

## ÉTUDE EXPLORATOIRE

Le repérage et la prise en charge  
des troubles psychiques  
chez l'enfant et l'adolescent  
dans le CAMSP, les CMP  
et CMPP du Tarn et Garonne

■ Juin 2015



# Table des matières

<b>1</b>	<b>Contexte .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Les données de cadrage.....</b>	<b>6</b>
	Sous l'angle de la déficience et du handicap.....	6
	Sous l'angle du diagnostic et de la pathologie.....	7
<b>3</b>	<b>Les caractéristiques du dispositif régional CAMSP-CMPP-CMP .....</b>	<b>10</b>
	Rappel du Profil des enfants accueillis dans les structures de la région à partir de l'enquête ES 2010 .....	10
	Répartition des CAMSP, CMPP, CMP dans la région .....	12
<b>4</b>	<b>Focus sur le Tarn et Garonne .....</b>	<b>13</b>
	Matériel et méthode.....	13
	Principaux indicateurs issus des rapports d'activité du CAMSP, CMPP, CMP.....	14
	Profils des enfants accueillis et caractéristiques de chacune des structures.....	16
	Les territoires et l'accessibilité .....	24
	Le partenariat.....	24
<b>5</b>	<b>Principaux constats et éléments d'analyse .....</b>	<b>25</b>
	Les Indicateurs .....	25
	Les éléments d'analyse .....	25
<b>6</b>	<b>Questions soulevées et pistes de réflexion .....</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>Les éléments méthodologiques à retenir et à prévoir pour une extension à d'autres départements.....</b>	<b>31</b>

## 1 Contexte

Une des premières orientations de la politique régionale en faveur des personnes en situation de handicap est « d'améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge précoce des enfants atteints ou présentant un risque de développer un handicap » en Midi-Pyrénées.

En ce qui concerne les prises en charge les plus précocement possibles des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent, trois types de structures peuvent constituer actuellement des portes d'entrée dans le soin en santé mentale pédiatrique : les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres médico-psychologiques (CMP) aux côtés des professionnels libéraux.

> **Les CAMSP** sont des structures ambulatoires 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 médico-social 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 médico-sociaux 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 études de la DREES (2007) font état d'une augmentation de 7 % des patients pris en charge depuis 2000. Le taux de recours global (rapport du nombre de patients suivis dans l'année rapporté à la population) aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile s'établissait à 28 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 2000 alors qu'il n'était que de 16 pour 1 000 en 1991.

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 la réalisation dans un premier temps d'un bilan sur le dispositif régional et son fonctionnement à partir des données et informations immédiatement accessibles.

Dans un second temps, une étude exploratoire, sur un territoire de santé : le Tarn et Garonne, a été réalisée afin de dégager et saisir les caractéristiques propres à la situation départementale à travers une approche plus qualitative et territorialisée.

Ce travail exploratoire doit permettre de dimensionner et valider l'approche méthodologique qui paraît la plus pertinente et faisable pour les autres situations départementales.

Ce rapport restitue l'ensemble des éléments de la démarche et s'articule autour de plusieurs chapitres :

- une présentation de quelques données de cadrage sur les troubles psychiques des enfants et adolescents,
- un rappel des principales caractéristiques du dispositif régional : CAMSP-CMPP-CMP à travers l'enquête ES 2010 dans le secteur médico-social,
- un focus sur la situation du département du Tarn et Garonne issus de l'analyse des différents rapports d'activité et des entretiens avec les professionnels de santé,
- une réflexion sur l'intérêt et les limites de cette approche afin de pouvoir envisager son extension à l'ensemble de la région.

## 2 Les données de cadrage

SOUS L'ANGLE DE LA DEFICIENCE ET DU HANDICAP...

### > Les déficiences sévères

Chaque année, un peu moins de 1% des enfants qui naissent seront porteurs d'une déficience sévère, soit dans le département du Tarn et Garonne : **30 enfants par an**.

Selon l'Inserm (expertise collective 2004), environ la moitié des déficiences pourraient avoir leur origine dans la période périnatale. Malgré les progrès de prise en charge périnatale, la prévalence du handicap chez l'enfant ne diminue pas. Le contexte périnatal reste préoccupant avec une prématurité qui ne diminue pas, un accroissement des grossesses multiples et une augmentation de l'âge à la première grossesse.

La prévalence des enfants déficients, quel que soit le niveau de sévérité, a pu être estimée par ailleurs à près de 2 pour 100 enfants (Enquête Inserm 1998 dans les CDES, hôpitaux de jour, centres de long séjour...).

Les situations de handicap étaient réparties en deux niveaux de sévérité :

- Le premier groupe comprenait les déficiences sévères : Trisomies 21 et autres retards correspondant à un  $QI \leq 50$ , paralysies cérébrales, cécité et amblyopie bilatérale (acuité  $< 3/10$ ), déficiences sévères ou profondes de l'audition (perte  $> 70$  db), autisme et psychoses.
- Le second groupe comprenait tous les autres cas pris en charge par les CDES (autres malformations, maladies somatiques, troubles mentaux autres qu'autisme ou psychoses, autres déficiences).

Dans le second groupe, **les troubles mentaux dominaient largement**. Ce groupe constituait un ensemble très hétérogène dont l'importance variait selon les départements.

L'expertise collective de l'Inserm (2002) sur les troubles mentaux de l'enfant montre en effet combien ces troubles mentaux qui peuvent interférer sur le développement de l'enfant et freiner leur apprentissage scolaire sont de nature et de gravité diverses. C'est particulièrement le cas des troubles spécifiques de l'apprentissage dont la définition, la prévalence, les critères diagnostics restent très hétérogènes voir anarchiques.

Mais au-delà des chiffres de prévalence difficiles à établir, les professionnels et chercheurs s'accordent sur la difficulté de qualifier et apprécier le « handicap psychique ». Les professionnels mettent en avant les besoins considérables en termes d'adaptation des méthodes et des pratiques cliniques mais aussi en termes de synthèse des savoirs et des savoir-faire communs aux différents professionnels de santé et du médico-social (*Synthèse colloque psychopathologie et handicap chez l'enfant Novembre 2011*).

### > Les déficiences mentales ou psychiques

La part et le nombre d'enfants et jeunes en situation de handicap reconnu présentant une déficience mentale ou psychique peuvent être estimés à travers les effectifs des enfants **scolarisés en milieu ordinaire** qui bénéficient d'un PPS.

Dans le département du Tarn et Garonne, plus de **530 élèves** dans le premier degré et **260** dans le second degré ont un projet personnalisé de scolarisation : **PPS** (source *Inspection d'académie 2011-2012*).

Le type de déficience est apprécié par l'équipe scolaire.

Dans le premier degré, 40,6% d'entre eux présentaient une déficience intellectuelle ou cognitive soit près de 210 enfants ; 20,3% d'entre eux une déficience psychique soit 100 enfants ; 14,3% des troubles du langage soit 80 enfants. L'ensemble de ces déficiences liées à des troubles mentaux concernant **400 enfants environ**.

Dans le second degré, 11,6% présentent une déficience intellectuelle ou cognitive soit 30 élèves, 33,3% une déficience psychique soit 70 élèves, 18,4% des troubles du langage soit 50 élèves. L'ensemble de ces troubles touchant **150 enfants scolarisés en collège et lycée**. A titre de référence, on retiendra aussi que plus **de 3 000 enfants et jeunes de moins de 20 ans** dans le département sont connus par la MDPH, soit 5% de cette tranche d'âge, sans qu'il soit possible de différencier actuellement les troubles à l'origine des prestations ou notifications.

