



Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Midi-Pyrénées

SYNTHÈSE

Février 2016

Dr Bernard Ledéserf – CREAI-ORS Languedoc-Roussillon

Dr Cécile Mari – ORS Midi-Pyrénées

*Étude réalisée à la demande de l'Agence régionale
de santé Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées*



Table des matières

1. Contexte.....	4
2. Objectifs.....	6
3. Méthodologie.....	7
4. Résultats	8
> Données de cadrage	8
FAITS MARQUANTS.....	18
> Lieux de consultation et file active	19
FAITS MARQUANTS.....	21
> Des situations types.....	22
5. Des axes de travail.....	26
> 1 ^{er} axe : développer la connaissance mutuelle des acteurs, leur mise en réseau et la construction de parcours de prise en charge	26
> 2 ^e axe : travailler le positionnement des différentes structures entre elles et par rapport à l'offre libérale.....	27
> 3 ^e axe : assurer une couverture territoriale et un équilibre entre une offre de proximité et des modes de fonctionnement assurant une qualité de prise en charge	28
> 4 ^e axe : s'assurer de l'accessibilité financière pour les familles	28
> 5 ^e axe : développer l'accessibilité géographique	29
> 6 ^e axe : développer l'attractivité pour les professionnels.....	30
> 7 ^e axe : améliorer les systèmes d'information pour faciliter le pilotage.....	30
6. Liste des tableaux	31

1. CONTEXTE

Le plan régional de santé Midi-Pyrénées, arrêté par l'Agence Régionale de Santé en décembre 2012, a mis en exergue l'objectif de garantir l'accès aux soins pour tous en Midi-Pyrénées et d'adapter l'offre aux besoins en Midi-Pyrénées. Dans le domaine des troubles psychiques des enfants et adolescents, cela se traduit par des orientations dans les différents schémas composant le projet régional de santé :

- Dans le **schéma régional d'organisation des soins (SROS)**, dans la partie consacrée à la psychiatrie des enfants et des adolescents, le caractère primordial d'un repérage précoce des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent est rappelé. De ce fait, la première orientation définie dans cette partie du SROS est d'assurer les prises en charge le plus précocement possible et d'organiser le recours à un avis spécialisé par le recours à un professionnel de la psychiatrie infanto-juvénile pouvant exercer notamment en centre médico-psychologique (CMP) ou en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP).

L'amélioration de la fluidité des prises en charge, par l'articulation des acteurs intervenant autour de l'enfant et de l'adolescent constitue la deuxième orientation. Il s'agit plus particulièrement d'améliorer l'accès au dispositif spécialisé constitué par les CMP et CMPP et d'avoir un délai d'attente pour un premier rendez-vous avec un psychiatre ou un professionnel d'une équipe de psychiatrie infanto-juvénile le plus court possible. Il s'agit également de fixer les cadres d'intervention des CMP, des CMPP et des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Ainsi, des points de rapprochement doivent être recherchés pour aboutir à une meilleure couverture territoriale et à une gradation des prises en charge en articulation avec le libéral. Il s'agit également de développer le travail en réseau, permettant de garantir une continuité des soins et de faciliter la coordination des acteurs autour des enfants et des adolescents en milieu ordinaire.

Enfin, la troisième orientation développée dans la partie du SROS, consacrée à la psychiatrie des enfants et des adolescents, invite à privilégier les prises en charge de proximité au niveau des bassins de santé en favorisant la mise en place d'antennes dans les bassins ne disposant pas de l'intégralité du dispositif de prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile à partir des structures existantes. Des prises en charge spécifiques doivent également être confortées, en particulier dans le domaine du diagnostic de l'autisme et dans la prise en charge spécifique des adolescents.

- Le premier thème présenté dans le volet concernant les personnes en situation de handicap du **schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)** vise à développer le diagnostic précoce chez l'enfant. Trois orientations viennent structurer ce thème. La première porte sur l'amélioration de l'accès au diagnostic et à la prise en charge précoce au niveau des CAMSP et des CMPP. Le besoin d'une étude est posé, portant sur les trois types de structures constituant actuellement des portes d'entrée dans le soin en santé mentale pédiatrique, à savoir, les CAMSP, les CMP et les CMPP. L'amélioration de l'accessibilité aux services et en particulier au CAMSP est également un élément développé dans cette orientation.

Les deux orientations suivantes portent sur le repérage précoce et le diagnostic de deux pathologies spécifiques : le diagnostic précoce des troubles envahissants du développement pour la première, le repérage et le diagnostic des troubles spécifiques des apprentissages pour la seconde.

Les **CAMSP** sont des structures ambulatoires, relevant du secteur médicosocial, dédiées à la petite enfance qui ont une mission de dépistage, de diagnostic et de rééducation précoce des enfants qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Ces structures pivots se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médicosocial et orientent leurs actions vers l'intégration de l'enfant dans les structures ordinaires (crèches et écoles maternelles). La majorité des enfants accueillis présentent un handicap psychique : lié à des déficiences intellectuelles (17 %), des déficiences psychiques (20 %), des troubles de l'apprentissage et de la communication (27 %) (CNSA 2009).

Les **CMPP** sont des services médicosociaux qui assurent le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge de l'enfant tout en le maintenant dans son milieu habituel. Ils accueillent en 2003 (DREES) des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques dont les plus fréquemment diagnostiqués sont les troubles névrotiques (39 %), les troubles du développement et des fonctions instrumentales (18 %) mais aussi des enfants présentant des pathologies limites (16 %). Classiquement, les CMPP ne se considèrent pas compétents pour accueillir des enfants avec des pathologies très lourdes (troubles graves de la personnalité, autisme) et les réorientent le plus souvent vers le secteur de pédopsychiatrie.

Les **CMP** sont eux rattachés à l'hôpital. Ce sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert. Ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile. Les CMP sont des structures qui peuvent également recevoir des adultes. Cependant, leur organisation est quasi systématiquement séparée avec des CMP pour enfants et/ou adolescents rattachés aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et des CMP pour adultes rattachés aux secteurs de psychiatrie adulte.

Comme souligné dans le projet régional de santé, les missions des CMP, CMPP et CAMSP se superposent par certains aspects (indications, missions, tranches d'âge). Les articulations entre ces différentes structures restent, dans la région, difficiles à appréhender. Les situations et les organisations dans les territoires sont certainement très hétérogènes du fait des histoires diverses (liens historiques avec le secteur de pédopsychiatrie), des professionnels intervenants, des lieux d'implantation : urbain/rural.

Dans ce contexte, l'ARS a confié à l'ORS Midi-Pyrénées la réalisation d'un bilan sur le dispositif régional et son fonctionnement à partir des données et informations immédiatement accessibles, complété par une étude exploratoire sur un territoire de santé, le Tarn-et-Garonne, afin de dégager et saisir les caractéristiques propres à la situation départementale à travers une approche plus qualitative et territorialisée. Ce travail exploratoire a permis de dimensionner et valider l'approche méthodologique qui a ensuite été étendue aux autres départements. Cette extension a été mise en œuvre par l'ORS Midi-Pyrénées et par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, avec le portage administratif de l'ANCREAI.

Ce rapport à l'échelle des huit départements de Midi-Pyrénées présente une synthèse des éléments collectés dans chaque département et vient compléter les huit rapports départementaux.

2. OBJECTIFS

Selon les éléments développés dans le SROMS et fixant comme objectif la réalisation de cette étude, celle-ci doit permettre :

- de disposer de données précises, indispensables dans la perspective d'évolution et d'adaptation aux besoins du dispositif médicosocial régional ;
- de fournir des éléments pour l'organisation de la coordination entre les différents types de structures et la sortie vers les structures d'aval, notamment les SESSAD.

Ainsi, les perspectives de travail qui seront développées en fonction des résultats de ce travail pourront porter sur :

- la clarification du rôle de chaque type de structures : CAMSP, CMPP, CMP ;
- l'organisation territoriale ;
- la redéfinition des objectifs régionaux au regard des résultats de l'étude ;
- le lien entre les structures médicosociales et la pédopsychiatrie.

3. MÉTHODOLOGIE

L'étude a été co-conduite par l'ORS Midi-Pyrénées et le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon (porté administrativement par l'ANCREAI).

Le champ couvert par cette étude porte sur l'ensemble des troubles mentaux et du comportement de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que sur les troubles du langage et des apprentissages.

Une première phase a permis de collecter les différents documents disponibles dans chaque département (rapports d'activité et études ou travaux réalisés sur chacun des territoires) puis de les analyser.

Elle a été complétée par la collecte de données de cadrage au niveau départemental ou des bassins de santé :

- Population
- Données ALD
- Données PMSI
- Données Éducation Nationale
- Taux d'équipement, nombre et types de structures médicosociales de région (et appels à projets futurs)
- Nombre de professionnels libéraux (psychiatres, psychologues, orthophonistes...)
- Enquête ARS Midi-Pyrénées biannuelle sur les délais d'attente en CMP-CMPP.

Une seconde phase a consisté en la réalisation d'entretiens avec les professionnels de chacune des structures dans chaque département. Ces entretiens ont permis de :

- valider une présentation de la structure : activité, profil clinique des enfants accueillis, modalités de prise en charge, partenariat et organisation de la structure ;
- identifier les éléments positifs et négatifs ou les situations posant problème dans le département.

