée à une analyse du taux d'équipement en CAMSP, en BAPU et surtout en CMP. Longtemps aussi mal connus dans le champ sanitaire que ne le sont les CMPP dans le champ médico-social, les CMP infanto-juvéniles franciliens ont fait l'objet d'un état des lieux complet en 2007<sup>38</sup> et seraient au nombre de 255 sur la région. Il y a 3 à 4 CMP par secteur de psychiatrie infanto-juvénile, avec des pointes à 6 ou 7 dans le 77 et le 93. On est donc largement au-dessus des deux CMP obligatoires par secteur de psychiatrie – en tout cas en lecture consolidée au niveau départemental.

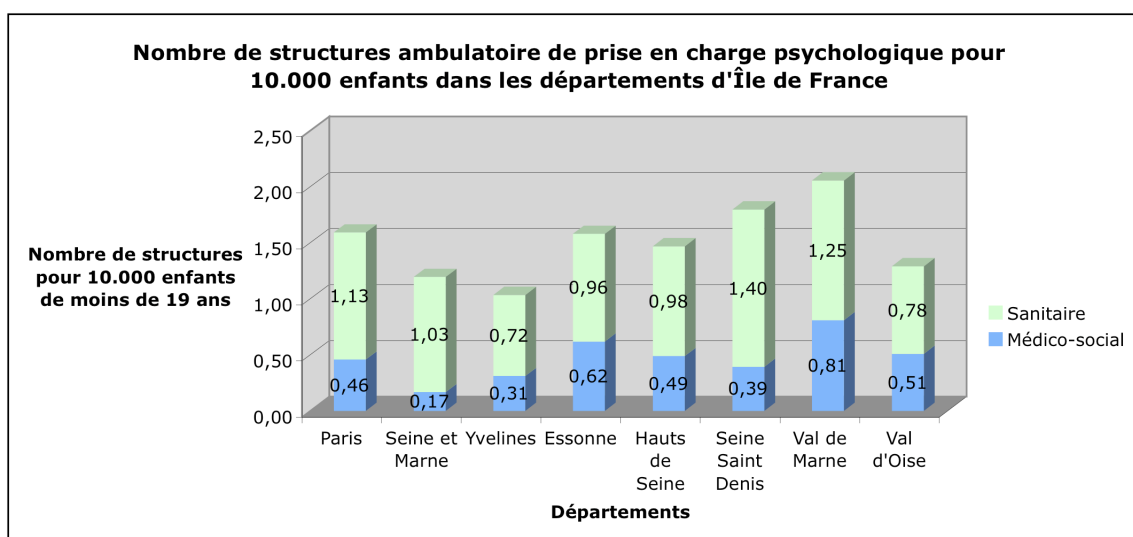


Si l'on agrège les différentes structures de prise en charge ambulatoire des enfants et adolescents en difficulté psychologique, on constate des différences flagrantes entre départements. Ces différences notables d'équipement entre les départements s'accompagnent de différences dans la structuration même de l'offre. Dans le département du Val d'Oise, il y a 1,5 CMP pour 1 CMPP, alors qu'en Seine et Marne, il y a 8 CMP pour 1 CMPP. Un mécanisme assez intéressant apparaît à l'analyse de ces taux d'équipement : les départements dont le taux d'équipement en CMP est supérieur à la moyenne régionale ont souvent un taux d'équipement en CMPP inférieur à la moyenne

<sup>37</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988, p.9

<sup>38</sup> « Alternatives en santé mentale non soumises à autorisation d'activité – Région Île de France », enquête produite par l'ARHIF et la DRASSIF – Juillet 2007.

(75, 77, 93), et inversement, dans le 91, la sous-dotation en CMP est compensée par une sur-dotation en CMPP. Il semble qu'une corrélation puisse apparaître ici, liée à la complémentarité structurelle de ces deux types d'établissements. Si l'on regarde maintenant le taux d'équipement des différents départements en CMP et/ou CMPP pour 10.000 enfants ou adolescents, on s'aperçoit qu'il y a un rapport de 1 à 2 entre le département le mieux doté (le Val de Marne avec 2,06 structures pour 10.000 enfants) et le département le moins bien doté (les Yvelines avec 1,03 structures pour 10.000 enfants). L'offre médico-sociale est globalement beaucoup plus faible que l'offre sanitaire, donnée qu'il ne faudra pas oublier dans l'analyse du positionnement des CMPP dans le champ de la santé mentale en Île-de-France.



### **b) Analyse de la répartition régionale des CMPP au regard de leur activité**

Si la région semble particulièrement bien dotée en CMPP, l'offre ne peut être analysée qu'au regard des besoins, et ceux-ci sont encore mal recensés : il est intuitivement envisageable que les CMPP implantés dans les secteurs les plus socialement fragiles sont amenés à être plus fréquemment sollicités, et pour des cas en moyenne plus lourds. Ainsi les CMPP de la grande et petite couronne sont-ils identifiés au niveau des associations de CMPP comme les CMPP rencontrant en France le plus de difficultés, du fait d'une demande accrue et d'un allongement de la file d'attente, jusqu'à un an pour la plupart des CMPP du 78 et du 91.

En France, environ 200.000 enfants<sup>39</sup> sont suivis annuellement en CMPP, ce qui représente en moyenne 653 enfants par CMPP. 200.000 enfants, soit un « *chiffre essentiellement équivalent au nombre d'enfant suivis dans les différents CMP des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile* »<sup>40</sup>, ce qui laisse présager que la file active des CMPP est d'autant plus importante que les CMPP sont moins nombreux que les CMP. Il est aujourd'hui difficile d'avoir une idée précise des files actives<sup>41</sup> des CMPP. Le directeur d'une association de CMPP donne une estimation d'« *en moyenne 6000 enfants en file active par département, sauf la Seine et Marne* », « *sachant que la file active se renouvelle de moitié par an* »<sup>42</sup>. D'autres sources permettent de corroborer ces estimations pour certains départements. Ainsi la file active des CMPP serait de 6500 enfants par an à Paris selon la DASS 75 (soit une moyenne de 464 enfants par CMPP) et de 4590 enfants par an en Seine-Saint-Denis<sup>43</sup> selon le schéma départemental des personnes handicapées de 2006 (soit une moyenne de 555 enfants par CMPP). Une étude plus approfondie des files actives des CMPP en Île-de-France et de leur évolution<sup>44</sup> (au regard des besoins et de la population) serait sans doute nécessaire. Cette analyse devra se faire en lien avec l'analyse des files actives des dispositifs voisins comme les CMP ou des CAMSP<sup>45</sup>. La circulaire DGAS/DSS/CNSA n° 2005-555 du 30 novembre 2005 relative à la préparation budgétaire 2006 relative aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées reconnaît, en parlant des CMPP et des CAMSP, qu'« *il s'agit de structures atypiques fonctionnant autour d'une mesure d'activité en file active. Les enveloppes ont donc été réparties sur la base d'une prise en compte à la fois du poids démographique des régions, pondéré pour les CMPP du taux d'équipement en pédopsychiatrie (structure de type sanitaire, donc hors ONDAM MS<sup>46</sup>)* ».

Les comparaisons régionales doivent aussi prendre en compte d'autres indicateurs d'activité que la file active, comme la durée moyenne de prise en charge<sup>47</sup> ou la typologie des publics reçus. Il est à noter que sur l'Île-de-France, les CMPP reçoivent principalement des enfants de 7 à 11 ans (49,5% des enfants accueillis), mais aussi 1,6%

---

<sup>39</sup> site de la FANCMPP et site du GRAMES (<http://grames.pagesperso-orange.fr/doc9a.htm> //)

<sup>40</sup> SINETY (de) J.-M., ROSE P. A propos des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534

<sup>41</sup> On appelle ici « file active » l'ensemble des patients vus au moins une fois pendant la période de référence (généralement l'année) par un ou plusieurs membre des équipes soignantes, quelques soient le nombre et la durée des prises en charge.

<sup>42</sup> Entretien avec le directeur d'une association de CMPP des Yvelines et de l'Essonne

<sup>43</sup> 4590 selon le Livre blanc sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Seine-Saint-Denis du 6 juin 2003, réactualisé en 2005 ([http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/livre\\_blanc\\_21\\_11\\_2005.pdf](http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/livre_blanc_21_11_2005.pdf) )

<sup>44</sup> Selon la DASS de Paris, la file active des CMPP parisiens aurait connu un tassement de 5,4% depuis 2004

<sup>45</sup> Pour information, d'après le site [www.ane.camsp.org](http://www.ane.camsp.org), l'ensemble des 16 CAMSP d'Île-de-France suivent 5291 enfants par an.

<sup>46</sup> Objectif national de dépenses d'assurance maladie, enveloppe médico-sociale

d'enfants de 0 à 3 ans et 2,4% d'adultes de plus de 18 ans<sup>48</sup>, c'est-à-dire des tranches d'âge pour lesquelles pourrait être envisagée une prise en charge spécifique (CAMSP pour les nouveaux-nés ou BAPU pour les étudiants). En ce qui concerne les troubles des enfants reçus, la région présente aussi certaines particularités. Au niveau national<sup>49</sup>, la grande majorité des troubles pris en charge en CMPP sont des troubles névrotiques (39%), suivis des troubles du développement des fonctions instrumentales (18%) ou des pathologies limites (16%), les troubles graves de la personnalité, déficiences mentales ou psychoses ne constituant que 5% des cas. En Île-de-France, si les grands équilibres sont les mêmes, on observe des variations importantes autour de cette moyenne selon les établissements. Les troubles graves de la personnalité constitueraient ainsi 2-3% de la population reçue dans le CMPP Eiffel, 5% dans le CMPP La Passerelle, 6 à 8 % dans le CMPP Claude Bernard et sans doute plus encore dans certains CMPP du 78 et du 91. Enfin, la grande majorité des prises en charge se font sous la forme de psychothérapies ou de séances de psychiatrie (plus de 60% dans les CMPP du 78 et du 91), même si l'orthophonie et la psychomotricité occupent une part sensible de l'activité des CMPP. La prise en charge psychopédagogique est, aujourd'hui, souvent marginale.

### **1.2.2 Au-delà des chiffres, la diversité du réel**

On l'a vu, les CMPP se sont développés librement au début de leur existence. Les modalités de la prise en charge dans les centres peuvent être très variables. Comme l'écrit M. Chabanier, « *les promoteurs, très différents, orientèrent le fonctionnement de ces services de façons quelquefois fort différentes d'autant que la complexité du champ d'intervention s'y prêtait* »<sup>50</sup>. Par ailleurs, « *de nombreux centres déjà existants prenaient le nom de CMPP bien que ne répondant pas aux exigences de l'annexe XXXII* »<sup>51</sup>. Tout cela explique la hétérogénéité des CMPP aujourd'hui, renforcée par certaines particularités franciliennes.

#### **a) Des centres médico-psycho-pédagogiques : médicaux ou pédagogiques ?**

Selon leur origine, les CMPP sont plus orientés vers le soin ou plus orientés vers la pédagogie. C'est d'ailleurs un des critères importants de leur regroupement dans telle ou

---

<sup>47</sup> Selon les indicateurs médico-sociaux de 2006, la durée moyenne de prise en charge en Île-de-France tourne autour de 2 ans (moyenne régionale de 687,8 jours)

<sup>48</sup> Arrêté du préfet de la région Île de France 2007 (CA2006) portant publication des valeurs moyennes et médianes des indicateurs des établissements et services (secteur Handicap) : Fiche 7 (CMPP)

<sup>49</sup> Etude sur l'activité des CMPP des Hauts de Seine (2005)

<sup>50</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988. p.9

telle association nationale de CMPP<sup>52</sup>. Nous reviendrons plus tard sur cette dichotomie fondamentale et structurante, aujourd'hui au cœur des questions sur le positionnement des CMPP vis-à-vis du secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Pour ne prendre qu'un exemple, dans les Hauts-de-Seine, six CMPP fonctionnent avec du personnel Santé et du personnel Education Nationale pendant que cinq autres n'emploient que du personnel issu du monde de la Santé.

### **b) Des CMPP dans le secteur sanitaire ?**

La plupart des CMPP sont rattachés à une association et sont financés sur l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM distribuée par le préfet (soit par les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales). Cependant, il existe en Île-de-France des situations plus complexes, relevant à la fois de l'historique des structures et des particularités locales de l'offre sanitaire et médico-sociale. Certains CMPP sont rattachés à des collectivités territoriales et ont de ce fait un statut un peu particulier (directeur administratif issu de la fonction publique territoriale, budget intégré au budget de la collectivité, mise à disposition de locaux, ...). Certains CMPP sont un statut encore plus atypique, à la frontière du droit réglementaire. Sur la base FINESS, on trouve ainsi des CMPP qui sont rattachés à des hôpitaux<sup>53</sup>. Ces CMPP sont financés par des dotations globales de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ; dépendant, de fait, du secteur sanitaire, ils sont assimilés ou rattachés soit à des établissements publics de santé (EPS) soit à des établissements participant au service public hospitalier (PSPH). Ces établissements seraient, malgré leur nom, plus des CMP que des CMPP. Enfin, on trouve aussi des CMPP de la SNCF ou de la RATP, dont le financement est indiqué comme « indéterminé » sur FINESS.

### **c) Des CMP dans le secteur médico-social ?**

La situation des CMP n'est pas forcément plus harmonisée que celle des CMPP, du moins en Île-de-France. Les dossiers CMP ne passent pas en CROS<sup>54</sup> et sont donc laissés à la discrétion des promoteurs hospitaliers : les autorités de tarification n'ont que peu de leviers d'action sur la création de ces structures. A Paris, certains CMP ne sont

---

<sup>51</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988. p.28

<sup>52</sup> voir partie 2.3.2

<sup>53</sup> CMPP de l'Hôpital Saint-Michel (75), CMPP de l'Hôpital Saint-Joseph (75), CMPP Veuve Croix (92), ...

<sup>54</sup> Comité régional de l'organisation sanitaire



même pas sectorisés, ce qui n'est pas réglementaire : pire, certains se considèrent presque comme des CMPP malgré leur financement en dotation globale. Jusqu'à très récemment, quelques CMP franciliens sont restés rattachés à une association et non à un hôpital : ainsi, 2 CMP de Boissy Saint Léger et de Maisons Alfort, gérés jusque là par une association, ont été déconventionnés et confiés à l'AP-HP<sup>55</sup>, et par là même resectorisés.

#### **d) Les CMPP, entre CAMSP et BAPU ?**

Certains CMPP ont obtenu des conventions CAMSP ou BAPU en plus de leur activité de CMPP. Ainsi le CMPP Claude Bernard a aussi des activités de BAPU, dans les mêmes locaux et avec le même personnel d'intervention. Dans les textes réglementaires, il n'est fait aucune référence à l'âge des enfants reçus en CMPP. Les agréments ont été très variables d'un centre à l'autre : la borne basse peut être 6 ans, mais aussi 3, voire dès la naissance (ce qui pose la question de l'articulation de ce type de CMPP avec les CAMSP), et la borne haute varie entre 16 et 21 ans (donc au-delà de la majorité de l'enfant). Certains CMPP sont donc habilités à recevoir des tout-petits (sans forcément être conventionnés CAMSP) ou des jeunes adultes (sans forcément être conventionnés BAPU).

### **1.3 Les CMPP : une problématique repérée au niveau régional par les services déconcentrés**

Les CMPP en Île-de-France sont au cœur des nouvelles politiques médico-sociales du handicap et de la santé mentale (1.3.1), mais restent assez peu audibles auprès des services déconcentrés, ce qui peut occasionner des blocages (1.3.2).

#### **1.3.1 Les CMPP : acteurs et enjeux des réformes de la santé mentale et du handicap**

Si le cadre réglementaire qui régit les CMPP date aujourd'hui de plusieurs dizaines d'années, les centres ont été très impactés par des textes récents dans le champ de la santé mentale ou du handicap.

---

<sup>55</sup> Assistance publique – hôpitaux de Paris

### a) **Les CMPP, acteurs de la politique de santé mentale aux côtés des CMP**

Très vite, les pouvoirs publics ont placé les CMPP comme interlocuteurs privilégiés du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, en les qualifiant dans la circulaire du 16 avril 1964 de « *dispensaires secondaires* » intervenant après un premier tri réalisé par les « *dispensaires d'hygiène mentale proprement dits* » à savoir les CMP. Bien plus, en cas d'absence de CMP sur un secteur, la circulaire prévoit la possibilité de conventionner un CMPP comme « *dispensaire primaire* » en lieu et place d'un CMP. De nombreuses circulaires sont venues ces derniers années soutenir cette volonté publique affichée d'articuler les dispositifs CMP et CMPP. La circulaire ministérielle DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992 sur les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents souligne ainsi « *la nécessité de faire participer les CMPP plus étroitement à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé mentale* ». Il est d'ailleurs rappelé « *que des prises en charge conjointes en CMPP et services relevant d'un secteur de psychiatrie infanto juvénile peuvent être réalisées, en accord avec le médecin-conseil de la sécurité sociale* ». Ce genre de constat sera réitéré à plusieurs reprises dans différentes circulaires, comme une circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2003<sup>56</sup> appelant à une collaboration entre CMP et CMPP ou une circulaire du 30 mars 2006<sup>57</sup> qui encourage à « *à lier ces deux dispositifs qui peuvent s'avérer très proches et ainsi tendre à mieux mutualiser les moyens et coordonner les interventions auprès des écoles et des autres partenaires institutionnels* ».

