



Ministère
de l'Emploi, du travail
et de la cohésion sociale

Ministère des Solidarités,
de la santé et de la famille



Études et Résultats

N° 392 • avril 2005

Les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) accueillent des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques nécessitant un accompagnement ponctuel ou régulier. Les soins sont dispensés dans un cadre ambulatoire sous forme de consultations ou de séances. Réalisée en 2003, l'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie permet de mieux connaître les caractéristiques des jeunes patients pris en charge dans ces structures. Une grande partie des troubles étant repérés à l'école, il s'agit pour moitié d'enfants âgés de 5 à 9 ans, qui sont majoritairement des garçons. Les troubles les plus fréquemment diagnostiqués sont les troubles névrotiques et ceux du développement et des fonctions instrumentales, avec des différences selon le sexe et l'âge des enfants ou adolescents suivis. Ces pathologies sont parfois associées par les équipes de soins à un contexte sociofamilial particulier et, pour 25 % des jeunes patients, à des troubles mentaux ou des perturbations psychologiques avérés dans la famille. 73 % des enfants suivis bénéficient d'au moins une consultation par semaine et neuf sur dix poursuivent une scolarité ordinaire.

Magali COLDEFY

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale ; Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille – Drees

avec la collaboration de Patricia FAURE et Nathalie PRIETO

Groupe français d'épidémiologie psychiatrique

Les enfants et adolescents pris en charge dans les Centres médico-psycho-pédagogiques

Créés à partir de 1946, les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) [encadré 1] sont des structures qui s'adressent aux enfants et aux adolescents présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement. Ils ont pour fonction d'effectuer des bilans, de diagnostiquer d'éventuelles manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action thérapeutique ou rééducative sous la responsabilité d'un médecin. Leur activité est exclusivement ambulatoire et prend la forme de consultations, de séances de traitement au maximum quelques heures par semaine (encadré 2 pour les données de cadrage). L'enfant est donc maintenu autant que possible dans son milieu familial.

L'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie, réalisée du 20 janvier au 2 février 2003 (encadré 3), permet d'actualiser les informations sur les enfants et adolescents pris en charge dans les CMPP, la dernière enquête réalisée par la DGS, l'INSERM et le CCOMS auprès des usagers



des CMPP datant de 1996. Les données recueillies sur 51 960 enfants et adolescents suivis pendant cette période dans 210 CMPP ont ainsi été analysées¹.

Davantage de garçons pris en charge, surtout chez les plus jeunes

Pendant les quinze jours de la période d'enquête, ce sont 33 000 garçons et 19 000 filles qui étaient pris en charge par les CMPP. Ce ratio² global de 177 garçons pour 100 filles illustre la sur-représentation des garçons parmi les enfants et adolescents suivis par les CMPP. Cet indice était légèrement plus élevé en 1996 avec 181 garçons pour 100 filles. En 1996, cette sur-représen-

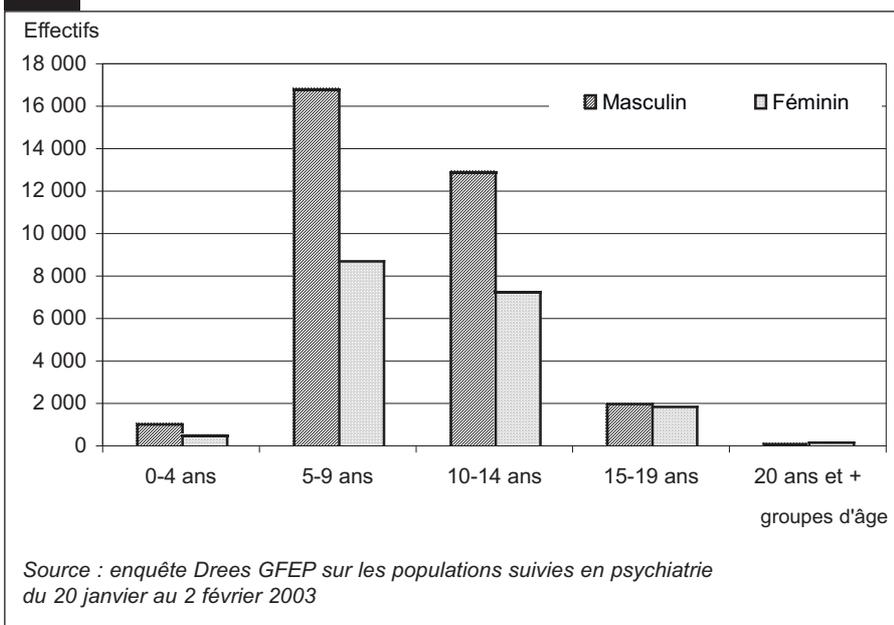
tion masculine était observable jusqu'à 19 ans, avec un infléchissement dans le groupe d'âge des 15-19 ans où l'on comptait 120 garçons pour 100 filles. En 2003, cet infléchissement s'est accentué puisqu'il n'y a plus que 107 garçons pris en charge entre 15 et 19 ans pour 100 filles. À partir de 20 ans, les filles restent plus nombreuses que les garçons : elles sont 100 pour 68 garçons (graphique 1).