Au cours de cette phase, une réunion a été organisée avec les institutions départementales impliquées auprès des enfants et adolescents. Ainsi, outre la Délégation territoriale de l'ARS, l'Éducation Nationale (IEN ASH et/ou Médecin conseiller du DSDEN), la MDPH (directeur et/ou médecin coordonnateur) et le Conseil Départemental (service enfance famille - PMI/ASE) ont été invités à une réunion dans chaque département.

La troisième phase a consisté en l'analyse des informations collectées et la rédaction des situations départementales puis en la production de la présente synthèse régionale.

4. RÉSULTATS

> Données de cadrage

— POPULATION

La population de Midi-Pyrénées avoisine les trois millions d'habitants. Parmi eux, un peu plus de 700 000 habitants sont âgés de moins de 21 ans (23,9 % de la population).

Le département de Haute-Garonne rassemble à lui seul plus des deux cinquièmes de la population (43,7 %) et près de la moitié (47,1 %) des moins de 21 ans. Le Tarn est le second département de Midi-Pyrénées en termes de population (12,9 % de la population totale et 12,6 % des moins de 21 ans). Chacun des six autres départements rassemble moins d'un habitant sur dix et moins d'un jeune sur dix de Midi-Pyrénées. Le département le moins peuplé est celui de l'Ariège avec 5,2 % de la population totale et 4,8 % des moins de 21 ans.

Tableau 1 - Population

Départements	0 à 6 ans	7 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Population totale
ARIEGE	11 197	8 544	6 842	7 315	33 898	152 366
AVEYRON	19 623	15 006	11 983	13 179	59 791	276 229
HAUTE-GARONNE	106 636	74 487	59 173	89 524	329 820	1 279 349
GERS	12 903	10 445	8 800	8 939	41 087	189 531
LOT	11 326	9 126	7 656	7 982	36 090	174 346
HAUTES-PYRENEES	15 224	12 202	10 177	12 527	50 130	228 854
TARN	28 601	21 953	17 639	20 415	88 608	378 947
TARN-ET-GARONNE	21 250	15 767	12 231	12 241	61 489	246 971
TOTAL	226 760	167 530	134 501	172 122	700 913	2 926 593

Source : INSEE RP 2012 – Exploitation : ORS MIP / CREA-I-ORS LR

— ENFANTS BÉNÉFICIAIRES DE L'AEEH

En Midi-Pyrénées, près de 11 000 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH. Cela correspond à un taux de 15,6 bénéficiaires pour 1 000 enfants de moins de 21 ans. Ce taux varie de façon assez sensible - presque du simple au double - entre les départements : c'est dans le Tarn et dans le Tarn-et-Garonne que les taux les plus élevés sont enregistrés, proches de 20 bénéficiaires pour 1 000 enfants de moins de 21 ans, alors que le taux le plus bas, 10,4 pour 1 000, est observé dans l'Ariège.

Tableau 2 - Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AAEH

Départements	0 à 5 ans	6 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans
ARIEGE	62	135	86	69	352
AVEYRON	135	283	201	130	749
HAUTE-GARONNE	712	2 043	1 356	888	4 999
GERS	64	234	162	108	568
LOT	52	265	206	126	649
HAUTES-PYRENEES	101	224	177	117	619
TARN	235	688	487	345	1 755
TARN-ET-GARONNE	191	483	331	207	1 212
TOTAL	1 552	4 355	3 006	1 990	10 903

Source : CAF - CCMSA 2013 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Tableau 3 - Taux d'enfants bénéficiaires de l'AAEH (pour 1 000 enfants de même âge)

Départements	0 à 5 ans	6 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans
ARIEGE	5,5	15,8	12,6	9,4	10,4
AVEYRON	6,9	18,9	16,8	9,9	12,5
HAUTE-GARONNE	6,7	27,4	22,9	9,9	15,2
GERS	5,0	22,4	18,4	12,1	13,8
LOT	4,6	29,0	26,9	15,8	18,0
HAUTES-PYRENEES	6,6	18,4	17,4	9,3	12,3
TARN	8,2	31,3	27,6	16,9	19,8
TARN-ET-GARONNE	9,0	30,6	27,1	16,9	19,7
TOTAL	6,8	26,0	22,3	11,6	15,6

Source : CAF - CCMSA 2013 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

— SCOLARISATION DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Au cours de l'année scolaire 2014-2015, 10 532 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire dans l'ensemble des départements de Midi-Pyrénées¹ : 6 208 dans le 1^{er} degré (1 395 en CLIS et 4 813 en classe ordinaire) et 4 324 en 2nd degré (1 035 en ULIS et 3 289 en classe ordinaire). Cela représente 2,6 % des élèves du 1^{er} degré et 2,3 % des élèves du 2nd degré. Ces taux d'enfants en situation de handicap parmi l'ensemble des enfants scolarisés varient entre départements : pour le 1^{er} degré, les taux vont de 2,3 % dans les Hautes-Pyrénées à 3,1 % dans le Lot et pour le 2nd degré de 1,8 % dans l'Aveyron à 3,0 % dans l'Ariège.

¹ Scolarisation des élèves en situation de handicap. Tableau de bord académique. Académie de Toulouse. Année 2014-2015.

Tableau 4 - Scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap en 2014-2015

Départements	1 ^{er} degré		2 nd degré	
	Effectif	Part parmi l'ensemble des élèves (%)	Effectif	Part parmi l'ensemble des élèves (%)
ARIEGE	345	2,8 %	310	3,0 %
AVEYRON	509	2,7 %	232	1,8 %
HAUTE-GARONNE	2 965	2,4 %	1 836	2,2 %
GERS	378	2,7 %	243	2,0 %
LOT	385	3,1 %	275	2,6 %
HAUTES-PYRENEES	385	2,3 %	290	2,0 %
TARN	780	2,6 %	391	2,9 %
TARN-ET-GARONNE	731	3,0 %	447	2,7 %
TOTAL	6,8	26,0	22,3	11,6

Source : Académie de Toulouse 2014-2015

224 élèves étaient en attente d'une affectation en CLIS (14 % de l'effectif des élèves en CLIS) et 190 en attente d'une affectation en ULIS (16 % de l'effectif des élèves en ULIS). Le pourcentage d'enfants en attente d'affectation en CLIS sur l'effectif des CLIS est très variable d'un département à l'autre : de 3 % dans le Lot ou les Hautes-Pyrénées à 27 % en Haute-Garonne pour le 1^{er} degré et de 1 % dans le Lot, les Hautes-Pyrénées ou le Tarn-et-Garonne à 32 % dans l'Ariège pour le 2nd degré.

La répartition des élèves sur l'académie par type de troubles est :

- troubles cognitifs29 %
- troubles psychiques26 %
- troubles du langage20 %
- troubles moteurs6 %
- troubles sensoriels.....4 %
- autres.....16 %

3 810 élèves du 1^{er} degré (soit 61,4 % des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire - de 49,5 % dans l'Aveyron à 78,2 % dans le Tarn) bénéficient d'un accompagnement par un AVS-I et 1 409 élèves du 2nd degré (32,6 % - de 21,3 % dans le Tarn à 56,8 % dans le Gers). En moyenne, 13,5 heures d'AVS-I sont prescrites par élèves (de 11,4 heures dans le Tarn à 15,1 dans le Tarn-et-Garonne). 4,6 % des élèves en situation de handicap sont en attente d'une AVS-I (de 1,4 % dans l'Aveyron à 10,4 % dans le Tarn-et-Garonne).

Pour les enfants avec un trouble de l'apprentissage, il existe un nouveau dispositif mis en place par la Loi² depuis 2013 : le Plan d'accompagnement personnalisé. Le PAP est un dispositif d'accompagnement pédagogique qui s'adresse aux élèves du 1^{er} et du 2nd degré qui connaissent des difficultés scolaires durables ayant pour origine un ou plusieurs troubles des apprentissages pour lesquels des aménagements ou des adaptations de nature pédagogiques sont nécessaires.

² Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'Ecole de la République et circulaire n° 2015-016 du 22 janvier 2015.

Le PAP peut être mis en place sur proposition du conseil des maîtres ou du conseil de classe ou à la demande de la famille. Le constat des troubles est fait par le médecin scolaire au vu de l'examen qu'il réalise et de bilans éventuels. Il rend un avis sur la pertinence de la mise en place du PAP.

Le PAP est élaboré par l'équipe pédagogique qui associe les parents et les professionnels concernés.

Les familles peuvent également saisir la MDPH lorsque ces aménagements ne suffisent pas à répondre aux besoins de l'élève et mettre en place un Projet personnalisé de scolarisation (PPS).

— OFFRE DE SOINS : MÉDECINS ET AUTRES PROFESSIONNELS

Au total, on dénombre 665 médecins spécialistes en psychiatrie en Midi-Pyrénées. Parmi eux, on relève que :

- 44 pédopsychiatres se répartissant de façon quasi identique entre ceux ayant un exercice libéral ou mixte et ceux qui sont salariés ;
- 27 neuropsychiatres exerçant principalement en libéral (ou mixte) ;
- les autres sont psychiatres et, pour un peu plus de la moitié d'entre eux, sont des médecins salariés ;
- plus de la moitié d'entre eux exercent en Haute-Garonne, ce qui fait qu'ils sont les plus nombreux, en effectif et en densité, dans ce département. C'est en Tarn-et-Garonne que la plus faible densité de médecins spécialistes en psychiatrie est observée, celle-ci étant près de deux fois plus faible qu'en Haute-Garonne.