De même, l'article 58 de la loi du 11 février 2005 précise que le représentant de l'Etat dans la région établit, en liaison avec les préfets de département concernés, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements et de services qui doivent garantir « *l'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional* ». Dans une note d'orientation régionale 2006-2008 de la DRASSIF<sup>58</sup>, les CMPP sont évoqués comme offrant « *des possibilités de prise en charge complémentaires des structures ambulatoires existant dans les territoires de santé et arrêtés dans le SROS<sup>59</sup> psychiatrie* ». Il est précisé que leur développement « *doit être étudié au regard de cette complémentarité* ».

---

<sup>56</sup> Circulaire n°2003-210 du 01/12/2003 relative à « la santé des élèves, programme quinquennat de prévention et d'éducation »

<sup>57</sup> Circulaire DGS/SD 6C/DHOS/O2/DGAS/CNSA no 2006-149 du 30 mars 2006 relative aux modalités concertées de mise en oeuvre de l'allocation de ressources 2006 relative au plan psychiatrie et santé mentale (<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-04/a0040021.htm>)

<sup>58</sup> Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France

<sup>59</sup> Schéma régional d'organisation sanitaire

## **b) Les CMPP au cœur des réformes médico-sociales et de la politique du handicap**

Deux grandes lois récentes sont venues impacter directement le fonctionnement des CMPP : la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en créant toute une série d'obligations pour les établissements relevant de l'article 312-1 du CASF et la loi du 11 février 2005 qui a défini la notion de handicap et reconnu l'existence d'un handicap psychique. Ces deux grandes lois révèlent les difficultés de positionnement des CMPP dans le champ du handicap. La loi de 2002-2 questionne en effet le statut des CMPP en les alignant, de fait, sur les structures médico-sociales, ce qui ne va pas sans poser certaines difficultés que nous analyserons plus loin à la lumière de l'expérience des CMPP d'Île-de-France. De la même façon, la loi de 2005 rattache clairement au médico-social le handicap psychique, jusqu'alors en balance entre le médico-social et le sanitaire. Or, nous le verrons, les CMPP ne s'occupent que marginalement d'enfants handicapés, et sont réticents à catégoriser comme « handicapés » les enfants qu'ils reçoivent. Les deux lois sus-citées sont parfois aussi ressenties par les personnels travaillant en CMPP comme une volonté politique de contrôler leur activité et de catégoriser un peu sommairement les enfants qu'ils traitent. Ultérieurement, nous nous interrogerons plus longuement sur les effets de ces deux lois sur les CMPP.

### **1.3.2 Des blocages politiques qui légitiment la recherche d'une meilleure connaissance des CMPP par les services déconcentrés**

Hétéroclites, nombreux en Île-de-France, mal identifiés parmi les structures du handicap et de la santé mentale, les CMPP peinent à être connus et reconnus par les services déconcentrés de l'action sanitaire et sociale.

## **a) Peu de financements nouveaux pour les CMPP**

La plupart des CMPP ont été créés dans les années 60-70, bénéficiant selon un directeur de CMPP rencontré d'un « *mouvement important en faveur de la création de ces structures par des initiatives locales, associatives ou municipales* ». M. Chabanier constatait déjà en 1988 un ralentissement de l'ouverture des CMPP<sup>60</sup>, et ce tassement semble être encore à l'ordre du jour. La lettre ministérielle du 6 avril 2007 relative à la

---

<sup>60</sup> 75% des CMPP fonctionnant à la fin des années 80 avaient été ouverts entre 1966 et 1975, alors qu'aucun CMPP n'avait été mis en fonctionnement en 1986 et en 1987

campagne budgétaire pour l'année 2007 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées fixe le montant des mesures nouvelles pour 2007 en direction des enfants et adolescents handicapés à 63,9 millions d'euros, parmi lesquels 5,5 millions d'euros sont destinés à financer la création ou l'extension de 22 CMPP en France (soit 8,6% de l'enveloppe). En comparaison, les SESSAD ont bénéficié de 21,4 millions d'euros (soit 33,5% de l'enveloppe) et les CAMSP de 6,1 millions d'euros (soit 9,5% de l'enveloppe).

Dans le PRIAC 2007-2011 d'Île-de-France, les CMPP n'entrent pas dans les priorités identifiées à l'échelon interdépartemental. Sur 5 ans, seules 7 opérations CMPP (3 créations, 3 extensions, et un rebasage) sont financées dans les quatre départements les moins bien dotés (93, 95, 78 et 77), pour un total de 3.185.008 € pour 5 ans (soit seulement 3,24% des crédits alloués au secteur enfance handicapée dans le cadre du PRIAC). En comparaison, 11 opérations de CAMSP sont programmées pour 5.993.276€. Les liens entre les CMPP et les DDASS sont certes fortement contingents, mais la plupart des CMPP franciliens se plaignent d'un manque de reconnaissance de la part de leurs financeurs Etat. Aujourd'hui, il semble que des dispositifs comme les CAMSP ou les établissements pour jeunes artistes soient favorisés, sans doute parce qu'ils sont mieux identifiés comme intégrés au monde du handicap. M. Boimare déplore « *de voir régulièrement des décideurs oublier [l'] existence [des CMPP] et dépenser de l'argent pour créer des structures qui apportent une réponse, certes plus spécialisée que la nôtre, mais qui se démode plus vite et qui est loin de s'inclure dans une palette d'aides telle que nous pouvons la proposer* »<sup>61</sup>.

Ces blocages sont d'autant plus problématiques que les CMPP font remonter des besoins croissants de financement. Le nombre de personnel de santé dans les CMPP stagne, pendant que les personnels d'Education Nationale diminuent. La file d'attente s'allonge et le délai d'attente moyen atteint 3 mois – beaucoup plus, on l'a vu, dans certains CMPP. Une étude menée par des CMPP des Hauts-de-Seine constate que « *depuis près d'une quinzaine d'année [le] fonctionnement [des CMPP] a été limité par un blocage généralisé du temps de travail des personnels* » : « *cette stabilisation des moyens a abouti à un affaiblissement des capacités de réponses, créant un phénomène permanent de liste d'attente, phénomène particulièrement coûteux socialement car, en démobilisant les*

---

<sup>61</sup> BOIMARE S. Les principes fondateurs de nos CMPP sont-ils toujours d'actualité ? Réadaptation, novembre 2006, n°534, pp.37-38

familles et en allongeant les délais de réponses, on tend à laisser s'aggraver les motifs de consultation »<sup>62</sup>.

### **b) Des blocages dus à une méconnaissance par les pouvoirs publics**

« Pourquoi cette méfiance à l'égard des CMPP ? »<sup>63</sup> s'interroge M. Chabanier avant d'avancer cette explication : « on peut penser qu'elle repose très largement sur une méconnaissance de leur fonctionnement, de leurs finalités et de leurs références ». En effet, les blocages observés viennent d'une méfiance mutuelle entre les structures et leurs financeurs, méfiance dont nous analyserons plus loin les origines historiques et les raisons réelles en Île-de-France. Actuellement, les services de l'enfance handicapée des DDASS et de la DRASS d'Île-de-France n'ont souvent qu'une vision parcellaire de l'activité réelle des CMPP – d'autant plus que la nature de cette activité varie souvent d'un CMPP à un autre, et qu'elle ne peut être appréhendée qu'en lien avec celle des CMP qui relèvent d'un autre service à l'intérieur des DDASS ou de la DRASS. Au sein de l'administration centrale, il est difficile de trouver des interlocuteurs référents sur cette question. Pourtant, même certains responsables de CMPP reconnaissent aujourd'hui que « les pouvoirs publics qui sont les payeurs ont bien vocation à connaître d'une façon assez précise le travail qui se fait en CMPP »<sup>64</sup>. La meilleure appréhension des CMPP par les services déconcentrés passera par la mise en place d'un langage commun et d'un travail plus approfondi de connaissance et de reconnaissance mutuelle.

\*

Ces constats conduisent à se questionner sur la place des CMPP en Île-de-France, que ce soit dans le champ médico-social ou dans le domaine de la prise en charge sanitaire et psychiatrique des enfants en difficulté. Les problématiques soulevées par les CMPP franciliens ne peuvent être analysées sans intégrer les établissements dans un contexte institutionnel plus large et sans s'interroger sur les enjeux qu'elles posent pour les services déconcentrés de l'Etat.

---

<sup>62</sup> Etude menée en 2005 par cinq CMPP de Hauts-de-Seine

<sup>63</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988. p.27

<sup>64</sup> SINETY (de) J.M. Les CMPP à un tournant de leur histoire : naissance de la fédération, Réadaptation, novembre 2006, n°534, pp.10-11.

## **2 Un positionnement complexe et évolutif à la confluence du handicap et de la santé mentale : enjeux et perspectives pour les CMPP et les services déconcentrés d'Île-de-France**

Les CMPP en Île de France sont des structures médico-sociales qui cherchent à se positionner par rapport aux notions d'inadaptation et de handicap (2.1) et par rapport à la prise en charge sectorielle (2.2). Ils révèlent ainsi la difficulté qu'ont les services déconcentrés de penser globalement santé mentale et handicap (2.3).

### **2.1 Des établissements médico-sociaux à visée médico-pédagogique qui peinent à trouver leur place dans le monde du handicap**

L'activité des CMPP légitime leur rattachement au secteur médico-social (2.1.1) tout en posant la question de leur positionnement vis-à-vis des autres structures médico-sociales du handicap (2.1.2).

#### **2.1.1 Un caractère médico-social lié à une approche pédagogique**

Le caractère médico-social des CMPP est loin d'être évident. Un certain nombre d'arguments permettent cependant de classer les CMPP dans le secteur médico-social.

##### ***a) L'ancrage juridique des CMPP dans le médico-social***

En matière de jurisprudence, on peut citer un arrêt de la commission nationale du contentieux de la tarification sanitaire et sociale, daté du 20 décembre 1996<sup>65</sup>. Cet arrêt rejette le recours du préfet en réaffirmant le caractère médico-social du CMPP concerné « *considérant qu'il ressort des pièces du dossier que l'équipe comprend, en tant que de besoin, des psychologues et des rééducateurs chargés d'assurer une rééducation pédagogique spécialisée ; [...] dès lors, les centres assurent un traitement qui n'a pas une finalité exclusivement thérapeutique et [...] ils doivent être regardés au sens de l'article 3-2<sup>66</sup> de la loi du 30 juin 1975 comme des « établissements qui reçoivent en cure*

---

<sup>65</sup> Préfet de Paris c/ Association Centre Etienne Marcel à Paris

<sup>66</sup> Cet article a été codifié en 2000 et modifié par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, mais l'esprit de la loi reste le même.

*ambulatoire de jeunes inadaptés mentaux* »<sup>67</sup>. Il semble donc que, pour le juge, le caractère médico-social des CMPP dépende de leur capacité d'assurer un accompagnement social et éducatif qui dépasse la simple prise en charge thérapeutique.

Par ailleurs, les CAMSP et les CMPP sont aujourd'hui deux structures très proches, relevant des annexes XXXII et XXXII bis au décret du 9 mars 1956, et le plus souvent associées dans la réglementation (voir circulaires sur la CDES, par exemple). Les CAMPS sont nommément cités dans l'article 312-1 (3°) listant les différents établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS). Si ce n'est pas le cas des CMPP, il semble cependant communément admis que les CMPP sont inclus dans « *les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation* » visés dans le 2° de cet article<sup>68</sup>. A ce titre, les CMPP sont intégrés aux procédures habituelles en règle pour les établissements médico-sociaux (passage des dossiers de création ou d'extension en CROSMS<sup>69</sup>, programmation dans le cadre du PRIAC, application de la loi du 2 janvier 2002, financement sur l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM, intégration des CMPP dans la logique de convergence tarifaire ...). Le caractère médico-social peut même avoir des conséquences sur les remboursements versés par la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) : ainsi la CRAMIF<sup>70</sup> refuse le remboursement de l'AME<sup>71</sup> dans les CMPP alors qu'elle l'accepte dans les CMP.

#### **b) Le lien avec l'école au coeur du caractère médico-social des CMPP**

Dans un CMPP, l'enfant est appréhendé avec son environnement, et l'approche, en cela, va au-delà du sanitaire : « *cette vision nous semble inscrire suffisamment le travail en CMPP dans le champ médico-social* »<sup>72</sup>. Cette prise en charge globale nécessite un travail pluridisciplinaire, qui s'étend bien au-delà du simple domaine médical et « *où sont inclus l'éducatif, le pédagogique, le social, le psychologique, le biologique, le psychiatrique* »<sup>73</sup>. Le maintien des enfants à l'école est une des priorités historiques des CMPP et requiert une orientation pédagogique de la prise en charge. Le lien avec l'école

---

<sup>67</sup> [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cntss/1996/20\\_12\\_96/a93164.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cntss/1996/20_12_96/a93164.pdf)

<sup>68</sup> JAEGER M. (sous la direction de) Diriger un établissement ou service en action sociale ou médico-social. Paris : Dunod, 2006. Chapitre 4.

<sup>69</sup> Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale

<sup>70</sup> Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France

<sup>71</sup> Aide médicale d'Etat

<sup>72</sup> SINETY (de) J.-M., ROSE P. A propos des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534

<sup>73</sup> *ibid.*

fait partie de la plus-value médico-sociale des CMPP par rapport au secteur de psychiatrie infanto-juvénile. La grande majorité des enfants reçus en CMPP sont scolarisés dans des classes ordinaires, quelques uns dans des classes spécialisées et quelques rares cas seulement ne sont pas scolarisés (en dehors des tout-petits dont la non-scolarisation s'explique par l'âge). Si la majorité des établissements collaborent avec un CMP (73% des établissements primaires, 87% des collèges, 94% des lycées), les établissements primaires sont davantage en relation avec un CMPP (27%) que les collèges (13%) et les lycées (6%)<sup>74</sup>. On voit à ces chiffres que, paradoxalement, les CMPP, dont la visée est *a priori* plus éducative que celle des CMP, ont tendance à moins collaborer avec l'Education Nationale, particulièrement dans le secondaire.

La généralisation de l'intégration scolaire prévue par la loi du 11 février 2005 est venue éroder le caractère pédagogique des CMPP, en déplaçant la prise en charge spécialisée au sein des établissements scolaires et en réduisant les ressources mises à disposition par l'Education Nationale dans les CMPP. Un directeur de CMPP souligne le fait que « *l'intégration scolaire peut leurrer les parents* »<sup>75</sup> et les conduire à nier l'ampleur des difficultés, voire le handicap, d'un enfant. Cependant, les CMPP semblent aujourd'hui unanimement partisans de l'intégration scolaire. Le courant qui considérait l'école comme une « *gêne dans la thérapie* »<sup>76</sup>, majoritaire dans les CMPP il y a 20 ans, est aujourd'hui « *tout à fait minoritaire* ». Même les CMPP à orientation clairement « médicale » reconnaissent qu' « *il n'y a rien de plus thérapeutique que l'école* »<sup>77</sup>. Au-delà de ce consensus, on observe cependant un certain nombre de différences entre CMPP, notamment dans la perception qu'ont les directeurs de CMPP du rôle que doit avoir l'Education Nationale au sein des CMPP. Certains soulignent le lien presque fonctionnel entre les CMPP et l'Education Nationale qui met à disposition quelques 450 enseignants dans les CMPP en France<sup>78</sup>, en plaidant pour la double direction et en considérant les enseignants « *comme des partenaires [...] invités à faire part de leurs observations dans les réunions pluridisciplinaires* »<sup>79</sup>. D'autres, au contraire, estiment qu' « *il n'y a pas besoin que l'Education Nationale ait un pied dans le CMPP pour pouvoir travailler avec elle* »<sup>80</sup>.