## SOUS L'ANGLE DU DIAGNOSTIC ET DE LA PATHOLOGIE

### > La prévalence de l'autisme et autres troubles envahissants du développement et les tendances évolutives

Les Registres des handicaps de l'enfant en Haute-Garonne et en Isère enregistrent les déficiences sévères de façon continue et exhaustive dans les territoires concernés et selon des modalités de recueil constantes qui permettent d'étudier l'évolution des principales prévalences au cours du temps.

Dans le cadre du plan autisme 2008-2010, ces 2 registres ont eu pour mission de fournir des données récentes sur les taux de prévalence des TED.

Si l'on se réfère à leur dernière publication<sup>1</sup>, plusieurs faits marquants sont à retenir :

Le taux de prévalence global dans la 8<sup>ème</sup> année de vie pour les générations 1995-2002 est de 31,9 pour 10 000 enfants en Haute-Garonne et 34,9 pour 10 000 en Isère avec **une augmentation significative pour les générations nées entre 1995 et 2002 en Haute-Garonne de 21,3 à 42,5 pour 10 000**.

---

<sup>1</sup> Prévalence de l'autisme et autres troubles envahissants du développement : données des registres français de population. Générations 1995-2002. M. Delobel and col. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 61 (2013) 23-30

Cette augmentation est essentiellement liée aux catégories diagnostiques les moins caractérisées (autres TED et TED sans précisions). Le sex-ratio est de 3,8 et 3,5 respectivement. Dans les deux départements, environ la moitié des enfants présentait une déficience intellectuelle associée.

Ces taux de prévalence se retrouvent dans la **fourchette basse** de ceux publiés dans la littérature internationale.

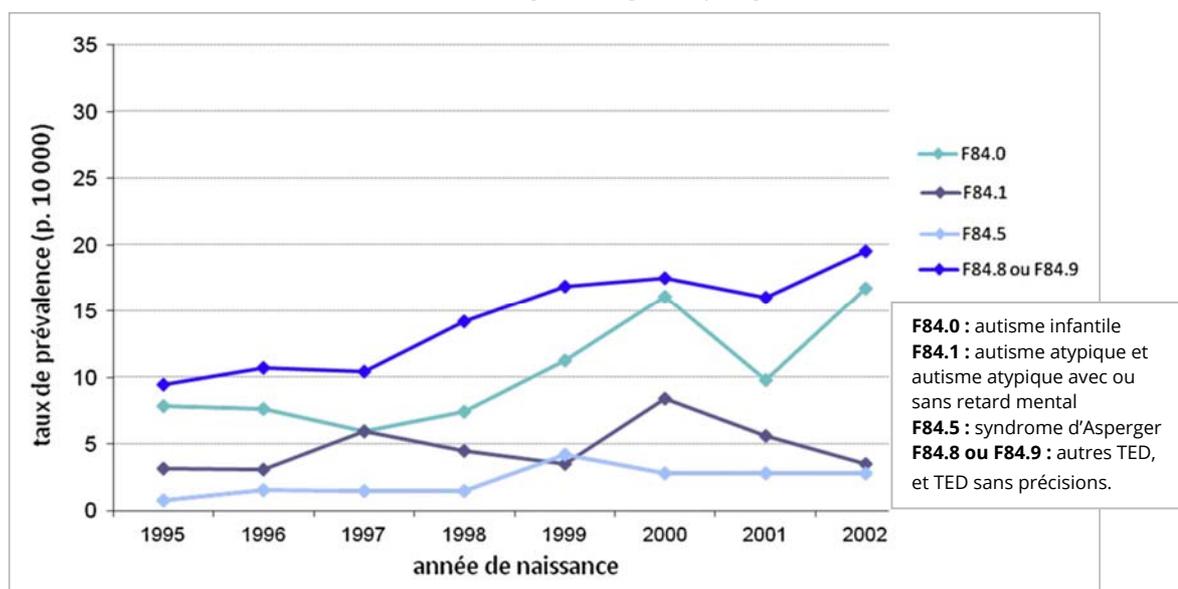
Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ces disparités de prévalence : sous-estimation des données du Registre par refus d'inclusion des parents, défaut d'exhaustivité pour les cas les plus légers ou pour les formes d'Asperger, différence dans les critères diagnostics retenus en lien avec la difficulté d'un consensus sur la définition des troubles et l'absence de standardisation des procédures diagnostics des TED, retard au diagnostic (posé après 8 ans).

Mais les auteurs de l'étude précisent qu'il reste difficile de quantifier l'effet de l'élargissement des critères de diagnostic et des critères de sévérité sur l'augmentation des taux de prévalence. L'évolution du contexte de la prise en charge avec la mise en place des CRA, l'amélioration de la qualité de diagnostic, la meilleure information des parents, le rôle des MDPH, entrent aussi en compte dans les évolutions constatées.

L'ensemble des résultats souligne donc clairement la composante évolutive de ces taux de prévalence. Les effets des différentes recommandations professionnelles fortement associées aux évolutions diagnostiques et aux utilisations des différentes classifications sont indéniables.

(Les dernières données du Registre<sup>31</sup> pour la génération des enfants nés en 2004 font état d'une prévalence à l'âge de 8 ans de 60 pour 10 000).

Évolution du taux de prévalence des troubles envahissants du développement dans la 8<sup>ème</sup> année de vie en Haute-Garonne (RHE31) selon la catégorie diagnostique, générations 1995 à 2002.



Proportion (%) et taux de prévalence (p) pour 10 000 par catégorie diagnostique des enfants avec troubles envahissants du développement résidant en Haute-Garonne (RHE31), générations 1995 à 2002

En Haute-Garonne	n	%	p	IC à 95%
F84.0	115	32.8	10.5	[8,6–12,6]
F84.1	52	14.8	4.7	[3,5–6,2]
F84.5	25	7.1	2.3	[1,5–3,4]
F84.8 et F84.9	159	45.3	15.5	[12,3–16,9]
Total	351	100.0	31.9	[28,7–35,5]

### > Estimation des TED dans le Tarn et Garonne

Pour des taux de prévalence de l'ensemble des Troubles Envahissants du Développement (TED) pour les enfants nés de 1995 à 2002, au cours de leur 8<sup>e</sup> année de vie qui varient de **29 à 36 pour 10 000**, l'estimation sur la population des moins de 20 ans dans le département (59 700 jeunes) est **de 170 à 215 enfants et jeunes de moins de 20 ans** atteints par ces troubles.

Parmi eux, la prévalence de l'autisme (typique et atypique) pour ces générations est de 12 et 19 pour 10 000 enfants, soit 70 à 110 enfants et jeunes de moins de 20 ans en Tarn et Garonne.

### > Les affections de longue durée (ALD) pour maladies psychiatriques sévères

Le nombre d'enfants et jeunes de moins de 20 ans en ALD pour maladies psychiatriques sévères dans le département est évalué à **plus de 270 enfants et jeunes de moins de 20 ans** (Source Cnamts, MSA, RSI), soit 4,5 pour mille jeunes de moins de 20 ans.

Les principaux diagnostics portés sont : 110 retards mentaux, 83 troubles du développement psychologique et des acquisitions, 36 troubles de la personnalité et du comportement, 22 cas de schizophrénie.