Tableau 5 - Médecins - effectifs

Départements	Neuropsychiatre			Pédopsychiatre			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
ARIEGE			0	1		1	7	17	24	8	17	25
AVEYRON	1	1	2	4	7	11	2	30	32	7	38	45
HAUTE-GARONNE	17	1	18	11	6	17	205	137	342	233	144	377
GERS	1	1	2		4	4	7	19	26	8	24	32
LOT			0	1	1	2	8	22	30	9	23	32
HAUTES-PYRENEES	1		1	1	2	3	14	20	34	16	22	38
TARN	2	1	3	2	2	4	19	52	71	23	55	78
TARN-ET-GARONNE	1		1	1	1	2	8	27	35	10	28	38
TOTAL	23	4	27	21	23	44	270	324	594	314	351	665

Source : RPPS 1^{er} janvier 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Tableau 6 - Médecins - densité (pour 100 000 habitants)

Départements	Neuropsychiatre			Pédopsychiatre			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
ARIEGE	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,7	4,6	11,2	15,8	5,3	11,2	16,4
AVEYRON	0,4	0,4	0,7	1,4	2,5	4,0	0,7	10,9	11,6	2,5	13,8	16,3
HAUTE-GARONNE	1,3	0,1	1,4	0,9	0,5	1,3	16,0	10,7	26,7	18,2	11,3	29,5
GERS	0,5	0,5	1,1	0,0	2,1	2,1	3,7	10,0	13,7	4,2	12,7	16,9
LOT	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	1,1	4,6	12,6	17,2	5,2	13,2	18,4
HAUTES-PYRENEES	0,4	0,0	0,4	0,4	0,9	1,3	6,1	8,7	14,9	7,0	9,6	16,6
TARN	0,5	0,3	0,8	0,5	0,5	1,1	5,0	13,7	18,7	6,1	14,5	20,6
TARN-ET-GARONNE	0,4	0,0	0,4	0,4	0,4	0,8	3,2	10,9	14,2	4,0	11,3	15,4
TOTAL	0,8	0,1	0,9	0,7	0,8	1,5	9,2	11,1	20,3	10,7	12,0	22,7

Source : RPPS 1^{er} janvier 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Parmi les autres professionnels de santé le plus souvent sollicités pour la population des enfants et adolescents avec troubles psychiques, on observe que :

- Plus de 1 250 orthophonistes sont dénombrés. Ils ont principalement (76 %) un exercice libéral (ou mixte). La densité des orthophonistes varie de 27,0 pour 100 000 habitants dans le Lot à 57,8 pour 100 000 dans la Haute-Garonne pour une moyenne de 42,8 pour 100 000.
- Près de 2 800 psychologues sont recensés sur les huit départements de Midi-Pyrénées. Les trois cinquièmes (61 %) de ces professionnels sont salariés. Leur densité moyenne est de 95,0 psychologues pour 100 000 habitants ; elle varie entre 65,9 pour 100 000 habitants dans l’Aveyron et 120,3 pour 100 000 dans la Haute-Garonne.
- Les ergothérapeutes sont au nombre de 353. Un sur dix a un exercice libéral ou mixte. La densité moyenne des ergothérapeutes est de 12,1 pour 100 000 habitants et elle varie entre 7,3 pour 100 000 dans le Tarn-et-Garonne et 16,6 pour 100 000 dans les Hautes-Pyrénées.
- Les psychomotriciens sont un peu plus de 600 et plus d’un sur quatre (28 %) a un exercice libéral (ou mixte). Proportionnellement à la population, c’est dans l’Aveyron qu’ils sont les moins nombreux avec une densité de 13,8 pour 100 000 habitants et dans le Gers qu’ils sont les plus nombreux (25,3 pour 100 000 habitants). En moyenne, on dénombre 20,9 psychomotriciens pour 100 000 habitants en Midi-Pyrénées.

Tableau 7 - Autres professionnels – effectifs

Départements	Orthophonistes			Psychologues			Ergothérapeutes			Psychomotriciens		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
ARIEGE	41	8	49	35	110	145	1	14	15	5	18	23
AVEYRON	60	16	76	36	146	182	2	33	35	6	32	38
HAUTE-GARONNE	575	165	740	744	795	1 539	23	133	156	105	204	309
GERS	35	17	52	41	104	145		30	30	9	39	48
LOT	31	16	47	44	74	118	1	15	16	3	24	27
HAUTES-PYRENEES	43	28	71	37	151	188		38	38	4	53	57
TARN	101	30	131	91	199	290	7	38	45	23	41	64
TARN-ET-GARONNE	70	16	86	53	119	172	3	15	18	12	33	45
TOTAL	956	296	1 252	1 081	1 698	2 779	37	316	353	167	444	611

Source : Adeli 1^{er} janvier 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Tableau 8 - Autres professionnels - densité (pour 100 000 habitants)

Départements	Orthophonistes			Psychologues			Ergothérapeutes			Psychomotriciens		
	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total
ARIEGE	26,9	5,3	32,2	23,0	72,2	95,2	0,7	9,2	9,8	3,3	11,8	15,1
AVEYRON	21,7	5,8	27,5	13,0	52,9	65,9	0,7	11,9	12,7	2,2	11,6	13,8
HAUTE-GARONNE	44,9	12,9	57,8	58,2	62,1	120,3	1,8	10,4	12,2	8,2	15,9	24,2
GERS	18,5	9,0	27,4	21,6	54,9	76,5	0,0	15,8	15,8	4,7	20,6	25,3
LOT	17,8	9,2	27,0	25,2	42,4	67,7	0,6	8,6	9,2	1,7	13,8	15,5
HAUTES-PYRENEES	18,8	12,2	31,0	16,2	66,0	82,1	0,0	16,6	16,6	1,7	23,2	24,9
TARN	26,7	7,9	34,6	24,0	52,5	76,5	1,8	10,0	11,9	6,1	10,8	16,9
TARN-ET-GARONNE	28,3	6,5	34,8	21,5	48,2	69,6	1,2	6,1	7,3	4,9	13,4	18,2
TOTAL	32,7	10,1	42,8	36,9	58,0	95,0	1,3	10,8	12,1	5,7	15,2	20,9

Source : Adeli 1^{er} janvier 2015 / INSEE RP 2012 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-ORS LR

— ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICOSOCIAUX POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SITUATION DE HANDICAP

On dénombre 5 705 places dans les établissements pour enfants en situation de handicap en Midi-Pyrénées : 3 169 en IME, 1 616 en ITEP, 495 en IES, 378 en IEM et 47 en établissements expérimentaux. Le taux d'équipement en établissement est de 8,6 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans. Il atteint 11,9 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans dans les Hautes-Pyrénées, alors que le taux le plus bas est observé dans le Tarn-et-Garonne avec 6,0 places pour 1 000.

Le total de places en SESSAD est de 2 246 places, soit un taux d'équipement de 3,4 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans. Il varie entre 3,0 places pour 1 000 dans le Tarn et 4,4 places pour 1 000 dans les Hautes-Pyrénées.

— MORBIDITÉ : PRÉVALENCE DES PERSONNES EN ALD POUR AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Plus de 68 200 habitants de Midi-Pyrénées bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, 4 256 ont moins de 20 ans. Cela correspond à un taux global en Midi-Pyrénées de 6,4 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans. Ce taux varie entre les départements, allant de 4,7 pour 1 000 dans le Lot à 8,1 pour 1 000 dans l'Aveyron. Les taux de prévalence les plus élevés sont observés chez les jeunes de 10 à 14 ans.

Tableau 9 - Nombre de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée »

Départements	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans	Tous âges
ARIEGE	15	49	61	58	183	3 776
AVEYRON	32	103	162	170	467	9 214
HAUTE-GARONNE	162	530	645	514	1 851	25 044
GERS	29	53	87	80	249	4 603
LOT	11	40	65	47	163	3 834
HAUTES-PYRENEES	35	140	134	80	389	5 573
TARN	54	193	211	185	643	10 640
TARN-ET-GARONNE	27	82	112	90	311	5 618
TOTAL	365	1 190	1 477	1 224	4 256	68 302

Source : CNAMTS – CCMSA - CNRSI 2013 / INSEE RP 2012 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Tableau 10 - Taux de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » (pour 1 000 habitants de même âge)

Départements	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans	Tous âges
ARIEGE	1,9	5,8	7,1	7,5	5,6	24,8
AVEYRON	2,3	6,9	10,7	12,2	8,1	33,4
HAUTE-GARONNE	2,1	7,1	8,7	6,1	6,0	19,6
GERS	3,2	5,3	8,0	8,3	6,3	24,3
LOT	1,4	4,5	6,8	5,5	4,7	22,0
HAUTES-PYRENEES	3,3	11,8	10,6	6,3	8,1	24,4
TARN	2,7	8,9	9,6	8,8	7,6	28,1
TARN-ET-GARONNE	1,8	5,3	7,2	6,8	5,2	22,7
TOTAL	2,3	7,2	8,7	7,2	6,4	23,3

Source : CNAMTS – CCMSA - CNRSI 2013 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Les pathologies relevées pour ces 4 256 personnes de moins de 20 ans sont avant tout des troubles envahissants du développement, des retards mentaux et des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte :

- Troubles envahissants du développement (TED)³39,6 %
- Retard mental19,1 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte11,8 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs.....8,8 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance.....7,3 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants4,5 %
- Malformations du système nerveux2,9 %
- Troubles de l'humeur2,5 %
- Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques1,6 %
- Troubles névrotiques1,2 %
- Troubles liés à des abus sexuels0,6 %
- Troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives0,1 %
- Troubles mentaux organiques0,1 %

³ Le terme TED est utilisé dans toute la suite du document pour désigner les enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique (TSA) et pour éviter la confusion avec les troubles spécifiques des apprentissages.