---

<sup>74</sup> CHOQUET M., ERNAULT E., CMP, CMPP et établissements scolaires : quelles collaborations ? INSERM, Equipe « Epidémiologie psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent »

<sup>75</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de Seine Saint Denis

<sup>76</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de Paris

<sup>77</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP du Val-de-Marne

<sup>78</sup> Chiffre donné par le directeur d'un CMPP de Paris

<sup>79</sup> BOIMARE S. Les principes fondateurs de nos CMPP sont-ils toujours d'actualité ? Réadaptation, novembre 2006, n°534, pp.37-38

<sup>80</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP du Val de Marne



Aujourd'hui, les CMPP doivent réaffirmer leur rôle d'interfaces entre l'école et le soin, et ils doivent réfléchir aux moyens d'adapter ce rôle face aux évolutions actuelles, par exemple en valorisant leur rôle de référents pour les personnels de l'Education Nationale : « *l'intégration des enfants en situation de handicap, l'ouverture des classes relais, la violence, l'absentéisme ...qui touchent certains groupes scolaires font qu'ils ne se passe plus de semaine sans que nous soyons sollicités [par l'Education nationale]* »<sup>81</sup>.

### **c) Une application contrastée de la loi du 02 janvier 2002**

En tant qu'établissements médico-sociaux, les CMPP ont le devoir de mettre en œuvre la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui prévoit la mise en place d'un livret d'accueil, d'une charte des droits et libertés des personnes accueillies, d'un contrat de séjour, d'un conseil de la vie sociale, d'un règlement de fonctionnement et d'un projet d'établissement. Certains dispositifs prévus par la loi ont été, semble-t-il, mieux intégrés au fonctionnement des CMPP que d'autres. Il semble que la plupart des CMPP aient accepté de produire les documents visant à l'information de l'utilisateur et au règlement de fonctionnement. C'est le cas du livret d'accueil, du règlement intérieur ou de la charte des droits et libertés. Selon un directeur de CMPP, en terme de fonctionnement, la loi « *a indéniablement conduit à formaliser plus précisément les projets, les modalités de fonctionnement* » et « *a introduit la notion d'évaluation* »<sup>82</sup>. Un autre directeur souligne le fait que « *le projet d'établissement a été un moment de recherche et de réflexion intéressant, tout comme le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement* »<sup>83</sup>. C'est aussi le cas de la démarche d'évaluation : « *rappelons que cette démarche qualité a été rendue obligatoire par la loi du 2 janvier 2002, et qu'elle doit aboutir à l'amélioration de la qualité de toutes nos prestations au travers d'un processus durable* » peut-on lire sur le site du CMPP Moulin Vert.

Cependant, les directeurs rencontrés soulignent aussi que certains outils mis en place par la loi de 2002 « *sont inadaptés aux CMPP, comme le contrat de séjour et le CVS* »<sup>84, 85</sup>. La démarche contractuelle entre le thérapeute et l'utilisateur, considéré dans les CMPP comme un patient dans une démarche libre d'adhésion au traitement, s'opposerait aux canons de

---

<sup>81</sup> BOIMARE S. Les principes fondateurs de nos CMPP sont-ils toujours d'actualité ? Réadaptation, novembre 2006, n°534, pp.37-38.

<sup>82</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de l'Essonne

<sup>83</sup> Entretien avec le directeur d'une association de CMPP dans les Yvelines et l'Essonne

<sup>84</sup> Conseil à la vie sociale

<sup>85</sup> Entretien avec le directeur d'une association de CMPP dans les Yvelines et l'Essonne

la psychanalyse : « *l'effet d'un contrat dans notre champ est de détruire le désir* »<sup>86</sup>. Cependant, certains CMPP ont mis en place un document individuel de prise en charge (DIPC) où le CMPP s'engage à définir et à mener jusqu'à son terme une thérapie. Si la loi est « *très utile pour défendre les familles* »<sup>87</sup>, elle n'est pas forcément indispensable dans les CMPP qui « *marchent bien* » et où les familles étaient déjà fortement associées à la thérapie. La loi a permis la mise en place de groupes de parents dans certains CMPP<sup>88</sup> mais, avant la loi de 2002, la famille était déjà régulièrement reçue par un consultant et informée de la progression du soin, à la différence des structures médico-sociales d'accueil en internat où l'information des familles était parfois plus difficile.

La production de quelques « *3000 livrets d'accueil, chartes, règlements de fonctionnement* » dans l'ensemble des CMPP d'Île-de-France a pesé sur les budgets des structures « *sans prise en compte budgétaire de cette particularité* »<sup>89</sup>. La loi « *n'assouplit en rien les modalités administratives des prises en charge qui requièrent la mise en œuvre de complémentarités entre différents acteurs de soin* » et « *n'apporte aucune réponse nouvelle aux situations les plus difficiles* »<sup>90</sup>. Elle crée des documents parfois un peu « *redondants* » et des « *lourdeurs administratives* ». Avec la loi de 2002, « *des structures qui n'étaient pas véritablement catégorisées (les lieux de vie mais aussi les CMPP) se trouvent un port d'attache ce qui, tout en leur donnant une identité, contribue à les banaliser* »<sup>91</sup>. Le risque, pour les CMPP, est donc un certain enfermement administratif de leurs pratiques dans des outils qui ne seraient pas tout à fait adaptés à la réalité de la prise en charge psychopédagogique.

## 2.1.2 Des structures isolées dans le monde du handicap

### a) Les CMPP relèvent-ils vraiment du monde du handicap ?

Dans les DDASS d'Île de France et à la DRASSIF, les CMPP font partie des structures gérées par les services chargés de l'enfance handicapée et apparaissent à ce titre dans les PRIAC. Cependant, ce rattachement au handicap est loin d'être une évidence. Seuls

---

<sup>86</sup> <http://64.233.183.104/search?q=cache:SUwgUpw-1B0J:www.oedipe.org/forum/read.php%3F6,2081,2267+%22loi+du+2+janvier+2002%22+%22CMPP%22&hl=fr&ct=clnk&cd=11&gl=fr>

<sup>87</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de Paris

<sup>88</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de Paris

<sup>89</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de l'Essonne

<sup>90</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de l'Essonne

<sup>91</sup> ESTIENNE G. Regards contrastés à partir de quelques aspect de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale rénovant l'action sociale et médico-sociale. Confluence, la revue des CMPP et des CAMSP, décembre n°2003, n°60.

1% des enfants en CMPP bénéficient de l'allocation d'éducation spécialisée<sup>92</sup>. Les CMPP eux-mêmes ne se considèrent pas comme des établissements relevant automatiquement du monde du handicap, comme en témoigne M. Coudrin<sup>93</sup>, directeur d'un CMPP de Rennes : « *sur les bordaux de facturation, la mention handicapé est inscrite. Cela me choque beaucoup. La difficulté de l'approche médico-sociale est de définir le handicap. La déficience, nous savons ce que c'est. Car finalement, ce n'est pas tant la notion de handicap qui nous préoccupe mais bien la vie psychique de la personne* ». Un directeur de CMPP d'Île-de-France ressent même le rattachement des CMPP aux services médico-sociaux du handicap dans les DDASS comme une « *menace* »<sup>94</sup>.

La prise en charge en CMPP ne nécessite aucune orientation par la CDAPH (ex CDES), et le statut d'handicapé n'est absolument pas nécessaire pour le dépôt d'une demande en CMPP. Pour s'en convaincre, il suffit d'observer le nombre d'enfants handicapés pris en charge par les CMPP rencontrés. Les cas très lourds (autisme, troubles graves de la personnalité, psychoses infantiles, ...) sont en général très minoritaires, voire inexistantes et représentent, selon la DRESS, 3% des enfants pris en charge dans les CMPP<sup>95</sup>. Ces taux sont variables d'un établissement à l'autre : certains CMPP ne reçoivent aucun cas très lourd, alors qu'ils représentent jusqu'à 20% du public reçu par d'autres. Dans un CMPP, aucun enfant n'a le statut d'handicapé. Dans un autre, seuls 4 ou 5 dossiers MDPH<sup>96</sup> sont sollicités par an, soit seulement 1% de la file active. Cela dépend souvent de la couverture du territoire en CMP et en hôpitaux de jour, et de l'âge des enfants reçus, les cas de psychoses augmentant avec l'âge. En règle générale, les CMPP ne se considèrent pas compétents pour les enfants les plus difficiles et les réorientent dès le premier contact vers les CMP ou les structures d'hôpital de jour. C'est souvent à défaut de structures alternatives que les CMPP acceptent de recevoir les profils les plus lourds. Ces enfants demandent un suivi plus régulier (plusieurs fois par semaine) et ont mathématiquement tendance à allonger la file d'attente des structures. « *Il y a une quinzaine d'année, le turnover était plus élevé. Aujourd'hui, la DMS<sup>97</sup> est de 2 à 3 ans et nous n'avons quasiment plus de monothérapie puisque nous avons affaire à des enfants souffrant de troubles importants, voire de psychoses* »<sup>98</sup>. Les différents directeurs de

---

<sup>92</sup> COLDEFY M. Les enfants et adolescents pris en charge dans les Centres médico-psycho-pédagogiques. Etudes et Résultats, DRESS, avril 2005, n°392.

<sup>93</sup> BOUGEARD N. Les CMPP et les CAMSP confrontés à leurs limites. Lien Social, 2007, n°832, pp.14-15.

<sup>94</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP du Val-de-Marne

<sup>95</sup> BOUGEARD N. Les CMPP et les CAMSP confrontés à leurs limites. Lien Social, 2007, n°832, pp.14-15.

<sup>96</sup> Maison départementale des personnes handicapées

<sup>97</sup> Durée moyenne de séjour

<sup>98</sup> Lucien Coudrin, directeur du CMPP Brizeux, à Rennes, cité par BOUGEARD N. Les CMPP et les CAMSP confrontés à leurs limites. Lien Social, 2007, n°832, pp.14-15.

CMPP rencontrés dressent un diagnostic qui rejoint celui de la DRESS, à savoir une aggravation des cas pris en charge en CMPP.

**b) La loi du 11 février 2005, ou le glissement mal accepté de la maladie mentale vers le handicap**

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a servi de révélateur à la difficulté qu'ont les CMPP à se positionner vis-à-vis du monde du handicap. En définissant de façon large le handicap<sup>99</sup> et en faisant émerger la notion de « handicap psychique », le législateur a fait glisser certains aspects de la maladie mentale vers le handicap. Cette évolution aurait pu permettre aux CMPP de retrouver un rôle central dans le dispositif de prise en charge de la santé mentale, puisque celle-ci aurait en partie basculé du champ sanitaire vers le champ médico-social. M. Maximin résume ainsi l'enjeu de la loi de 2005 pour les CMPP : *« l'exercice de la psychiatrie dans le secteur médico-social doit s'inscrire en complémentarité avec le secteur psychiatrique dans la recherche permanente d'une synergie bénéfique aux patients. Il y a là un enjeu déterminant, d'autant plus qu'actuellement nous assistons pour diverses raisons à une déqualification de l'hôpital, avec un glissement de la maladie mentale vers le handicap qui conduit à son inscription de façon prépondérante dans le champ médico-social »*<sup>100</sup>.

A cette évolution, on observe une réticence unanime des directeurs de CMPP rencontrés, quand ce n'est pas une résistance tout à fait frontale et spontanée. La loi a été qualifiée à deux reprises d'« hérésie » lors des entretiens. La notion de « handicap psychique » est ressentie comme thérapeutiquement contre productive. La loi de 2005 opèrerait une « identification du handicap psychique et du handicap physique »<sup>101</sup> sans prendre en compte les particularités du travail psychologique (réversibilité de l'état de l'enfant, évolution de cet état du fait de son environnement, ...). Alors que la maladie se soigne et se guérit, le handicap serait entaché d'irréversibilité et aurait une vraie incidence sur les enfants et les parents. Le statut de « handicapé psychique » serait stigmatisant pour l'enfant, et demanderait tout un travail de préparation de la famille qui conduirait à une

---

<sup>99</sup> Article L.114 du CASF : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »

<sup>100</sup> MAXIMIN M., CANN Y., CHEMARIN I., et al. La psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social ? Lien Social, 2007, n°832, p.8

<sup>101</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de Paris

complexification importante du processus thérapeutique : « *l'acceptation des parents prend parfois 3 ou 4 ans* »<sup>102</sup> et demande « *de vraies négociations* »<sup>103</sup>.

Bien plus, le statut d'handicapé pourrait conduire à de véritables marches arrières de la part de la famille. Ainsi certains enfants, jusque là en CLIS, en UPI ou bénéficiant d'une auxiliaire de vie scolaire auraient été retirés de ces dispositifs par leurs parents depuis l'obligation légale d'obtenir le statut d'handicapé pour y accéder. Pour la plupart des directeurs de CMPP, la notion de handicap psychique serait, en fait, une erreur de catégorisation : « *il est faux de parler de handicap pour un enfant qui a des troubles du comportement* »<sup>104</sup>. Le basculement d'un pan du domaine de la maladie mentale dans le domaine du handicap psychique conduirait à « *désépécifier le secteur psychiatrique au profit du secteur médico-social* », ce qui « *tient de la plus pure illusion d'autant que depuis des années, ce secteur subit une diminution de ses moyens, une augmentation des contraintes et une diversification des tâches de plus en plus multiples et complexes* »<sup>105</sup>. Enfin, la naissance de la notion de handicap psychique conduit à placer le handicap au centre des activités des CMPP, pour lesquels le handicap n'était jusqu'alors qu'une catégorie marginale de prise en charge. Le CMPP se trouve ainsi intégrée dans un dispositif préexistant et très quadrillé, celui du monde du handicap, ce qui s'oppose à la vision traditionnelle du travail en CMPP « *hors de ces appareils* » et ne participant pas « *au vaste processus de désignation des inadaptés ou handicapés* »<sup>106</sup>.

Ces réticences sont tout à fait compréhensibles. La notion de « handicap psychique » compris comme état statique irréversible est de toute évidence opposée à la pensée procédurale de la psychanalyse. Cependant, la loi de 2005 cherche justement à faire évoluer la notion de handicap en le rendant réversible. Selon la nouvelle loi, le handicap ne serait qu'un statut, définitif *ou provisoire*, qui permettrait un accès égal à certains droits et à une compensation. Le handicap psychique pourrait donc relever du temporaire, et être annulé du fait de la guérison de l'enfant. Tout un travail doit encore être fait pour déstigmatiser la notion de handicap : un directeur de CMP, à ce sujet, tout en comprenant les craintes des professionnels face à un « *certain fixisme du statut d'handicapé* »<sup>107</sup>, pense que la France est en retard dans l'intégration des handicaps et que les perceptions

---

<sup>102</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de Seine-Saint-Denis

<sup>103</sup> Entretien avec le directeur d'un CMP de Paris, responsable d'un secteur infanto-juvénile

<sup>104</sup> Lucien Coudrin, cité par BOUGEARD N. Les CMPP et les CAMSP confrontés à leurs limites. Lien Social, 2007, n°832, pp.14-15.

<sup>105</sup> MAXIMIN M., CANN Y., CHEMARIN I., et al. La psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social ? Lien Social, 2007, n°832, pp.8-10

<sup>106</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988. 177p.168

<sup>107</sup> Entretien avec le directeur d'un CMP de Paris, responsable d'un secteur infanto-juvénile

doivent évoluer. Il n'en reste pas moins que les réticences des professionnels et du public doivent être prises en compte dans l'application de la nouvelle loi.

**c) Une articulation difficile avec les autres structures médico-sociales du handicap, et particulièrement avec les CAMSP**

Les CMPP n'ont que peu de liens avec les autres structures médico-sociales du handicap, sauf bien sûr quand ils sont gérés par une association qui gère différents types d'établissements. Ainsi, par exemple, le CMPP d'Epinay sous Sénart se trouve en lien avec les autres établissements rattachés à l'association Olga Spitzer qui le gère, soit, dans la région d'Île-de-France, des services sociaux de l'enfance, 2 ITEP, un SESSAD et 2 autres CMPP. Les zones de contact entre les CMPP et le monde médico-social se situent à plusieurs moments de la prise en charge : lors de la réception de la première demande, le CMPP peut être amené à rediriger certains enfants vers des structures sanitaires (hôpitaux de jour, maison des adolescents), mais aussi vers des structures médico-sociales (principalement vers des IME). L'enfant peut aussi être redirigé vers un autre établissement en cas d'évolution de la pathologie ou de son environnement. Cependant, il semble que les liens entre les CMPP et les structures médico-sociales du handicap restent assez peu formalisés, sans doute moins formalisés encore que ne le sont les liens des CMPP avec les CMP. D'ailleurs, les structures médico-sociales auraient tendance, en cas d'urgence, à se tourner plus facilement vers le CMP que vers le CMPP.

