



Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement
supérieur et de la recherche

Direction de l'enseignement scolaire
Sous-Direction des établissements et de la vie scolaire
Bureau de l'action sanitaire et sociale et
de la prévention

Ministère de la santé et des solidarités

Direction Générale de la Santé
Sous-Direction Santé et société
Bureau de la santé mentale

Direction de l'Hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-Direction de l'organisation des soins
Bureau de l'organisation de l'offre générale de soins
et des populations spécifiques

Le Ministre de l'Education nationale de l'enseignement
supérieur et de la recherche

Le Ministre de la Santé et des solidarités

à

Madame et Messieurs les préfets de région
*Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour exécution et diffusion)*

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation
(pour information)

Mesdames les rectrices et Messieurs les recteurs d'académie

Mesdames et Messieurs les préfets de département
*Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)*

Mesdames les inspectrices et Messieurs les inspecteurs
d'académie, directrices et directeurs des services
départementaux de l'Education nationale

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGS/SD6C/DHOS/O2/DESCO/2005/471 du 18 octobre 2005, relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques des enfants et adolescents.

Date d'application immédiate
NOR : SANP0530410C (texte non paru au journal officiel)
Classement thématique : santé publique

Mots-clefs : dispositifs de partenariats champs éducatifs et sanitaires, santé mentale des enfants et adolescents, programme de repérage précoce des troubles psychiques

Textes de références :

- Plan national psychiatrie et santé mentale 2005-2008
- Circulaire n°2000-141 du 4 septembre 2000 relative au »Soutien aux équipes des dispositifs relais (classes et internats) par les CMPP et les CMP
- circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 relative à « La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation
- circulaire n°507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération
- circulaire n°517/DHOS/O1/DGS/DGAS/2004 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent
-

Annexes :

- Annexe 1 : Rapport d'enquête sur la collaboration entre les CMP/CMPP et les établissements scolaires. Résultats synthétiques
- Annexe 2 : Dispositif de collaboration pour améliorer le repérage et la prise en charge des troubles et souffrances psychiques qui s'expriment en milieu scolaire
- Annexe 3 : Procédure à suivre concernant la participation d'équipes régionales candidates à la formation

Dans le cadre du plan national de psychiatrie et santé mentale 2005-2008 présenté par le ministère chargé de la Santé, d'une part, et de la circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 relative à « La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation » du ministère chargé de l'Education nationale d'autre part, les ministères de la santé et de l'éducation nationale ont défini un objectif prioritaire commun visant à mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents.

En effet, une enquête a été confiée en 2003-2004 à l'INSERM par les deux ministères sur les collaborations entre les établissements scolaires et les Centres médico -psychologiques (CMP) ou les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP). [Rapport d'enquête sur les collaborations entre les CMP(P) et les établissements scolaires » Marie CHOQUET, Etienne ERNAULT, INSERM U669. Juin 2005]. Une synthèse des résultats de cette enquête est jointe à la présente circulaire (annexe 1).

Elle fait apparaître que, d'une façon générale, il existe peu de collaborations structurées ou formalisées entre le champ éducatif et le champ sanitaire lorsqu'il s'agit notamment :

- de conduire des actions de prévention collective
- de favoriser un repérage précoce des troubles et souffrances psychiques
- de faciliter l'orientation des élèves vers les structures de soins spécialisées ainsi que les modalités d'échange entre équipes suite à une orientation vers le secteur sanitaire
- d'organiser en commun des réponses aux situations d'urgence ou de crise survenant en milieu scolaire
- de prendre en compte l'avis d'un CMP ou d'un CMPP dans les procédures d'orientation vers les structures spécialisées.

L'enquête souligne également les besoins de formation des professionnels de l'éducation nationale sur les problématiques du champ de la santé mentale. Dans le second degré, les thématiques de prévention du suicide, dépression et mal-être, l'information sur les troubles mentaux et les troubles des conduites alimentaires sont le plus fréquemment citées. La prévention des conduites addictives est mentionnée dans une moindre mesure. Dans le primaire, les besoins de formation pour les enseignants concernent principalement les modalités d'échange avec les parents sur ces problématiques.

Cette enquête met par ailleurs en évidence que l'existence de procédures de collaboration accroît le degré de satisfaction ressenti par les équipes éducatives lors de la résolution des crises et des situations d'urgence. C'est le cas notamment des établissements du second degré qui déclarent le plus grand nombre d'élèves concernés par le recours aux soins et qui ont organisé un plus grand

nombre d'actions de prévention collective depuis deux ans. Ceux-ci font alors état de collaborations plus développées avec les équipes de soins spécialisées, et font davantage appel à elles pour l'orientation vers des structures adaptées.