— SÉJOURS HOSPITALIERS EN PSYCHIATRIE

Au total, 11 282 séjours hospitaliers en psychiatrie ont été enregistrés en 2011 pour des jeunes de moins de 21 ans domiciliés en Midi-Pyrénées. Parmi ceux-ci, 7 935 séjours concernent des jeunes de moins de 16 ans. Le taux de séjours varie fortement d'un département à l'autre : il est de 4,9 pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans en Ariège et atteint 24,1 pour 1 000 dans les Hautes-Pyrénées pour une moyenne (hors Tarn-et-Garonne) de 9,8 pour 1 000. Les taux les plus élevés concernent les 16-20 ans.

Tableau 11 - Nombre de séjours hospitaliers en psychiatrie

Départements	0 à 6 ans	7 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Tous âges
ARIEGE	8	91	66	165	1 726
AVEYRON	133	407	206	746	6 134
HAUTE-GARONNE	228	817	930	1 975	17 639
GERS	12	194	173	379	2 972
LOT	154	427	267	848	2 634
HAUTES-PYRENEES	370	686	152	1 208	6 942
TARN	127	475	363	965	8 719
TARN-ET-GARONNE*	nd	nd	nd	nd	nd
TOTAL	1 032	3 097	2 157	6 286	46 766

* Données non disponibles pour le Tarn-et-Garonne

Source : ATHI 2011 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Tableau 12 - Taux de séjours hospitaliers en psychiatrie (pour 1 000 habitants de même âge)

Départements	0 à 6 ans	7 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Tous âges
ARIEGE	0,7	5,9	9,0	4,9	11,3
AVEYRON	6,8	15,1	15,6	12,5	22,2
HAUTE-GARONNE	2,1	6,1	10,4	6,0	13,8
GERS	0,9	10,1	19,4	9,2	15,7
LOT	13,6	25,4	33,5	23,5	15,1
HAUTES-PYRENEES	24,3	30,7	12,1	24,1	30,3
TARN	4,4	12,0	17,8	10,9	23,0
TARN-ET-GARONNE*	nd	nd	nd	nd	nd
TOTAL	5,0	11,3	13,5	9,8	17,5

* Données non disponibles pour le Tarn-et-Garonne

Source : ATHI 2011 / INSEE RP 2012 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Parmi les 7 935 séjours de jeunes de moins de 21 ans, 15,5 % correspondent à des hospitalisations à temps plein, 68,1 % à des hospitalisations de jour et à des prises en charge en CATTP. Les diagnostics principaux relevés sont :

- Troubles envahissants du développement (TED)56,9 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance.....17,2 %
- Trouble mental sans précision6,7 %
- Troubles du développement psychologique (hors TED)4,4 %
- Autres 2,8 %
- Troubles névrotiques2,5 %
- Retard mental2,0 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte2,0 %
- Non précisé1,8 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants1,7 %
- Troubles de l'humeur1,3 %
- Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques0,6 %

Sur la même période, près de 198 000 séances ambulatoires en psychiatrie ont été enregistrées pour des enfants de moins de 16 ans et plus de 27 600 séances pour des jeunes entre 16 et 20 ans. Pour les moins de 16 ans, 91 % de ces séances ont eu lieu en CMP. Cela correspond à un taux moyen de 321 séances ambulatoires en psychiatrie pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans en Midi-Pyrénées. Ce taux varie entre 229,7 pour 1 000 en Tarn-et-Garonne et 520,7 pour 1 000 dans le Lot. C'est pour les 7-15 ans que les taux de séances ambulatoires en psychiatrie les plus importants sont notés.

Tableau 13 - Nombre de séances ambulatoires en psychiatrie

Départements	0 à 6 ans	7 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Tous âges
ARIEGE	3 920	11 475	2 004	17 399	59 844
AVEYRON	2 509	11 224	2 644	16 377	95 547
HAUTE-GARONNE	23 208	53 694	9 526	86 428	239 399
GERS	3 323	9 994	1 606	14 923	56 079
LOT	5 015	12 083	1 694	18 792	90 441
HAUTES-PYRENEES	3 664	10 283	2 561	16 508	75 246
TARN	12 541	22 640	5 616	40 797	135 760
TARN-ET-GARONNE*	3 798	8 368	1 958	14 124	51 918
TOTAL	57 978	139 761	27 609	225 348	804 234

Source : ATHI 2011– Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Tableau 14 - Taux de séances ambulatoires en psychiatrie (pour 1 000 habitants de même âge)

Départements	0 à 6 ans	7 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Tous âges
ARIEGE	350,1	745,8	274,0	513,3	392,8
AVEYRON	127,9	415,9	200,6	273,9	345,9
HAUTE-GARONNE	217,6	401,7	106,4	262,0	187,1
GERS	257,5	519,3	179,7	363,2	295,9
LOT	442,8	720,0	212,2	520,7	518,7
HAUTES-PYRENEES	240,7	459,5	204,4	329,3	328,8
TARN	438,5	571,8	275,1	460,4	358,3
TARN-ET-GARONNE*	178,7	298,9	160,0	229,7	210,2
TOTAL	255,7	462,7	160,4	321,5	274,8

Source : ATHI 2011 / INSEE RP 2012 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-ORS LR

Les séances pour les moins de 16 ans ont eu lieu sous forme individuelle avec le patient dans 74 % des cas et dans 13 % des cas sous forme de séance de groupe. Les diagnostics principaux sont précisés pour 30 528 séances :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance.....30,4 %
- Non précisé.....22,1 %
- Troubles du développement psychologique (hors TED).....16,1 %
- Troubles névrotiques.....14,2 %
- Troubles envahissants du développement.....7,3 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte2,9 %
- Trouble mental sans précision.....1,9 %
- Troubles de l'humeur.....1,8 %
- Retard mental.....1,6 %
- Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques1,1 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.....0,5 %

FAITS MARQUANTS

- **Des départements et des bassins de santé** ayant des populations de taille très variables. L'unité urbaine de Toulouse regroupe à elle seule près d'un habitant de Midi-Pyrénées sur trois.
- Une part des **jeunes de moins de 21 ans** dans la population allant de 21 à 26 % (de 33 900 habitants à 329 800 habitants).
- Des taux de **bénéficiaires de l'AAEH** très variables, allant presque du simple au double entre les départements.
- En milieu ordinaire, une part des **élèves en situation de handicap** parmi l'ensemble des élèves qui diffère sensiblement entre les départements, encore plus dans le 2nd degré que dans le 1^{er} degré. Des proportions d'enfants ou d'adolescents bénéficiant d'une AVS-I également variables entre départements.
- Une concentration de **professionnels de santé** sur le Toulousain, principalement pour les médecins spécialisés en psychiatrie, les orthophonistes et les psychologues. Des variations de densité de professionnels plus limitées dans les autres territoires mais avec des zones de pénurie.
- Une **prévalence** des troubles psychiatriques approchée à travers les jeunes de moins de 20 ans bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatriques de longue durée » variant d'un facteur 1,7 entre les départements extrêmes.
- Des **taux de séjours** en hospitalisation complète ou de jour en psychiatrie très variables d'un département à l'autre.
- Une part prépondérante des **TED** puis des **troubles du comportement** parmi les pathologies présentées par les enfants et adolescents en hospitalisation complète ou de jour en psychiatrie.
- Des variations également importantes (mais moindres) des taux de **séances ambulatoires en psychiatrie**.
- Les troubles du comportement, les troubles du développement psychologique et les troubles névrotiques sont les **principales pathologies** retrouvées en ambulatoire (mais dans 22,1 % des séances, le diagnostic n'est pas précisé).

> Lieux de consultation et file active

On dénombre au total 12 lieux de consultation, siège ou antennes, pour les 9 CAMSP polyvalents en Midi-Pyrénées. Sur les 33 bassins de santé de Midi-Pyrénées, 21 d'entre eux ne disposent pas de lieux de consultation de CAMSP. Cela concerne 53 % de la population des enfants de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées.

Les lieux de consultations de CMPP, sièges ou antennes sont au nombre de 45 pour 17 CMPP. Dans 9 bassins de santé sur 33, on ne recense pas de lieu de consultation de CMPP. Cela concerne 21,4 % de la population des moins de 21 ans en Midi-Pyrénées.