### 3 Les caractéristiques du dispositif régional CAMSP-CMPP-CMP

#### RAPPEL DU PROFIL DES ENFANTS ACCUEILLIS DANS LES STRUCTURES DE LA RÉGION À PARTIR DE L'ENQUÊTE ES 2010

##### > Les CAMSP

En Midi-Pyrénées, 12 CAMSP sont implantés sur les huit territoires de la région. 11 sont des CAMSP polyvalents. 1 dans le Tarn est un CAMSP spécialisé pour les déficients auditifs. **Près de 2 900 enfants** ont été pris en charge dans ces structures en 2010 (file active), **soit 1,3% des 0-6 ans**.

Plus de 60% étaient accueillis pour la première fois.

Plus de 1 sur 4 (27%) avaient moins d'un an, moins de 10% (9,1%) avaient 6 ans ou plus. Cependant, si l'on ne tient pas compte des 700 enfants de moins de 1 an pour lesquels a été réalisé un dépistage néonatal dans le CAMSP spécialisé dans le Tarn, la part des enfants de moins de 1 an passe à 3,4% (12% les moins de 2 ans).

Plus de 9 sur 10 (96,5%) résidaient dans le département d'implantation du centre ; 51% dans la même commune ou la commune limitrophe.

Dans la moitié des cas, l'origine de l'orientation des enfants accueillis était médicale (hôpital : 20,8% ou praticien libéral : 29,2%). Cette orientation était aussi sociale dans 17,6% des cas (PMI : 15,3%) ou provenant de l'Éducation Nationale (13,8%). L'accès direct ne concernait que 8,3% des enfants (particulièrement élevée dans le Gers et le Tarn).

141 enfants (moins de 10%) étaient en attente d'une 1<sup>ère</sup> consultation, à la fin de l'année de l'observation (2010) ; 181 enfants étaient en attente de suivi.

Le délai d'attente entre le 1<sup>er</sup> contact et la 1<sup>ère</sup> consultation variait selon les établissements, pouvant atteindre près de 2 mois ou plus en Ariège et dans le Lot. Le délai moyen d'attente entre la 1<sup>ère</sup> consultation et le début du suivi était de 3 mois ou plus dans 4 CAMSP (Gers, Castres et Montauban notamment).

Sur les 557 sorties :

- 112 enfants (20%) étaient orientés vers un CMP ou un CMPP, près de 10% étaient réorientés vers le libéral.
- 151 (27,6%) n'avaient pas besoin d'une orientation.

### > Les CMPP

41 centres ou antennes CMPP en 2010 ont accueillis 9 150 enfants ou adolescents, soit 3,5% des 0-16 ans.

3 500 étaient des nouveaux patients (62%).

15,8% seulement avaient moins de 6 ans ; 15,4% avaient entre 12 et 15 ans ; 3,5% avaient 16 ans ou plus.

97% résident dans le même département ou la commune limitrophe du CMPP ou de son antenne.

Pour 45%, l'origine de l'orientation était l'école ou la crèche, 12,7% seulement le secteur médical et 26,6% avaient des accès directs (Gers ++).

780 enfants étaient en attente d'une première consultation ; 661 en attente de suivi au 31 décembre de l'année d'observation (2010).

Le délai moyen pour une première consultation était de plus de 4 mois dans 4 CMPP.

Le délai moyen de suivi : 4 mois ou plus dans 9 CMPP.

Parmi les 2 881 enfants sortis :

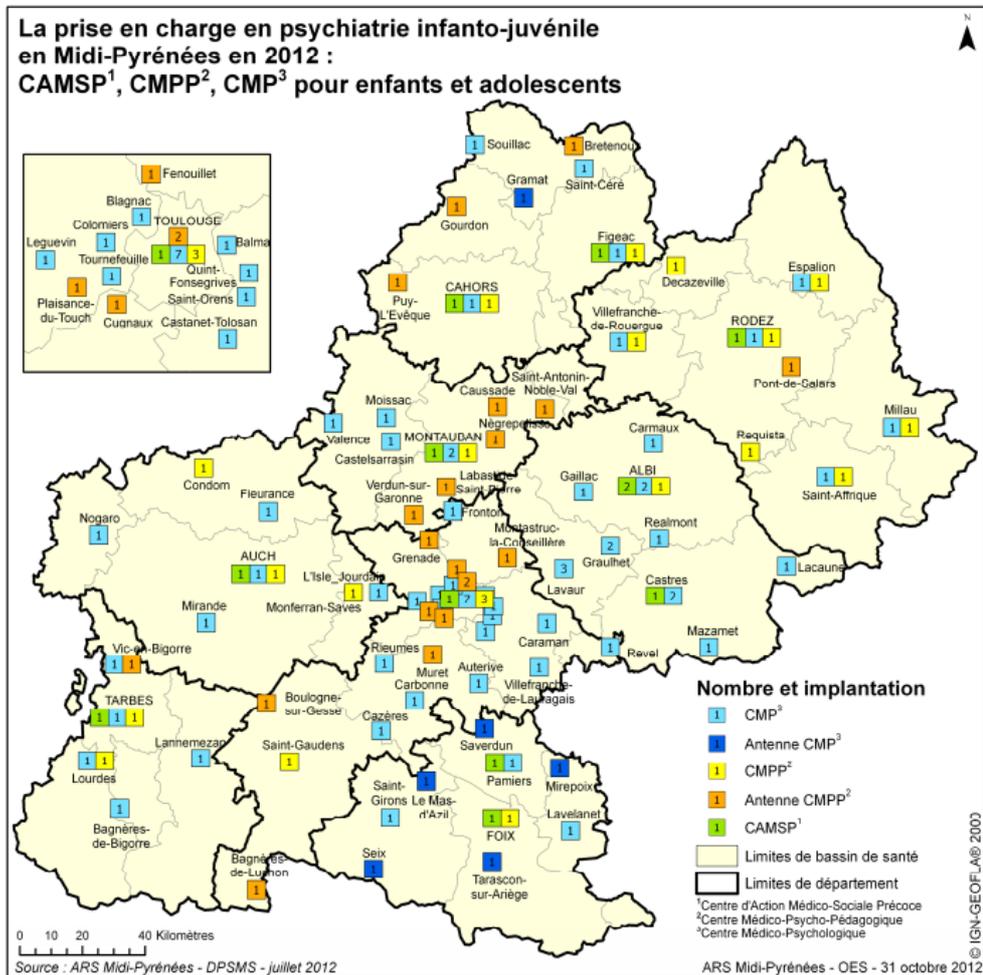
- dans 40,5% des cas, il n'y avait pas d'orientation nécessaire,
- seuls 2,9% étaient orientés vers un autre CMPP ou un CMP,
- 5,2% étaient orientés en libéral,
- 6,2% vers un établissement médico-social ; un SESSAD pour 1,9%.

### > Les CMP

65 sites CMP et 6 antennes CMP enfants et adolescents sont implantés dans la région.

On ne dispose pas actuellement d'une vision globale de l'activité ni du profil des enfants accueillis en CMP.

## RÉPARTITION DES CAMSP, CMPP, CMP DANS LA RÉGION



## 4 Focus sur le Tarn et Garonne

### MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'état des lieux sur le département repose sur l'analyse des rapports d'activité 2013 des structures et sur des entretiens réalisés avec les médecins de la MDPH, le médecin scolaire coordonnateur et les professionnels de santé de trois structures : 2 entretiens avec les pédopsychiatres des CMP, 1 entretien avec le pédopsychiatre du CMPP et 1 entretien avec le médecin directeur du CAMSP.