L'articulation des CMPP avec les CAMSP est révélatrice des difficultés de positionnement des CMPP dans le monde du handicap. Les CAMSP sont « *plus tournés vers le handicap* » et se seraient développés du fait d'un « *déficit de CMPP précoces* »<sup>108</sup>, c'est-à-dire de CMPP prenant en charge les enfants en bas âge. Le public reçu en CMPP et en CAMSP n'est pas totalement identique, puisque les CAMSP, plus tournés vers le handicap, reçoivent les enfants autistes ou handicapés pendant que les CMPP reçoivent, chez les tout-petits, les enfants présentant des troubles plus légers, comme les troubles du sommeil ou de l'alimentation. Cependant, il semble que le CAMSP ne soit pas seulement un palliatif de l'offre en CMPP, il en est aussi un substitut : aujourd'hui, en proportion, beaucoup plus de créations de CAMSP que de créations de CMPP sont programmées<sup>109</sup>. Certains CMPP parisiens seraient même en voie d'être transformés en

---

<sup>108</sup> Entretien avec un directeur de CMPP

<sup>109</sup> PRIAC 2007-2011 d'Île-de-France

CAMSP. Ce phénomène de « concurrence »<sup>110</sup> brouille un peu plus, si besoin il y en était, le positionnement des CMPP dans le monde du handicap et menace de les priver peut-être de la prise en charge des tout-petits. Or certains directeurs de CMPP soulignent les inconvénients que présenterait une prise en charge de l'enfant trop segmentée. Passés 3 ans, les enfants ne pourront plus être pris en charge en CAMSP, ce qui brisera la continuité de la prise en charge et du suivi thérapeutique<sup>111</sup>. D'autres au contraire se plaignent du petit nombre de CAMSP qui « limite beaucoup les orientations que nous pourrions avoir besoin de faire »<sup>112</sup>. Du point de vue des services de l'Etat, il apparaît que les CAMSP sont des structures plus récentes et donc plus adaptées aux nouvelles réglementations. Ils sont aussi mieux connus des services de l'Etat et surtout beaucoup mieux identifiés comme relevant du monde du handicap dans la mesure où les inadaptations chez les tout-petits relèvent plus souvent du handicap que de la santé mentale (la proportion s'inversant avec l'âge).

L'ensemble des problèmes d'articulation des CMPP avec les autres structures médico-sociales provient de leur position en équilibre entre le handicap et la santé mentale. Ne prenant en charge que peu d'enfants handicapés, ils ont du mal à définir leur place au sein des dispositifs du handicap et ont du mal à défendre leur légitimité dans la prise en charge par exemple des tout-petits, prise en charge très tournée vers le handicap et de plus en plus concentrée dans les CAMSP.

## **2.2 CMPP médico-sociaux et CMP sanitaires : structures redondantes ou structures complémentaires ?**

Les CMPP peinent à se positionner entre médico-social et sanitaire (2.2.1), mais sont jaloux de défendre leurs spécificités vis-à-vis des CMP (2.2.2).

### **2.2.1 La convergence des prises en charge en CMPP et en CMP**

La coexistence de deux types de structures prenant en charge les enfants en difficulté scolaire et/ou psychologique, les CMPP dans le médico-social et les CMP dans le sanitaire, pose le problème de leur articulation et de la répartition de l'offre sur le territoire régional. Au sein des services déconcentrés de l'Etat, la distinction entre CMPP et CMP n'est pas évidente, bien qu'ils émergent sur deux enveloppes différentes et qu'ils relèvent de deux logiques différentes : associative pour les CMPP et hospitalière pour les CMP.

---

<sup>110</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de Paris

<sup>111</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP du Val-de-Marne

**a) Le CMPP historiquement associé au secteur de psychiatrie infanto-juvénile**

CMPP et CMP ont le même projet (une prise en charge pluridisciplinaire) pour le même public (les enfants en difficulté scolaire et/ou psychologique). M. Chabanier va jusqu'à écrire qu'« *on peut considérer légitimement le CMPP comme précurseur et pionnier de ce que sera l'intersecteur de pédopsychiatrie dix ans plus tard* »<sup>113</sup>. D'ailleurs la circulaire du 16 avril 1964 crée un lien organique entre CMP (« dispensaires primaires ») et CMPP (« dispensaires secondaires ») et prévoit, on l'a vu, la possibilité de conventionner un CMPP comme « dispensaire primaire » en cas d'absence de CMP sur le secteur. A la suite de la circulaire du 16 mars 1972 relative à la sectorisation infanto-juvénile, certaines conventions avec des CMPP ont chargé « *le CMPP de toutes les tâches dévolues au service public dans l'ensemble du territoire prévu et, fait exceptionnel, le médecin directeur pouvait devenir médecin-chef de l'intersecteur par processus d'intégration* »<sup>114</sup>. Enfin, on a déjà vu plus haut le nombre de circulaires qui ont ces dernières années encouragé le rapprochement entre les CMPP et les CMP. A certaines périodes, on a même pensé pousser au bout cette logique en « *sectorialisant les CMPP* »<sup>115</sup>, ce qui aurait été impossible du fait de « *luttés de pouvoir* ».

**b) Des prises en charge convergentes malgré la différence de statuts**

Concrètement, la prise en charge en CMPP et en CMP est voisine, les profils du public reçu sont comparables, la fréquence des consultations identique, et les équipes soignantes similaires. CMPP comme CMP reconnaissent la psychanalyse comme référence théorique. De nombreux psychiatres, y compris des médecins directeurs de CMPP, travaillent à la fois dans un CMPP et dans le CMP du secteur. Certains enfants sont suivis alternativement, voire simultanément, par ces deux types de structures. Cependant, on pourrait s'attendre à ce que la prise en charge en CMPP, de nature privée associative, dépende d'une démarche volontariste des parents alors que le CMP, de nature publique, aurait davantage un rôle de prévention auprès de populations à risques qui ne feraient pas spontanément le chemin vers la pédopsychiatrie. De la même façon, les CMP seraient à même de prendre en charge des cas plus lourds que les CMPP. Or,

---

<sup>112</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de l'Essonne

<sup>113</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988. p.25

<sup>114</sup> *ibid.* p.131

<sup>115</sup> selon une directrice adjointe de la DRASSIF



dans les faits, ces différences de public ne sont pas sensibles : comme l'écrit M. de Sinéty, « *on retrouve sensiblement les mêmes types de population d'enfants et d'adolescents consultant dans le secteur sanitaire (CMP) et dans le secteur médico-social associatif (CMPP)* »<sup>116</sup>. La différence de statut n'est pas considérée comme « *essentielle* » par M. Chabanier quand « *les équipes publiques s'engagent dans une pratique auprès d'individus s'appuyant sur la même théorisation de la psychopathologie, utilisant les mêmes moyens dans la même perspective déontologique, et [quand] les équipes privées mènent des actions auprès du public souvent légalisées par le biais de conventions* »<sup>117</sup>. D'ailleurs, la circulaire du 11 décembre 1992 sur les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents affirme que « *si [les CMPP] occupent une place particulière au sein du dispositif, le fonctionnement de leurs équipes trouve de nombreux points de convergence avec celui des équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.* » A Paris, cette proximité est plus vraie encore que dans le reste de la région, puisque 6 CMP sur les 36 que compte la capitale ne sont même pas sectorisés.

### **c) Les CMPP sont-ils vraiment plus pédagogiques que les CMP ?**

Que ce soit en CMP ou en CMPP, l'approche pédagogique n'est jamais loin de l'approche psychologique, dans la mesure où les difficultés scolaires sont souvent la porte d'entrée dans la démarche thérapeutique. *A priori*, du fait même de leur nom et du fait du principe de la double direction, les CMPP devraient conserver une orientation plus « *pédagogique* » que les CMP. A l'origine des CMPP, l'aspect parascolaire était souvent prépondérant et prenait le pas sur l'aspect curatif : « *pendant très longtemps la dénomination pédagogique du sigle a eu une fonction dominante dans l'identification des CMPP au point de faire douter plus d'un du caractère thérapeutique de ces établissements* »<sup>118</sup>. Cependant, dans les faits, les modalités de prise en charge en CMPP et en CMP ont constamment eu tendance à converger. Le rapport IGAS<sup>119</sup>/IGEN<sup>120</sup> de janvier 2002 pose le constat que « *si, au début, les CMPP ont eu pour vocation d'accueillir les enfants souffrant de troubles psychologiques, mais non psychiatriques,*

---

<sup>116</sup> SINÉTY (de) J.-M., ROSE P. A propos des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534

<sup>117</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988. p.129

<sup>118</sup> KUYPERS P. La pratique de la psychanalyse dans les CMPP. Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1996, n°3

<sup>119</sup> Inspection générale des affaires sociales

<sup>120</sup> Inspection générale de l'Éducation Nationale

*actuellement, la population accueillie dans les CMP du secteur de psychiatrie infanto-juvénile se distinguerait peu de celle reçue par les CMPP »<sup>121</sup>.*

Certains CMPP ont presque entièrement renoncé à l'approche pédagogique des années 50 ou 60 et ont priorisé l'approche médicale et psychanalytique. Ces CMPP « médicaux » n'ont aucune approche éducative et ne disposent pas d'enseignants mis à disposition par l'Education Nationale. Plus globalement, c'est l'ensemble des CMPP qui se tournent aujourd'hui de plus en plus souvent vers le soin, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, même s'ils restent très minoritaires, les cas d'autisme et de troubles graves de la personnalité sont de plus en plus fréquents en CMPP, du fait du manque de places dans des structures *ad hoc*. Ensuite, l'Education Nationale a tendance à retirer les enseignants mis à disposition dans les CMPP, du fait de la montée en charge de l'intégration scolaire. Ce recentrage de la prise en charge à l'école réduit mécaniquement la prise en charge parascolaire en CMPP. Les personnels mis à disposition par l'Education Nationale dans les CMPP ont diminué de 15% entre 1997 et 2001<sup>122</sup> : l'étude de 2005 de la DRESS<sup>123</sup> qui publie ces chiffres met cette évolution en regard « *du développement des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) mis en place à partir de 1990 et du redéploiement possible des moyens en éducation spéciale* ». Aujourd'hui, pour ne prendre qu'un exemple, les CMPP des Yvelines faisant partie de l'association des CMPP du 78 et du 91 ne réalisent que peu d'actes de psychopédagogie (1% de leur activité, contre 51% d'actes de psychothérapie<sup>124</sup>).

Si l'on ne trouve bien sûr pas d'enseignants mis à disposition dans les structures du secteur de psychiatrie (CMP), certains psychologues y sont formés à la psychopédagogie. Un responsable de secteur explique aussi que le travail des orthophonistes en CMP va parfois plus loin que la simple orthophonie. D'ailleurs, la circulaire ministérielle DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992 rappelle que « *les prestations offertes par le centre médico-psychologique doivent associer les compétences d'une équipe pluridisciplinaire : psychiatre, psychologue, infirmier, éducateur, orthophoniste, psychomotricien, assistant de service social, secrétaire médicale, mais aussi pédagogue, animateur socioculturel etc.* ». Il existe donc une préoccupation pédagogique dans les CMP comme dans les CMPP. Mais cette préoccupation n'est plus au centre du fonctionnement des CMPP, ce qui estompe les différences qu'il peut y avoir entre deux types de structures.

---

<sup>121</sup> IGAS, IGEN. Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage. Janvier 2002

<sup>122</sup> COLDEFY M. Les enfants et adolescents pris en charge dans les Centres médico-psycho-pédagogiques. Etudes et Résultats, DRESS, avril 2005, n°392.

<sup>123</sup> Direction régionale de la recherche, des études et des statistiques

<sup>124</sup> Rapport d'activité 2006 de l'association des CMPP du 78 et du 91

## **2.2.2 Une spécificité défendue par les CMPP franciliens**

La question « *Pour vous quelles sont les différences entre une prise en charge en CMPP et une prise en charge en CMP ?* » a tendance à provoquer un léger agacement chez les directeurs de CMPP. Cependant, quelques constantes se dégagent de leurs réponses et mettent l'accent sur des spécificités qui légitimeraient l'existence des deux types d'établissements.

### **a) Des convergences reconnues par les CMPP d'Île de France**

Les directeurs de CMPP rencontrés reconnaissent unanimement la proximité entre leurs structures et celles du secteur de psychiatrie infanto-juvénile : « *de moins en moins de différences* », « *pas de grosses différences* », « *plus en plus proches* » ...De nombreux psychiatres travaillant en CMPP travaillent aussi dans des CMP, et les enfants suivis en CMPP peuvent être aussi suivis en CMP suite à un déménagement ou à un réadressage. Sur certains territoires, le partage du public entre CMPP et CMP se fait sur des critères autres que sur la modalité de prise de charge. Ainsi, le CMPP d'Épinay sous Sénart reçoit plutôt des enfants (malgré une autorisation 3-20 ans) pendant que le CMP voisin de Brunoy reçoit plutôt des adolescents. A Montreuil, la répartition se fait sur un critère géographique : les enfants vont au CMPP ou au CMP selon la proximité du domicile de leurs parents avec ces deux structures.

### **b) Des différences revendiquées par les CMPP**

Les directeurs de CMPP d'Île de France pointent un certain nombre de différences avec les CMP. Tout d'abord, les CMP auraient plus de moyens et seraient donc plus à même de prendre en charge des cas plus lourds. La question de l'hospitalisation se pose d'ailleurs plus souvent en CMP qu'en CMPP. Ensuite, du fait de leur mode de tarification au forfait, les CMPP supporteraient une contrainte financière plus grande que les CMP qui sont financés par dotation annuelle de fonctionnement (DAF) : cette contrainte les obligerait à faire un certain nombre d'actes (« *au taximètre* ») pour rentrer dans leurs frais. Les CMPP, de nature associative, seraient par ailleurs plus autonomes que les CMP, rattachés quant à eux à un hôpital. Cette indépendance leur permettrait d'être plus à même de s'adapter aux évolutions sociétales. Plus globalement, les CMPP resteraient aussi plus indépendants des évolutions actuelles de la pédopsychiatrie (extension du comportementalisme ou du recours à des médicaments comme la rétaline). Certains

directeurs de CMPP affirment aussi que les intervenants en CMP sont moins stables (ainsi les internes, changés tous les 6 mois), et que les CMP auraient tendance à être très dépendants de la personnalité du médecin chef. Certains CMP seraient même liés à des laboratoires pharmaceutiques. Ces affirmations n'ont pu être vérifiées, et ont même été infirmées par un médecin chef de secteur rencontré.

Enfin, pour les CMPP de tendance pédagogique, l'approche parascolaire constitue la plus grande différence avec la prise en charge en CMP. Le président d'une association de CMPP affirme ainsi que « *le P de Pédagogique dans CMPP [lui] paraît important* ». Pour le directeur d'un CMPP parisien, la grande différence avec le secteur repose sur les six enseignants mis à disposition dans le CMPP. Cette dimension pédagogique est, pour lui, une richesse des CMPP, un « *vrai plus des CMPP par rapport aux CMP* ».

### **c) La diversité de la prise en charge, vraie garantie de sa qualité ?**

L'argument le plus convainquant pour la coexistence des différentes structures de prises en charge infanto-juvénile est sans doute celui de la diversité de la prise en charge. Les différences entre CMPP et CMP permettent aux familles de trouver l'établissement qui sera le plus à même de répondre aux besoins de l'enfant. M. Chabanier formule « *l'hypothèse que ce n'est pas simplement par hasard qu'une famille consulte dans un dispensaire ou en CMPP, que ce n'est pas par hasard que des travailleurs sociaux choisissent de travailler dans l'une ou l'autre des structures* »<sup>125</sup>. Les CMPP, beaucoup moins nombreux en Île-de-France que les CMP, sont jaloux de leurs particularités et se considèrent, à raison, comme une des seules alternatives au secteur de pédopsychiatrie.

## **2.3 La difficulté pour les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales de penser globalement les politiques de santé mentale et du handicap**

Les CMPP sont au carrefour de mondes très cloisonnés (handicap, santé mentale, éducation) (2.3.1) et sont, à ce titre, un défi pour les politiques publiques mises en œuvre dans ces différents champs par les DDASS et la DRASS (2.3.2).

---

<sup>125</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988. p.129

### 2.3.1 Santé mentale, handicap, éducation : des logiques différentes

Les CMPP sont au carrefour de mondes très cloisonnés (handicap, santé mentale, éducation) : même le principe de double direction, ancienne garantie de décloisonnement entre le monde de la santé et le monde de l'éducation, est aujourd'hui mis à mal dans les CMPP. Les CMPP sont aujourd'hui symptomatiques des difficultés qu'ont les structures et les acteurs publics à transcender les frontières historiques.