Ce recours très différencié en fonction du sexe et de l'âge des enfants et adolescents n'est pas propre aux CMPP, mais vaut pour l'ensemble des structures prenant en charge des enfants présentant des troubles psychiatriques. Plusieurs études³ ont mis en évidence la prépondérance des troubles psychia-

triques impliquant des perturbations du développement des fonctions psychologiques de base et des troubles extériorisés du comportement chez les garçons, troubles qui se manifestent à des âges précoces. Inversement la prépondérance des perturbations affectives et émotionnelles chez les filles surviennent en général après 14 ans. L'autisme par exemple, qui apparaît souvent avant 3 ans, est trois à quatre fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Il en est de même pour les troubles déficitaires de l'attention (hyperactivité) qui se manifestent avant 7 ans. Chez les filles les troubles de l'humeur sont prépondérants après 14 ans, comme les troubles du comportement alimentaire. Cette prise en charge plus fréquente des jeunes garçons dans les structures de santé mentale peut également être le signe d'une tolérance différente aux symptômes de la part de leur environnement scolaire et familial.

Comme en 1996, les groupes d'âge les plus représentés sont les 5-9 ans (49 % de l'effectif), et les 10-14 ans (39 %) [tableau 1]. Les enfants de moins de 5 ans représentent à peine 3 % des enfants suivis, étant majoritairement pris en charge par les centres d'action médico-sociale précoce. Enfin, les adolescents âgés de 15 ans et plus cons-

G • 01 structure par sexe et âge de la population suivie dans les CMPP du 20 janvier au 2 février 2003



E • 1

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Ces structures se situent aux frontières du médico-social et de la psychiatrie ; elles proposent des prestations proches des centres de consultation de psychiatrie infanto-juvénile. Les CMPP participent à la mise en œuvre de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents, précisée dans la circulaire du 11 décembre 1992.

Les CMPP sont régis par le Code de la santé publique et par l'annexe xxxii du décret du 9 mars 1956. Leur financement est assuré par la Sécurité sociale. Les prescriptions de prises en charge individuelle ou de groupe sont financées à 100 % par l'Assurance Maladie. La plupart des CMPP sont des structures associatives. Il en existe dans chaque département.

Si la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) peut préconiser l'orientation d'un enfant handicapé vers un CMPP, cette démarche ne s'impose pas pour un premier accueil car en principe, les consultations en CMPP sont compatibles avec une scolarité normale. Toutefois, la décision d'admission doit être acceptée par le médecin conseil de la Sécurité sociale.

1. Il faut considérer ces résultats en tenant compte des effets induits par les coupes transversales : le poids relatif des pathologies n'est pas le même que dans la file active annuelle ; en particulier, il existe une sur-représentation des pathologies demandant des soins intensifs et sur des plus longues durées. De même, les caractéristiques sociodémographiques observées ne peuvent être considérées comme celles de la file active annuelle.

2. Le sex-ratio est un indicateur mesurant la répartition par sexe. Il se calcule en rapportant dans une population donnée, le nombre d'individus de sexe masculin au nombre d'individus de sexe féminin. En population générale, entre 0 et 20 ans, le sex-ratio est proche de celui observé à la naissance : 105 garçons pour 100 filles.

3. INSERM, Expertise collective, *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 2002, 887 p.

tissent 8 % de l'effectif suivi. Cette répartition par âge est très différente de celle observée en population générale⁴ et semble assez spécifique aux CMPP. En effet, une grande majorité des troubles sont repérés à l'école, au moment de la socialisation, ce qui explique la prépondérance des 5-9 ans dans la

population suivie. Les CMPP nouent par contre moins de liens privilégiés avec l'enseignement secondaire et ne constituent pas le mode privilégié de recours des adolescents, davantage orientés vers la pédopsychiatrie qui développe des lieux spécifiques de prise en charge.

Le CMPP, lieu de prise en charge de proximité

Très logiquement, s'agissant d'une prise en charge ambulatoire, 95 % des enfants suivis dans les CMPP sont domiciliés dans le même département. Cependant, certains départements semblent avoir une tradition particulière d'accueil des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiatriques. C'est notamment le cas de l'Ardèche (où 13 % des enfants suivis en CMPP ne sont pas domiciliés dans le même

T • 01 répartition par groupe d'âge en 1996 et 2003

	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20 ans et +	Total
1996	3,0 %	50,8 %	37,8 %	8,0 %	0,4 %	100,0 %
2003	3,1 %	49,5 %	39,1 %	7,6 %	0,7 %	100,0 %

Sources : enquête Drees GFEP sur les populations suivies en psychiatrie du 20 janvier au 2 février 2003 ; enquête INSERM, CCOMS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, sur la population prise en charge dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les centres médico-psycho-pédagogiques, les hôpitaux de jour privés du 3 au 15 juin 1996.