La grille d'entretien explore différents domaines :

- Le profil des enfants accueillis en termes d'âge et de nature des troubles
- Les modalités de prise en charge
- L'origine de l'intervention et la provenance des enfants
- L'accessibilité en termes de délais et de territoire
- Les sorties, les relais
- Les partenariats

Chaque professionnel des 3 structures a pu valider la présentation proposée pour sa propre structure après ces différents recueils d'information et a complété l'analyse en répondant à quelques questions complémentaires sur les difficultés rencontrées.

## PRINCIPAUX INDICATEURS ISSUS DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DU CAMSP, CMPP, CMP

### > Lieux de consultation et file active

	Nbre de structures et de lieux de consultation	Bassin avec lieu de consultation	File Active 2013
CAMSP	1 structure : capacité d'accueil : 175 enfants ouverte 5 jours sur 7 de 9h à 18h.	Montauban	328 soit 1,8% des 0-6 ans Une augmentation de 87,4% sur 10 ans
CMPP*	1 structure avec 4 antennes	Montauban et 4 lieux de consultation en 2014 : Caussade, Nègrepelisse, La Bastide St pierre, Verdun sur Garonne.	En 2013 Montauban : 288 Caussade : 47 Verdun sur Garonne : 54 Labastide Saint Pierre : 46 Nègrepelisse : 37 Saint Antonin : 29 Soit 501 jeunes (1% des 0-16 ans) (781 en 2014)
CMP	1 CMP à Montauban, enfant (moins de 12 ans) 1 CAMPA à Montauban (CMP adolescent et CATTP : 16 places) 1 CMP Castelsarrasin (0-18 ans) 1 CMP Moissac (0-18 ans) 1 antenne CMP à Valence (0-18 ans)	Montauban : 2 lieux de consultation Moissac : 3 lieux de consultation.	En 2014 CMP Montauban : 363 CAMPA : 265 CMP Castelsarrasin : 269 CMP Moissac : 108, Valence 25 Soit plus de 1000 enfants et jeunes de moins de 16 ans (2%) Autres activités ambulatoires : Maison des Adolescents (85) Soins à domicile (12), psy de liaison (155), CATTP (30), Consultation psy (194)

\*A noter : le CMPP exerce sur son territoire des activités de sectorisation psychiatrique infanto-juvénile par convention avec le CH de Montauban qui sont complémentaires ou en interaction avec les soins proposés au sein de la structure. Dans le rapport d'activité 2012, on identifie ainsi au titre de ces activités : le CATTP (16 enfants), la prévention en centres multi-accueil petite enfance (173 jeunes), les suivis éducatifs à domicile (6 enfants), l'accompagnement d'adolescents (20), les consultations et suivis spécifiques dont situations de crise (92 jeunes).

### > Profil des enfants

Age des enfants accueillis 2013	
CAMSP	0-2 ans : 6,7% ; plus de 6 ans : 6,7% sur la file active 25% des 142 entrants ont entre 0 et 2 ans (35 enfants)
CMPP	6 ans ou moins : 19,5% ; 16 ans ou plus : 2,5%
CMP	ND

### > Origine de l'intervention

2013	Médical	Educatif	Social	Médico-social	Direct	Autre
CAMSP	72,2	9,5	3,6	1,2	6,1	1,8
CMPP	nd	nd	nd	nd	nd	nd
CMP	nd					

\* En 2013 pour CAMSP importance des hôpitaux : 30,2%, PMI 20,7% et secteur libéral 22,3%

### > Liste d'attente et délais d'attente

(enquête ARS semaine du 26 au 30 janvier 2015)

	Liste d'attente	Délais d'attente
CAMSP		Délais 1 <sup>er</sup> RDV: 15 jours à 3 mois Délais entre RDV et début du bilan : 5 mois Délais entre début bilan et début de prise en charge : 2 à 3 mois. Création depuis 1 an de 2 créneaux de consultation « urgence bébé » pour les voir dans un délai de 2 à 3 semaines et organiser si besoin avec le libéral et MDPH la psychomotricité des grands prématurés après les 20 séances financées par Ptit Mip
CMPP	En attente de 1 <sup>ère</sup> consultation : 154 (RA 2013) En attente de suivi : 71 (RA 2013)	Délais 1 <sup>er</sup> rdv avec médecin : supérieur à 4 mois Délais 1 <sup>er</sup> rdv avec un autre membre : supérieur à 2 mois Système de régulation pour répondre aux situations ayant un caractère de gravité, Pas de plages horaires réservées aux consultations urgentes médicales.

	Liste d'attente	Délais d'attente
CMP	316 enfants au 1 <sup>er</sup> septembre 2014 en attente de 1 <sup>er</sup> RDV (CMP Montauban : 141, CAMPA : 16, Castelsarrasin : 84, Moissac et antenne : 75)	<p>Délais 1<sup>er</sup> rdv avec médecin :</p> <p>CAMPA : 15 jours à 1 mois</p> <p>Castelsarrasin : &gt;2 mois</p> <p>Montauban : &gt;2 mois</p> <p>Moissac : &gt;2 mois</p> <p>Délais 1<sup>er</sup> rdv avec un autre membre :</p> <p>CAMPA : 7 à 15 jours</p> <p>Castelsarrasin : &gt;2 mois</p> <p>Montauban : &gt;2 mois</p> <p>Moissac : &gt;2 mois</p> <p>Système de régulation pour répondre aux situations avec caractère de gravité et plages horaires réservées aux consultations urgentes par médecin</p> <p>Si situation jugée urgente ou grave : A Montauban obtention d'un RDV avec médecin ou autre membre dans les 48 heures. Dans les autres CMP : moins de 7 jours</p>

## PROFILS DES ENFANTS ACCUEILLIS ET CARACTÉRISTIQUES DE CHACUNE DES STRUCTURES

*Ces informations ont été synthétisées à partir des entretiens réalisés avec les professionnels et des éléments présentés dans les rapports d'activité.*

### > CAMSP

Le CAMSP polyvalent l'Escabelle fonctionne depuis 2002 et a une capacité d'accueil de 175 enfants. Un médecin neuro-pédiatre assure la direction technique et administrative (Équipe de 12,3 EQTP).

Une des principales tendances mise en avant et objectivée dans le rapport d'activité est **l'augmentation continue de la file active, confirmée ces 3 dernières années (328 enfants en 2013).**

#### Le profil des enfants

Parmi les 142 entrants en 2013, 60%, soit 85 enfants, ont entre 2 et 4 ans. Les entrants dans la tranche d'âge des 0-2 ans représentent 25% des entrants (35 enfants) mais il y a toujours autant d'enfants qui rentrent entre 4 et 6 ans (16% soit 22 enfants).

Les enfants nés prématurés représentent 25,7% de la file active.

Les troubles moteurs (8,5%) et le retard global de développement (40%) sont stables. Mais le nombre d'enfants atteints de troubles psychiques est passé de 63 à 74 entre 2012 et 2013 (soit 22,6%), dont 41 cas de troubles autistiques ou dysharmonies d'évolution (3 cas en 2003, 23 en 2007), et 32 cas de troubles à expression comportementale. Les troubles instrumentaux et d'apprentissages (81 cas) représentent 24,7% des cas.

102 enfants, soit 31% présentent au moins 1 condition d'environnement défavorable et nécessitent des temps et moyens de prise en charge plus importants (supervision d'équipe, travail avec ASE et PMI).

### Les modalités de prise en charge

On peut distinguer :

- les enfants en contact : 76, soit 23,2% des cas,
- les enfants en cours de bilan : 24, soit 7,3%,
- les enfants en suivi : 151, soit 46%,
- les enfants en suivi-surveillance : 75 enfants, soit 22,8% (post bilan ou post prise en charge ou pour coordination avec libéral),

En 2013, 102 enfants ont bénéficié d'au moins 1 bilan.