#### a) **Que reste-t-il de la « double direction » des CMPP ?**

« Une des spécificités des CMPP est d'avoir toujours revendiqué une direction bicéphale incarnée par deux personnes, l'une choisie par la Santé et l'autre par l'Education Nationale »<sup>126</sup>. C'est cette double direction (médecin directeur et directeur administratif et pédagogique (DAP)) qui fut posée, dès les premières expérimentations des années 50, comme garantie du décloisonnement de la prise en charge de l'enfant. Il s'agit là plus d'un principe que d'une obligation réglementaire. La circulaire n°35 bis SS du 16 avril 1964 l'évoque comme une option possible : « lorsqu'il existe dans un centre une double direction, l'une à caractère médical l'autre à caractère pédagogique, cette dernière assurant également des tâches administratives, les organismes de prise en charge peuvent tenir compte du traitement des deux directeurs, si l'opportunité de cette mesure n'est pas douteuse ». Or, dans beaucoup de CMPP d'Île-de-France, on observe une absence de directeur administratif ou pédagogique et l'existence d'une seule direction, médicale<sup>127</sup>. Dans certains CMPP, cette absence est palliée par des « responsables pédagogiques souvent psychologues qui font ce travail au niveau des partenaires extérieurs et la coordination de l'équipe »<sup>128</sup>. Si cette absence de DAP est parfois temporaire (directeur administratif en attente de recrutement) ou fonctionnelle (centralisation de la direction administrative des 14 CMPP de l'association des CMPP du 78 et du 91 au siège de l'association), elle est bien souvent un fait acquis. De plus, la « direction pédagogique », quand elle existe, a de plus en plus tendance à devenir une « direction administrative » (déconnectée donc des préoccupations pédagogiques) et à se définir comme ressource de gestion et d'encadrement face à la « direction médicale » en charge, quant à elle, de la construction concrète de la prise en charge. Dans certains CMPP, comme les CMPP territoriaux, le DAP n'a aucune fonction pédagogique et peut être un attaché de la fonction publique territoriale. « Sur le terrain, en fait, le médecin

---

<sup>126</sup> TETARD F. Regards sur l'histoire des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534.

<sup>127</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de l'Essonne

<sup>128</sup> Entretien avec le directeur d'une association de CMPP des Yvelines et de l'Essonne

*directeur délègue à son DAP qui a un ETP<sup>129</sup> plus proche de 1 »<sup>130</sup>. La double direction permettrait en fait « au médecin directeur de se centrer sur l'animation de l'équipe autour des questions cliniques »<sup>131</sup> et de focaliser son travail sur les « orientations médicales »<sup>132</sup> sans avoir à se préoccuper de la gestion plus administrative du CMPP. Le principe de double direction est donc quelque peu détourné de son objectif originel de décloisonnement de la direction.*

Cette tendance tend à brouiller la position des CMPP, statutairement en équilibre entre le monde médical et le monde scolaire. Les CMPP qui ont à cœur cette dimension pédagogique du travail en CMPP réaffirment aujourd'hui l'importance de la double direction Santé-Education Nationale, garantie de l'équilibre qui doit être trouvé entre l'approche médicale et pédagogique : « quand on a voulu lâcher cette position hybride, nous avons assisté à un déséquilibre entre la pédagogie et le médical, marqué par un impérialisme de la psychanalyse et une remise en cause de certains de nos principes »<sup>133</sup>. Ainsi, dans le CMPP Claude Bernard à Paris, « le docteur Giabicani [...] a lutté contre cette tentative du tout psychanalytique et progressivement nous sommes revenus à cette position de partage, à cette interaction bénéfique contenue dans le respect des principes ». Lors d'un entretien, un directeur de CMPP parisien a souligné que la double direction était « une excellente chose » qui permettait de prendre en charge « l'empêchement de penser » de l'enfant tant d'un point de vue thérapeutique que d'un point de vue pédagogique.

#### **b) Le cloisonnement des services des DDASS/DRASS**

Dans la mesure où il existe plusieurs modalités de prise en charge des enfants inadaptés (CAMSP, CMPP, BAPU, CMP, CATTP, hôpitaux de jour, ...), il convient de les coordonner au niveau des structures par la création de réseaux et au niveau des financeurs par une élaboration conjointe, dans les DDASS, de l'évaluation des besoins et de la programmation des financements. Or, à l'intérieur des DDASS ou de la DRASSIF, les champs du handicap psychique et de la santé mentale sont organiquement gérés par des services différents appartenant en général à des pôles différents. Tant le rapprochement des modes de prise en charge que la tendance à l'assimilation des deux

---

<sup>129</sup> Equivalent temps plein

<sup>130</sup> Entretien avec le directeur d'une association de CMPP des Yvelines et de l'Essonne

<sup>131</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de l'Essonne

<sup>132</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP du Val-de-Marne

<sup>133</sup> BOIMARE S. Les principes fondateurs de nos CMPP sont-ils toujours d'actualité ? Réadaptation, novembre 2006, n°534, pp.37-38.

champs à la suite des dernières évolutions législatives militent aujourd'hui pour une réflexion globale sur ces questions au niveau des services déconcentrés.

Au niveau des services déconcentrés, c'est entre CMP et CMPP que le problème de l'articulation est le plus criant, tant les modes de prise en charge peuvent se ressembler. Les CMP relèvent d'une logique sanitaire, sont financés en dotation annuelle et sont sectorisés. Les CMPP relèvent d'une logique médico-sociale, sont financés de façon forfaitaire et ne sont pas sectorisés. Les uns relèvent du SROS, les autres du PRIAC. Or, on l'a vu, l'offre en CMP et l'offre en CMPP ne peuvent être qu'analysées corrélativement. On peut même se demander à quoi sert la sectorisation des CMP et les contraintes qu'elle génère (au moins 2 CMP par secteur de psychiatrie infanto-juvénile) s'il existe sur ces mêmes secteurs des structures non sectorisées (les CMPP) qui proposent une prise en charge complémentaire, quand elle n'est pas similaire. La coexistence de deux structures si proches nécessite une réflexion transversale dans les DDASS : « *si le CMPP et le service public ne sont pas dans un rapport de complète identité, s'il est nécessaire de continuer d'offrir plusieurs types de lieux institutionnels pour permettre aux usagers le jeu du déplacement, il faut maintenir les deux types d'institution. Mais dans un souci d'efficacité, il faut les articuler* »<sup>134</sup>.

### **c) La difficile articulation de la santé mentale et du handicap**

L'articulation entre CMP et CMPP ne se fera que si les deux secteurs qu'ils bordent (la santé mentale et le handicap) s'entreprennent et se décroissent. Certaines pathologies mentales créent des handicaps, et certains handicaps ont des conséquences psychologiques importantes. C'est la liaison de ces deux problématiques qui permettra aux CMPP et aux CMP de jouer pleinement leur rôle d'interfaces. Le développement des réseaux existants (Réseau Sud ou Réseau Ouest à Paris) ou la création de nouveaux réseaux permettraient une appréhension plus globale de l'offre, au-delà des clivages traditionnels. L'enfant pourrait ainsi être dirigé vers la structure qui conviendrait le mieux à ses besoins. On peut aussi imaginer la mise en place de réseaux thématiques autour de problématiques plus précises et le renforcement des dispositifs autour de l'autisme (dans lesquels « *les CAMSP et les CMPP ont bien entendu leur place et la trouvent dans la plupart des régions* »<sup>135</sup>), des troubles du comportement ou de certaines pathologies mentales. Il est aussi possible de s'inspirer de collaborations plus ponctuelles. Un bon

---

<sup>134</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988. p.130

<sup>135</sup> SINETY (de) J.-M., ROSE P. A propos des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534

exemple est la création d'Unité de Soins Psycho-Pédagogique (USPP) à Ivry-sur-Seine, dont le comité de pilotage comprend l'Education Nationale, le CMP et le CMPP de la ville, et la DDASS. Cette USPP vise à mettre en place une prise en charge mixte (mi-temps à l'école, mi-temps en CMPP ou en CMP) en faisant participer les différents acteurs de cette prise en charge.

### **2.3.2 Les CMPP face aux services déconcentrés : une relation à renouveler ?**

DDASS et DRASS ont sans doute beaucoup à gagner à se pencher sur la problématique des CMPP, puisque ces structures interstitielles permettent d'absorber les publics en équilibre entre le sanitaire, le médico-social et l'Education Nationale, entre la santé mentale et le handicap. La réflexion sur les modes de financement, sur la transparence de l'activité des CMPP et la mise en place d'un dialogue proactif et non plus simplement réactif permettra la réhabilitation des CMPP dans les services de l'Etat en Île-de-France et une meilleure participation des CMPP aux politiques publiques dont ils dépendent.

#### **a) Coûts et financement : la nécessité d'un diagnostic**

La séance, facturée autour de 100€, constitue aujourd'hui l'unité forfaitaire du financement des CMPP. Comme souvent, les modalités de financement sont au cœur de polémiques entre les établissements et les autorités de financement. La prise en charge par l'Assurance Maladie se fait à 100% mais depuis 2006, les CMPP doivent présenter des motivations très précises auprès du médecin conseil pour obtenir une prise en charge à 100% en ALD<sup>136</sup>.

D'un côté, la plupart des CMPP se plaignent de la contrainte que le mode de tarification au forfait fait peser sur leur activité. Seuls les actes de soins sont facturés, c'est-à-dire les actes réalisés en présence de l'enfant. Cette situation, souvent qualifiée de « *paradoxe* »<sup>137</sup> et assimilée à un encadrement budgétaire « *ridiculement pointilleux* »<sup>138</sup>, aurait selon les directeurs de CMPP des effets négatifs sur la prise en charge des enfants. Tout d'abord, elle conduirait souvent les CMPP à délaisser leur travail de réseau, de prévention ou de contact avec leurs partenaires dont l'école, puisque toute cette activité hors-les-murs ou hors-consultations n'est pas facturée. Ensuite, le mode de

---

<sup>136</sup> Affection longue durée

<sup>137</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP du Val-de-Marne

<sup>138</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de l'Essonne



tarification conduirait les CMPP à marcher au « *taximètre* »<sup>139</sup> en les contraignant à maintenir un certain niveau d'activité afin d'équilibrer le budget de la structure : un directeur de CMPP avance le chiffre de 20 rendez-vous de 40 minutes par semaine pour un psychologue à mi-temps pour rentrer dans ses frais. Aujourd'hui, certains CMPP se plaignent de n'avoir plus « *aucune marge de manœuvre pour le matériel pédagogique ou les fournitures*<sup>140</sup> ».

De l'autre côté, les services déconcentrés s'interrogent sur la justification du prix de la séance en CMPP, bien supérieur à une séance réalisée par un psychiatre de ville. La question qui se pose en filigrane est sans doute celle de l'opportunité de financer cette prise en charge coûteuse plutôt qu'une prise en charge ambulatoire de ville ou en CMP.

Si c'est deux points de vue se comprennent, ils ne prennent en compte ni l'un ni l'autre la spécificité du mode de financement de la séance en CMPP. La tarification de la séance en CMPP, telle qu'elle a été pensée, prend en compte l'éventail des prestations annexes à la simple prise en charge sanitaire (liens avec l'école, prise en charge globale de l'enfant, ...), d'où l'apparente surévaluation du forfait au regard des tarifs pratiqués par la médecine de ville. Certains directeurs de CMPP considèrent, à l'inverse des autres, que ce mode de tarification « *correspond tout à fait à ce genre de structure* »<sup>141</sup> : « *les actes extérieurs font déjà partie du calcul du forfait et justifient le prix du service supérieur à la médecine de ville* ». Il manque aujourd'hui un diagnostic plus complet pour évaluer le forfait pris en charge par l'Assurance Maladie dans les CMPP au regard de la diversité de leurs missions et en comparaison des autres structures de santé mentale. M. Chabanier regrette que ses « *propositions de comparer de manière précise et claire le coût du fonctionnement d'un CMPP à celui d'un dispensaire d'hygiène mentale effectuant des traitements n'ont jamais été retenues* »<sup>142</sup>, tout en ayant le sentiment « *qu'une comparaison intégrant tous les aspects du fonctionnement ferait apparaître le coût de la séance en CMPP plus modique que ce qui correspond à une « séance » en dispensaire* ».

#### **b) Quels interlocuteurs pour les services déconcentrés ?**

Il ne faut pas oublier les échelles et ce que représentent les CMPP aujourd'hui en terme de volume financier. L'agrégation des budgets des CMPP adhérent à la FANCMPP

---

<sup>139</sup> Entretien avec les directeurs d'un CMPP de Paris

<sup>140</sup> Entretien avec un directeur de CMPP

<sup>141</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP de Seine-Saint-Denis

<sup>142</sup> CHABANIER J. Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988. p.27

correspondrait, selon un directeur de CMPP, à 3.500.000€<sup>143</sup>, soit le budget d'un petit CHU<sup>144</sup>. Structures atomisées et très différentes les unes des autres, les CMPP ont du mal à se coordonner pour faire entendre leur voix au niveau des DDASS ou de la DRASS. Les CMPP sont fédérés en associations nationales qui n'ont pas forcément les mêmes priorités ni les mêmes opinions sur les missions des CMPP :

- L'association nationale des CMPP (ANCMPP) et l'association nationale des CMPP territoriaux (ANCMPT) réunissent des CMPP tournés vers le soin ;
- L'association française des CMPP (AFCMPP) est en équilibre entre les deux tendances et promeut la double direction (médicale et pédagogique/administrative) ;
- Le groupe de recherche et d'action médicale, éducative et sociale (GRAMES)<sup>145</sup> issu de l'Education Nationale met l'accent sur l'aspect pédagogique des CMPP.

Comme le déclare M. de Sinéty, « *les CMPP qui se regroupent dans ces trois associations<sup>146</sup> y trouvent généralement des réponses qui les satisfont. Ils continuent d'autre part d'y élaborer le fil rouge d'une histoire commune. Par exemple, une association a pu mettre davantage l'accent sur la place de la pédagogie ou sur la double direction ; telle autre insister sur les valeurs liées à la laïcité, telle autre réfléchir davantage sur la place et le rôle des médecins, sur les concepts de la psychanalyse appliquée aux institutions, aux familles et aux enfants sans pour autant que chacun de ces thèmes soit l'apanage absolu de l'une ou l'autre des associations* »<sup>147</sup>. A cela il faut ajouter qu'il n'existe pas deux CMPP semblables, cette profonde diversité étant due, comme on l'a dit, à la multiplicité des histoires, des courants psychanalytiques et des personnalités constituant les équipes médicales ou pédagogiques.

Cependant, certaines grosses associations de CMPP en Île-de-France affichent la volonté d'aller vers une plus grande transparence et de dépasser à la fois la méfiance traditionnelle des CMPP envers les organismes publics et les rivalités un peu stériles entre associations nationales de CMPP. Face à cette « *atmosphère conflictuelle* »<sup>148</sup>, la création de la Fédération des Associations Nationales de CMPP (FANCMPP) en décembre 2003, si elle n'a pas pour objet « *de remplacer les associations nationales* »<sup>149</sup>, va dans le sens d'une meilleure visibilité des CMPP au-delà de leurs diversités en

---

<sup>143</sup> Entretien avec le directeur d'une association de CMPP des Yvelines et de l'Essonne

<sup>144</sup> Centre hospitalier universitaire

<sup>145</sup> Anciennement ANSE (association nationale des communautés éducatives)

<sup>146</sup> ANCMPP, AFCMPP, GRAMES

<sup>147</sup> SINETY (de) J.-M., ROSE P. A propos des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534.

<sup>148</sup> SALBREUX R. Les indicateurs médico-sociaux. La lettre de psychiatrie française, décembre 2004, n°140, p.6

<sup>149</sup> Ibid.

promouvant « *des valeurs communes auprès de [leurs] interlocuteurs tant au niveau de l'Etat que des grandes associations gestionnaires de CMPP mais aussi de la psychiatrie infanto-juvénile dans le secteur sanitaire* »<sup>150</sup>. Cette fédération sera sans doute dorénavant le interlocuteur le plus légitime et un centre de ressources pour les services déconcentrés de l'Etat, sans pour autant que ne soit oubliée l'hétérogénéité inhérente à l'histoire et à l'organisation des CMPP en Île-de-France.

### **c) Les résistances des CMPP aux initiatives des services déconcentrés**

Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales sont en attente d'une meilleure appréhension de la réalité de la plus-value des CMPP dans les champs du handicap et de la santé mentale. La crainte est de voir se brouiller les rôles et donc la spécialité des crédits alloués à ces types d'établissements. On observe aussi une certaine méfiance vis-à-vis des psychiatres qui dirigent les CMPP ou les CMP, méfiance à la fois due à des différences de culture professionnelle, mais aussi à l'autonomie revendiquée de ces médecins qui auraient tendance à ne pas se conformer aux évolutions législatives ou à proposer des psychothérapies sur le long terme, pas forcément compatibles avec l'objectif de réduire les files d'attente ou de diminuer le temps d'attente entre le 1<sup>er</sup> contact et 1<sup>er</sup> rendez-vous<sup>151</sup>.