Les résultats développés de cette étude seront consultables sur les sites des deux ministères et peuvent être diffusés en appui de réflexions locales auprès de tous les partenaires concernés.

L'objectif de la présente circulaire est d'améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques des élèves, en fondant plus justement un recours aux soins spécialisés, à partir de deux leviers complémentaires :

- le déploiement le plus large possible sur le territoire national d'un dispositif de collaboration entre les établissements scolaires et les professionnels de soins spécialisés (I)
- l'élaboration et la diffusion d'outils de repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrances psychiques des enfants et des adolescents (II).

I Déployer des dispositifs de collaboration entre les établissements scolaires et les professionnels de soins spécialisés.

1.1 Contexte

La sollicitation des services de psychiatrie infantile ou adulte est trop souvent occasionnée par des situations de crise et des troubles bruyants, des tableaux cliniques avancés ou des risques de déscolarisation. Des troubles plus discrets qui ne désorganisent pas la vie scolaire peuvent en revanche passer inaperçus. Des retards de prise en charge, outre le fait qu'ils peuvent amener une aggravation des troubles, compromettent l'adaptation et la réussite scolaire des élèves.

De plus, si le repérage précoce des signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents existe dans la majorité des établissements scolaires, il s'avère, la plupart du temps insuffisamment organisé.

Aussi, l'objectif est de renforcer et de consolider les collaborations entre les équipes de soins spécialisées et les personnels de santé de l'éducation nationale, afin de permettre une meilleure appréciation des situations pour une plus juste orientation des élèves vers les CMP, CMPP ou autres structures de soins.

Le préalable indispensable à cet objectif implique une meilleure connaissance réciproque des acteurs oeuvrant dans ces différents champs. Il s'agit en particulier de mieux identifier les acteurs intervenant dans le champ du soin. Sans négliger le rôle de proximité assuré par la médecine généraliste, la médecine scolaire et la PMI, cet objectif vise plus spécifiquement les professionnels et institutions de soins spécialisés.

Ainsi, les équipes de secteur de psychiatrie infantile-juvénile, articulés autour de la fonction de pivot que joue le centre médico-psychologique (CMP) disposent d'une offre de soins diversifiée. Les CMP constituent les unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils sont considérés comme le premier interlocuteur pour la population, devant être connu de tous et répondre ou orienter toute demande de soins en psychiatrie et santé mentale.

En complément de cette offre, les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ne relèvent pas du secteur de psychiatrie mais constituent l'autre interlocuteur majeur dans le dispositif de soins en faveur des enfants et des adolescents, en particulier de par leur vocation de dépistage, de diagnostic et de traitement des troubles psychiques et des troubles du comportement. Si les CMPP sont parfois moins médicalisés que les structures de soins des secteurs de psychiatrie infantile-juvénile, ils sont un acteur important au sein des réseaux et des partenariats de prise en charge spécialisés

1.2 Mode opératoire

Une proposition de dispositif permettant le développement de collaborations pour améliorer le

repérage, l'évaluation et la prise en charge des troubles et souffrances psychiques qui s'expriment en milieu scolaire est proposé **en annexe 2** de la présente circulaire. L'objectif est de parvenir à une formalisation acceptée par tous et donc plus efficace et d'aider les personnels des établissements scolaires à structurer un partenariat susceptible d'assurer la pérennité d'un dispositif de prise en charge et d'orientation, voire d'accompagnement des élèves fragilisés ou en difficulté.

Sur le plan de la mise en œuvre de cette politique en région, plusieurs enjeux doivent être appréciés dans le cadre d'une concertation étroite entre les acteurs et décideurs des deux champs. L'objectif n'est pas de modéliser une organisation au niveau national mais de faciliter l'appropriation de la démarche par les acteurs concernés.

A cet effet, comme le rappelle la circulaire DHOS/O2/ n° 507 du 25 octobre 2004, la recherche de réponses de proximité doit être privilégiée dans la mesure où elle semble plus adaptée et concrétise l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins pour des jeunes pris en charge dans leur environnement.

Cette nécessaire approche par la proximité, pour ce qui concerne la mise en œuvre du dispositif proposé, n'exclut pas que l'étape de l'élaboration de la politique se fasse à l'échelle d'un territoire de santé voire d'un département afin de faciliter, d'une part, une plus grande cohérence institutionnelle entre les DDASS et les services de l'éducation nationale et, d'autre part, le partage et la mutualisation des expériences à cette échelle.

La mise en place de ces dispositifs de partenariat doit permettre d'intégrer la dimension de la santé mentale dans la mise en œuvre du programme régional de santé scolaire et d'éducation pour la santé, au sein du plan régional de santé publique (PRSP).