Pour les CMP, le nombre de lieux de consultations est de 74, relevant de 12 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Dans 4 bassins de santé (Decazeville, Foix, Gourdon et St-Gaudens) sur 33, on ne recense pas de lieu de consultation de CMP. Cela concerne 5,3 % de la population des moins de 21 ans en Midi-Pyrénées.

Il faut souligner que tous les bassins de santé disposent d'au moins un lieu de consultation relevant soit d'un CMP, soit d'un CMPP.

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs totalisent plus de 28 300 accompagnements d'enfants ou adolescents. Certains d'entre eux peuvent être en file active sur deux structures, du fait de prise en charge conjointe ou de relais de prise en charge entre les deux structures au cours de l'année sans qu'il soit possible de le quantifier. Il s'agit également des files actives annuelles, qui comptabilisent de la même manière un enfant venu une seule fois et un enfant avec trois suivis par semaine, ou un enfant suivi quelques mois et un enfant suivi toute l'année. Malgré ces limites, cette approche permet d'approcher le niveau de réponse aux besoins.

Rapporté à la population de Midi-Pyrénées, cela correspond à un taux de 40,4 suivis pour 1 000 enfants de moins de 21 ans. Ce taux varie sensiblement entre départements : il est de 26,1 pour 1 000 en Haute-Garonne et atteint 70,3 pour 1 000 en Aveyron :

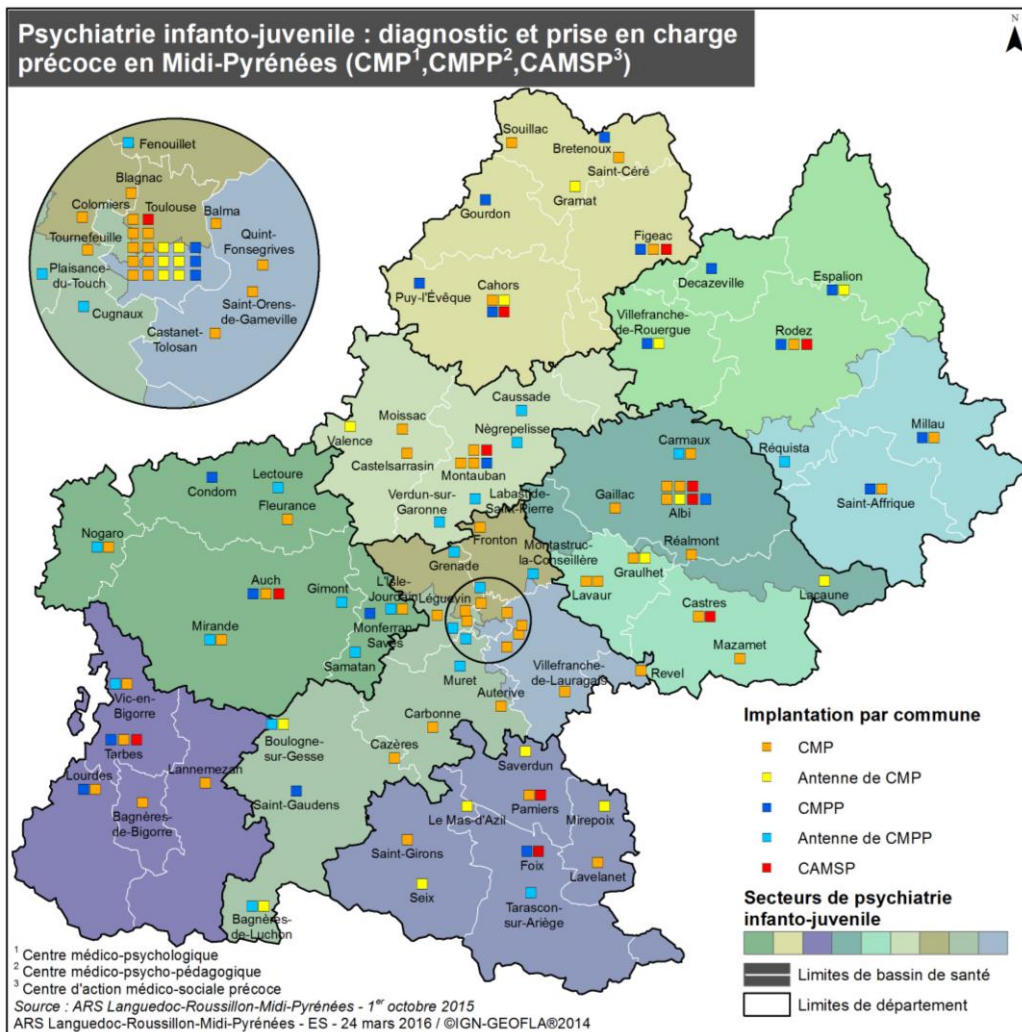
- il est inférieur à 30 pour 1 000 en Haute-Garonne ;
- il est compris entre 30 et 40 pour 1 000 dans un département : Tarn-et-Garonne ;
- il est compris entre 40 et 50 pour 1 000 dans deux départements : Ariège et Hautes-Pyrénées ;
- il est compris entre 50 et 60 pour 1 000 dans deux départements : Gers et Tarn ;
- il est compris entre 60 et 70 pour 1 000 dans le Lot ;
- il est supérieur à 70 pour 1 000 en Aveyron.

Tableau 15 - Lieux de consultations et files actives

Départements	CAMSP		CMPP		CMP		Total	File active pour 1 000 enfants de 0 à 20 ans
	Sites et antennes	File active	Sites et antennes	File active	Sites et antennes	File active		
ARIEGE	2	223	2	227	7	1 109	1 559	46,0
AVEYRON	3	397	7	1 791	6	2 016	4 204	70,3
HAUTE-GARONNE	1	290	16	3 475	32	4 845	8 610	26,1
GERS	1	315	9	736	5	1 340	2 391	58,2
LOT	1	55	5	856	6	1 569	2 480	68,7
HAUTES-PYRENEES	1	185	3	651	5	1 399	2 235	44,6
TARN	2	451	2	597	14	3 919	4 967	56,1
TARN-ET-GARONNE	1	328	5	501	6	1 030	1 859	30,2
TOTAL	13	2 244	49	8 834	74	17 227	28 305	40,4

Source : Enquête CAMSP-CMP-CMPP 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-ORS LR

Carte 1 - Implantation des CAMSP, CMP et CMPP



FAITS MARQUANTS

- Des **CAMSP polyvalents** présents dans tous les départements, mais dans la majorité des cas avec un seul site de consultation, ce qui pose la question de la proximité surtout pour des enfants très jeunes et avec parfois des distances d'accès très importantes. Ceci est particulièrement vrai dans le Lot où le CAMSP polyvalent, basé à Figeac, dessert uniquement le bassin de Figeac. De plus, dans les Hautes-Pyrénées, le CAMSP de Tarbes n'est agréé que pour les enfants de 0 à 3 ans.
- Une **couverture des CMP** quasiment complète sur l'ensemble des bassins de santé.
- Une **couverture par les CMPP** moindre avec un habitant sur 5 de moins de 21 ans en Midi-Pyrénées qui n'a pas de lieu de consultation dans son bassin de santé.
- Par contre, tous les **bassins de santé** sont couverts par au moins un CMP ou un CMPP ou une antenne, même si cela n'est qu'une journée par semaine.
- Des **recours aux dispositifs** très variables d'un territoire à un autre : pour les CAMSP, la file active varie de 2,7 pour 1 000 enfants de 0 à 6 ans en Haute-Garonne à 24,4 pour 1 000 dans le Gers ; pour l'ensemble des dispositifs, une file active qui varie de 26,1 pour 1 000 enfants de moins de 21 ans en Haute-Garonne à 70,3 pour 1 000 pour l'Aveyron. Ces différences posent la question du dimensionnement de l'offre face aux besoins de la population.

> Des situations types

■ La réponse aux besoins

Selon les situations cliniques, les besoins de prise en charge des enfants pourront relever de soins en secteur libéral uniquement à des prises en charges multi partenariales coordonnées. La précarité et les difficultés sociales sont des facteurs qui complexifient les situations et pourront être un obstacle à un suivi en libéral du fait des difficultés financières et des multiples acteurs impliqués.

Au sein de chaque territoire, la réponse aux besoins et sa répartition entre les différents secteurs va s'organiser en fonction de l'offre disponible, qu'elle soit libérale, ambulatoire, hospitalière ou médicosociale et des forces et des faiblesses de chacun des secteurs.

Selon les configurations et les organisations mises en place pour pallier les manques d'un ou plusieurs secteurs, les parcours des enfants seront plus ou moins fluides.

On observe ainsi des situations très différentes :

Des départements où les besoins sont insuffisamment couverts :

- Tarn-et-Garonne : insuffisance de professionnels libéraux, de places en ESMS, de prise en charge CMP et CMPP
- Haute-Garonne : une offre libérale importante mais inégalement répartie, insuffisance de prise en charge CMP et CMPP, insuffisance de places d'aval ESMS
- Ariège : insuffisance de professionnels libéraux, insuffisance de prise en charge CMP et CMPP, mais un taux d'équipement un peu supérieur à la moyenne régionale.