La volonté de mieux connaître les CMPP se heurte à des inquiétudes des CMPP. Certaines de ces réticences sont tout à fait compréhensibles, voire dans une certaine mesure justifiées. Elles sont aussi symptomatiques d'inquiétudes plus globales des CMPP quant à leur pérennité. On a déjà vu les réticences des CMPP face aux évolutions législatives ou face au mode de tarification. Jaloux de leur autonomie, les CMPP sont aussi très sceptiques vis-à-vis des démarches des agents des services déconcentrés, dans des domaines aussi sensibles que la classification des publics ou la mise en place d'indicateurs visant à la convergence budgétaire. Les CMPP considèrent que les problématiques des enfants ne sont pas catégorisables, dans la mesure où la plupart d'entre eux entrent dans plusieurs « cases » et dans la mesure où leur état évolue tout au long de la thérapie. Un risque de « dérives » a même été évoqué par le directeur d'un CMPP d'Île-de-France, et un médecin directeur va plus en loin en affirmant que « *la psychiatrie meurt de l'idée de vouloir tout classifier* »<sup>152</sup> et qu'on risque d'ouvrir la « *boîte de Pandore de la tarification à l'activité* ». Comme l'écrit sur son site en février 2007 le

---

<sup>150</sup> SINETY (de) J.-M., ROSE P. A propos des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534

<sup>151</sup> Entretien avec un responsable de l'administration centrale (DGAS)

Comité de Vigilance des CMPP de l'Ouest : « *le risque est de voir arriver le financement à la pathologie [...]. C'est à dire de voir un service administratif non compétent en la matière décréter que pour tel symptôme il faut tel type de prise en charge avec tel nombre de séances, le tout en lien avec la référence de bonne pratique opposable* ». Plus globalement, comme l'écrit Tétard, « *les CMPP aiment à prôner leur autonomie, à promouvoir leur originalité, mais aussi à cultiver leur fragilité. D'une certaine manière, ils restent toujours sur la défensive, comme si cette formule qui remonte maintenant à soixante ans ne tenait toujours qu'à un fil, ils se vivent comme étant constamment sous le coup d'une menace latente de suppression* »<sup>153</sup>. Les services déconcentrés doivent prendre en compte ces résistances et apprendre à travailler en lien avec l'expertise des psychiatres travaillant en CMPP, dont la plupart sont d'ailleurs d'excellente volonté et tout à fait prêts à jouer le jeu de la transparence, à condition d'être associés à la réflexion des services déconcentrés.

**d) Une piste d'amélioration ouverte avec le projet d'enquête annuelle impulsé en 2007 par la DRASSIF**

Ces réticences et ces méfiances expliquent pourquoi le travail sur les CMPP ne peut se faire qu'avec les CMPP. Un exemple en a été donné récemment par la démarche initiée par la DASS de Paris, relayée par DRASSIF en 2007 et visant à mettre en place une enquête annuelle sur l'activité des CMPP afin de collecter un certain nombre d'informations sur les CMPP d'Île-de-France (file active, domiciliation des enfants reçus, âge des enfants reçus, pathologies des enfants reçus, origines des demandes de prise en charge, modalités d'admission, modalités de prise en charge, tableau des effectifs, volume d'activité, mode de socialisation et de scolarisation des enfants, orientations à la sortie).

Dans l'élaboration de ce document, une démarche fortement participative a été privilégiée, et les CMPP ont été associés à l'opération dès son lancement : ainsi la DRASSIF a-t-elle invité en juin 2007 les différentes DDASS, la CRAM et une quinzaine de directeurs de CMPP (désignés par les DDASS comme représentatifs) ainsi que des responsables de certaines associations nationales et le président de la FANCMPP. Cette première réunion a permis un travail sur le document cadre proposé par la DASS de Paris, et les CMPP ont pu donner leur avis et amender certaines *items* de l'enquête

---

<sup>152</sup> Entretien avec les directeurs d'un CMPP de Paris

<sup>153</sup> TETARD F. Regards sur l'histoire des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534

(redéfinition des tranches d'âges, choix de la classification utilisée, pertinence de certaines informations demandées, ...). Certains débats ont été assez animés, en particulier en ce qui concerne la classification choisie, mais le document a pu être corrigé et accepté par la plupart des directeurs présents. Le document a ensuite été retravaillé et envoyé à l'ensemble des participants pour qu'ils donnent un avis sur la dernière version proposée. Le document a ensuite été validé, pour être utilisé dès 2008, et permettra d'avoir une idée plus précise, au niveau régional, de l'activité des CMPP.

La démarche participative aura eu plusieurs effets positifs : le document a été élaboré avec les CMPP et est donc sans doute mieux adapté aux réalités qu'ils rencontrent ; il sera mieux connu et sans doute mieux accepté par les différents CMPP<sup>154</sup> ; enfin, la démarche a permis de mettre en contact les différents acteurs intervenant dans le fonctionnement ou le financement des CMPP, ce qui a permis un échange enrichissant et donc une amélioration de la confiance des services déconcentrés dans les CMPP, et des CMPP dans les service déconcentrés.

\*

Les CMPP souffrent d'un manque de visibilité et de reconnaissance en Île-de-France. Mal identifiés face aux CMP ou face aux CAMSP, très hétérogènes dans leurs pratiques et dans leurs priorités, positionnés de façon variable au centre du triangle formé par l'École, le monde de la santé et le monde du handicap, ils sont un enjeu important pour les DDASS et la DRASS de la région. L'IASS a son rôle à jouer dans la valorisation de ce dispositif ancien, mais capable d'être adapté au contexte rénové de l'action sanitaire et sociale. On peut faire, à ce propos, certaines préconisations.

---

<sup>154</sup> « Il apparaît que nos interlocuteurs ont du mal à percevoir le travail réalisé en CMPP et le pourquoi de notre place dans le médico-social. Ils voudraient parvenir à une formalisation du rapport d'activité, dont le questionnaire parisien serait une ébauche. » (blog de la FANCMPP)

### **3 Préconisations : des CMPP à la visée pédagogique réaffirmée, ancrés dans le médico-social mais intégrés dans un dispositif décloisonné de prise en charge de l'enfant**

Les préconisations suivantes font suite aux conclusions de l'analyse : elles se placent dans une perspective professionnelle, c'est-à-dire dans le cadre strict des missions de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Nous nous plaçons ici **dans la perspective d'une action au sein du service « Politique Médico-Sociale du Handicap » de la DRASSIF**, mais certaines des actions proposées font appel à plusieurs services et nécessitent une approche transversale au sein des DDASS et de la DRASS. Ces préconisations se déclinent en trois objectifs stratégiques (déclinés chacun en trois objectifs opérationnels) : la réaffirmation du caractère pédagogique des CMPP (3.1), l'ancrage des CMPP dans le médico-social (3.2) et le décloisonnement de la prise en charge des enfants en difficulté scolaire et psychologique (3.3).

#### **3.1 Réaffirmer le caractère pédagogique des CMPP**

##### **3.1.1 OBJECTIF A : Encourager le recours à la double direction dans les CMPP**

La double direction est sans doute aujourd'hui la meilleure garantie d'une prise en charge « médico-psycho-pédagogique ». Elle présente l'avantage de diversifier les points de vue au sein même de l'équipe de direction et d'éviter une évolution trop radicale vers une prise en charge exclusivement sanitaire. Elle permet une différenciation nette entre le CMPP et le CMP. En Île-de-France, beaucoup de CMPP ne sont dotés que d'une direction médicale. Il est difficile de contraindre les CMPP à une double direction qui n'est pas une obligation, quoique évoquée dans la circulaire du 16 avril 1964. Il faut aussi prendre en compte le fait que, même quand elle existe, la direction administrative et pédagogique est aujourd'hui plus tournée vers l'administration et la gestion du CMPP que vers un infléchissement pédagogique de la prise en charge de l'enfant.

**(α) Faire un état de lieux de la double direction en Île-de-France** : cet état des lieux pourra se faire par l'exploitation, par le service Politique médico-sociale du Handicap (PSMH) de la DRASSIF, de l'enquête annuelle sur l'activité des CMPP mise en route en 2007. Si besoin, un *item* « Modalités de direction » pourrait être ajouté à l'enquête.

**(β) Sensibiliser les CMPP à l'importance de la double direction** : la sensibilisation des CMPP sur l'importance de la double direction pourra être réalisée par un rappel du caractère non exclusivement médical de la prise en charge en CMPP. Il serait sans doute intéressant de connaître les positions de la FANCMPP à ce sujet, et donc aborder le sujet lors d'une rencontre entre la fédération et la DRASSIF.

**(γ) Encourager la mise en place d'un DAP quand il n'en existe pas** : cette action pourra se faire lors des négociations budgétaires, des inspections ou de la constitution des dossiers CROSMS. Il faudra sans doute se contenter d'incitations et éviter toute démarche trop autoritaire, qui s'opposerait à la diversité de la réalité des CMPP. Cette action impliquerait de prévoir l'attribution de crédits supplémentaires, intégrés au forfait, pour les CMPP faisant l'effort de recruter un second directeur.

### **Indicateurs de l'objectif A**

- *Nombre de CMPP dotés d'une double direction*
- *Nombre de CMPP dans lesquels le second directeur est d'origine éducative*
- *Organisation d'une concertation avec la FANCMPP sur la double direction*

#### **3.1.2 OBJECTIF B : Formaliser les liens avec l'institution scolaire**

Les CMPP ont un rôle de lien à jouer entre la prise en charge médico-sociale du handicap et de l'inadaptation d'une part et l'institution scolaire d'autre part, et la plupart d'entre eux le jouent déjà. Avec la montée en charge de l'intégration scolaire et la diminution des enseignants mis à disposition dans les CMPP, les CMPP doivent réfléchir aujourd'hui à un repositionnement de leurs pratiques en direction des établissements scolaires voire universitaires. Cette réflexion se fera d'autant plus facilement si l'un des deux directeurs du CMPP provient professionnellement de l'Education Nationale (cf objectif A).

**(δ) Favoriser les interventions des CMPP dans les écoles** : les CMPP doivent multiplier leurs interventions dans les écoles, et cela de préférence en lien avec le CMP du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, comme cela est encouragé dans de nombreuses circulaires<sup>155</sup>. Ces interventions auront pour but de « capter » les publics en difficulté et de faire connaître les structures de prise en charge ambulatoire. Elles permettront aussi aux CMPP de se positionner comme référents auprès des personnels

---

<sup>155</sup> Circulaire n°2000-434 du 24 juillet 2000, circulaire n°2003-210 du 1<sup>er</sup> décembre 2003

de l'Education Nationale. Ces interventions pourraient être comptabilisées pour donner lieu à un rapide état des lieux dans le cadre du rapport d'activité.

**(ε) Se mettre en contact régulier avec l'administration de l'Education Nationale** : un dialogue avec certains responsables de l'Education Nationale pourrait permettre aux services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales de penser plus globalement la prise en charge de l'enfant et de favoriser, sur le terrain, la naissance de coopérations plus étroites entre l'école et les CMPP. L'organisation de réunions entre les services Handicap des DDASS/DRASS et l'Education Nationale est rendue d'autant plus importante du fait de la généralisation de l'intégration scolaire depuis la loi du 11 février 2005.

**(ζ) Former les intervenants en CMPP à l'approche éducative** : cette action demandera une réflexion étroite en lien avec les directeurs de CMPP, dans le but d'infléchir dans ce sens les plans de formation des établissements. Elle permettrait de compenser la perte « éducative » due à la baisse du nombre d'enseignants mis à disposition par l'Education Nationale, tout en donnant aux CMPP les moyens d'être des référents réguliers pour les établissements scolaires.

#### **Indicateurs de l'objectif B**

- *Nombre d'interventions des CMPP dans les écoles*
- *Nombre de formations axées vers l'approche éducative*
- *Organisation d'une réunion entre la DRASS, les DDASS et les responsables du handicap du rectorat*

#### **3.1.3 OBJECTIF C : Mieux apprécier le montant du forfait par séances**

Le caractère pédagogique des CMPP a un coût et requiert, de la part des équipes, une activité autre qu'une activité purement thérapeutique. Cette activité supplémentaire explique le montant du forfait appliqué par séance dans les CMPP. Cependant, aujourd'hui, ce forfait paraît insuffisant aux CMPP qui se plaignent d'être contraints à augmenter leur activité pour équilibrer leurs budgets et qui considèrent ne plus avoir de temps à consacrer aux activités hors tarification, dont fait partie la création de liens avec leurs différents partenaires et particulièrement avec l'école.

**(η) Faire un diagnostic des forfaits accordés aux CMPP en Île-de-France** : il s'agit d'estimer si le forfait versé aux CMPP permet, comme cela en serait le principe,



de couvrir les frais des actions autres que les consultations. Ce diagnostic devra permettre de comparer les forfaits reçus aux nombres d'actes extérieurs réalisés. Il faudra dans cette perspective se mettre en relation avec les services chargés de la santé mentale, afin de comparer les coûts de prise en charge en CMPP et en CMP. Des contacts devront aussi être pris avec l'administration centrale. Ce travail demandera sans doute plusieurs mois : il pourra s'appuyer sur des études déjà existantes<sup>156</sup>.

**(θ) Introduire des bonus-malus en fonction de l'activité hors-consultations du CMPP** : on pourrait imaginer, dans le cadre de la négociation budgétaire, un dispositif de majoration du forfait en cas de réalisation de nombreux actes extérieurs (interventions extérieures dans les écoles, formalisation de partenariat avec des personnels éducatifs, ...). Le suivi des recommandations devra être effectué lors de la réalisation des budgets. Ce mécanisme ne devra en aucun cas se substituer au forfait, qui finance déjà un certain nombre d'activités hors-consultation : il ne sera qu'un moyen d'incitation supplémentaire et ne devra être mis en place qu'en fonction des conclusions du diagnostic prévu à l'action précédente.

### Indicateurs de l'objectif C

- *Réalisation d'un diagnostic sur le montant du forfait des CMPP*
- *Selon les conclusions du diagnostic, prévoir des mécanismes d'incitation financière pour le développement des activités non facturées*

## **3.2 Ancrer les CMPP dans le médico-social**

### **3.2.1 OBJECTIF D : Faire des CMPP des établissements médico-sociaux à part entière**

Les CMPP sont des établissements médico-sociaux, même si un certain nombre de leurs caractéristiques les rendent un peu atypiques. Dans une logique de clarification des catégories, il serait sans doute bénéfique pour eux qu'ils soient mieux identifiés par les services déconcentrés comme des établissements médico-sociaux à part entière, cette identification étant le préalable d'une meilleure visibilité et sans doute d'une meilleure inscription dans les schémas de planification et dans la distribution des enveloppes budgétaires. D'un autre côté, les services déconcentrés doivent prendre conscience que

---

<sup>156</sup> DUMONT JP. Projet d'élaboration d'un outil de gestion qui permette la maîtrise des contraintes spécifiques à l'activité d'un CMPP ; pour prévoir, organiser et adapter ses prestations. Mémoire DES. France, 1987.

les CMPP ne sont pas des établissements médico-sociaux comme les autres, puisqu'ils ne relèvent que marginalement du monde du handicap et sont à la frontière du monde de la santé mentale.

**(i) Contrôler avec souplesse la bonne application de la loi du 02 janvier 2002** : en tant qu'établissements médico-sociaux, les CMPP sont tenus de remplir les obligations nouvelles créées par la loi du 02 janvier 2002 , entre autres, la mise en place d'un livret d'accueil, d'une charte des droits et libertés des personnes accueillies, d'un contrat de séjour, d'un conseil de la vie sociale, d'un règlement de fonctionnement et d'un projet d'établissement, ainsi que la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation. Ces obligations devront être évaluées lors de la négociation budgétaire, lors des inspections ou lors de la constitution des dossiers CROSMS. Cependant, une certaine marge de liberté pourra être laissée aux CMPP, du fait de leur caractère en partie thérapeutique.

**(κ) Réfléchir à la création de CMPP expérimentaux spécialisés dans le handicap** : il pourra être envisagé la création de CMPP spécialisés dans le handicap, un peu à la manière de ce qui existe en matière de CAMSP Autisme par exemple. Ces CMPP, destinés à recevoir des cas plus lourds (troubles graves de la personnalité, autisme, psychoses, ...) se verraient dotés d'un forfait évidemment plus important. Plus ancrés dans le handicap que les autres CMPP, ces CMPP spécialisés devraient être connus par les MDPH comme structures possibles d'orientation. Des projets expérimentaux dans ce sens pourraient être construits en coopération avec les DDASS et les associations de la région et présentés en CROSMS.