4. Où les enfants de moins de 20 ans se répartissent presque également entre les quatre groupes d'âge.

E • 2

Données de cadrage sur les CMPP

L'enquête ES réalisée par la DREES auprès des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées fournit des éléments de cadrage sur l'activité et le personnel des CMPP. Il s'agit d'une enquête exhaustive auprès des gestionnaires d'établissements ou de services. La dernière enquête ES présente la situation des établissements au 31 décembre 2001.

En 2001, les 355 CMPP et annexes recensés dans l'enquête ES ont réalisé 2 644 000 séances, soit 2 % de plus qu'en 1997¹. Cette relative stabilité du nombre de séances réalisées s'explique en partie par les difficultés qu'ont les CMPP à absorber la demande de soins. Une enquête de la Fédération des associations nationales de CMPP fait apparaître un délai d'attente moyen de trois mois à l'entrée en CMPP. À cet égard, le nombre total de personnes en équivalent temps plein (ETP) employées par les CMPP est de 4 403 ETP fin 2001, proche de celui observé fin 1997, 4 353. Cette stabilité en ETP est observée dans un contexte de mise en place de la réduction du temps de travail. Au 31 décembre 2001, seuls 13 % des personnels des CMPP n'avaient pas bénéficié de sa mise en place.

Des évolutions différenciées selon les catégories de personnels peuvent également être notées. Trois catégories de personnel ont connu une augmentation d'effectifs entre 1997 et 2001 : le personnel administratif de gestion et de direction (+2 %), le personnel d'encadrement sanitaire et social (+7 %) et les psychologues et personnels paramédicaux (+6 %).

De façon plus détaillée, le nombre de médecins-directeurs a augmenté de 11 % sur la période

de même que les psychologues ; celui des psychomotriciens de 4 %, tandis que le nombre d'orthophonistes est resté stable.

Le personnel médical enregistre quant à lui une diminution de 5 %, qui touche particulièrement les psychiatres (-9 %), le contexte démographique actuel ne favorisant pas leur exercice dans le secteur médico-social.

La catégorie professionnelle qui connaît la plus forte diminution entre 1997 et 2001 est celle des personnels éducatifs, pédagogiques et sociaux avec 15 % de moins qu'en 1997. Cette tendance est particulièrement marquée chez les éducateurs spécialisés (-25 %), chez le personnel d'enseignement (-17 %) (instituteurs spécialisés, professeurs des écoles), et dans une moindre mesure chez les assistants sociaux (-7 %). Cette évolution est à mettre 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.

1. Données redressées pour les non-répondants en 2001, application du taux d'accroissement annuel moyen des séances observé entre 1995 et 1997.

Le personnel des CMPP

Nombre total d'emplois en équivalent temps plein	1997	2001	Évolution 1997-2001	Structure du personnel en 2001
Personnel de direction, de gestion et d'administration	1 164,1	1 186,9	2,0 %	27,0 %
Personnel des services généraux	225,5	235,7	4,5 %	5,4 %
Personnel d'encadrement sanitaire et social	35,2	37,7	7,2 %	0,9 %
Personnel éducatif, pédagogique et social	625,8	531,5	-15,1 %	12,1 %
Enseignement (instituteurs spécialisés, professeurs des écoles...)	347,8	289,9	-16,6 %	6,6 %
Travail (éducateurs techniques...)	2,0	1,6	-22,0 %	0,0 %
Éducation spécialisée	95,7	72,1	-24,6 %	1,6 %
Famille et groupe (assistant de service social...)	180,3	167,8	-6,9 %	3,8 %
Personnel médical	251,5	238,3	-5,2 %	5,4 %
dont psychiatres	239,9	219,0	-8,7 %	5,0 %
Psychologue et personnel paramédical diplômé	2 049,1	2 168,4	5,8 %	49,2 %
dont : psychologues	941,8	1 049,2	11,4 %	23,8 %
orthophonistes	678,6	678,5	0,0 %	15,4 %
psychomotriciens	392,2	409,0	4,3 %	9,3 %
Candidat-élève sélectionné aux emplois éducatifs	1,5	5,0	231,3 %	0,1 %
Ensemble personnel	4 352,5	4 403,4	1,2 %	100,0 %

Source : enquêtes ES 2001 et 1997, Drees.

département), de la Nièvre (16 %), de l'Orne (17 %). A Paris on compte 17 % d'enfants domiciliés hors de la capitale, mais dont 13 % le sont dans les Hauts-de-Seine. En Ardèche et dans l'Orne, respectivement 6 % et 15 % des enfants suivis vivent en famille d'accueil, contre moins de 4 % des enfants suivis en CMPP en général.