### L'origine de l'intervention et la provenance

Dans plus de 72% des cas, les enfants sont orientés par le secteur médical (PMI, Médecins et Hôpital).

79 enfants sur les 328 enfants accueillis au CAMSP sont originaires du bassin de Castelsarrasin-Moissac, soit 24% ; 46% des enfants accueillis au CAMSP sont à plus de 20 km de Montauban.

### Les sorties et les relais

Sur les 98 sorties enregistrées en 2013 : 28 sont dues à des ruptures de prise en charge, 7 enfants sont orientés vers le CMP, 5 vers le CMPP, 31 vers le libéral, 11 en IME ou IEM ou SSED.

Parmi les 34 enfants qui étaient en suivi et qui sont sortis : 10 vont en IME, 4 au CMP, 4 au CMPP, 9 en libéral et 5 ont une rupture de prise en charge.

Mais on notera que 17 enfants sont toujours pris en charge alors qu'ils avaient des notifications MDPH (dont 11 des troubles autistiques) et que 4 enfants, alors qu'ils avaient une notification MDPH, ont été orientés en libéral.

Les profils et les situations des enfants orientés par le CAMSP vers le CMP ou le CMPP peuvent être soit des enfants présentant des troubles autistiques sévères nécessitant un suivi médical impératif et/ou hôpital de jour pressenti en attente de places spécialisées

SESSAD. Soit des enfants placés ASE avec des problématiques psycho comportementales et séquelles développementales de carences précoces, soit des enfants dont les parents présentent des psychopathologies parentales inductrices de troubles.

#### Les partenariats :

Le CAMSP participe à de nombreuses réunions de concertation avec la maternité, la pédiatrie, la pédopsychiatrie, la PMI, l'ASE, l'EN, la MDPH, les EMS, le CMPP.

Avec l'école, particulièrement pour les enfants autistes, 226 enfants scolarisés font l'objet d'une préparation à la scolarisation et d'un suivi régulier : rencontres avec ASV, participation à des réunions et présence ponctuelle sur temps scolaire.

51 enfants sont socialisés dans les structures de petite enfance, suivis par des liens réguliers, une aide au PAI et la présence ponctuelle d'une éducatrice spécialisée.

Le CAMSP met du personnel à disposition de l'Unité bi départementale du CRA et participe aux groupes de travail sur les troubles du langage et des apprentissages.

#### Le cas des TED au CAMSP

**20 nouveaux cas sont accueillis en moyenne chaque année actuellement et depuis 3 ans**, soit parmi les 130 à 140 nouveaux entrants, 13%. L'âge moyen est de 34 mois à l'accueil.

Les enfants porteurs de TED (41 enfants) représentent 12,5% de la file active du CAMSP.

Ils représentent près d'un quart, soit **30 enfants**, des enfants en cours de suivi. Parmi eux, 14 ont 5 ans et plus et leur durée moyenne de suivi est supérieure à deux ans.

Le nombre d'enfants porteurs de TED et pris en charge dans le CAMSP a augmenté de 78% dans les 6 dernières années, traduisant les évolutions en terme de diagnostic précoce. Mais cette augmentation semble particulièrement liée aussi ces dernières années à l'augmentation de la durée de la prise en charge... (on ne dispose pas de chiffre sur l'évolution des autres troubles psychiques).

La durée du bilan dure 20 heures pour un enfant non TED, 38 heures pour TED.

La phase de suivi (30 h/mois/enfant) : suivi éducatif spécialisé, suivi orthophonique spécialisé (1 fois/sem.), suivi psychomoteur, suivi psychologique (1 fois/sem.).

A cela s'ajoute les temps mensuels de concertation et de régulation.

Leurs modalités de prise en charge (30h par mois) : 3 séances par semaine et une prise en charge libérale associée pour 14 sur 29.

Un délai d'attente entre le 1<sup>er</sup> RDV et la synthèse de 6,5 mois.

Pour l'année 2014-2015, compte tenu des recommandations de l'HAS en terme d'intensité de la prise en charge, il a été convenu, en concertation avec la MDPH et la délégation territoriale de l'ARS, que 5 à 6h par semaine par enfant autiste restaient nécessaires et souhaitées par les familles. Le CAMSP ne pouvant assurer dans le meilleur des cas que 3 séances par semaine avec suivi mensuel famille et une intervention scolaire tous les 2 à 3 mois, il a été décidé de ce fait de renforcer le suivi de ces enfants par des heures d'éducateur en libéral et selon les cas de la psychomotricité et/ou une psychologue. Heures qui seraient financées par la MDPH par le biais de l'AAEH sur prescription médicale du CAMSP.

***Le renforcement des effectifs des équipes expertes sur le terrain n'étant pas possible ou très difficile actuellement sur le plan financier, le suivi intermédiaire dans l'attente de places est en train de s'organiser en libéral pour beaucoup de type de handicaps.***

#### Le cas des Troubles instrumentaux et des apprentissages au CAMSP

Le CAMSP est souvent interpellé en début de chaîne par les orthophonistes libérales pour un avis neuropédiatrique. L'équipe est formée à la réalisation de bilans normés en orthophonie, psychomotricité et neuropsychologie.

Plusieurs cas de figure :

Si le diagnostic est évoqué (diagnostic différentiel) : un rapport médical et un bilan sont donnés aux partenaires avec une orientation libérale : orthophonie 2 fois par semaine et une coordination de soins par le pédiatre du CAMSP.

Si le diagnostic est à confirmer, l'enfant est gardé au CAMSP.

Les dossiers difficiles sont proposés au centre de référence.

Les cas complexes multidys sont orientés pour un suivi coordonné par le Dr Castarigny au CH de Montauban.

Les dysphasies sévères sont orientées vers le Sessad d'Arties depuis 2 ans et maintenant aussi vers le Sessad ASEI.

### > CMPP

Le rapport d'activité de la section CMPP du CMPP Ingres de l'ASEI en 2013 objective une baisse de la file active (usagers vus au moins une fois) de 700 jeunes en moyenne dans les 6 années qui précèdent à 501 en 2013. Cette baisse semble concerner particulièrement les nouvelles demandes. Le nombre d'enfants bénéficiant d'une rééducation augmentant sensiblement (467 enfants en 2013, 416 en 2012).

La baisse du nombre d'enfants accueillis concerne toutes les antennes alors que le nombre de séances augmente. Cependant, **cet aspect semble conjoncturel puisqu'en 2014 la file active est de 781.**

En 2013, 51 enfants seulement des 450 enfants nouvellement reçus faisaient l'objet d'une prise en charge effective en rééducation au 31 décembre.

#### Le profil des enfants et des jeunes accueillis au CMPP

Plus de la moitié des enfants ont entre 6 et 10 ans, proportion qui baisse sensiblement. 30% ont entre 11 et 15 ans et sont en augmentation. Les 16 ans et plus représentant 5,3%, soit 38 adolescents. Les moins de 6 ans représentent 13% des enfants, soit 94 enfants, nombre en sensible augmentation.

L'évolution des pathologies chez les jeunes en termes **d'accroissement des cas « d'absence de repères en lien avec les situations de détresse psychosociale et d'instabilité du cadre familial »**, voire de graves carences éducatives est un constat qui est rapporté comme dans les années précédentes. Il n'apparaît pas caractéristique d'une catégorie diagnostique structurale ou symptomatique.