**(λ) Harmoniser progressivement les tranches d'âge des enfants reçus par les CMPP au niveau régional**: il existe aujourd'hui une confusion entre certains CMPP autorisés à recevoir les tout-petits et les CAMSP. A cela deux solutions sont possibles : soit donner un conventionnement CAMSP aux CMPP qui reçoivent les tout-petits en plus de leur conventionnement CMPP, comme cela se fait déjà ; soit différencier la prise en charge en CAMSP et en CMPP, en spécialisant les CAMSP dans le handicap et le CMPP dans les troubles plus légers (apprentissage, sommeil, alimentation). Ces deux solutions peuvent être choisies alternativement selon la situation du CMPP.

#### **Indicateurs de l'objectif D**

- *Quantification de la mise en place des outils de la loi de 2002-2 dans la CMPP et de son évolution*

- *Lancement d'un appel d'offre auprès des associations pour la création d'une structure CMPP innovante, spécialisée dans les cas les plus lourds*
- *Harmonisation des tranches d'âge des enfants reçus par les CMPP au regard de l'offre en CAMSP*

### **3.2.2 OBJECTIF E : Accompagner le changement de mentalités sur le handicap**

On a vu comment la loi du 11 février 2005 a été ressentie par les CMPP comme contre-productive et contre-thérapeutique, du fait de l'extension du statut d'handicapé à des enfants souffrant de troubles de la personnalité par nature réversibles. Or, la loi de 2005 entend justement modifier la définition du handicap. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que les CMPP restent en marge du handicap.

**(μ) Accompagner la modification de la notion de handicap** : il s'agit de faire accepter le handicap comme un état compatible avec une démarche thérapeutique voire curative. La loi de 2005 a augmenté, de fait, le champ du handicap en créant la notion de handicap psychique : cette évolution ne pourra se faire qu'avec le soutien des professionnels intervenant dans la santé mentale, et donc par un effort de formation et de sensibilisation dirigé vers eux.

**(v) Participer aux campagnes de déstigmatisation du handicap** : les professionnels des CMPP soulignent le fait que l'acceptation du statut de handicap reste encore très difficile pour l'enfant et pour sa famille, du fait de sa stigmatisation. C'est là le principal frein à la bonne application de la loi de 2005, et l'un de ses principaux effets pervers (désengagement du processus thérapeutique, réticences des familles,...). Cette action trouve sa place dans des campagnes plus globales de sensibilisation et ne pourra être menée par le seul service PMSH.

#### **Indicateur de l'objectif E**

- *Production d'une fiche de cadrage élaborée après consultation avec les associations intervenant dans le champ médico-social visant à éclaircir la nouvelle catégorisation du champ du handicap*

### **3.2.3 OBJECTIF F : Pérenniser la démarche d'enquête annuelle et d'harmonisation des rapports d'activité**

L'élaboration de l'enquête annuelle sur l'activité des CMPP a été conduite par la DRASS, suite à une initiative départementale prise à Paris, et en concertation avec des

responsables de CMPP franciliens et des responsables d'associations de CMPP ou de la FANCMPP. Cette initiative a reçu plutôt un bon accueil, et l'approche partenariale a permis d'affiner le document et de le rendre plus pertinent au regard des réalités de l'activité des CMPP.

**(ξ) Poursuivre et enrichir l'enquête régionale lancée en 2007** : il est nécessaire d'organiser un suivi de l'initiative de la DRASSIF afin de prolonger le travail réalisé et d'utiliser l'outil nouvellement créé. Pour cela, dès 2008, le questionnaire devra être envoyé, puis les informations collectées et compilées dans un document qui sera diffusé par la suite à l'ensemble des DDASS et des CMPP de la région. Une réunion de présentation des résultats pourrait être organisée. Le document devra aussi évoluer et de nouveaux *items* pourraient être créés afin de compléter les informations collectées.

**(o) Pérenniser le dialogue partenarial avec les CMPP** : l'effort de concertation fait durant l'élaboration du document d'enquête annuelle devra être prolongé. Des réunions annuelles ou bi semestrielles pourront être organisées entre la FANCMPP et certains directeurs de CMPP d'une part et le service PMSH de la DRASSIF d'autre part, auxquelles pourraient être associés le service « Politique hospitalière » de la DRASSIF (en charge des CMP), les DDASS, la CRAMIF, voire d'autres opérateurs du monde du handicap ou de la santé mentale.

#### **Indicateurs de l'objectif F**

- *Utilisation dès 2008 de l'enquête annuelle et production d'un document de synthèse*
- *Organisation d'une ou deux réunions annuelles avec les responsables des CMPP*

### **3.3 Décloisonner et mieux planifier la prise en charge des enfants**

#### **3.3.1 OBJECTIF G : Décloisonner les approches médico-sociale du handicap et sanitaire de la maladie mentale au sein des DDASS/DRASS**

On a vu qu'une des problématiques des CMPP en Île-de-France était leur positionnement au regard des CMP du secteur de psychiatrie infanto-juvénile. La gouvernance de la politique du handicap et de la santé mentale au niveau régional et départemental ne peut se faire qu'en mettant en relation les dispositifs de prise en charge sanitaire et médico-sociale, faute de quoi les exercices de planification risqueraient d'être biaisés dans leur élaboration même : l'analyse des taux de couverture des territoires ne peut s'affranchir

d'une approche consolidée du sanitaire et du médico-social. C'est d'autant plus vrai que l'on sait que les CMP sont sectorisés, quand les CMPP ne le sont pas.

**(π) Mettre en place d'un outil commun de recensement :** les services Personnes Handicapés et Politique Hospitalière des DDASS et de la DRASS devraient viser à la mise en commun de leurs données, du moins en ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile. Sans aller jusqu'à l'élaboration d'une cartographie commune qui serait malgré tout un horizon souhaitable, le croisement des données de couverture en CMP, CATTP, Hôpitaux de jour, CMPP, CAMSP et BAPU permettrait de mieux dessiner les équilibres de l'offre en ambulatoire et des besoins en Île-de-France.

**(ρ) Décloisonner le diagnostic des besoins dans le cadre de la planification :** l'estimation des besoins de la population reste difficile, alors qu'elle est au cœur des exercices annuels de planification. On peut imaginer l'organisation de concertations entre services lors de l'élaboration des différents schémas. Ainsi, lors de l'élaboration du PRIAC, la répartition des crédits départementaux destinés aux CMPP pourrait être utilement éclairée par les taux de couverture départementaux en CMP (ou en CATTP et en hôpitaux de jour). C'est d'autant plus justifié que la circulaire du 16 avril 1964 admet la corrélation des deux types d'établissements, et que la circulaire du 16 mars 1972 reconnaît que le CMPP peut se substituer au déficit de l'offre en CMP.

#### **Indicateurs de l'objectif G**

- *Organisation d'une concertation entre le service PMSH et le service Politique hospitalière de la DRASSIF à propos la prise en charge ambulatoire des enfants en difficulté scolaire et psychologique*
- *Production d'un document de synthèse de la prise en charge ambulatoire des enfants en difficulté scolaire et psychologique*

### **3.3.2 OBJECTIF H : Encourager la formalisation de réseaux entre les CMPP et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile**

Sur le terrain, la collaboration entre secteur médico-social et secteur de psychiatrie infanto-juvénile, encouragée on l'a vu par de nombreuses circulaires, doit permettre de justifier la coexistence de deux structures aussi proches que le sont les CMPP et les CMP. Cette collaboration est souvent déjà un fait – on a vu que des CMPP et des CMP voisins se partageaient souvent leur personnel et leur public, et on a vu comment certains enfants passaient indifféremment d'une structure à l'autre. Cependant, cette collaboration

reste très variable d'un territoire à un autre, que ce soit du point de vue de ses modalités que de sa régularité, et elle est souvent le fait d'une incapacité des structures à gérer toute la demande qui se présente à elles. Pour s'améliorer, elle requiert une clarification des rôles des structures et un renouveau de la politique de réseaux plus thématiques qu'organisationnels.

**(ς) Clarifier la répartition des rôles entre CMPP et CMP** : il s'agit là sans doute d'une question centrale, mais par là même des plus délicates, tant les situations et les histoires locales sont diverses et tant les enjeux politiques et financiers sont sensibles. La répartition peut se faire territorialement, mais aussi par publics ou en fonction de l'offre et des listes d'attente des établissements en présence. Il sera sans doute difficile d'harmoniser les pratiques au niveau régional et même départemental. On pourrait plutôt envisager, dans un premier temps, la signature de conventions locales entre les différentes structures en présence, conventions qui éclairciraient les liens jusque là informels entre secteur sanitaire et secteur médico-social (condition de réadressage des enfants, répartition des compétences, critères de répartition du public, ...).

**(τ) Développer les collaborations des structures sanitaires et médico-sociales** : cette action ne concerne pas directement les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, mais les DDASS et les DRASS peuvent tout de même encourager la création de réseaux thématiques (autisme, violences familiales, troubles du comportement alimentaire (TCA) ...) qui relèveraient d'un financement URCAM<sup>157</sup>. Les services déconcentrés peuvent aussi encourager la constitution de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Ces différentes modalités de collaboration entre structures médico-sociales ou entre structures médico-sociales et sanitaires permettraient d'articuler la politique de la santé mentale et celle de l'inadaptation et du handicap.

#### **Indicateurs de l'objectif H**

- *Signature de conventions locales entre les CMPP et le secteur de psychiatrie infano-juvénile*
- *Construction d'un projet GCSMS impliquant des CMPP*

---

<sup>157</sup> Union régionale des caisses d'assurance maladie

### **3.3.3 OBJECTIF I : Faire de la DRASS un référent pour les différents intervenants associatifs, hospitaliers ou institutionnels**

Le décloisonnement de la prise en charge sanitaire et médico-sociale des enfants en difficultés scolaire ou psychologique nécessite un référent unique. La DRASS pourrait jouer ce rôle, dans la continuité de la concertation organisée autour de la mise en place de l'enquête annuelle sur l'activité des CMPP. Pour cela, elle s'associerait étroitement aux DDASS, à la CRAMIF, ainsi que, ponctuellement, aux associations représentatives des CMPP.

**(u) Harmoniser les pratiques des différentes DDASS :** la DRASS pourrait organiser une concertation avec les DDASS afin d'éviter des différences trop importantes entre départements, que ce soit à propos des financements des structures, de l'arbitrage entre CMPP et CAMSP, du calcul des forfaits ou des exigences pesant sur les établissements. Cette action de convergence des pratiques pourrait s'appuyer sur les données recueillies dans le cadre des indicateurs médico-socio-économiques ainsi que sur le document régional d'enquête annuel mis en place en 2007 par la DRASSIF.

**(φ) Se positionner comme relais entre les CMPP et l'administration centrale :** les CMPP se plaignent souvent d'un manque d'écoute de la part des pouvoirs publics. La DRASSIF pourrait servir de relais entre les structures de terrain et l'administration centrale du ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, que ce soit pour signaler les difficultés rencontrées par les établissements dans l'application de certains aspects des dernières lois (lois du 02 janvier 2002 et du 11 février 2005 en particulier) ou pour faire remonter l'émergence de nouveaux besoins (comme, par exemple, la prise en charge de la femme enceinte avant la naissance de l'enfant<sup>158</sup>).

#### **Indicateurs de l'objectif I**

- *Organisation d'une concertation avec les DDASS de la région sur les CMPP*
- *Organisation d'une communication à direction des CMPP visant à montrer le rôle de référent de la DRASS auprès des établissements, en fonction des besoins des DDASS*
- *Nombre des questions ou requêtes présentées par les CMPP à la DRASSIF*

---

<sup>158</sup> Entretien avec le directeur d'un CMPP du Val-de-Marne

## Conclusion

Les CMPP comptent parmi les plus anciens établissements financés par l'Etat dans le secteur des affaires sanitaires et sociales. Si cette ancienneté est la garantie de leur légitimité et la démonstration de leur capacité à s'adapter sans cesse à une demande évolutive en matière de prise en charge ambulatoire des enfants en difficulté psychologique et scolaire, elle est aussi devenue, avec le temps, un facteur aggravant d'hétérogénéité des pratiques et de brouillage des responsabilités tant au niveau des structures de terrain qu'au niveau des autorités de tarification. La lente sédimentation du passé thérapeutique et/ou pédagogique de chaque structure s'adapte difficilement à la rapidité des évolutions législatives qui sont venues récemment impacter les différents champs d'intervention des CMPP. En Île-de-France, le positionnement des CMPP au carrefour de la santé mentale, du handicap et de l'inadaptation a rendu peu lisible une offre régionale distribuée, pour ne pas dire éparpillée, entre les CMPP et d'autres structures voisines, comme les CAMSP dans le secteur médico-social ou les CMP dans le secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Cette problématique, on l'a vu, dépasse le simple débat sur le statut, médico-social ou sanitaire, des CMPP : elle a des implications profondes sur les modalités de prise en charge de l'enfant, sur les choix thérapeutiques au sein des établissements, ainsi que sur l'arbitrage qui est fait entre handicap psychique, inadaptation et troubles psychiques ou mentaux. Du point de vue des services déconcentrés, et plus particulièrement du IASS, elle est aussi symptomatique des mutations profondes qui traversent DDASS et DRASS : décloisonnement des services, intégration des établissements dans des politiques transversales, rapprochement du sanitaire et du médico-social, analyse consolidée de l'offre et des besoins, rénovation de l'action médico-sociale, émergence de catégories nouvelles comme celle du handicap psychique, et priorisation de l'intégration scolaire des enfants handicapés. Relais, interfaces, plates-formes de prise en charge au croisement de l'école, de la psychiatrie et du handicap, les CMPP peuvent, si les services déconcentrés les incitent à clarifier leur rôle tout en remettant en question certaines de leurs propres pratiques, devenir de formidables leviers d'action dans tous ces domaines, à l'heure où, avec la révision générale des politiques publiques (RGPP) et la possible création des agences régionales de santé (ARS), de nouvelles recompositions, plus radicales encore que celles de ces dernières années, se dessinent dans l'organisation et le pilotage des secteurs concernés par les différentes activités des CMPP.



---

## Sources et bibliographie

---

### ▪ Textes juridiques et dispositions réglementaires

- Code de l'action sociale et des familles : L114, L311-1 à L351-7, L343-1, L343-2, D312-55, D312-95
- Code de la santé publique : L2112-8, L2132-4, L3221
- Code de la sécurité sociale : L174-13
  
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
  
- Décret n° 56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié, fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux
- Décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 (Annexe XXXII « Conditions techniques d'agrément des Centres Médico Psycho Pédagogiques de cure ambulatoire »)
- Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 au décret n°56-284 du 9 mars 1956 (Annexe XXXII bis (CAMSP))
  
- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales
- Arrêté n°2007-771 établissant le PRIAC 2007-2011 d'Île-de-France
- Arrêté du préfet de la région Île de France 2006 portant publication des valeurs moyennes et médianes des indicateurs des établissements et services (secteur Handicap) : Fiche 3 (CMPP)
- Arrêté du préfet de la région Île de France 2007 (CA2006) portant publication des valeurs moyennes et médianes des indicateurs des établissements et services (secteur Handicap) : Fiche 7 (CMPP)
- Arrêté de la préfecture de Rhône Alpes n°06-479 du 27 novembre 2006 portant publication des valeurs moyennes et médianes des indicateurs constituant les tableaux de bord des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées en 2006

- Arrêté N° 2007/DRASS des Pays de la Loire- 413 de publication des valeurs moyennes et médianes relatives aux indicateurs médico-sociaux des établissements et services pour personnes handicapées
- Circulaire du 13 octobre 1937 créant les dispensaires d'hygiène mentale et les services d'observation et de traitement en milieu ouvert
- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
- Circulaire n°35 SS du 16 avril 1964 «Fonctionnement général et financement des CMPP »
- Circulaire du 16 mars 1972 relative à la sectorisation infanto-juvénile
- Circulaire N°31 AS et n° 76-156 du 22 avril 1976 sur la composition et fonctionnement des commissions de l'Education spéciale et des commissions de circonscription
- Circulaire n°126 du 6 décembre 1985 relative aux modalités provisoires de prise en charge par l'assurance maladie des frais de sectorisation psychiatrique ainsi qu'aux dispositions spécifiques aux CMPP à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 1986
- Circulaire DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992 « Orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents »
- Circulaire n°2003-210 du 1<sup>er</sup> décembre 2003 relative à la santé des élèves et au programme quinquennal de prévention et d'éducation
- Circulaire DGAS/DSS/CNSA n°2005-555 du 30 novembre 2005 relative à la préparation budgétaire 2006 relative aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées
- Circulaire DGS/SD6C/DHOS/O2/DGAS/CNSA n°2006-149 du 30 mars 2006 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2006 relative au plan de psychiatrie et santé mentale.
- Circulaire n°2006-119 du 31 juillet 2006 relative à la scolarisation des élèves handicapés et à la préparation de la rentrée 2006
- Lettre ministérielle du 6 avril 2007 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2007 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées
- Schéma départemental des personnes handicapées en Seine-Saint-Denis. Février 2006