La majorité des enfants suivis dans les CMPP sur la période considérée vit ainsi chez ses deux parents⁵ (62 %). 30 % vivent chez un seul parent, 4 % sont placés en famille d'accueil (hors accueil familial thérapeutique) et 1 % vivent en institution.

Près de 40% des enfants et adolescents suivis dans les CMPP souffrent de troubles névrotiques

Deux diagnostics psychiatriques pouvaient être renseignés dans le questionnaire, un diagnostic principal correspondant au trouble pour lequel le patient est pris en charge le jour de l'enquête et qui a mobilisé le plus de

ressources, et un diagnostic complémentaire, correspondant à la situation clinique associée, le cas échéant, à la catégorie clinique prévalente (encadré 4).

Le diagnostic principal le plus fréquemment rencontré est celui de troubles névrotiques qui concernent 39 % des jeunes patients suivis dans les centres. Il s'agit en majorité de troubles névrotiques à dominante anxieuse ou avec prédominance des inhibitions dans le domaine des apprentissages. Viennent ensuite les troubles du développement et des fonctions instrumentales (18 %), avec en premier lieu les troubles cognitifs et des acquisitions scolaires, tels que la dyslexie et les troubles du langage (retard de parole, troubles d'articulation). Les pathologies limites, telles que les dysharmonies évolutives ou à dominante comportementale (dénier des règles sociales, défaut de contrôle, répétition des échecs) touchent 16 % des enfants et adolescents suivis pendant la période d'enquête, les troubles réactionnels en lien avec une cause précise 8 %, les

troubles des conduites et du comportement et les variations de la normale (hyperkinésie, angoisse de séparation) – (5 % pour chaque catégorie). Enfin, les psychoses concernent 3 % des enfants et les déficiences mentales 2 %. Les troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool, sont pratiquement inexistantes.

Les tentatives de suicide recensées par les CMPP sont rares : 200 enfants et adolescents sur les 51 960 suivis pendant la période d'enquête sont concernés. 58 % ont plus de 15 ans et 69 % sont des filles.

En 1996⁶, 46 % des jeunes patients faisant l'objet de l'enquête présentaient des troubles névrotiques en diagnostic principal, 20 % des pathologies limites et 13 % des troubles du développement et des fonctions instrumentales. La proportion de patients suivis pour ces derniers troubles ainsi que pour des troubles de la conduite et du comportement et des variations de la normale a donc augmenté entre 1996 et 2003 parmi les enfants suivis en CMPP (graphique 2). Cette évolution peut être à la fois le reflet d'une tendance plus globale observée en psychiatrie infanto-juvénile, ou d'un recours plus important au CMPP pour ces pathologies, ou encore d'une évolution dans la façon de coder et poser les diagnostics. Les données actuellement disponibles ne permettent toutefois pas d'aller plus avant dans cette interprétation des résultats.

Un diagnostic complémentaire a été renseigné pour 65 % des patients. Il concerne au premier rang les troubles du développement et des fonctions instrumentales (35 % des patients) et au second rang, à égalité, les variations de la normale et les troubles des conduites et du comportement (hors addictions) (14 %). Les mêmes observations étaient faites dans l'enquête de 1996.

5. Un enfant dont les parents, séparés, ont la garde de façon alternée et qui passe un temps environ identique en durée chez l'un ou chez l'autre, est considéré comme vivant chez ses deux parents.

6. La rénovation de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent de 2000 oblige à « revisiter » les résultats publiés sur l'enquête de 1996.

L'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie

L'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie a été réalisée du 20 janvier au 2 février 2003 dans l'ensemble des établissements publics et privés ayant une activité de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, intégrant les CMPP. Les données relatives aux autres établissements sont en cours de validation. Une enquête similaire auprès des CMPP avait été réalisée en juin 1996 par la DGS et l'INSERM, selon la même méthodologie. Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive, par questionnaire adressé aux établissements ; chaque questionnaire comporte, le département de résidence, des informations relatives à l'âge, le sexe, la catégorie diagnostique (CFTMEA 2000), l'intensité du suivi, le mode de vie, la scolarité, l'allocation de ressources ; il comporte également la date du premier contact avec la psychiatrie et la notion de tentative de suicide durant l'année précédant l'enquête. C'est le personnel de l'établissement qui renseignait ces informations pour chaque enfant ou adolescent vu durant cette période. Chaque enfant ne devait être enregistré qu'une seule fois, quel que soit le nombre de consultations dans la période d'enquête. Les données recueillies sur 51 960 enfants et adolescents ont ainsi été analysées.