Des départements où les besoins sont couverts mais avec une graduation et des disparités selon les bassins de santé :

- Aveyron : une insuffisance de professionnels libéraux compensée par une forte activité des CMP et CMPP et un taux d'équipement un peu supérieur à la moyenne régionale
- Tarn : un manque de professionnels paramédicaux libéraux (orthophonistes et psychomotriciens) compensé par la forte activité des CMPP et CMP et une offre d'aval médicosociale dans la moyenne régionale
- Hautes-Pyrénées : un manque de professionnels libéraux (psychiatres, orthophonistes surtout) compensé par une activité des CMP et CMPP correcte et un taux d'équipement très élevé par rapport à la moyenne régionale
- Lot : très peu de professionnels libéraux compensés par une activité importante du secteur CMP et CMPP et des taux d'équipement plutôt supérieurs à la moyenne régionale
- Gers : très peu de professionnels libéraux (à part les psychomotriciens mais non remboursés) compensés par une activité très importante du secteur CMP et CMPP et des taux d'équipement bien supérieurs à la moyenne régionale.

■ Le public accueilli dans les CMP et CMPP

Plusieurs situations ont été rencontrées dans les départements :

- Des partages de territoire
Dans certains départements (Ariège, Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne, plus particulièrement), il existe, historiquement, une répartition du territoire entre les CMPP et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile afin d'améliorer la couverture et d'éviter les doublons.

Il existe dans trois CMPP une convention de délégation de service public avec le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, le CMPP assurant des missions sanitaires (CMPP Le Nébouzan et CMPP Saint-Simon en Haute-Garonne et CMPP Ingres dans le Tarn-et-Garonne). Pour deux d'entre eux, il existe une contrepartie financière pour l'exercice de ces missions.

Dans d'autres bassins, il s'agit d'une répartition de fait, le CMP (ou le CMPP) ne s'étant pas déployé sur tous les bassins, par choix ou par manque de moyens.

Ainsi, l'orientation généraliste des CMP ou des CMPP dans ces territoires est obligatoire du fait de l'absence de professionnels libéraux ou d'autres structures (ex : CMPP sur les bassins de Foix, de Decazeville, de St-Gaudens et Gourdon et CMP sur les bassins de Pamiers, de St-Girons, de Lavelanet, de Villefranche-de-Lauragais, de Lannemezan, de Bagnères-de-Bigorre, de Lavar, de Castres-Mazamet et de Moissac).

– Des partages de public

Certains CMPP souhaitent garder une orientation généraliste même si un CMP est présent sur le territoire et déclare prendre en charge tous les enfants, et inversement. De ce fait, le public de l'une ou l'autre structure sur un même territoire ne se différencie pas de façon nette.

Dans d'autres territoires, les files actives des CMP et des CMPP sont complètement différentes, les structures s'étant accordées sur le champ de compétences de chacune : les CMPP sur le versant des apprentissages et les CMP sur les troubles psychiques. Cette situation est retrouvée dans l'Aveyron, le Gers, le Lot et les Hautes-Pyrénées. Il faut souligner que l'Ariège, le Lot et l'Aveyron sont les derniers départements où il reste des enseignants mis à disposition par l'Education Nationale. Dans ces départements, comme le champ de compétence de chaque structure est bien connu par les acteurs, les enfants sont en règle générale orientés au bon endroit, même s'ils doivent attendre.

■ Les modalités d'accueil

Plusieurs modalités d'accueil se dégagent des entretiens :

- un premier accueil rapide (dans les 2 à 3 semaines) avec un médecin pour certains ou un professionnel (assistante sociale, psychologue, IDE en général) qui permet d'évaluer la demande, mais bien souvent ensuite, l'enfant et sa famille doivent attendre un certain temps, le plus souvent plusieurs mois, avant le début du bilan et des soins ;
- des structures accueillent un nombre fixe d'enfants par semaine, prévus dans les plannings des professionnels. Ce nombre est fixé en fonction de la capacité de la structure à répondre ensuite à la demande de bilans et de prises en charge, ce qui permet d'avoir un flux continu, même s'il y a des périodes d'attente entre chaque étape. Ce mode d'organisation est souvent retrouvé dans les CAMSP. Le rendez-vous d'accueil est donné dès le contact (ou dans la semaine après analyse de la demande) dans un délai plus ou moins long selon les territoires, mais les parents ont une « date ». Dans ce cas, on observe des variations importantes des délais d'attente, courts au moment de la rentrée scolaire de septembre et allant en s'allongeant jusqu'à un pic autour de la fin de l'année civile et un autre vers la fin de l'année scolaire ;
- d'autres enfin, prennent les informations concernant la demande et les familles sont inscrites sur liste d'attente. Soit un rendez-vous est alors fixé dans un délai de plusieurs mois, soit aucune date n'est proposée et la famille est recontactée pour le 1er entretien quand un

créneau se libère. L'attente peut durer jusqu'à un an dans certaines structures. En général, après cette attente, le bilan et la prise en charge peuvent s'enchaîner de manière assez fluide. Dans certaines structures, le dispositif est tellement saturé que même après 8 mois d'attente, des enfants peuvent encore attendre autant de temps une prise en charge.

Plusieurs expériences en Haute-Garonne ont démontré l'intérêt d'un accueil rapide et d'une évaluation initiale de la situation afin d'apporter une première réponse.

Sur l'antenne de Muret du CMPP du collectif Saint-Simon, afin de résorber la liste d'attente de plus de 350 enfants, le médecin a réalisé pendant près de 6 mois, des accueils seul, contrairement à la pratique habituelle du CMPP. Durant cette période, il a constaté que près d'un tiers des enfants ayant sollicité le CMPP pouvaient être réorientés vers le secteur libéral, pour environ un autre tiers des enfants, la problématique pouvait se régler en deux ou trois consultations (assurées par le médecin), le dernier tiers relevait d'une prise en charge en CMPP.

Sur le CMP de Colomiers, suite au déménagement dans de nouveaux locaux, la liste d'attente a augmenté très vite du fait d'un élargissement du recrutement (certaines familles plutôt aisées qui ne venaient pas au CMP, ont commencé à venir). Une permanence d'accueil et d'évaluation, sans rendez-vous, a été mise en place et réalisée par un interne en fin de cursus. Les situations étaient discutées avec le psychiatre et les enfants revus dans un délai de 2 à 6 semaines. Devant la pertinence de cette organisation, le dispositif a été pérennisé et étendu aux autres CMP du CHU. Mais pour ces deux exemples, les professionnels précisent qu'il faut que la personne soit un médecin ou une personne formée à l'accueil pour que cette orientation initiale soit de qualité.

Dans l'Aveyron, au niveau du CMPP, un nouveau dispositif est à l'étude permettant de différencier des « circuits courts » lorsque la situation est a priori simple et des « circuits longs » quand le bilan ou la prise en charge doit mobiliser plusieurs professionnels différents.

Enfin, il faut noter que, à de rares exceptions près, les CMPP n'assurent pas l'accueil des enfants et adolescents en urgence.

■ Les modalités de prise en charge :

Au niveau des CMPP principalement, on observe deux types de situations concernant les modalités de prise en charge. Certains ont fait le choix de réduire le nombre de prises en charge par semaine par enfant (en se limitant à deux séances en général) afin de pouvoir accueillir un nombre plus important d'enfants et de leur proposer des soins, même s'ils ne sont pas conformes, en intensité, aux recommandations.

D'autres proposent aux enfants qu'ils accueillent des prises en charge plus intensives (de l'ordre de 3 à 4 séances par semaine), mais avec des répercussions sur le nombre d'enfants accueillis et des listes d'attente en amont qui augmentent.

Ces deux modes de prises en charge sont insatisfaisants pour les professionnels, car dans les deux situations, ils ne répondent pas aux besoins des enfants et des familles qui les sollicitent.

Pour les CMP, la situation est un peu différente car les services de psychiatrie infanto-juvénile disposent d'un dispositif de prise en charge gradué avec les CATTP et les hôpitaux de jour. Si un enfant nécessite des soins plus intenses, il basculera vers un CATTP ou un hôpital de jour, plus ou moins facilement selon les territoires compte-tenu de la fréquente saturation de ces dispositifs.

Les CMP sont une porte d'entrée dans un dispositif de soins psychiques qui est gradué : CMP, CATTP, hôpital de jour, hospitalisation complète. Les CMPP sont un dispositif de soins psychiques et pédagogiques à part entière. Si des soins plus intenses doivent être dispensés à un enfant, soit

le CMPP s'organise en interne, soit il passe le relais vers d'autres structures (hôpital de jour ou établissement et service médicosocial).

Pour les TED, les CMP ont tous commencé à s'approprier les recommandations de bonnes pratiques et se forment aux méthodes recommandées, des professionnels avec différentes approches théoriques sont présents dans quasiment tous les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Les CAMSP sont en général les structures qui se sont le plus appropriées les RCP.

La participation des CAMSP et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile aux équipes de diagnostic associées au CRA est très certainement un des moteurs de ce changement de pratiques. Au niveau des CMPP, le niveau d'appropriation des RCP est moindre, notamment du fait des approches théoriques d'une partie des équipes. Mais celles-ci sont de plus en plus connues : l'évolution se fait une appropriation en premier lieu des recommandations en lien avec le diagnostic, celles en lien avec la prise en charge venant après.