Cependant, le CMPP estime que les enfants dits porteurs de TED étaient au nombre de 35 en 2014, soit 5% de la file active dont 14 sont reçus en CATTP. Pour 3 enfants sur 4, le CMPP intervient comme premier dispositif spécialisé.

Les troubles des apprentissages au titre principal de la problématique des enfants reçus sont estimés par le CMPP et représenteraient 2 sur 5 d'entre eux (40%).

Le bilan permet au CMPP de saisir selon quelle modalité il y a lieu de suivre ou adresser l'enfant ou ses parents suivant leur demande. Car même si l'école a repéré des troubles de l'apprentissage, ce n'est pas toujours la question qui leur importe.

#### Les modalités de prise en charge

Elles restent identiques aux années précédentes et se caractérisent par : une psychothérapie majoritairement : 47%, de l'orthophonie : 23%, de la psychomotricité : 16% et un suivi éducatif : 14%.

Le nombre de doubles séances est de l'ordre de 25%, les triples suivis restent marginaux (2%).

### Les orientations à la sortie.

Les sorties concernent 202 sujets, soit 29% de la file active (2013).

Dans **70% des cas**, il n'y a pas de réorientation nécessaire. Dans 14% des cas, l'orientation se fait vers un établissement médico-social ou un Sessad ; dans 6% vers un CMP ou un autre CMPP ou l'orientation est inconnue car le suivi est interrompu (6%) (Estimation réalisée à partir de l'activité du CMPP Montauban).

Un lien de travail plus soutenu est en cours avec l'ITEP les Albarèdes.

### Les listes d'attente :

Le délai d'attente pour un premier entretien va de 6 mois à Montauban à plus d'un an dans certaines antennes, expliquant une part importante des interruptions...

349 enfants sont inscrits sur une liste d'attente avant bilan. **Leur proportion est relativement plus importante encore à Nègrepelisse et à Caussade.**

L'objectif retenu est celui d'offrir une première réponse avec une consultation médicale (et la participation d'au moins un autre membre de l'équipe de service social ou psychologue). Les délais peuvent atteindre de 1 à 6 mois à Montauban et 9 mois à Nègrepelisse. Puis au moins 1 à 3 mois pour la suite du bilan et de la rééducation.

Pour rendre plus opérant le dispositif de consultation, certaines situations sont priorisées : celles notamment indiquant un risque de passage à l'acte et celles en relais d'un accueil en urgence réalisé par le CH. Le premier entretien a lieu alors dans un délai de 24h à 10 jours.

Dans des délais intermédiaires sont reçus aussi les enfants adressés par le CAMSP.

Parallèlement, un rapport d'activité (2012) présente les activités de sectorisation psychiatrique infanto-juvénile assurées par le CMPP Ingres (ASEI) par convention avec le CH de Montauban qui sont complémentaires ou en interaction avec les soins proposés au sein de la structure, CATTP (16 enfants), prévention en centres multi-accueil petite enfance (173 jeunes), suivis éducatifs à domicile (6 enfants), accompagnement d'adolescents (20), consultations et suivis spécifiques dont situations de crise (92 jeunes).

### Les partenariats :

Le partage et le travail commun avec les acteurs du milieu de l'enfant se font dans le cadre de réunions de synthèse et de rencontres avec les partenaires institutionnels : services scolaires, sociaux et médicaux, commissions. Une réunion annuelle a lieu entre CAMSP et CMPP pour assurer une continuité. Certains enfants peuvent être suivis dans le cadre de « réseaux de soins » associant par exemple : hôpital de jour, Itep, professionnel libéral.

### > CMP

L'analyse de l'activité ambulatoire de la psychiatrie infanto-juvénile permet de préciser le nombre de patients de la file active et l'évolution sur les 3 dernières années dans les CMP. **Globalement, l'effectif des patients et l'activité diminuent** ; seul le CAMPA a une activité stable. Cette diminution est en lien avec le départ des praticiens en 2013-2014 notamment sur la zone de Castelsarrasin-Moissac (-1 EQTP médical sur le secteur et le non remplacement de professionnels sur des arrêts de maladie de longue durée).

#### Les profils des enfants en CMP

Il n'est pas possible de préciser les pathologies ou diagnostics les plus fréquents étant données l'importance des données non renseignées et la non accessibilité directe des données par tranches d'âge.

Les CMP reçoivent souvent les enfants en début de scolarité (3-6 ans). Puis, il existe un second temps d'adresse vers le CMP lors de la puberté et de l'entrée en adolescence. Afin de faciliter la représentation de l'activité clinique des CMP dans le cadre de l'étude, on peut tenter de distinguer sommairement plusieurs « profils cliniques ».

#### **Les enfants porteurs de « TED » type autisme ou non spécifié ou de schizophrénies précoces**

Ils pourraient représenter environ un tiers de la file active. Ils sont reçus par les membres de l'équipe pluri professionnelle (progrès sur le dépistage, critères diagnostiques extensifs et troubles du comportement associés avec prescription médicamenteuse fréquente).

À noter que les enfants présentant un trouble de l'apprentissage, s'il est isolé, ne font pas l'objet d'une prise en charge par les CMP mais sont ré adressés en libéral. Une articulation est en cours de construction en partenariat avec la pédiatrie, au sein d'un centre de compétence.

#### **Les enfants et adolescents présentant des troubles du comportement dits « extériorisés ».**

Les enfants et adolescents présentant des troubles oppositionnels avec provocation (TOP), troubles des conduites (TC), Trouble Déficit de l'Attention - Hyperactivité (TDAH) et personnes présentant une labilité émotionnelle avec extériorisations des symptômes (geste auto/hétéro-agressifs) sont fréquents et consommateurs de temps dans l'urgence (prise en charge spécifique + travail d'articulation entre partenaires (sanitaire / social / médico-social).

**Les « refus scolaires anxieux » et autres troubles anxieux** qui semblent être en augmentation.

Un dispositif spécifique a été mis en place, « Labyrinthe », avec une enseignante spécialisée et une éducatrice pour des accompagnements à une réinscription sociale au collège Ingres sur le CATTP du CAMPA. Sur l'aire géographique de l'UF3, ces troubles sont mieux repérés, en partie grâce au travail partenarial et au groupe de travail à la MDA avec les médecins scolaires, infirmières scolaires, AS et CMPP. Ce travail mobilise des professionnels de l'Education nationale, du social et du soin.

Cette symptomatologie recouvre des étiologies variées, allant du syndrome d'Asperger non diagnostiqué de manière précoce aux phobies caractérisées, en passant par les angoisses de séparation et dépression.

Les adolescents présentant des troubles anxieux généralisés ou des syndromes de stress post traumatiques, pourtant de plus en plus nombreux, ne peuvent souvent pas avoir accès à une prise en charge psychothérapique adaptée pourtant indiquée (du fait des manques de moyens).

**Les troubles dépressifs +/- geste suicidaire** nécessitant un accompagnement psychothérapique individuel.

Mais les professionnels signalent aussi les troubles réactionnels pour lesquels le CMP ne peut pas répondre car il n'y a pas de réactivité suffisante pour l'ensemble des CMP (UF 0-12 ans à Montauban, UF2 Castelsarrasin-Moissac /UF3)

« Une mission d'ouverture que l'on ne peut pas soutenir... » dans un contexte de précarité qui impacte fortement sur les besoins et les réponses.

### Les modalités de prise en charge

La file active ambulatoire semble se stabiliser depuis 2-3 ans (environ 1400 enfants) ainsi que le nombre d'actes par enfant en moyenne 8 à 9 actes par an et en moyenne, soit 14 500 actes.