210 CMPP ont participé à l'enquête sur 321 recensés une fois les antennes agrégées, soit un taux de réponse de 65 %. Les données présentées ici n'ont pas fait l'objet de redressements statistiques, en raison de l'absence d'éléments suffisants (sur le nombre de patients suivis dans l'année en particulier) permettant de recalculer les données à la date de l'enquête.

Les CMPP répondants représentent 68 % des séances réalisées en 2001. Évalué à partir de l'enquête ES 2001, le nombre annuel moyen de ces séances est un peu supérieur à celui des non-répondants : 8 153 séances en 2001 contre 7 353 pour les non-répondants. Les CMPP répondants ont eu une croissance plus modérée du nombre annuel de séances entre 1997 et 2001 (+1,4 %) que les CMPP non-répondants (+7,1 %). Les plus petits, ayant déclaré moins de 4 000 séances en 2001, semblent sur-représentés parmi les non-répondants : 34 % des CMPP non-répondants sont dans ce cas contre 22 % des CMPP répondants. Cependant, la taille du CMPP, mesurée à partir du nombre de séances réalisées, ne semble pas influencer sur la répartition des pathologies ou des classes d'âge prises en charge par les structures. Enfin, les CMPP au statut associatif sont sur-représentés parmi les non-répondants.

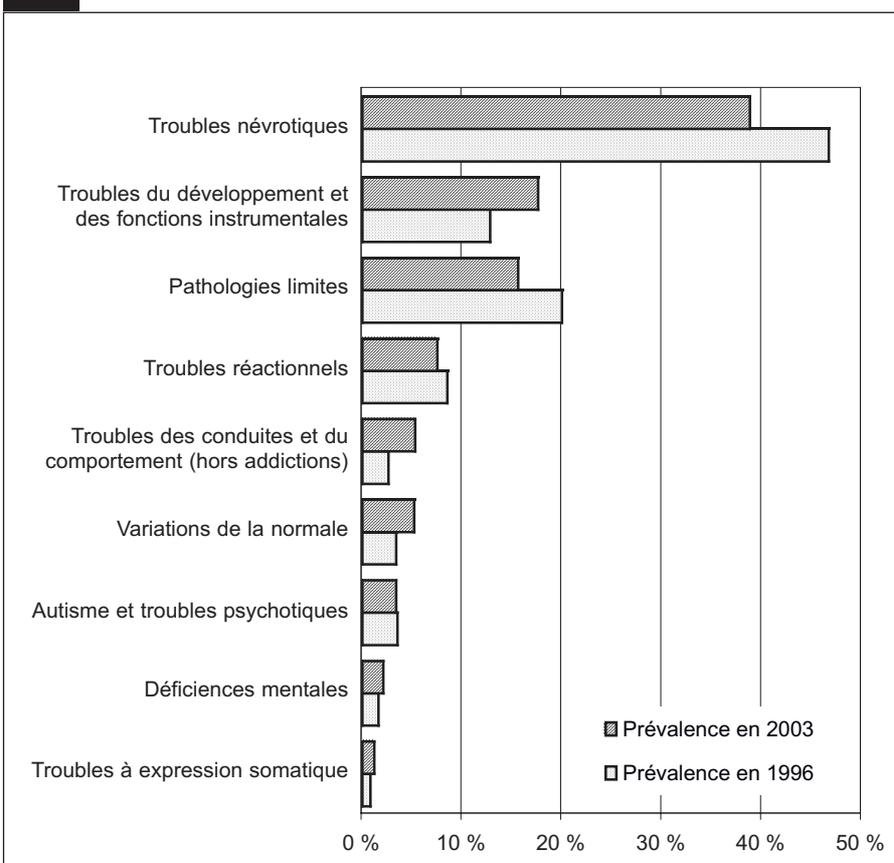
Près des trois quarts des jeunes patients souffrant de déficiences mentales, de troubles névrotiques et de pathologies limites font l'objet d'un diagnostic complémentaire. Ce sont les troubles du développement et des fonctions instrumentales qui sont le plus fréquemment associées. Pour les jeunes patients atteints de pathologies limites, on peut également noter une fréquence relativement importante des troubles associés des conduites et du comportement (17 %).

Les troubles névrotiques sont plus fréquemment diagnostiqués chez les filles, à partir de l'âge de 10 ans

Comme en 1996, les troubles névrotiques sont relativement plus fréquents chez les filles, 42 %, que chez les garçons, 37 %, ainsi que les troubles réactionnels (9 % contre 7 %). À l'inverse, les pathologies limites, les troubles des conduites et du comportement, et les troubles psychotiques apparaissent plus fréquemment diagnostiqués chez les garçons (respectivement 17 %, 6 % et 4 % contre 13 %, 4 % et 3 %).