Il convient également de veiller à une articulation avec les équipes de l'ARH en charge de l'élaboration du SROS (volet prise en charge des enfants et adolescents et/ou volet psychiatrie et santé mentale). L'enjeu est ici la cohérence des propositions d'actions de partenariat développées dans le cadre de la présente circulaire avec les orientations de la politique d'organisation des soins en santé mentale, dont l'un des axes majeurs, identifié par le plan psychiatrie et santé mentale, est le renforcement de la psychiatrie infanto-juvénile. En tant que de besoin, une commission thématique de la commission régionale de concertation en santé mentale sur la prise en charge des enfants et des adolescents, dans une composition élargie aux représentants de l'éducation nationale, pourra être constituée et contribuer à la cohérence des différentes politiques mises en œuvre en ce domaine.

II. Mettre en place des outils de repérage et de formation

2.1 Contexte

Le plan Psychiatrie et Santé mentale prévoit un programme visant à permettre un « repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrances psychiques des enfants et des adolescents ». Ce programme établi en partenariat entre la DGS et la DESCO, est en cours de réalisation en lien avec la Fédération française de psychiatrie (FFP) et l'Ecole nationale de santé publique (ENSP).

L'enjeu réside en effet dans un meilleur recours au dispositif de soins spécialisés. A cet égard, l'objectif est de mettre à disposition des médecins de soins primaires, et en particulier des médecins de l'Education nationale, des outils de repérage précoce labellisés par des professionnels spécialisés et de développer des actions de formation afin de constituer des réseaux de référents dans le domaine de la santé mentale, qui constitueront un appui pour les établissements scolaires.

2.2 Mode opératoire.

Deux leviers complémentaires sont mis en œuvre :

- a) *l'élaboration d'un outil d'observation, à l'usage des médecins de soins primaires.*

Cet outil est élaboré par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), à l'usage de médecins de soins primaires : médecins territoriaux, médecins de l'Education nationale et, à terme, médecins généralistes en contact avec le public concerné. Cet outil est réalisé en fonction de trois tranches d'âge : 0-5 ans, 6-11 ans, adolescents.

Il sera présenté à des médecins de PMI et de l'Education nationale sur une période test qui se déroulera entre septembre et novembre 2005.

b) la mise en œuvre d'une formation de formateurs au repérage précoce des troubles.

La FFP est également chargée en lien avec l'ENSP d'élaborer un référentiel de formation de formateurs au repérage précoce des troubles, dans le cadre d'une dynamique de réseau. Celui-ci sera réalisé fin septembre 2005.

La FFP et l'ENSP concourent à la réalisation d'une formation de formateurs. Celle-ci comportera notamment une présentation de l'outil d'observation, un développement sur le processus du travail en réseau, des acquisitions en matière de formation sur la base du référentiel précité.

Trois sessions interrégionales seront proposées dans un cadre expérimental : un premier module de formation sera organisé en décembre 2005 à l'Ecole nationale de la santé publique de Rennes, deux autres modules seront mis en place début 2006, l'un à Montpellier (janvier 2006), l'autre à Paris (février 2006)

Cette expérimentation bénéficiera à des régions candidates selon la procédure précisée **en annexe 3**. Dans ces régions pourront être formés sur trois jours, 3 ou 4 formateurs: un pédo-psychiatre et un psychologue clinicien auxquels s'adjoindront un médecin de PMI et/ ou médecin de l'éducation nationale.

La mise en œuvre la plus large de l'ensemble de ce dispositif constitue un enjeu essentiel de l'amélioration de la réponse aux besoins en santé mentale des enfants et des adolescents et implique une collaboration étroite des acteurs de la santé et de l'éducation nationale.

Aussi, vous voudrez bien nous faire part sous le présent timbre des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre des recommandations de cette circulaire. Nos services sont, en outre, à votre disposition pour toute information et concours qui pourraient vous être utiles.

Le Directeur de l'enseignement scolaire

Signé

Roland DEBBASCH

Le Directeur général de la santé

Signé

Didier HOUSSIN

Le Directeur de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins

Signé

Jean CASTEX

**RAPPORT D'ENQUETE SUR LA COLLABORATION ENTRE LES CMP LES CMPP ET LES
ETABLISSEMENTS SCOLAIRES**

Résultats synthétiques

Les principaux constats

A propos de l'enquête

Constat 1 : Un taux de participation (TP) des établissements scolaires satisfaisant, avec une répartition inégale selon le type d'établissement et la région.

Si le TP est de 52% pour cette enquête postale, on ne dispose d'informations administratives que pour 48% des établissements.