Les listes d'attente sont apparues depuis 3-4 ans. UF1 : environ 120 personnes, UF2 environ 200 personnes, UF3 : 3 semaines pour un premier accueil éducatif, ou infirmier spécialisé, 2 mois pour un psychiatre, 1 an pour un(e) psychologue.

Le taux de renouvellement de la file active diminue progressivement : de 50% en 2012 à 38% en 2014.

Pour tenter de « prioriser » les demandes arrivant sur les CMP, un créneau d'urgence médical a été défini pour chaque médecin permettant de réévaluer, sur appel du médecin, la situation des jeunes en CMP (particulièrement dans un contexte de geste ou d'idéation suicidaire, mais aussi notamment suite à des troubles du comportement) passés aux urgences.

Par ailleurs, il existe des **dispositifs d'analyse de la demande et d'orientation** durant des temps collectifs au sein des CMP de Castelsarrasin, du CAMPA et du CMP de l'UF1 afin de faciliter l'orientation vers un professionnel aux compétences adaptées à la demande.

#### LES TERRITOIRES ET L'ACCESSIBILITÉ

Deux points noirs sont identifiés :

- Valence d'Agen plutôt tournée vers Agen mais le CAMSP d'Agen est saturé.
- Beaumont de Lomagne très éloigné de tout, très à risques, qui pourrait être une antenne de Castelsarrasin ou un CMP à Montech

#### LE PARTENARIAT

Le lien est très fort **avec la maternité** : un staff prénatal existe depuis 20 ans avec l'ensemble des partenaires (maternité, PMI, éducateur du CMPP, et pédopsychiatre du CMP : évaluation des situations des parents vulnérables et élaboration de projets de fin de grossesse et de postpartum immédiat. À noter aussi le staff post natal : instance clinique 1 fois par mois pour les professionnels du champ de la petite enfance qui souhaitent parler des situations à problème.

Le lien est fort aussi **avec l'Éducation nationale** avec des dispositifs spécifiques à chaque CMP en articulation avec les partenaires. Ce lien est par ailleurs facilité par les enseignantes spécialisées inscrites dans le secteur par le biais d'une convention entre le CH de Montauban et l'Éducation nationale (à noter une évolution de leur mission afin de renforcer leur rôle de coordination avec les structures de l'Éducation nationale).

Le partenariat avec **l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), le secteur social et les Établissements Médicaux Sociaux (EMS)** se fait particulièrement au cours des réunions de travail spécifiques dans les CMS, les CMP ou les EMS. Certains CMP ont formalisés des temps spécifiques d'articulation.

Plus spécifiquement, concernant les adolescents, la culture du partenariat est forte avec l'apport spécifique de **RESADO 82** et de la **Maison Des Adolescents** qui contribuent à la coordination, la prévention et la réflexion autour de situations cliniques.

Mais il n'y a pas de réunion formelle régulière avec le CMPP, notamment concernant la place du CMP comme référent de parcours ainsi que sur le découpage territorial.

## 5 Principaux constats et éléments d'analyse

### « Un dispositif bloqué, saturé.. » : le déséquilibre entre les demandes et l'offre de soins

#### LES INDICATEURS

Cette situation de blocage décrite par l'ensemble des professionnels est bien objectivée par des indicateurs comme **les délais de RDV** et **les listes d'attente** :

	File active	Délais de 1 <sup>er</sup> RDV avec médecin	Liste d'attente	Sorties
CAMSP	330	15 jours à 3 mois		25% de la file active
CMPP	500 (à 700)	>4 mois	349	29% de la file active
CMP	1000	>2 mois De 15 jours à 1 mois dans le CAMPA	316	43% de la file active en 2013, 38% en 2014

Les difficultés de relais de prise en charge illustrent aussi cette situation.

21 enfants du CAMSP ont une notification MDPH : SSED IME, 4 ont dû être orientés vers le libéral, 17 restent pris en charge par le CAMSP (dont 8 sont des enfants présentant un TED).

#### LES ÉLÉMENTS D'ANALYSE

##### > L'augmentation des « besoins »

Pour interpréter ces indicateurs et comprendre la situation, il paraît nécessaire de tenir compte de deux éléments de contexte propres au département du Tarn et Garonne qui de fait témoignent d'une augmentation des « besoins » auxquels le dispositif doit pouvoir répondre.

- L'augmentation de la population du département et plus spécifiquement sur certaines zones (1,3% par an). Avec près de 247 000 habitants dont près de 60 000 de moins de 20 ans le Tarn et Garonne est le département de la région qui affiche le rythme de croissance le plus fort : plus de 3000 habitants en moyenne chaque année. Les plus fortes croissances s'observent dans certaines communes comme Montech (+3,3%), Nègrepe-lisse (2,8%), Grisolles (2,9%), Verdun sur Garonne (+2,4%). Cette évolution pourrait se poursuivre dans les années à venir, le département devenant le 3<sup>ème</sup> département de la région devant l'Aveyron.

– L'importance et l'évolution à la hausse des situations de précarité :

Les populations précaires demandent beaucoup plus de temps pour la prise en charge du fait de l'intrication des problèmes et de l'importance du social, du nombre plus grand de partenaires. Le département figure parmi les départements métropolitains les plus touchés par la pauvreté.

### > L'évolution des demandes

Les demandes d'intervention auprès du CAMSP par les partenaires (PMI, Hospitaliers, Education Nationale) pour la mise en place d'une approche et d'un suivi plus globalisés sont de plus en plus importantes.

Mais l'augmentation des demandes est liée aussi à une sensibilisation du grand public à des problématiques largement diffusées : les troubles « dys » dits autisme, hyperactivité..., ce qui permet aux parents de soutenir une démarche auprès de plusieurs interlocuteurs disponibles.

Les demandes auprès de la MDPH sont ainsi en augmentation constante, et les sollicitations du CMPP ou du CAMSP par la MDPH se multiplient.

Les adolescents sont de plus en plus nombreux à être adressés dans des situations critiques et rentrent directement au CMPP sans passage par l'unité des ados du SPIJ (ex des 49 cas de consultation suite à une atteinte somatique reçus dans les services d'urgence ou en pédo-psy de l'hôpital et des jeunes en risque de déscolarisation).

### > La saturation et l'insuffisance des places en aval et des lieux d'accueil spécialisés type internat

En 2014, le dispositif de prise en charge et d'accompagnement se caractérisait par :

- 6 IME de 245 places, dont 33 pour autisme/TED à Montauban,
- 1 ITEP de 60 places,
- 7 SESSAD de 122 places, dont 11 pour autisme à Montauban.

Globalement, les indicateurs en taux d'équipement en établissement pour enfants handicapés et en SESSAD pour enfants handicapés traduisent **le déficit en équipement du département**.

#### Certains projets nuancent ce constat :

- 24 places de SESSAD vont ouvrir à Moissac en septembre 2015
- 26 places d'IME en septembre 2016
- 1 UE en maternelle autisme de 7 places à la rentrée 2015.

Mais actuellement les listes et les délais d'attente sont importants (36 enfants en attente d'IME et 150 enfants en attente de SESSAD, estimation par la MDPH 2013). La prise en charge des plus petits dans les IME n'est pas effective malgré l'extension de l'agrément à partir de 0-20 ans.

### > **L'insuffisance des professionnels au sein du CMPP et du CMP**

Plusieurs postes au cours des années 2013 et 2014 n'ont pu être pourvus.

Au CMPP : ¼ temps de psy reste vacant depuis 2013, des heures vacantes sur orthophonistes, et des postes de psychologue et d'éducatrice spécialisée sont restés longtemps vacants.