Chez les moins de 5 ans, le diagnostic de névrose est beaucoup moins souvent évoqué : 17 % contre 39 % pour l'ensemble des enfants. On note également moins de pathologies limites (13 % versus 16 % pour l'ensemble), et des résultats voisins pour les troubles des fonctions instrumentales (17 % versus 18 %). Les autres diagnostics sont au contraire plus fréquents, notamment les troubles psychotiques (7 % versus 3 %) et les troubles des conduites et des comportements (10 % versus 5 %) qui se repèrent plus précocement. Les 5-9 ans présentent plus fréquemment que l'ensemble des enfants suivis des troubles du développement et des fonctions instrumentales (21 % versus 18 %) ainsi que des troubles des conduites et des comportements (7 % versus 5 %). Ces troubles sont souvent détectés à l'école au moment des apprentissages fondamentaux et de la socialisation. Au contraire, les 10-14 ans se caractérisent par des troubles névrotiques plus fréquents que les enfants d'âge inférieur (44 % versus

G 02 **prévalence des troubles psychiatriques des enfants et adolescents suivis en CMPP en 1996 et 2003**



Sources : enquête Drees GFEP sur les populations suivies en psychiatrie du 20 janvier au 2 février 2003 ; 2 février 2003 ; enquête INSERM, CCOMS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, sur la population prise en charge dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les centres médico-psycho-pédagogiques, les hôpitaux de jour privés du 3 au 15 juin 1996.

39 %). C'est encore davantage le cas au delà de 15 ans (47 % de troubles névrotiques chez les 15-19 ans et 52 % au delà de 19 ans), sachant qu'au delà de 15 ans on note également une plus grande fréquence des diagnostics de psychose (5 % et 10 % respectivement pour les 15-19 ans et les plus de 19 ans, versus 3 %).

Des pathologies parfois associées par les équipes de soins au contexte sociofamilial

Un certain nombre de facteurs d'environnement relatifs au contexte socio-familial peuvent parfois être signalés, par les équipes de soins, comme associés aux pathologies des enfants suivis dans les CMPP : parents divorcés, famille immigrée ou transplantée,

famille monoparentale, gémellité, adoption, milieu sociofamilial très défavorisé...

Par ailleurs, des troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérés sont souvent signalés dans la famille (25 %) [perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial de type conflits ou deuils, troubles mentaux d'un membre de la famille, alcoolisme ou toxicomanie parentale, dépression maternelle dans la période postnatale...], et étaient relevés de façon prépondérante en 1996.

Des carences affectives, éducatives, sociales ou culturelles sont par ailleurs relevées chez 15 % des enfants, ainsi que la rupture de liens affectifs entraînée par des événements tels qu'un décès familial, une hospitalisation ou un séjour institutionnel prolongé de

l'enfant ou d'un parent (12 %). Des mauvais traitements et négligences graves ont enfin été identifiés chez 4 % des enfants ou adolescents suivis.

Près d'un tiers des jeunes patients suivis en CMPP sur la période d'enquête cumulent au moins deux facteurs d'environnement que les centres considèrent comme associés à leur pathologie, et 5 % trois. Ces facteurs d'environnement sont surtout signalés chez les enfants atteints de pathologies limites et troubles de la personnalité, ainsi que, logiquement, chez les enfants souffrant de troubles réaction-

nels. Ainsi, 40 % des premiers connaissent des troubles mentaux ou perturbations psychologiques dans la famille. C'est aussi le cas de 39 % des enfants souffrant d'autisme ou de troubles psychotiques.

Des facteurs organiques associés ou antérieurs éventuellement étiologiques, sont également notés pour 14 % des jeunes patients. Les facteurs les plus souvent associés sont des infirmités et affections somatiques invalidantes (4 %) [déficits auditifs ou visuels, myopathies, SIDA, hémophilie...], des facteurs périnataux

(4 %) de type prématurité, des antécédents de maladies somatiques dans l'enfance (3 %) telles que les otites à répétition ou l'asthme du nourrisson. Les maladies génétiques ou congénitales (trisomie 21, anomalies chromosomiques...), ainsi que les convulsions et épilepsies, sont chacune mentionnées chez près de 2 % des enfants. Ces facteurs organiques sont généralement associés aux déficiences mentales.

Le premier contact avec la psychiatrie de près de quatre enfants suivis sur dix, date de plus de deux ans

11 % des patients enquêtés entre le 20 janvier et le 2 février 2003 étaient vus pour la première fois, dans le cadre des six premières consultations forfaitaires de diagnostic. Pour 12 % de ces nouveaux patients, aucun diagnostic n'a pu être posé. 31 % ont été identifiés comme présentant des troubles névrotiques (contre 39 % pour l'ensemble des patients enquêtés), 17 % souffriraient de troubles du développement et des fonctions instrumentales (contre 18 %), 10 % de pathologies limites (troubles de la personnalité) (contre 16 %). Les pathologies sur-représentées parmi les nouveaux patients des CMPP sont les troubles réactionnels (10 % *versus* 8 %), les variations de la normale (symptômes généralement transitoires et sans valeur pathologique affirmée) (8 % *versus* 5 %) et les troubles des conduites et du comportement (8 % *versus* 5 %).