Pour les TSA, on observe que plusieurs CMPP sont impliqués dans la mise en place des CCTA. Cependant, force est de constater que les diagnostics et recommandations formulées par les équipes des CCTA ne sont pas toujours pris en compte, les équipes des CMPP (voire des CMP) souhaitant se faire par eux-mêmes, et en lien avec leurs référentiels, une « idée » des troubles présentés par les enfants ou adolescents. De plus, les moyens disponibles sont difficilement compatibles avec les prescriptions (ex : plusieurs séances d'orthophonie par semaine).

■ La dynamique territoriale :

Nous avons pu observer des dynamiques territoriales extrêmement différentes qui permettent l'ébauche de parcours de prises en charge (Hautes-Pyrénées, Aveyron) et une certaine fluidité des parcours d'une structure à l'autre à partir de l'entrée de l'enfant au CAMSP, voire des repérages des professionnels de la petite enfance et du réseau P'tit MIP.

Dans les Hautes-Pyrénées, les différentes institutions ont mis en place des protocoles avec les structures afin de fluidifier les parcours et d'apporter de la cohérence (ex : les SESSAD sont territorialisés avec le même découpage que les circonscriptions de l'Éducation Nationale, protocole précisant les situations pour lesquelles le CMPP ou le CMP doivent être présents aux équipes éducatives etc.).

Dans l'Aveyron, des réunions « passerelles » doivent être organisées à partir du printemps 2016 pour organiser la transition des enfants d'une structure à une autre. Ce type d'initiative, qui permet de créer ou de renforcer une dynamique territoriale, a été rendu possible par des changements au niveau des équipes d'encadrement.

Dans d'autres départements, on observe des parcours en tuyaux d'orgues selon le type de pathologie (plutôt versant apprentissage ou versant trouble psychique) avec des structures (CMP et CMPP) qui communiquent peu entre elles.

Le CAMSP est toujours positionné comme une porte d'entrée, un lieu de diagnostic, de prise en charge puis d'orientation. Il travaille de fait en réseau avec l'ensemble des acteurs du département. Cependant, le positionnement du CAMSP peut varier d'un endroit à un autre. Dans certains cas, il se pose principalement comme lieu de diagnostic et d'évaluation : les relations avec les autres structures sont alors celles d'un CAMSP avec un dispositif d'aval avec les difficultés inhérentes. Dans d'autres cas, il investit principalement le champ du suivi et des manques peuvent alors être observés en termes d'évaluation des petits sur leur territoire.

5. DES AXES DE TRAVAIL

> 1^{er} axe : développer la connaissance mutuelle des acteurs, leur mise en réseau et la construction de parcours de prise en charge

Un des constats qui peut être fait à l'issue de ce travail et des entretiens menés auprès de chaque CAMSP, CMP et CMPP est le niveau de connaissance assez limité des acteurs entre eux. Les rencontres entre les structures, que ce soit au niveau de l'encadrement ou bien des équipes elles-mêmes sont rares, voire inexistantes. Les contacts se nouent le plus souvent au niveau individuel, par connaissance construite lors des parcours de formation ou dans des pratiques professionnelles antérieures.

Deux éléments viennent tempérer ce constat :

- sur plusieurs sites, des professionnels d'un dispositif assurent des consultations dans un autre. C'est particulièrement le cas entre CMP et CAMSP, des pédopsychiatres de CMP assurant des consultations et des suivis d'enfants dans des CAMSP ;
- il y a une réelle prise de conscience de ce manque de relations entre dispositifs. En effet, lors de nombreux entretiens, les professionnels eux-mêmes, et de façon spontanée, ont souligné ce fait. Dans plusieurs cas, ils ont mis en avant que cette méconnaissance pouvait entraîner des a priori qui étaient un obstacle à une bonne coordination entre eux et à des transitions aisées pour les enfants et adolescents entre les dispositifs. Ceci est d'autant plus vrai qu'ils soulignent également que ces a priori sont le plus souvent basés sur une connaissance ancienne des structures, sans prise en compte des évolutions qui ont pu avoir lieu au sein des équipes et de la façon d'appréhender les situations présentées par les enfants et les adolescents.

Un autre point à souligner est que, dans plusieurs territoires ou départements, des évolutions nettes se sont produites dans le sens d'une meilleure connaissance mutuelle à l'occasion d'un changement au niveau de l'encadrement médical des structures.

Dans le domaine de la petite enfance, sur plusieurs lieux, des staffs au niveau de la maternité ou des services de pédiatrie permettent de mettre en relation autour de situations concrètes les différents professionnels, qu'ils soient du CAMSP ou du CMP, avec les professionnels hospitaliers, libéraux ou de PMI. Cependant, les CMPP sont plus rarement associés à ces dispositifs, intervenant moins souvent dans le champ de la petite enfance.

Les centres d'évaluations et les centres de compétences sont aussi des lieux permettant le développement de relations entre professionnels. C'est le cas, par exemple, des centres de compétences sur les troubles des apprentissages qui, dans certains centres hospitaliers, associent les CMP et les CMPP.

Enfin, le troisième lieu autour duquel les relations peuvent se développer est constitué par les réseaux : P'tit MIP centré principalement sur la petite enfance sur l'ensemble de Midi-Pyrénées et les réseaux adolescents pour les situations complexes dans plusieurs départements (31, 32 et 82).

La mise en place de lieux ou d'opportunités autour desquels les professionnels des dispositifs étudiés, et plus largement les professionnels hospitaliers, libéraux et des services du Département, puissent se rencontrer est à favoriser : formations communes (comme cela se met en place entre CMP et CMPP à Albi autour de l'évaluation des TED, réunions « passerelles » pour préparer

les transitions d'un dispositif à un autre (comme cela se met en place dans l'Aveyron), études de cas et reprises de cas, analyse des pratiques... La mise en place de ces rencontres, sur une base régulière, est un préalable indispensable à la mise en réseau, de façon formelle ou non, des professionnels entre eux, pour permettre une prise en charge coordonnée répondant aux besoins des enfants et des adolescents et de leurs familles. En effet, dans l'état actuel des choses, le constat est fait, sur la majorité des territoires, de transitions complexes d'un CAMSP vers un CMP ou CMPP, entre CMP et CMPP ou entre CMPP et CMP du fait de ce défaut de connaissance mutuelle et d'a priori sur les modalités de travail des uns et des autres.

La fluidité des parcours entre dispositifs nécessite également de développer des outils et des procédures permettant :

- une transition préparée en amont entre professionnels et avec la famille quand un enfant, à l'issue d'une prise en charge et d'un suivi par un dispositif, est orienté vers un autre dispositif ;
- une transition pouvant être organisée de façon rapide quand, à l'issue d'un bilan dans un dispositif, il s'avère qu'un enfant ou adolescent relève d'un autre dispositif. Il devrait alors être possible que, sans que cela réponde forcément à une situation urgente, l'admission dans le nouveau dispositif puisse se faire sans imposer à nouveau à l'enfant et à sa famille des délais d'attente longs.

Une particularité est à souligner concernant les CAMSP : ceux-ci étant, d'une certaine manière, plus concernés par les limites d'âge, celles-ci intervenant à 6 ans pour la plupart d'entre eux, ils ont généralement développé une bonne connaissance du réseau d'aval et essayent d'anticiper le plus possible les orientations quand elles sont nécessaires.

> 2^e axe : travailler le positionnement des différentes structures entre elles et par rapport à l'offre libérale

Une fois l'étape de connaissance mutuelle franchie, il conviendrait de clarifier le positionnement des structures entre elles au sein d'un même territoire en identifiant les spécificités de chacune dans la réponse aux besoins (en termes de public, de modalités de prise en charge et d'approche théorique). En le communiquant aux professionnels « adresseurs », ce travail permettrait d'améliorer l'orientation des enfants en évitant des effets « ping-pong » entre les structures et des délais d'attente parfois très longs entre chaque 1^{er} entretien. En Haute-Garonne par exemple, les indications d'orientation des jeunes enfants avec troubles psychiques vers le CAMSP ou les CMP mériteraient d'être travaillées entre toutes les structures concernées.

Le positionnement des structures est également variable selon l'offre de soins libérale du territoire et sa capacité à prendre en charge des enfants. Les densités exposées plus haut concernent l'ensemble des professionnels qu'ils prennent en charge des adultes et/ou des enfants. Dans beaucoup de territoires, les orthophonistes libéraux sont peu nombreux et ont des délais d'attente très longs (supérieurs à 6 mois), de plus un certain nombre d'entre eux ne prennent pas en charge les enfants (dans l'Ariège par exemple). Ainsi chaque structure va chercher à repérer des professionnels libéraux à qui elle peut adresser les enfants, soit dans le cadre d'une réorientation, soit pour des compléments de prise en charge (ex : kinésithérapie pour un enfant en CAMSP).

> 3^e axe : assurer une couverture territoriale et un équilibre entre une offre de proximité et des modes de fonctionnement assurant une qualité de prise en charge

En dehors de l'agglomération toulousaine et dès que l'on s'éloigne des chefs-lieux de départements, les densités de population diminuent. La plupart des structures en zone rurale sont confrontées à un difficile équilibre entre assurer un service de proximité à la population et avoir des équipes en capacité de fonctionner. Au-delà du recrutement des professionnels (cf. infra), les équipes pluridisciplinaires sont constituées de fait de petits temps de professionnels (des tiers temps ou des mi-temps) comme par exemple au CAMSP de Figeac ou à l'antenne de CMPP de Nogaro. Ces petites équipes sont fragiles et l'absence d'un professionnel ou même ses vacances rendent difficiles la continuité des soins.