Au CMP : sur la zone de Castelsarrasin-Moissac, 1 EQTP médical sur le secteur n'a pas été pourvu et il n'a pas été possible de remplacer les professionnels sur des arrêts de maladie de longue durée.

Enfin, le fait qu'un grand nombre de postes de psychiatre ne soit pas pourvu dans les EMS vient engorger les listes d'attentes des CMP, de même que les demandes de suivi individuel spécifiques en orthophonie, ou psychomotricité, faute d'offre ou de moyens pour la mise en place de suivis en libéral.

### > **La saturation de l'offre de soins en libéral (orthophonistes) et la non prise en charge de certains soins en libéral**

Le renforcement des effectifs des équipes expertes sur le terrain n'étant pas possible ou très difficile actuellement sur le plan financier, le suivi intermédiaire dans l'attente de places est en train de s'organiser en libéral pour beaucoup de type de handicaps.

Cependant, cette façon de procéder est particulièrement difficile pour les enfants autistes et de façon plus générale pour toutes les situations complexes médicalement et socialement. Elle conduit souvent ou de fait à des ruptures de prise en charge. Cette orientation pose aussi le problème de la formation de ces professionnels et de leur coordination.

### > **La question des missions, des répartitions des missions, et de leur articulation...**

Cette question est particulièrement mise en avant par les professionnels de santé du CMP au regard de l'organisation actuelle du département. Ils souhaitent mieux définir leur aire géographique afin de mieux adapter les moyens et mieux s'articuler en interne avec le CH de Montauban, l'hôpital de jour, le CATTP mais aussi le CMPP.

(Ex : Une centaine d'enfants du secteur CMP ASEI pris en charge sur les CMP du CH)

Au-delà de cette réflexion, les professionnels rencontrés élargissent cette question en posant aussi le problème d'une insuffisante définition des répartitions des missions : psychologues ASE, Médecins scolaires et Psychologues scolaires et des missions CMP/CMPP.

**Ce besoin d'éclaircir et de préciser les modes de fonctionnement et le positionnement de chacun dans le dispositif est aussi identifié par les médecins scolaires comme une des premières questions à aborder collectivement.**

**Une réflexion est déjà initiée autour de la prise en charge des enfants qui présentent des troubles des apprentissages. Ce travail devrait pouvoir se poursuivre et se structurer avec l'ensemble des professionnels et des partenaires institutionnels.**

## 6 Questions soulevées et pistes de réflexion

Ces questions ou ces pistes de réflexion ont été soulevées par les professionnels rencontrés et pourraient servir de support à un travail collectif avec l'ensemble des structures et des partenaires.

Une présentation synthétique autour de ces pistes de réflexion permet de repérer ce qui apparaît actuellement comme des points forts ou au contraire des faiblesses du dispositif.

### > La prévention

- La question de la mise en place de la prévention pour les prématurés et le protocole organisé avec Ptiti Mip : les difficultés pour répondre à ces situations dans un délai satisfaisant, la nécessité de mobiliser un psychomotricien formé en libéral.
- L'important travail partenarial dans le staff prénatal et le staff post natal.
- La question des « psychothérapies individuelles au long cours » pour les enfants qui s'inscrirait dans la prévention du trouble psy... mais qui reste difficile à évaluer.

### > Le repérage, le diagnostic précoce et la prise en charge et l'orientation des enfants porteurs de TED

- La place centrale du CAMSP dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge précoce des enfants de moins de 6 ans atteints de TED :  
L'importance et l'évolution du nombre de « nouveaux cas » d'enfants de moins de 6 ans (20 par an en moyenne actuellement) mais les délais de 3 à 6 mois pour faire le bilan témoignent de ce positionnement mais aussi des difficultés pour y répondre. Depuis 2006, de nouvelles méthodes de diagnostic sont mises en place, le personnel a été formé. Des professionnels du CAMSP et du CMP participent à l'équipe diagnostic de proximité associée au CRA.
- Les difficultés d'orientation :  
11 enfants avec des troubles autistiques et qui ont une notification MDPH sont toujours pris en charge.  
Actuellement, le CAMSP se voit obligé de choisir entre limiter l'accès du CAMSP aux plus de 4 ans ou réduire le temps de suivi des enfants autistes à la phase de diagnostic... étant donné l'encombrement des Sessad d'aval (11 places autisme) et l'absence de temps suffisant des professionnels nécessaires.
- La place du CMP et celle du CMPP restent plus difficiles à identifier et devraient pouvoir être précisées.

### > La mise en place de la coopération dans le domaine des troubles des apprentissages

- Le CAMSP : une équipe formée à des bilans normés en orthophonie, psychomotricité et neuropsychologie, les orientations se font suivant l'importance des troubles : la place du libéral et la coordination CAMSP pour les cas simples... les cas complexes au CH de Montauban, les dossiers difficiles au centre de référence.
- La place du CMPP : 2 enfants sur 5 : des troubles repérés par l'école, des modalités de prise en charge définies au regard de la problématique familiale.
- La place du CMP : un positionnement en cours de travail pour une mise en cohérence avec pédiatres et partenaires de l'EN et du médico-social.

Ce travail doit pouvoir concerner tous les professionnels impliqués et les deux bassins de santé du département.

### > Les Adolescents

- Une grande culture de partenariat qui semble s'être particulièrement construite et développée autour de RESADO.
- Un dispositif d'accueil qui s'avère opérant (alors que la mission d'ouverture pour les enfants ne peut être soutenue).
- Des difficultés de prise en charge des TED adolescents quand les troubles du comportement aboutissent à hospitalisation complète prolongée.
- Des ados relevant d'ITEP, source de tensions entre EMS, ASE et Psy car il n'est pas possible pour la psy de « gérer toutes les crises ».

### > Les situations des familles à problèmes multiples, les « sans solution »

- L'intérêt et la nécessité de pouvoir discuter de la place du pédopsychiatre et des professionnels de CMP dans la « coordination des trajectoires complexes de soins ». C'est particulièrement le cas pour les enfants et jeunes présentant un TED et TED-NOS+ ou une schizophrénie précoce ainsi que pour les troubles dits « extériorisés ». Ces différents troubles nécessitent un accompagnement étayé sur un support institutionnel coordonné.
- La rencontre des différents partenaires institutionnels et des professionnels dans les situations critiques et de préférence en amont des situations de crise doit être mieux organisée.

## 7 Les éléments méthodologiques à retenir et à prévoir pour une extension à d'autres départements

### > **Des données disponibles très partielles à compléter...**

Certains indicateurs et marqueurs témoignent bien de l'état de l'activité des structures, des principales évolutions, des profils des populations accueillies et des modalités de prise en charge.

Ces informations ont pu être extraites notamment du rapport d'activité du CAMSP mais ne sont pas disponibles pour le CMP et le CMPP.

Des entretiens complémentaires avec les cliniciens ont permis de compléter ces informations et de les mettre en perspective.

Un questionnaire spécifique auprès des équipes administratives des structures pourraient assurer une présentation plus systématique de l'équipe, de l'organisation et des modalités de prise en charge.

> **Dans un second temps, la mise en place de groupes de travail regroupant les professionnels** devrait permettre de travailler autour de ces indicateurs afin de compléter l'état des lieux et d'identifier freins, leviers et pistes d'amélioration.

> **La mise en place d'une instance de concertation stratégique et technique dans chaque département**

Elle devra permettre de porter un « diagnostic territorial partagé » et proposer des orientations pour fluidifier les parcours...