Pour 40 % des enfants suivis par les CMPP, le premier contact avec la psychiatrie (libérale ou institutionnelle) datait en tout état de cause de moins d'un an, pour 23 % de un à deux ans et pour 37 % de plus de deux ans (il datait dans seulement 9 % des cas de plus de cinq ans). Les contacts les plus anciens avec la psychiatrie concernent davantage les enfants ou adolescents souffrant de troubles psychotiques ou de déficiences mentales, plus de la moitié d'entre eux ayant eu un premier contact antérieur à 2001.

E-4

Les catégories diagnostiques

Dans l'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie, l'enregistrement de la catégorie clinique se fait avec la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) version 2000 (http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblio_bd/cftmea/).

Les catégories cliniques proposées sont les suivantes :

- **Autisme et troubles psychotiques** : psychoses précoces ou troubles envahissants du développement, schizophrénies de l'enfant et de l'adolescent, troubles délirants, troubles psychotiques aigus, troubles thymiques (ou troubles de l'humeur type dépression, repli sur soi, troubles affectifs) ;
- **Troubles névrotiques** (observables à partir de 3 ans) il s'agit de perturbations durables sans tendance spontanée à la guérison : troubles névrotiques à dominante anxieuse, hystérique, phobique ou obsessionnelle, troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions dans le domaine des apprentissages et des acquisitions intellectuelles, dépressions névrotiques, caractères et pathologies névrotiques de la personnalité, troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales (maladresses psychomotrices, troubles du langage...) ;
- **Pathologies limites, troubles de la personnalité, type dysharmonies évolutives liées à des difficultés d'individuation avec une composante dépressive importante, pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité, ou à dominante schizotypique** (anomalies de la pensée et des affects où dominant la froideur, le retrait, la pauvreté du contact), comportementale (troubles dominés par la tendance à l'agir, troubles des conduites dans les échanges avec autrui, déni des règles sociales...), dépressions liées à une pathologie limite ;
- **Troubles réactionnels** : troubles en lien avec une cause précise (dépression ou manifestations réactionnelles, syndrome de stress post-traumatique) ;
- **Déficiences mentales comprenant les arriérations, déficiences mentales et démences, troubles de l'intelligence fixés ou évolutifs, déficiences avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur** ;
- **Troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales tels que les troubles de la parole et du langage** (retard, aphasie, mutisme, bégaiement...), troubles cognitifs et des acquisitions scolaires (dyslexie), troubles psychomoteurs (retard, tics) ;
- **Troubles des conduites et des comportements** : troubles hyperkinétiques (troubles de l'attention), troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale, boulimie...), conduites suicidaires, troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool, troubles de l'anxiété de séparation, troubles de l'identité et des conduites sexuelles, phobies scolaires et autres troubles des conduites type pyromanie, kleptomanie... ;
- **Troubles à expression somatique** : affections psychosomatiques telles que l'asthme, l'eczéma, le psoriasis, les colites..., troubles psychofonctionnels (torticolis, migraines ou vomissements psychogènes...), troubles hypocondriaques, de l'énurésie et encoprésie, troubles du sommeil, retards de croissance psychogènes... ;
- **Variations de la normale** : angoisses, rituels, peurs, moments dépressifs, conduites d'opposition, d'isolement, retards ou régressions transitoires...

Logiquement, la proportion de patients suivis en psychiatrie depuis plus de cinq ans croît avec l'âge. Mais les consultants sont fortement renouvelés au sein de chaque groupe d'âge avec un minimum de 30 % de patients ayant consulté pour la première fois dans l'année (graphique 3).

Au moins une consultation par semaine pour 73 % des jeunes patients suivis

Comme en 1996, 73 % des jeunes patients suivis en CMPP pendant la période d'enquête, bénéficient de consultations à un rythme hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire. 83 % des enfants présentant des troubles psychotiques et des déficiences mentales, ou des troubles du développement et des fonctions instrumentales, sont vus au moins une fois par semaine. Certaines pathologies autorisent un suivi moins intense ; c'est le cas notamment pour certains enfants souffrant de troubles réactionnels, de troubles à expression somatique ou de variations de la normale, dont 20 % à 25 % ont moins d'une consultation par semaine (contre 15 % de l'ensemble des enfants enquêtés).

90 % des jeunes patients pris en charge en CMPP poursuivent une scolarité ordinaire, mais seulement 50 % des déficients mentaux et 60 % des psychotiques

La scolarité en classe ordinaire concerne neuf enfants sur dix (comme en 1996) ; 7 % sont scolarisés en classe spécialisée ou en établissement d'éducation spécialisée, 1 % sont en intégration scolaire⁷. Moins de 1 % des enfants suivis ne sont pas scolarisés, et la plupart d'entre eux ont moins de 5 ans.