Dans l'Aveyron, le CMPP a fait le choix de développer plusieurs antennes pour assurer une bonne couverture territoriale sur un département particulièrement étendu. Cela se fait au prix de temps trajets importants pour les différents intervenants, ceux-ci pouvant exercer sur plusieurs lieux à la fois.

Le CH du Gers a mis en place un dispositif intéressant pour répondre à cette problématique : chaque équipe pluridisciplinaire travaille à la fois sur le site d'Auch et dans un CMP périphérique. Ce système permet d'avoir des équipes plus étoffées et moins soumises à l'isolement que les toutes petites.

Le CH Marchant a choisi de réduire le nombre de ses sites de consultations afin de regrouper les moyens (transformation du CMP de Cazères en antenne du CMP du Volvestre, suppression du CMP de Rieumes pour créer un CATTP adossé au CMP du Volvestre). Dans le Lot, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile s'interroge aussi face à des difficultés croissantes de recrutement de professionnels.

La question se pose aussi beaucoup pour les CAMSP dont très peu disposent d'antennes. Les enfants, très jeunes par définition, sont confrontés à des déplacements importants plusieurs fois par semaine. S'il est difficile de mettre en place une antenne fixe, puisque les besoins varient dans le temps en fonction des enfants accueillis, le déplacement des équipes, associé à un conventionnement avec des professionnels libéraux qui existe déjà, pourrait être une solution dans les locaux mis à disposition par des établissements médicosociaux ou la PMI par exemple.

> 4^e axe : s'assurer de l'accessibilité financière pour les familles

L'ensemble des éléments collectés lors des entretiens tant avec les professionnels des différents dispositifs étudiés qu'avec les institutionnels font émerger des possibilités de prise en charge des enfants et des adolescents pour lesquelles l'accessibilité financière et l'existence d'un reste à charge peuvent être un obstacle.

- Il s'agit en premier lieu de situations qui peuvent être considérées comme simples et ne nécessitant pas de prise en charge pluri disciplinaire. Dans ce cas, en l'absence de problématique socio familiale pouvant être un obstacle à une prise en charge de qualité dans la durée. et au-delà des problèmes posés par l'avance de frais pour certains ménages aux ressources limitées, la question des prises en charge en libéral non remboursées par l'Assurance mala-

die se pose comme c'est le cas, par exemple, quand un suivi par un psychomotricien est nécessaire. Une des solutions parfois mise en œuvre consiste au recours à la prestation de compensation du handicap (PCH). Ceci nécessite cependant le dépôt d'une demande auprès de la MDPH et la notification de droits par la CDAPH. Toutes les situations ne relèvent pas d'un tel dispositif. De ce fait, certains enfants ne bénéficient pas du suivi nécessaire et d'autres mobilisent des personnels en CAMSP, en CMPP ou en CMP alors qu'une prise en charge en libéral serait adaptée.

- Le deuxième cas de figure est lié à l'insuffisance de moyens dont dispose certains CAMSP, CMP ou CMPP. Dans certains cas, des professionnels sont manquants (notamment des orthophonistes pour lesquelles les conditions d'exercice offertes en établissement ne sont pas suffisamment attrayantes) ou bien en nombre insuffisant. C'est également le cas face à certaines situations nécessitant des prises en charge intensives (par exemple lorsqu'on veut assurer une prise en charge d'un enfant avec TED en conformité avec les recommandations actuelles). Le recours à des professionnels libéraux en substitution ou en complément est alors envisagé. La question de la prise en charge de ces soins libéraux par l'Assurance Maladie pour les enfants et adolescents suivis dans des structures relevant du médicosocial se pose. Comme précédemment, se pose aussi la question du reste à charge pour les familles et la possibilité ou non de mobiliser la PCH en ce sens.
- Le troisième cas de figure est constitué par les situations d'attente entre dispositifs, alors que la prise en charge dans l'un est terminée et la prise en charge dans l'autre pas encore commencée. C'est le cas par exemple lors de transition entre un CAMSP et un CMPP ou entre l'une ou l'autre de ces structures et un établissement pour enfant en situation de handicap. C'est également le cas dans le délai qui sépare la fin d'un bilan en CAMSP ou CMPP et le début du suivi dans cette structure. Pendant ces délais de quelques mois, voire un à deux ans, la prise en charge est alors assurée en libéral avec les mêmes difficultés que pour les deux cas de figures précédents.

La solution à ces situations passe certes par une meilleure utilisation des moyens au niveau de chacun des dispositifs, l'allocation de moyens supplémentaires là où cela est nécessaire et une meilleure fluidité des parcours. Il est cependant nécessaire de réfléchir à des dispositifs permettant d'assurer une accessibilité financière aux soins pour les enfants et adolescents concernés et en limitant les inégalités entre territoires qui existent actuellement. Il s'agit notamment d'harmoniser les pratiques entre départements, tant au niveau des MDPH que des caisses d'assurance maladie pour que les doubles prises en charge Assurance maladie/médicosocial possible dans certains lieux le soient également dans les autres.

> 5^e axe : développer l'accessibilité géographique

En dehors des problèmes générés par la couverture géographique des CAMSP déjà discutés, la couverture par les CMP et CMPP est a priori meilleure : aucun bassin de santé ne dispose ni de lieux de consultation relevant d'un CMP, ni de lieux de consultation relevant d'un CMPP. Par contre, l'examen des files actives fait apparaître de très fortes variations de recours d'un territoire à un autre : la file active dans l'Aveyron est ainsi 2,6 fois plus importante que dans la Haute-Garonne. Ceci montre que, sur un territoire, les possibilités d'accéder aux dispositifs ne sont pas les mêmes, et ceci en dehors des distances. La question des moyens dévolus aux différentes

équipes pour assurer leurs missions – ou de leurs modes d'organisation – est ainsi posée. Un travail devrait donc être mené afin que les moyens dévolus à chaque structure et les organisations de celle-ci puissent permettre d'apporter une réponse équivalente aux enfants et adolescents, quel que soit leur lieu de résidence.

> 6^e axe : développer l'attractivité pour les professionnels

Les questionnements posés de façon globale par l'évolution de la démographie des professionnels de santé et leur impact sur les territoires se retrouvent au niveau des CMP et des CMPP et, dans une moindre mesure, des CAMSP. Des postes vacants, principalement de médecins ou d'orthophonistes, ont été signalés par plusieurs structures lors des entretiens. Une réflexion sur l'attractivité du travail en CMP ou CMPP doit être menée, cette attractivité passant sans doute par le développement et la valorisation du travail en équipe dans les structures et entre les structures.

> 7^e axe : améliorer les systèmes d'information pour faciliter le pilotage

Cette étude a également montré une très grande disparité des informations disponibles pour caractériser les populations prises en charge ou accompagnées et l'activité réalisée. Pourtant, il s'agit d'informations importantes pour faciliter le pilotage régional des politiques sanitaires et médico-sociales et le développement d'une offre de soins adaptée aux besoins de la population.

Le développement d'un rapport d'activité type pour les CAMSP a permis d'harmoniser les choses dans ce domaine, mais force est de constater que le remplissage de ces rapports d'activité n'est pas toujours homogène d'un CAMSP à un autre, limitant les possibilités d'avoir une vision d'ensemble des entrées et sorties dans ces dispositifs, de la population accueillie et des suivis effectués.

Au niveau des CMPP, des rapports d'activité sont le plus souvent disponibles. Ils apportent un certain nombre de détails sur la population suivie et l'activité réalisée. Cependant, l'absence actuelle de modèle standard de rapport d'activité limite également la vision de la population suivie.

Enfin, les rapports d'activité au niveau des CMP sont beaucoup plus parcellaires et, dans nombre de cas, il est très difficile d'identifier les caractéristiques de la population accueillie, les suivis effectués et les orientations en fin de prise en charge. Un travail important est nécessaire dans ce domaine pour proposer des remontées d'information harmonisées entre les CMP.

6. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Population	8
Tableau 2 - Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH.....	9
Tableau 3 - Taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH (pour 1 000 enfants de même âge).....	9
Tableau 4 - Scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap en 2014-2015	10
Tableau 5 - Médecins - effectifs	11
Tableau 6 - Médecins - densité (pour 100 000 habitants)	12
Tableau 7 - Autres professionnels – effectifs.....	12
Tableau 8 - Autres professionnels - densité (pour 100 000 habitants)	13
Tableau 9 - Nombre de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée »	14
Tableau 10 - Taux de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » (pour 1 000 habitants de même âge)	14
Tableau 11 - Nombre de séjours hospitaliers en psychiatrie	15
Tableau 12 - Taux de séjours hospitaliers en psychiatrie (pour 1 000 habitants de même âge).....	15
Tableau 13 - Nombre de séances ambulatoires en psychiatrie	16
Tableau 14 - Taux de séances ambulatoires en psychiatrie (pour 1 000 habitants de même âge) .	17
Tableau 15 - Lieux de consultations et files actives	20