## ▪ Ouvrages et Articles

- **BEGUIER I., BOULVAIS M.** Intervenir à domicile auprès des parents et de leur bébé. *Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1996, n°3.
- **BOIMARE S.** Les principes fondateurs de nos CMPP sont-ils toujours d'actualité ? Réadaptation, novembre 2006, n°534, pp.37-38.
- **BONNARD P.** Pratiques des CAMSP d'hier et d'aujourd'hui. *Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1996, n°3.
- **BOTBOL M., DOS SANTOS D., OMER P.** L'élève et l'enfant. Rôle des divisions signifiantes dans la constitution du champ pédopsychiatrique. *Santé Publique*, Editions ENSP, Rennes, 1991/5, pp.58-60.
- **BOUGEARD N.** Les CMPP et les CAMSP confrontés à leurs limites. *Lien Social*, 2007, n°832, pp.14-15.
- **CASE C., SALINES E.** Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *Revue Française des Affaires Sociales*, janvier 2004, pp.181-201. Disponible sur Internet : <<http://164.131.244.17/drees/rfas/rfas200401/200401-art11.pdf>>
- **CHABANIER J.** Le centre médico-psycho-pédagogique. Paidos-Le centurion. Paris, 1988. 177p.
- **CHOQUET M., ERNAULT E.,** CMP, CMPP et établissements scolaires : quelles collaborations ? INSERM, Equipe « Epidémiologie psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent ».
- **COLDEFY M.** Les enfants et adolescents pris en charge dans les Centres médico-psycho-pédagogiques. *Etudes et Résultats, DRESS*, avril 2005, n°392.
- **ESTIENNE G.** Regards contrastés à partir de quelques aspect de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Confluence, la revue des CMPP et des CAMSP*, décembre n°2003, n°60.
- **FRANÇOIS Y.** Pédopsychiatrie et santé publique. Hôpital d'Île de France, novembre 2002, n°32.
- **GUEDENEY A.** Questions et perspectives actuelles en pédopsychiatrie. Réadaptation, novembre 2006, n°534, pp.20-23.
- **JAEGER M.** (sous la direction de) Diriger un établissement ou service en action sociale ou médico-social. Paris : Dunod, 2006. Chapitre 4.
- **JAEGER M.** L'articulation du sanitaire et du social. Paris : Dunod (2<sup>ème</sup> édition), 2006.

- **JAEGER M.** La maladie mentale est-elle soluble dans le handicap ? Santé Publique, Editions ENSP, Rennes, 1991/5, pp.64-65.
- **KUYPERS P.** La pratique de la psychanalyse dans les CMPP. Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1996, n°3
- **LEMAIRE J.C.** La périlleuse immersion d'un CMPP dans le secteur. Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1996, n°3
- **LE RUN J.L.** CMP : La maturité. Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1996, n°3
- **MAXIMIN M., CANN Y., CHEMARIN I., et al.** La psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social ? Lien Social, 2007, n°832, pp.8-10.
- **PORTELLI C., CHABANIER J.** Histoire du et des CMPP. Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1996, n°3
- **SINETY (de) J.M.** Les CMPP à un tournant de leur histoire : naissance de la fédération, Réadaptation, novembre 2006, n°534, pp.10-11.
- **SALBREUX R.** Les indicateurs médico-sociaux. La lettre de psychiatrie française, décembre 2004, n°140, p.6
- **SINETY (de) J.-M., ROSE P.** A propos des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534
- **TETARD F.** Regards sur l'histoire des CMPP, Réadaptation, novembre 2006, n°534
- **VERROUST P.** Le fonctionnement médico-administratif des différentes structures actuelles et la place du service médical de l'assurance maladie. Santé Publique, Editions ENSP, Rennes, 1991/5, pp.54-57.

#### ▪ **Bases de données**

- **ARHIF, DRASSIF.** Alternatives en santé mentale non soumises à autorisation d'activité – Région Île de France. Juillet 2007
- **DRASSIF.** Services ambulatoires et de soins à domicile en faveur des enfants et adolescents handicapés en Île-de-France. Décembre 2003
- Fichier national des établissements sanitaires et sociaux. Disponible sur Internet : <<http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp>>
- Gestion de l'objectif de dépense. Données GEODE Île-de-France. BP 2005.
- **Préfecture d'Île-de-France, ORS, Conseil Régional.** Mini-fichier des établissements pour personnes handicapées en Île-de-France, novembre 2006

▪ **Enquêtes, études et rapports**

- **Association des CMPP du 78 et du 91.** Rapport d'activité. 2006
- **Collectif Pédopsy 93.** Livre blanc sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Seine-Saint-Denis. 6 juin 2003. Réactualisé en novembre 2005. Disponible sur Internet : <[http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/livre\\_blanc\\_21\\_11\\_2005.pdf](http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/livre_blanc_21_11_2005.pdf)>
- **DUMONT JP.** Projet d'élaboration d'un outil de gestion qui permette la maîtrise des contraintes spécifiques à l'activité d'un CMPP ; pour prévoir, organiser et adapter ses prestations. Mémoire DES. France, 1987.
- **PAPIAU, GHARIANI, PAMBRUN, SIDICARO, RHETIERE.** Intérêt et nécessité de développer des structures de prévention telles que les CMPP et les CAMSP. Etude sur l'activité des CMPP des Hauts-de-Seine. 2005
- **IGAS, IGEN.** Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage. Janvier 2002. Disponible sur Internet : <<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000371/0000.pdf>>
- **Cour des Comptes.** Enquête sur l'organisation de la psychiatrie. 2001. Disponible sur Internet : <<http://164.131.244.17/drees/rfas/rfas200401/200401-art11.pdf>>
- **Psycom 75.** Guide de la psychiatrie publique à Paris. 2006
- Rapports d'activités de divers CMPP d'Île-de-France

▪ **Documents de travail des services déconcentrés**

- Note d'orientation régionale 2006-2008. L'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées en Île-de-France. DRASSIF. Mars 2006

▪ **Sites :**

- <http://daniel.calin.free.fr/textoff.html>
- Site de la FANCMPP
- Site du GRAMES

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1** - Annexe XXXII ajoutée par le décret n°63-146 du 18 février 1963 au décret n°56-284 du 9 mars 1956 - *Conditions techniques d'agrément des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques de cure ambulatoire* .....III

**ANNEXE 2** - Circulaire n°35 bis SS du 16 avril 1964 - *Fonctionnement général et financement des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques* ..... IX

**ANNEXE 3** - Calendrier des entretiens ..... XV

**ANNEXE 4** - Grille d'entretien .....XVII

---

# ANNEXE 1

---

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

### ***Conditions techniques d'agrément des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques de cure ambulatoire***

#### **Article premier**

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

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

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

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

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

#### **Article 2**

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

#### **Article 3**

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

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

#### **Article 4**

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

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

#### **Article 5**

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

#### **Article 6**

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

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

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

#### **Article 7**

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

#### **Article 8**

Les locaux sont nettoyés et aérés chaque séance de consultations.

#### **Article 9**

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

- Une salle d'attente spacieuse et contenant un nombre de sièges, proportionné au nombre de consultants et de personnes susceptibles de les accompagner. À cette salle est annexé un bureau pour la personne chargée d'accueillir et de renseigner les enfants ou leurs parents ;
- Un secrétariat ;
- Un bureau médical pourvu de tout l'outillage indispensable à l'examen correct des consultants ;
- Un box au moins réservé aux examens psychologiques ;
- Des boxes en nombre suffisant, insonorisés, pour les rééducations individuelles, l'orthophonie, les psychothérapies, etc. ;
- Une salle pour le service social et, éventuellement, des boxes en nombre suffisant pour les diverses assistantes sociales ;
- Éventuellement, une salle destinée à la psychothérapie de groupe et une salle pour la rééducation psychomotrice ou les rééducations collectives ;



- Éventuellement les installations nécessaires pour un service d'électroencéphalographie et un ou plusieurs bureaux destinés aux examens des spécialistes et aménagés selon les exigences de chaque spécialité ;
- Une pièce de dimensions suffisantes devra pouvoir être utilisée comme salle de réunions de synthèse et de travail ;
- Une réserve de pharmacie avec placard fermant à clé pourra être prévue. Sinon, un placard fermant à clé et contenant les substances vénéneuses sera aménagé dans le bureau médical.

### **Article 10**

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

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

### **Article 11**

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

### **Article 12**

Le médecin directeur du centre médico-psycho-pédagogique doit obligatoirement être qualifié en pédiatrie ou en neuro-psychiatrie et avoir des connaissances particulières respectivement en psychiatrie infantile ou en pédiatrie.

Le médecin directeur doit être agréé par le directeur départemental de la santé.

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

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

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

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

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

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

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

### **Article 13**

Le centre doit s'assurer la collaboration d'un psychologue au moins, celui-ci doit remplir les conditions prévues pour les psychologues attachés aux services publics.  
Les investigations psychologiques sont établies à la demande du médecin agréé et sous sa responsabilité.

### **Article 14**

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

### **Article 15**

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

### **Article 16**

Lorsque le centre dispense, sous l'autorité et la responsabilité des médecins agréés, aux enfants dont l'état le requiert une psychanalyse, une rééducation psychothérapique, une rééducation de la parole, une rééducation de la psychomotricité, il doit s'assurer le concours d'un personnel compétent.

### **Article 17**

Le centre doit comporter un service social.  
Le ou les assistants ou assistantes sociaux doivent notamment assurer une liaison avec le ou les services sociaux qui auraient pris antérieurement en charge les enfants ou leurs familles et avec celui ou ceux qui veilleront à l'adaptation de l'enfant à son cadre familial, scolaire ou professionnel et social.  
Ils doivent également aider le sujet en fin de traitement et maintenir le contact avec lui pendant une durée minimum de trois ans, de manière à pouvoir éventuellement provoquer un nouvel examen ou rechercher s'il y a lieu, les causes d'une mauvaise adaptation.

### **Article 18**

Le médecin directeur organise régulièrement et préside des réunions de synthèse qui assurent la coordination du travail des membres de l'équipe prévue à l'article 1er, et auxquelles participent les divers techniciens du centre qui ont assuré les examens et les soins à l'enfant dont le cas est étudié lors de la réunion.  
Le médecin directeur informe après chaque réunion de synthèse, les parents et, éventuellement, le médecin traitant de l'évolution l'état de l'enfant. Il charge le pédagogue du centre de tenir les maîtres de l'enfant informés, sous réserve du secret médical, des

renseignements psychologiques et médicaux qui peuvent les intéresser et des rééducations envisagées.

#### **Article 19**

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

#### **Article 20**

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

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

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

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

#### **Article 21**

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

#### **Article 22**

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

---

## ANNEXE 2

---

### **Circulaire n°35 bis SS du 16 avril 1964**

#### ***Fonctionnement général et financement des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques***

##### **Préambule**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le fonctionnement et le financement des centres seront successivement étudiés.

#### **I. Fonctionnement général des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques**

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

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

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

### **A) Admission des enfants**

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

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

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

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

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

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

### **B) Normes d'organisation et de fonctionnement**

Les conditions techniques d'agrément des centres médico-psycho-pédagogiques de cure ambulatoire ont été définies par le décret n° 63-146 du 18 février 1963, (annexe XXXII du décret du 9 avril 1956). Les mêmes normes de locaux, de matériel et de personnel seront exigibles pour que le centre puisse passer convention avec le service départemental d'hygiène mentale, et le service d'aide médicale, dont les prises en charge seront explicitées ci-dessous.

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

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

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

Quoi qu'il en soit sur ce point, le médecin-directeur participe effectivement à toute l'autorité, et à toutes les responsabilités techniques. Il exerce vis à vis des interlocuteurs du centre la plénitude des fonctions de direction.

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

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

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

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

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

## **II. Financement des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques**

### **A) Principes**

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

Je ne puis donc que vous recommander très vivement :

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

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

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

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

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

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

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

$$\text{Total des dépenses} - \text{Recettes} = \text{Dépenses} \\ \text{Dép./NS} = C$$

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

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

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

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

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

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

## **B) Frais de dépistage**

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

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

## **C) Frais de traitement**

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

a) En ce qui concerne tout assuré social, la prise en charge au titre de l'assurance-maladie ne s'opère qu'à partir de la première séance réputée être consacrée au

traitement. Il s'agit, en règle générale, de la septième « séance » (au sens des présentes instructions) et des suivantes, à moins qu'il n'en soit stipulé autrement par l'accord conjoint visé ci-dessus (N.B. - Nota bene).

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

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

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

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

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



---

## ANNEXE 3

---

### Calendrier des entretiens

#### **Entretiens avec des responsables des services des affaires sanitaires et sociales :**

- 30 mai 2007 : entretien avec l'inspectrice chargée des CMP à la DRASSIF
- 14 juin 2007 : entretien téléphonique avec la personne chargée de mission en charge des CMPP à la DGAS
- Entretiens informels avec les membres du services « Politiques médico-sociales du Handicap » de la DRASSIF
- Echanges informels avec les différentes DDASS d'Île-de-France

#### **Entretiens avec des directeurs de CMPP et responsables d'associations de CMPP :**

- 10 septembre 2007 : entretien avec le directeur pédagogique et administratif d'un CMPP de Paris
- 10 septembre 2007 : entretien avec le directeur médical d'un CMPP du Val de Marne
- 12 septembre 2007 : entretien avec le directeur d'une association de CMPP des Yvelines et de l'Essonne
- 17 septembre 2007 : entretien avec le médecin directeur d'un CMPP de l'Essonne
- 18 septembre 2007 : entretien avec le médecin directeur d'un CMPP de Paris, et directeur de la FANCMPP
- 20 septembre 2007 : entretien avec le médecin directeur et la directrice administrative d'un CMPP de Paris
- 24 septembre 2007 : entretien avec la directrice administrative d'un CMPP de Seine-Saint-Denis

#### **Entretiens avec des directeurs de CMP :**

- 20 septembre 2007 : entretien avec la responsable d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, directrice d'un CMP de Paris

*Ces entretiens ont été complétés début janvier 2008 par des entretiens téléphoniques.*

---

## ANNEXE 4

---

### Grille d'entretien

#### Identité de la structure

Nom de la structure :

Adresse :

Association gestionnaire :

#### Éléments d'information sur l'activité

File active :

Public accueilli (âge, profil) :

Mode de sortie de prise en charge :

Mode de scolarisation des enfants :

Encadrement :

Financement(s) :

Activités proposées :

Perspectives d'évolution :

#### Éléments de contexte

- Quel est le profil des enfants reçus dans l'établissement (âge, handicaps, inadaptations) et son évolution ?
- Qui compose l'équipe intervenant auprès des enfants ?
- Quelles sont les modalités de la prise en charge dans l'établissement ? Quelle est la place des soins, de la psychanalyse, de la prise en charge éducative ?
- Quels sont les liens de l'établissement avec les autres établissements médico-sociaux ? A quelle occasion sont-ils activés ?

- Quelles sont les spécificités d'une prise en charge des tout petits en CMPP par rapport à une prise en charge en CAMSP ?
- Quel bilan tirez-vous de la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ? Que pensez-vous des outils mis en place à cette occasion ?
- Quel bilan tirez-vous de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ? Quel place le handicap prend-il dans votre établissement ? Comment d'enfants handicapés y sont-ils reçus ?
- Quels sont les liens de l'établissement avec l'école ? Que pensez-vous de l'intégration scolaire ? Pensez-vous que votre établissement puisse y jouer un rôle ?
- Qu'en est-il de la double direction dans votre établissement ?
- Quels sont les liens de l'établissement avec les structures sanitaires, et particulièrement avec les CMP ? Considérez vous que les CMPP sont plutôt des établissements sanitaires ou médico sociaux ? Quelle est leur plus value « médico sociale » par rapport aux CMP ? Quelles sont les différences de prise en charge entre un CMPP et un CMP ?
- Quels sont les liens de l'établissement avec la psychiatrie de ville ?
- Que pensez-vous du mode de financement de votre établissement ? Quelles sont vos relations avec les autorités de tarification ?
- Comment ressentez-vous les besoins en Île-de-France ? Diriez-vous que l'offre est bien répartie et les besoins également couverts sur la région ?
- Que pensez-vous de la création de la FANCMPP ? Pensez-vous qu'elle contribuera à rendre plus visibles les problèmes rencontrés sur le terrain par votre établissement ?
- Pour finir : que pensez-vous de l'enquête annuelle sur l'activité des CMPP mis en place par la DRASSIF en 2007 ?