On constate un TP élevé (>50%) :

- Des lycées (56%) ;
- Des Académies de Versailles, Créteil, Caen, Rouen, Amiens, Reims et Bordeaux (>60%) ;
- Des établissements publics (50%)

Mais pas de différence ZEP/Non ZEP ou ville/campagne.

A propos de la prévention et du repérage précoce

Constat 2 : Une minorité des établissements a mis en place une action de prévention depuis 2 ans...

4% des écoles maternelles/primaires, 26% des collèges et 39% des lycées ont engagé des actions de prévention primaire collective, mais elles sont plus pérennes au lycée (70%) qu'ailleurs (40%). Ainsi les actions sont plus ponctuelles chez les enfants que chez les adolescents.

A l'école primaire, les actions en matière de violence subie, pourtant obligatoires, sont rares. Durant les années collège, peu d'actions concernent les substances psycho-actives, alors que leur consommation est en pleine progression. Peu d'actions sur les troubles des conduites alimentaires, la violence en général.

Seulement 1% des maternelles/ primaires ont mis en place des actions régulières et programmés, contre 15% des collèges et 20% des lycées.

Constat 3 : Les CMP (P) sont peu impliqués dans la mise en place et le suivi des actions de prévention collective, même s'ils s'en défendent.

34% des établissements scolaires disent que l'action de prévention a été menée avec l'appui du CMP (P), alors que 61% des CMP (P) (sectorisés, ils interviennent auprès de plusieurs établissements) déclarent avoir fait une telle type d'action.

Constat 4 : Les parents sont moins souvent concernés par les actions de prévention primaires que les enseignants ou les élèves.

Les élèves sont les principales cibles de l'action de prévention, surtout au lycée (82%), même si dans 1 cas sur 2, les enseignants ont été le public destinataire. Mais les familles sont rarement le public destinataire, surtout au lycée (33%).

Constat 5 : La majorité des établissements a des procédures de repérage précoce, mais peu les ont formalisé.

Environ 70% des établissements scolaires disent avoir des procédures de repérage précoce (pas de différence selon le type d'établissement).

Mais seulement entre 13% et 22%, suivant le type d'établissement, les ont formalisées. En effet, la majorité d'entre eux s'en tiennent à une réflexion en interne.

Constat 6 : Les CMP (P) ont rarement participé à l'élaboration des procédures de repérage précoce, malgré leurs efforts de se faire connaître

Plus de 80% des établissements scolaires n'ont pas rencontré les CMP (P) pour élaborer ces procédures.

Pourtant, à ce sujet, près d'un CMP (P) sur deux (54%) s'est fait connaître auprès de tous les établissements scolaires de leur secteur ...mais seulement 16% des CMP (P) les ont rencontré systématiquement.

A propos de la prise en charge

Constat 7 : Les troubles qui motivent la prise en charge par les CMP (P) diffèrent selon l'âge.

A l'école primaire, les motifs de soins concernent surtout la scolarité (troubles de l'apprentissage, désinvestissement scolaire, troubles du langage), alors qu'au collège on évoquera en plus des violences agies (27%) et de la souffrance psychologique (19%). Au lycée, la souffrance psychologique (41%) l'emporte nettement sur tous les autres motifs.

La violence subie est rarement évoquée, même si ce motif augmente avec l'âge (1% en primaire, 9% au collège, 14% au lycée).

Constat 8 : Les troubles qui motivent la prise en charge par les CMP (P) sont peu nombreux au total.

La majorité des établissements estiment que moins de 20 élèves sont potentiellement concernés par des soins en CMP (P). Reste que 8% des lycées (contre 0% des écoles maternelles/primaires et 2% des collèges) estiment que plus de 50 élèves sont concernés.

En rapportant ces proportions au nombre d'élèves, on peut estimer qu'entre 2% (soit 20 dans un établissement de 1000 élèves) et 5% (20 dans un établissement de 400 élèves) des élèves sont considérés comme ayant des troubles qui motivent la prise en charge par les CMP (P).

Constat 9 : L'absence de prise en charge en cas de troubles repérés est d'abord attribuée au refus de l'élève ou de sa famille, mais pas seulement.

Le refus de l'élève ou de sa famille (> 65%) vient largement en tête.

A l'école primaire et au collège, s'y ajoute le fait de rechercher des solutions en interne et l'impossibilité ou la surcharge du CMP (P), alors qu'au lycée, la recherche d'une autre orientation est importante (47%) et devance la recherche de solution en interne (36%).

Notons qu'en matière de suivi, rien de prévu en cas de rupture de prise en charge (dans 10% des cas)

Constat 10 : Les établissements s'informent des suites apportés à l'orientation d'un élève mais ne reçoivent pas systématiquement d'information en provenance des CMP(P).

Si près de 70% des établissements s'informent auprès des CMP (P) des suites données après une orientation, force est de constater que la réponse du CMP (P) est loin d'être systématique. En effet, près de la moitié des établissements ne reçoivent aucune information (ni sur la consultation programmée, ni sur le suivi thérapeutique engagée) et près de 10% reçoivent ces informations systématiquement.

Par contre, les établissements se tiennent informés surtout auprès des familles.

Constat 11 : Autour de la mise en place des soins, les établissements scolaires se disent démunis.

Ils estiment que les avis spécialisés sont peu accessibles, autant de la part des CMP(P), que de la médecine de ville ou des services hospitaliers. Mais les collèges et lycée se « débrouillent » mieux que les établissements primaires.

A propos des situations d'urgence

Constat 12 : Les situations d'urgence et de crise sont fréquentes dans le second degré, pas avant.

En maternelle/primaire, on a rarement été confronté à des situations d'urgences (24%), alors que cela devient fréquent au collège (57%) mais surtout au lycée (74%). Ainsi l'urgence augmente de façon très importante avec l'âge des élèves, et, de toute évidence avec le type de problématique. Les troubles liés à la scolarité, prédominants en primaire, ont un moindre caractère d'urgence que les troubles psychologiques, prédominants au lycée.

Notons que 30% des lycées (contre 18% des collèges et 3% des maternelles/primaires) ont même connu au moins 4 situations d'urgence à gérer durant l'année écoulée.

Constat 13 : Le dispositif de réponse immédiate existe partout, autant en primaire que secondaire.

91% des collèges, 86% des lycées et « seulement » 73% des écoles maternelles/primaires ont mis en place au niveau de l'inspection académique un dispositif pour une réponse immédiate à la crise.

Au lycée, les informations sur les réseaux d'écoute sont diffusées dans 85% des cas (au collège, 76%).

Les établissements s'avèrent donc plus armés à gérer des situations de crise qu'à mettre en place des actions de prévention.

Constat 14 : Reste que le CMP (P) y participe rarement

Le CMP (P) est rarement sollicité pour un avis technique (15%), une intervention (10%) ou une orientation (18%).

Sur ce point, on n'observe pas de différence selon le type d'établissement (maternelle/primaire, collège, lycée).

L'orientation et l'intégration scolaire des élèves en difficulté

Constat 15 : Peu d'établissements sont pourvus d'une structure d'intégration scolaire.

Il existe une CLIS (Classe d'Intégration scolaire) dans 8% des écoles primaires et un UPI (Unités pédagogiques d'Intégration) dans 9% des collèges.

Constat 16 : Les CMP (P) ne sont pas systématiquement associés à l'orientation des élèves, mais plus dans le premier degré que dans le second degré.

Dans 53% des écoles primaires, les CMP (P) assistent aux réunions pour orientation vers CLIS ou UPI, proportions qui n'atteignent que 21% au collège et 5% au lycée.

Dans 67% des écoles primaires, on a sollicité l'avis du CMP (P) pour une orientation vers l'éducation spécialisée, proportions qui n'atteignent que 45% au collège et 28% au lycée.

Ainsi les CMP (P) sont nettement mieux intégrés dans le processus d'orientation en primaire qu'en collège ou lycée...

Constat 17 : Dans les procédures d'exclusion scolaire, les CMP (P) jouent un rôle négligeable.

7% des écoles primaires, 14% des collèges et 9% des lycées ont déjà fait appel au CMP (P) pour élaborer les procédures d'exclusion.

La formation

Constat 18 : En matière de formation à la prévention (primaire ou secondaire), il existe une grande inégalité entre les types d'établissements.

Les écoles maternelles et primaires sont peu nombreuses à avoir bénéficié d'une formation à la prévention primaire, au repérage des signes de souffrances psychologiques ou à la gestion des situations de crises. Dès le second degré, les établissements sont plus nombreux à en bénéficier, surtout au lycée.

Pourtant force est de constater que près de la moitié des lycées et le deux tiers des collèges n'ont pas reçu de formation sur ces thèmes.

Les résultats suggèrent néanmoins qu'il existe (ou non) une politique de formation sur ces thèmes, car quand les formations existent sur un aspect, elles existent aussi sur les autres aspects.

Constat 19 : Toujours en matière de formation, les thématiques de santé mentale (suicide, TCA, mal-être) n'ont pas été traitées systématiquement dans tous les établissements. Pourtant les besoins existent

Seulement 8% des établissements primaires, 46% des collèges et 53% des lycées ont initié ce type de formation. Ce qui signifie que 92% des établissements primaires (et leurs enseignants) n'ont pas eu de formation, 54% des collèges et 47% des lycées.

Pourtant, les besoins répertoriés concernent en priorité la santé mentale (suicide, dépression, mal-être, troubles mentaux, troubles des conduites alimentaires), bien plus que les conduites addictives.

A partir de là, la question de la prévention primaire se pose de façon cruciale.

Décalage entre perceptions CMP (P) et établissements scolaires

Constat 20 : La perception qu'ont les CMP (P) de ce qui se passe dans les établissements est en décalage avec la réalité exprimée par les établissements

85% des CMP (P) déclarent rencontrer « souvent » des violences agies ou des troubles de la conduite, 84% « souvent » des difficultés d'apprentissage, 82% « souvent » un désinvestissement

scolaire, 78% « souvent » une souffrance psychologique et 57% « souvent » des troubles spécifiques du langage. Dès lors, on pourrait penser que ces troubles sont fréquents. Or, en interrogeant les établissements scolaires, force est de constater que ces troubles sont rares. Décalage qui s'explique par la différence de « dénominateur » : les CMP (P) se rapportent aux consultants, les établissements à la population scolaire.

Les CMP (P) ont une vue plus « optimiste » de leur action que les établissements, décalage qui s'explique par la multiplicité des établissements liés à un CMP (P). Par exemple :

- 61% des CMP (P) disent avoir participé à des actions de prévention, alors que moins de 40% des établissements déclarent les avoir associés.
- 47% des CMP(P) disent avoir participé à des rencontres avec les établissements pour favoriser le repérage précoce alors que seulement autour 14% des établissements disent les avoir rencontrés.
- 86% des CMP (P) déclarent qu'il existe des échanges avec les équipes éducatives pour le maintien des élèves en milieu scolaire ordinaires alors qu'autour de 40% des établissements disent les avoir sollicités.

Quelques constats supplémentaires

Constat 21 : Les établissements « confrontés aux multiples situations difficiles » se révèlent plus actifs que les autres.

Les établissements qui déclarent avoir beaucoup d'élèves en difficulté ou qui rencontrent de façon répétée des situations d'urgence, se révèlent globalement plus « actifs » que les autres. En effet, ils organisent plus d'actions de prévention, ont plus de procédures de repérage précoce, ils ont plus facilement accès à un avis spécialisé, et surtout, ils sont plus nombreux à se former.

Ils ont aussi des meilleures relations avec les CMP (P), ont des rencontres plus régulières avec eux et leur demandent plus souvent un avis.

Ainsi ces établissements qui déclarent être « confrontés aux multiples situations difficiles » mettent tout en œuvre pour répondre à cette situation. Mais il est possible qu'une plus grande sensibilité aux situations difficiles, permette aussi une meilleure identification des problèmes.

Constat 22 : Les établissements ruraux, moins en contact avec les CMP (P).

Les établissements urbains déclarent plus de situations de crise, plus de problèmes scolaires, plus de problèmes de violence et de santé mentale que les établissements ruraux...mais aussi plus de procédures de repérage précoce et plus de collaborations avec les CMP (P). Ainsi, comme pour le constat 21, « situations difficiles » rime avec « actions »...et les établissements urbains, plus conscients de leurs difficultés, ont engagé des procédures pour y remédier.

Reste qu'il convient de mesurer s'il existe une sous-estimation des difficultés en milieu rural.

Annexe 2

DISPOSITIF DE COLLABORATION POUR AMELIORER LE REPERAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ET SOUFFRANCES PSYCHIQUES QUI S'EXPRIMENT EN MILIEU SCOLAIRE

1. Publics concernés

Que ce soit à l'école primaire ou dans les établissements du second degré, certaines manifestations de souffrances psychiques, dont la fréquence et la durée doivent alerter, retiennent souvent l'attention des équipes éducatives et en particulier des enseignants.

- A l'école primaire

Les troubles du comportement, qu'ils soient liés ou non à des difficultés d'apprentissage, sont assez bien repérés par les équipes éducatives, d'autant plus qu'ils entraînent souvent une gêne, voire une perturbation de la classe. En revanche, d'autres expressions, moins perturbantes pour la classe, peuvent passer inaperçues : mutisme, inhibition, repli sur soi...

La complexité de l'analyse de ces situations peut alors nécessiter la collaboration avec des équipes spécialisées permettant de mieux identifier ce qui relève de réactions passagères ou de souffrances psychiques avérées. Ce repérage précoce permettra une prise en charge plus adaptée pour de meilleures conditions de scolarité.

- Dans le second degré

Les troubles psychiques retentissent sur l'adaptation et la réussite scolaire des adolescents. Ils sont le plus souvent associés et se manifestent de façon plus ou moins aiguë :

- violences, automutilation, fugue, tentative de suicide
- inhibition, retrait, isolement, phobie scolaire
- troubles des conduites alimentaires
- conduites addictives
- désinvestissement scolaire (refus scolaire, absentéisme...)
- « bizarreries » du comportement.

Ces manifestations traduisent souvent les difficultés des élèves et nécessitent s'il y a lieu une démarche de prise en charge associant la famille, l'Ecole et les équipes de soins spécialisés.

2. Mise en place d'un dispositif de repérage, d'évaluation et de prise en charge

Ce dispositif s'articule autour de trois axes :

1. l'organisation d'un dispositif de veille interne aux établissements scolaires
2. la construction de l'interface entre l'Ecole et les professionnels de soins spécialisés
3. le soutien apporté par le secteur de psychiatrie (CMP) ou le CMPP en matière de prévention et de soins.

2.1 Dispositif de veille interne aux établissements scolaires

Dans l'Ecole, tous les personnels de la communauté éducative doivent être attentifs aux signes de mal-être des enfants et des adolescents.

Dans cette perspective, les établissements scolaires favoriseront une stratégie privilégiant le travail en équipe autour des élèves en situation de fragilité.

L'amélioration du repérage de troubles psychiques, du comportement et de l'adaptation scolaire par les différents personnels de la communauté éducative en lien étroit avec les parents ainsi que le développement des compétences des personnels impliqués doivent permettre une meilleure reconnaissance des manifestations de souffrances psychiques des élèves.

Tout enfant ou adolescent présentant un signe évocateur de souffrance psychique doit pouvoir bénéficier de l'aide des personnels de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves, soit par un entretien avec l'infirmière, soit par une consultation auprès du médecin de l'éducation nationale, en vue de l'évaluation de la situation et éventuellement de l'orientation vers les services spécialisés pour un premier bilan diagnostic en accord avec les parents.

Ce dispositif de veille doit également développer une démarche de prévention sous forme d'actions collectives d'information en direction des parents et des élèves sur les ressources d'aide, d'accueil et de soutien disponibles localement : lignes téléphoniques, points écoute extérieurs à l'établissement, permanences d'accueil des adolescents...

2.2 Construction de l'interface entre Ecole et professionnels spécialisés

La construction de cet interface peut nécessiter une mise en concordance sur un territoire pertinent, privilégiant une réponse de proximité, d'équipes soignantes de référence en CMP et/ou CMPP pour un ensemble d'écoles et d'établissements scolaires donnés et en lien avec les dispositifs de PMI, médecins généralistes et autres professionnels de soins primaires concernés.

La construction de ces collaborations doit permettre une meilleure évaluation des besoins, par les équipes de promotion de la santé en faveur des élèves et des recours plus adaptés au dispositif de soins spécialisés pour les situations qu'il convient d'orienter. En contrepartie, chaque fois que nécessaire, la construction de ces partenariats devra faciliter l'accès à une consultation spécialisée pour un premier bilan des élèves adressés à la demande des équipes éducatives, en lien avec les parents. L'adhésion de la famille, voire l'adhésion du jeune lui-même lors d'une orientation vers une consultation de soins spécialisés doit être facilitée, par la cohérence du lien entre l'Ecole et le secteur de soins.

La qualité de ces partenariats implique qu'ils s'organisent dans le respect des missions spécifiques de chaque institution, celle de l'Ecole restant centrée sur la réussite scolaire de l'élève, celle des services de santé mentale sur la dimension clinique et thérapeutique, dans le respect de la confidentialité et du droit du jeune à sa vie privée.

La collaboration repose, en outre, sur des relations à la fois confiantes et opératoires. Si cette démarche ne saurait être trop contrainte, il convient qu'elle s'inscrive dans la durée et s'appuie sur une formalisation, par exemple sous forme de convention, qui permettra a minima de préciser la nature des besoins et les modalités opérationnelles des actions engagées ensemble. Cette démarche formalisée pourra alors faire l'objet d'une évaluation régulière et partagée entre les acteurs des deux champs professionnels.

Cette orientation doit être appréhendée de manière cohérente avec la politique de renforcement des moyens des équipes de psychiatrie infanto-juvénile menée par les ARH dans le cadre des SROS et de la mise en œuvre du plan psychiatrie et santé mentale.

2.3 Rôle du secteur de psychiatrie dans le soin et dans le dispositif de prévention

Hors l'Ecole, le psychiatre de secteur ou de CMPP est garant de l'organisation des soins psychiatriques pour les jeunes scolarisés. Il évalue la nécessité d'engager une action de soin psychiatrique et d'organiser sa modalité pratique.

Le secteur de psychiatrie ou les CMPP contribuent, en tant que de besoin et selon leurs possibilités, à des actions de formation tant en direction des personnels de santé de l'Education Nationale que vers l'ensemble des membres de la communauté éducative.

Enfin, les équipes de secteur et/ou les CMPP peuvent structurer leur action autour de personnes référentes désignées pour un travail de liaison auprès des personnels de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves et des établissements scolaires. Ces référents peuvent être chargés, selon l'offre disponible localement, d'assurer une disponibilité et une permanence en cas de nécessité à une situation d'urgence en milieu scolaire.

PROCEDURE A SUIVRE CONCERNANT LA PARTICIPATION D'EQUIPES REGIONALES CANDIDATES A LA FORMATION

Toute région intéressée par l'offre de formation de formateurs au « repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrances psychiques des enfants et des adolescents » sur la base d'un outil labellisé par la Fédération Française de psychiatrie, est chargée après concertations entre DRASS /DDASS et rectorat d'identifier des candidats et de faire part de ses propositions aux services centraux. Pour l'Education nationale, les candidats seront identifiés au niveau des académies en lien avec les DRASS.

Cette offre concerne pour chaque région une équipe de candidats formateurs composée d'un psychiatre, d'un psychologue clinicien, d'un médecin de l'Education nationale et / ou d'un médecin de PMI que vos propositions peuvent éventuellement inclure.

Trois sessions de formation de formateurs sont proposées sur trois pôles interrégionaux de formation permettant une répartition des candidats sur des critères de proximité et d'accessibilité géographique :

- Rennes (30 novembre, 1^{er} et 2 décembre),
- Sète (18, 19, 20 janvier),
- Paris (1, 2, 3 février).

Ces formations de formateurs sont financées sur crédit d'Etat par convention passée entre la DGS et la FFP d'une part, l'ENSP d'autre part. Ces formations sont gratuites, seuls les frais de déplacement et d'hébergement sont à la charge des institutions dont relèvent les candidats formateurs, notamment au titre de la formation continue.

Profil des candidats : il pourrait s'agir de personnes ayant de préférence intégré dans leur exercice propre des dynamiques de travail en réseau, et aptes à transmettre, sur la base de l'outil de repérage des troubles du développement et des manifestations de souffrances psychiques précité, des contenus de formation adaptés aux compétences attendues de médecins de soins primaires.

Il vous appartiendra ensuite de déterminer les stratégies et modalités locales de démultiplication des formations en 2006 qui peuvent d'ores et déjà orienter vos choix de candidats formateurs. Ces formations de médecins de soins primaires de terrain pourront être intégrées dans la déclinaison régionale du plan santé mentale au sein du PRSP, dans le cadre du PRAPS ou dans le cadre du programme régional de santé scolaire et d'éducation pour la santé.

Suivi et évaluation de la mesure : Il vous est recommandé d'assurer un suivi de la déclinaison territoriale de ces formations afin de permettre ultérieurement la réalisation d'une évaluation de cette action à l'échelle nationale .

Les régions intéressées pour participer à ce programme devront faire parvenir, par courrier électronique, **avant le 30 octobre 2005**, le formulaire ci-après concernant les coordonnées des candidats à la formation de formateurs ainsi que des éléments de contexte relatifs à l'action de formation de professionnels de terrain qui pourra être envisagée en région par la suite.

Les candidatures proposées seront examinées par les services centraux en lien avec l'ENSP afin de donner suite au mieux aux demandes qui seront adressées.

Contacts

- à la DGS : Danielle Barichasse 01 40 56 51 12 danielle.barichasse@sante.gouv.fr
- à la DESCO : Jeanne-Marie Urcun 01 55 55 22 70 jeanne-marie.urcun@education.gouv.fr

Formation interrégionale de formateurs au repérage précoce des troubles du développement et des souffrances psychiques des enfants et des adolescents

REGION :

RECTORAT :

SESSION ENVISAGEE : (supprimer les mentions inutiles ou numéroter selon préférence)

RENNES
MONTPELLIER
PARIS

PROPOSITIONS DE CANDIDATS FORMATEURS

Médecin psychiatre

Nom :

Coordonnées professionnelles :

Tél. / mail :

Psychologue en service de psychiatrie

Nom :

Coordonnées professionnelles :

Tél. / mail :

Médecin de l'Education nationale

Nom :

Coordonnées professionnelles :

Tél. / mail :

Médecin de PMI

département :

Nom :

Coordonnées professionnelles :

Tél./ mail :

Présentation du contexte dans lequel une démultiplication de l'action de formation pourra être développée