La scolarité en classe spécialisée concerne 11 % des enfants âgés de 10 à

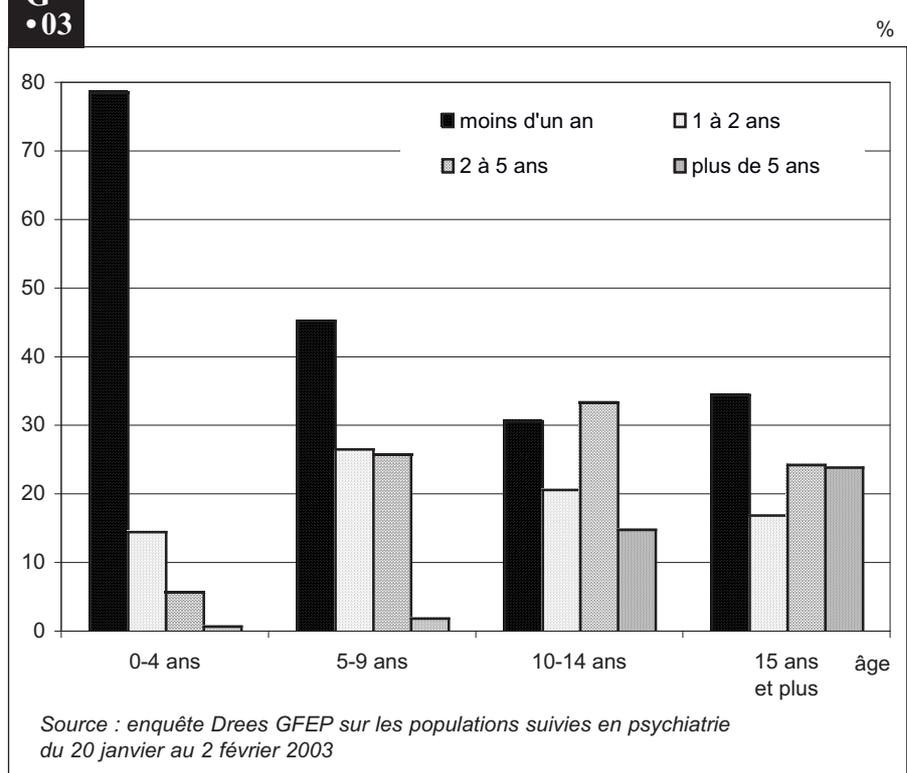
14 ans et des adolescents âgés de 15 à 19 ans. L'intégration scolaire concerne davantage les plus jeunes.

La proportion des jeunes patients qui fréquentent une classe ordinaire tombe toutefois à 50 % pour les enfants présentant des déficiences mentales et à 60 % pour les enfants atteints de troubles psychotiques. 34 % des premiers ont intégré des classes

spécialisées, 8 % sont en intégration scolaire et 3 % ne sont pas scolarisés. Quant aux enfants suivis pour troubles psychotiques, 20 % d'entre eux sont dans des classes spécialisées, 8 % en intégration scolaire et 4 % ne sont pas scolarisés.

Seuls 1 % des enfants suivis pendant la période d'enquête bénéficient de l'allocation d'éducation spécialisée. ●

G •03 ancienneté de la prise en charge en psychiatrie selon l'âge



7

Pour en savoir plus....

- INSERM, CCOMS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Enquête nationale sur la population prise en charge dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les centres médico-psycho-pédagogiques, les hôpitaux de jour privés* 3 juin – 15 juin 1996, 1997, 78 p.
- INSERM, *Expertise collective, Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 2002, 887 p.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, « *Adaptation et intégration scolaires : enquête sur les postes de l'adaptation et de l'intégration scolaires au 30 septembre 2003* », Document de travail, septembre 2004, 57 p.
- MISES R., QUEMADA N., BOTBOL M., BURSZEJN C., DURAND B., GARRABE J., GOLSE B., JEAMMET P., PLANTADE A., PORTELLI C., THEVENOT J.P., Nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, édition du CTNERHI, http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblio_bd/cftmea/

7. L'intégration en milieu scolaire ordinaire est soutenue et accompagnée à la mesure des besoins des élèves, en particulier grâce à l'intervention des services d'éducation spéciale et de soins à domicile.

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère des solidarités, de la Santé et de la famille
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication

Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopie : 01 40 56 80 38

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- des revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« Acteurs locaux et décentralisation

Processus à l'œuvre dans les domaines social et sanitaire »

n° 4, octobre-décembre 2004

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

derniers numéros parus :

« Études diverses »

n° 3, juillet-septembre 2004

« Les revenus sociaux en 2003 »

n° 4, octobre-décembre 2004

- des ouvrages annuels :

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

Comptes nationaux de la santé

Comptes de la protection sociale

- et aussi...

Statiss, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr