

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

DÉPARTEMENT DE L'ARIÈGE

SEPTEMBRE 2020

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

DÉPARTEMENT DE L'ARIÈGE

SEPTEMBRE 2020

Dr Bernard Ledésert - Médecin de Santé Publique

Marie-Christine Bulfone - Conseillère technique

Nathalie Martinez - Conseillère technique

Étude réalisée à la demande de l'Agence régionale de santé Occitanie

TABLE DES MATIÈRES

1/ Contexte	1
2/ Méthodologie	3
3/ Éléments de cadrage	4
> Population	4
> Enfants bénéficiaires de l'AEEH	4
> Scolarisation des enfants en situation de handicap.....	4
> Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé	5
> Établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap	6
> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique.....	7
> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie.....	7
4/ Principaux résultats de l'enquête auprès des CAMSP, CMPP, CMP	9
> Lieux d'implantation	9
> Profils des enfants accueillis	10
> Les conditions d'accueil et de bilan	13
> Les modalités de prise en charge	15
> Les sorties et les relais	17
> Les partenariats.....	18
> La place des familles	20
> Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins	21
> Les plateformes de coordination et d'orientation	21
5/ Synthèse et éléments de prospective	23
6/ Liste des tableaux	25

1/ CONTEXTE

Le plan régional de santé Occitanie 2018-2021, élaboré par l'Agence Régionale de Santé et arrêté le 3 août 2018, fixe comme objectif d'améliorer le repérage et la prise en charge précoce des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMPP et CMP de la région, dans le cadre du parcours des personnes en situation de handicap.

Il s'agit notamment de :

- mettre en réseau les différentes structures et organiser les articulations avec les professionnels libéraux ;
- construire les parcours des enfants et adolescents en fonction des prises en charge ;
- améliorer la couverture territoriale des différentes structures ;
- développer les systèmes d'information au sein de ces structures.

Les catégories de structures sanitaires et médico-sociales ciblées par cet objectif d'amélioration du repérage et de la prise en charge des enfants et adolescents sont au nombre de trois :

- 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). Selon l'analyse des rapports d'activité des CAMSP de l'année 2016, la majorité des enfants en suivi thérapeutique présentent une déficience en lien avec un trouble du neurodéveloppement comme, par exemple, une déficience intellectuelle (24 %), une déficience du psychisme (25 %), une déficience ou un trouble du langage et de la parole (13 %) [CNSA 2018].
- 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)¹ 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. Cette étude porte exclusivement sur les premiers.

Comme souligné dans des travaux réalisés en amont du 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. Certains de ces éléments sont également retrouvés dans le rapport de la mission IGAS « relative à l'évaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-Sociale précoce

¹ Depuis 2003, il n'y a pas eu de publication nationale portant sur l'activité des CMPP. Un dispositif de rapport d'activité type, à l'instar de celui existant pour les CAMSP, a été instauré en 2017. L'analyse, au niveau national, de ces rapports d'activité sera également effectuée par la CNSA.

(CAMSP), des Centres Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) et des centres Médico-Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile » publié en septembre 2018. Il est ainsi mentionné que ces trois centres apportent des prises en charge qu'il convient de renforcer et qu'ils partagent des caractéristiques communes dans leur cœur de métier (accès direct des enfants et de leur famille, équipes pluridisciplinaires sous la direction d'un médecin, des étapes de parcours identiques dans les trois types de centres...). Les auteurs du rapport soulignent que chaque type de centre présente toutefois des spécificités de fonctionnement et de public accueilli.

Par ailleurs, la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022 fixe comme objectif de « Développer une démarche volontariste de repérage à tous les âges, articulée systématiquement à des interventions sans délai » (Ambition n°2 – Objectif 1). Dans la lignée des recommandations de la HAS, elle positionne notamment les équipes des CMP, des CAMSP et des CMPP comme professionnels de 2^e ligne en matière de repérage et de diagnostic. Afin de rendre visible et explicite ce parcours de repérage et de diagnostic sur le terrain pour les professionnels et les familles, les structures de 2^e ligne seront appelées à s'organiser pour opérer une plateforme d'orientation et de coordination accessible par téléphone apportant un soutien aux professionnels de santé de 1^{ère} ligne (médecins traitants, pédiatres et médecins de PMI) d'orienter efficacement les familles.

Dans ce contexte, l'ARS confie au CREAI-ORS Occitanie la réalisation d'un bilan sur le dispositif régional et son fonctionnement dans le prolongement du travail réalisé en Midi-Pyrénées en 2015-2016 puis, l'organisation de concertations territoriales afin d'identifier les atouts et les freins ainsi que les conditions de mise en réseau effective des professionnels et des structures et de la mise en œuvre des plateformes d'orientation et de coordination prévues par la stratégie nationale autisme.

Ce rapport :

- restitue les éléments de cadrage sur le département et sur les troubles psychiques des enfants et adolescents ;
- présente les caractéristiques du dispositif départemental issues de l'analyse des différents rapports d'activité et des entretiens avec les professionnels de santé ;
- propose une synthèse des principaux constats et des éléments d'analyse.

Un rapport régional présentant une synthèse des éléments collectés dans chaque département viendra compléter les treize rapports départementaux.

2/ MÉTHODOLOGIE

L'étude a été conduite par le CREAI-ORS Occitanie en se basant sur le travail réalisé en 2016 sur les huit départements de la partie ouest de l'Occitanie par l'ORS Midi-Pyrénées et le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon.

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 pour la partie est de la région 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 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :

- population ;
- données ALD ;
- données PMSI ;
- données Éducation Nationale ;
- taux d'équipement, nombre et types de structures médicosociales de région ;
- nombre de professionnels libéraux (psychiatres, psychologues, orthophonistes...).

Dans une seconde phase, des entretiens avec les professionnels de chacune des structures dans chaque département de l'ancienne région Languedoc-Roussillon ont été menés. Ils 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 ;
- explorer les conditions de mise en place des plateformes d'orientation et de coordination prévues par la stratégie nationale autisme.

Parallèlement, une actualisation des éléments recueillis en 2016 a été effectuée pour les départements de la partie Ouest de la région.

Des concertations départementales ont ensuite été organisées fin 2019 et en 2020, en s'appuyant sur les résultats et enseignements des phases précédentes. Il s'agissait d'identifier les conditions de construction des parcours d'accompagnement des enfants en amont, pendant et en aval des prises en charge en CAMSP, CMP et CMPP. Une attention particulière a été portée aux collaborations entre services d'une part, aux collaborations avec les acteurs libéraux d'autre part. La prise en compte des spécificités de couverture territoriale et d'offre de soins a également fait l'objet d'attention.

Enfin, l'analyse des informations collectées sur tout ce processus a permis la rédaction de rapports présentant la situation dans chaque département et les recommandations qui peuvent être formulées puis la production d'une synthèse régionale.

3/ ÉLÉMENTS DE CADRAGE

> Population

Le département de l'Ariège rassemble une population de plus de 153 000 habitants. C'est, hormis la Lozère, le département le moins peuplé d'Occitanie. La densité de la population est de 31,3 habitants au km², inférieure à la densité en Occitanie (79,9 hab./km²) ou en France métropolitaine (118,5 hab./km²). L'Ariège est un des départements d'Occitanie ayant la plus faible densité de population : seuls le Gers et la Lozère ont des densités de population moindres.

Les enfants âgés de moins de 21 ans sont près de 33 350 (21,2 % de la population). Au cours de la dernière période quinquennale (2011-2016), la population des Ariègeois âgés de moins de 21 ans a diminué de près de 650 individus, soit une décroissance de -0,4% par an ; deux départements sont confrontés à une décroissance de population plus importante en Occitanie, les Hautes-Pyrénées et le Lot. Cette décroissance correspond à une inversion de tendance par rapport à la période quinquennale précédente (2007-2011) au cours de laquelle cette population avait augmenté de près de 500 personnes, soit un rythme de 0,3 % par an.

Tableau 1- Population au 1^{er} janvier 2016

	0 à 6 ans	7 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Population totale
ARIÈGE	10 550	8 578	6 945	7 276	33 348	153 067

Source : INSEE RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

> Enfants bénéficiaires de l'AEEH

Plus de 460 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH en Ariège, soit 1,4 enfant pour 100 jeunes de moins de 21 ans, taux inférieur à celui noté au niveau régional (2,2 %) et national (1,7 %). Un taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH inférieur n'est observé que dans un seul département en Occitanie, le Gard.

Tableau 2 - Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH au 31 décembre 2017 et taux départemental (pour 100 enfants de même âge)

	0 à 5 ans		6 à 11 ans		12 à 15 ans		16 à 20 ans		Moins de 21 ans	
	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.
ARIÈGE	79	0,88	179	1,76	123	1,77	81	1,12	462	1,39

Source : CAF - CCMSA 2017 et INSEE RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

> Scolarisation des enfants en situation de handicap

À la rentrée scolaire de septembre 2018, 985 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire en Ariège : 497 dans le 1^{er} degré et 488 en 2nd degré. À cela, s'ajoute 288 élèves scolarisés en établissement médico-social. Cela correspond à un ratio de 3,4 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire pour 1 élève scolarisé en établissement médico-social.

Au total, ce sont 1 237 enfants et adolescents en situation de handicap qui sont scolarisés en Ariège. Cela représente 3,9 % des élèves du 1^{er} degré et 4,1 % des élèves du 2nd degré (respectivement 3,3 % et 3,0 % en région et 2,7 % et 2,5 % au niveau national).

> Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé

Au total, 21 médecins spécialistes en psychiatrie² sont répertoriés en Ariège début 2019. Parmi eux, on relève que :

- aucun n'est pédopsychiatre : l'Ariège est le seul département d'Occitanie sans pédopsychiatre répertorié ;
- un psychiatre sur trois a une activité libérale ou mixte ;
- la densité de psychiatres (pour 100 000 habitants) en Ariège est inférieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (13,7 versus 21,6) ;
- au total, la densité en médecins spécialistes en psychiatrie est inférieure à la moyenne en Occitanie et en France métropolitaine et place l'Ariège au dernier rang des treize départements d'Occitanie pour cet indicateur.

Au cours des cinq dernières années, entre 2014 et 2019, le nombre de médecins spécialistes en psychiatrie a diminué en Ariège : un pédopsychiatre était répertorié en 2014 et 24 psychiatres, soit quatre professionnels de plus que cinq ans plus tard. Cette diminution du nombre de médecins spécialistes en psychiatrie est plus importante, proportionnellement, que la diminution du nombre d'habitants sur la même période ; ainsi la densité de médecins spécialistes en psychiatrie pour 100 000 habitants est passée de 16,4 en 2014 à 13,7 en 2019.

On dénombrait 9 pédiatres (dont deux à exercice libéral) en 2019 en Ariège, soit 34,2 pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans, densité inférieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (57,4) ou la France métropolitaine (58,5). Le nombre de pédiatres en 2019 est identique à ce qui était noté en 2014.

Tableau 3 - Médecins – effectifs et densité (pour 100 000 habitants) au 1^{er} janvier 2019

ARIÈGE	Pédopsychiatre*			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	Total
Effectif	0	0	0	7	14	21	7	14	21
Densité	0,00	0,00	0,00	4,57	9,15	13,72	4,57	9,15	13,72

* pour 100 000 habitants de moins de 18 ans

Source : RPPS 1er janvier 2019 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Parmi les autres professionnels de santé³ le plus souvent sollicités pour la population des enfants et adolescents avec troubles psychiques, on observe que :

- 64 orthophonistes sont dénombrés. Ils ont principalement un exercice libéral (ou mixte) : cela concerne 83 % d'entre eux. La densité des orthophonistes en Ariège est supérieure à celle observée dans l'ensemble de l'Occitanie (38,6 orthophonistes pour 100 000 habitants vs 49,2

² Est prise en compte la 1^{ère} spécialité mentionnée dans le répertoire permanent des professionnels de santé (RPPS). Il faut noter que certains psychiatres peuvent être titulaires de diplômes complémentaires ou d'une option portant sur l'enfance et l'adolescence. Ces professionnels sont comptabilisés parmi les psychiatres et non parmi les pédopsychiatres. De plus, notamment en milieu hospitalier, certains psychiatres exercent auprès des enfants et des adolescents sans que cela fasse l'objet d'une spécialité ou compétence mentionnée dans le RPPS.

³ Les informations disponibles dans les bases de données portant sur les professionnels de santé (liste ADELI) ne permettent pas de les différencier selon la population qu'ils prennent en charge (par exemple, il n'est pas possible de différencier les orthophonistes selon qu'ils consacrent leur activité à la prise en charge d'enfants et adolescents, d'adultes ou de personnes âgées. De ce fait, les taux présentés sont calculés avec l'ensemble de la population, quel que soit son âge en dénominateur.

pour 100 000) mais supérieure à ce qui est observé en France métropolitaine (39,6 pour 100 000). C'est le 5^e département d'Occitanie qui présente la densité d'orthophonistes la plus élevée ;

- un peu plus de 200 psychologues sont dénombrés. Il s'agit surtout de professionnels salariés (64 %). La densité des psychologues en Ariège (133,9 pour 100 000 habitants) est supérieure à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (115,4 pour 100 000) ou en France métropolitaine (106,0). C'est, après la Haute-Garonne, le département d'Occitanie présentant la plus forte densité de psychologues ;
- les ergothérapeutes sont au nombre de 21 en Ariège. Le plus souvent (81 %), ces ergothérapeutes sont salariés. Rapportée à la population du département, la densité d'ergothérapeutes en Ariège est inférieure à celle observée sur l'ensemble de la région ou en France métropolitaine : 13,7 ergothérapeutes pour 100 000 habitants en Ariège contre 21,4 pour 100 000 en Occitanie et 19,3 pour 100 000 en France métropolitaine. C'est, après le Tarn-et-Garonne, le département d'Occitanie présentant la plus faible densité d'ergothérapeutes ;
- 34 psychomotriciens exercent en Ariège. Plus des deux cinquièmes (41 %) ont un exercice libéral ou mixte. La densité en psychomotriciens (22,2 pour 100 000 habitants) est un peu supérieure à celle observée en Occitanie (22,7 pour 100 000). Elle est de 20,6 pour 100 000 en France métropolitaine. L'Ariège se situe au 8^e rang des départements d'Occitanie ayant la densité de psychomotriciens la plus forte.

Tableau 4 - Autres professionnels – effectifs et densité (pour 100 000 habitants) au 1^{er} janvier 2019

ARIÈGE	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
Effectif	53	11	64	73	132	205	4	17	21	14	20	34
Densité	34,6	7,2	41,8	47,7	86,2	133,9	2,6	11,1	13,7	9,1	13,1	22,2

Source : Adeli 1er janvier 2019 – Exploitation : CREAL-ORS Occitanie

> Établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap

Huit établissements pour enfants en situation de handicap et une unité d'enseignement maternelle sont implantés en Ariège pour un total de 282 places : cinq Instituts médico éducatifs (IME) pour 220 places, trois Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour 55 places et l'unité d'enseignement maternelle de 7 places. Le taux d'équipement en établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap est de 9,1 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, supérieur à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (7,2 pour 1 000) et sur l'ensemble de la France métropolitaine (6,6 pour 1 000). L'Ariège est le 5^e département d'Occitanie ayant le plus fort taux d'équipement en places d'hébergement pour enfants et adolescents en situation de handicap.

Cinq SESSAD, pour un total de 104 places, sont implantés sur le département. Le taux d'équipement est de 3,3 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, identique au taux observé sur l'ensemble de la région (3,3 pour 1 000) et très légèrement inférieur à celui en France métropolitaine (3,4 pour 1 000). Il s'agit du 9^e département d'Occitanie ayant le plus fort taux d'équipement en places de SESSAD.

> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique

Près de 4 600 habitants de l'Ariège bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, 199 ont moins de 20 ans.

Les pathologies relevées parmi ces personnes de moins de 20 ans sont avant tout des troubles du spectre de l'autisme et des retards mentaux. Les principales pathologies relevées sont détaillées ci-dessous :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 50,5 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte 10,2 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs 9,7 %
- Retard mental 9,2 %
- Troubles de l'humeur 5,1 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels..... 4,6 %

Tableau 5 - Nombre et taux standardisé (pour 100 000 habitants) de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017

ARIÈGE	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	8	48	70	73	199
Taux standardisé	111,4	594,3	828,0	963,6	628,9

Source : CNAMTS – CCMSA - CNRSI 2017 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie

Plus de 440 séjours hospitaliers en psychiatrie correspondant à un total de plus de 6 000 journées d'hospitalisation ont été enregistrés en 2018 pour des enfants de moins de 20 ans domiciliés en Ariège. C'est parmi les 15-19 ans que le nombre de séjours d'hospitalisation rapporté à la population est le plus important et parmi les 0-4 ans qu'il est le plus faible. Moins de la moitié de ces séjours (44 %) correspondent à des hospitalisations à temps partiel, soit un niveau inférieur à ce qui est observé sur l'ensemble de l'Occitanie (68 %). C'est parmi les 5-9 ans que la proportion de journées en hospitalisation à temps partiel est la plus élevée et parmi les 15-19 ans qu'elle est la plus faible : respectivement 94 % et 3 %. Le taux standardisé de séjours hospitaliers en psychiatrie pour les habitants de l'Ariège de moins de 20 ans est inférieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie ou en France métropolitaine : 13,7 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans en Ariège, 22,8 en Occitanie et 15,2 en France métropolitaine.

Les principaux motifs des séjours hospitaliers sont les suivants :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 28,9 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels..... 28,7 %
- Troubles de l'humeur 9,1 %
- Troubles névrotiques 8,1 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants 6,1 %

Tableau 6 - Nombre et taux standardisé (pour 100 000 habitants) de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018

ARIÈGE	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	14	149	132	148	443
Taux standardisé	1,9	17,9	15,1	19,0	13,7

Source : ATIH-Rim-P 2018 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Tableau 7 - Nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie en 2018

ARIÈGE	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	141	1 590	1 775	2 533	6 038

Source : ATIH-Rim-P 2018 – Exploitation : CREAL-ORS Occitanie

Sur la même période, près de 14 800 séances en CMP pour enfants et adolescents et actes ambulatoires en services de psychiatrie (hors CATTP) ont été enregistrés pour des Ariègeois de moins de 20 ans. C'est parmi les 5-9 ans que, rapportés à la population, ces actes sont les plus fréquents et parmi les 0-4 ans qu'ils le sont le moins. Le taux standardisé de ces actes observé en Ariège (458,2 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est supérieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie (326,8 pour 1 000) ou la France métropolitaine (338,0 pour 1 000).

Les principaux motifs des actes en ambulatoire (hors CATTP) sont les suivants :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels..... 35,6 %
- Troubles névrotiques 18,6 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA)..... 15,4 %
- Difficultés liées aux conditions socio-économiques et psycho-sociales 6,6 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 5,7 %
- *Manquant ou non précisé* 0,6 %

Tableau 8 - Nombre et taux standardisé (pour 100 000 habitants) d'actes en CMP et actes ambulatoires en psychiatrie (hors CATTP) en 2018

ARIÈGE	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	998	5 751	5 271	2 742	14 762
Taux standardisé	135,9	690,2	603,2	351,2	458,2

Source : ATIH-Rim-P 2018 – Exploitation : CREAL-ORS Occitanie



4/ PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES CAMSP, CMPP, CMP

> Lieux d'implantation

Le CAMSP de l'Ariège est implanté à Foix depuis 1980 et dispose d'une antenne à Pamiers. Il est géré par l'association des Pupilles de l'enseignement public de l'Ariège (PEP-09).

Historiquement, le CMPP était rattaché à la psychiatrie avant d'être repris par les PEP-09. Une répartition des territoires d'intervention du CMPP et des CMP sur l'Ariège est en lien avec cet historique : le CMPP intervient sur le bassin de Foix depuis 1976 avec une antenne à Tarascon-sur-Ariège depuis 1979. De ce fait, il n'y a pas de CMP (ou d'antennes) sur le bassin de Foix et il n'y a pas de CMPP sur les bassins de Lavelanet, Pamiers et Saint-Girons. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile de l'Ariège relève du pôle de pédopsychiatrie du Centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC) situé à Saint Girons et gère donc les CMP pour enfants et adolescents⁴ couvrant les trois autres bassins de santé de l'Ariège : trois CMP sont implantés à Saint Girons, Pamiers et Lavelanet avec des antennes à Mirepoix, Seix, Le Mas d'Azil et Saverdun.

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs totalisent 1 523 accompagnements d'enfants et d'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. Rapporté à la population du département, cela correspond à un taux de 45,7 suivis pour 1 000 enfants de moins de 21 ans, supérieur à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (43,4 suivis pour 1 000) et plaçant l'Ariège au 8^e rang décroissant des départements de la région pour cet indicateur.

De plus, il faut noter que 212 adolescents de 16 à 20 ans sont suivis par les CMP pour adultes.

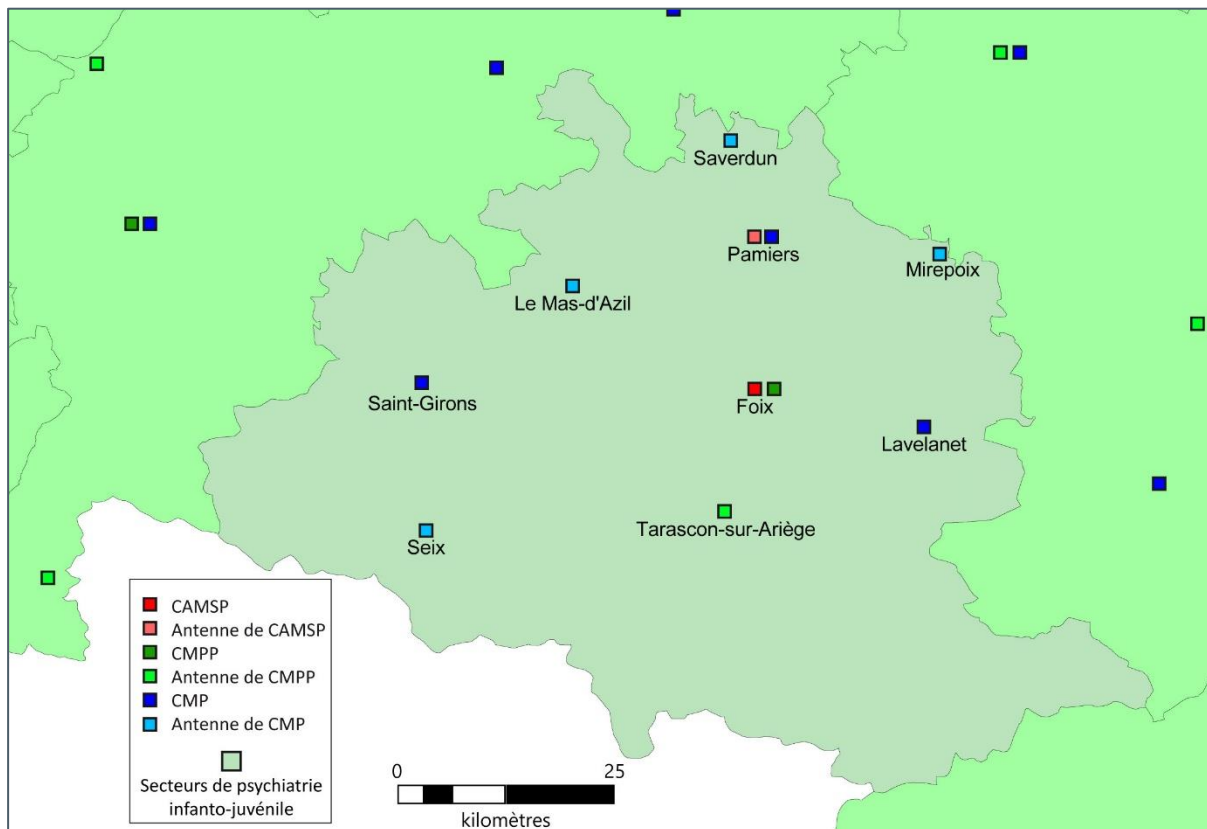
Tableau 9 - Lieux de consultation et file active

	Nombre de structures et de lieux de consultation	File Active
CAMSP	- 1 CAMSP à Foix ouvert 279 jours par an, 5 jours par semaine de 8h30 à 18h, 1 antenne à Pamiers ouverte 280 jours par an, 5 jours par semaine de 8h30 à 18h	- 198 enfants
CMPP	- 1 CMPP à Foix ouvert 250 jours par an, 3 jours par semaine de 8h30 à 19h30 et une antenne à Tarascon-sur-Ariège ouverte 2 jours par semaine de 8h30 à 18h30	- Foix : 145 - Tarascon-sur-Ariège : 62 Total : 207 enfants
CMP	- 1 CMP à Lavelanet avec une antenne à Mirepoix - 1 CMP à Pamiers avec une antenne à Saverdun - 1 CMP à Saint-Girons avec deux antennes au Mas-d'Azil et à Seix	1 118 enfants

Source : Rapports d'activité 2017 des CAMSP- CMPP et ATIH-RIMP 2018– Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

⁴ Dans la suite du document, le terme CMP concernera toujours, sauf mention contraire, les CMP pour enfants et adolescents

Carte 1 : Implantation des CAMSP, CMP et CMPP avec leurs antennes



Source : CAMSP-CMPP-CMP– Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

> Profils des enfants accueillis

Tableau 10 - Répartition par âge

Age des enfants suivis	
CAMSP	Moins de 2 ans : 9,2 %
	2 - 3 ans : 50,8 %
	4 - 6 ans : 40,0 %
	plus de 6 ans : -- %
CMPP	Moins de 6 ans : 0 %
	6 - 10 ans : 49,3 %
	11 - 15 ans : 41,5 %
	16 – 17 ans : 7,0 %
	18 ans ou plus : 2,1 %
CMP enfants et adolescents	Moins de 6 ans : 17,8 %
	6 - 10 ans : 42,8 %
	11 - 15 ans : 33,9 %
	16 – 17 ans : 5,0 %
	18 ans ou plus : 0,5 %

Source : Rapports d'activité 2017 des CAMSP- CMPP et ATIH-RIMP 2018– Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Le **CAMSP** prend en charge des enfants jusqu'à 6 ans.

Les éléments principaux concernant les enfants accueillis sont :

- le suivi des enfants grands prématurés, notamment dans le cadre du réseau P'titMIP, réseau d'aval de la périnatalité. L'accueil de ces enfants est organisé dans les 15 jours qui suivent la prise de contact. Le CAMSP a la possibilité de proposer de la kiné pour ces enfants et une prise en charge en libéral en psychomotricité pour 20 séances (avec un relais par le CAMSP si nécessaire) ;
- les suspicions de TSA adressées par la crèche ou l'école maternelle. Le diagnostic étant ensuite posé soit par le CAMSP, soit par le CRA ;
- les pathologies d'origine génétique ;
- les encéphalopathies épileptogènes.

On observe une double évolution du profil des enfants accompagnés par le CAMSP :

- d'une part, on note une réduction de moitié de la part moindre des moins de deux ans dans la file active, passant de 21 % en 2014 à 10 % en 2017 et une augmentation en parallèle des 2-3 ans, passant de 35 % à 51 % de la file active. Cependant, les professionnels du CAMSP indiquent que, depuis 2017, une nouvelle évolution a eu lieu qui amène à se rapprocher de la situation de 2014, du fait du renforcement des orientations en provenance de la maternité et de la pédiatrie du centre hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège (CHIVA) ;
- d'autre part, une évolution en lien avec le développement d'articulations avec l'aide sociale à l'enfance et un soutien aux familles d'accueil quand les enfants concernés présentent des pathologies lourdes.

Il faut également noter que, bien que n'apparaissant pas dans les données du rapport d'activité de 2017 (tableau 10), des suivis peuvent être poursuivis au-delà de 6 ans pour des enfants en attente de place en établissement ou service pour personnes en situation de handicap.

Des retards au repérage et au dépistage sont relevés notamment dans le champ des TSA, sans doute du fait d'une attitude attentiste des parents se disant que les choses vont s'améliorer, parfois renforcés en ce sens par des médecins leur disant que les choses allaient rentrer dans l'ordre avec le début de l'école. Il est encore trop tôt pour apprécier l'effet dans ce domaine des actions récemment mises en place et portant au développement des collaborations entre les différents acteurs de la petite enfance (Département, CAF, ARS, PEP...) et visant à avoir une approche territoriale décloisonnée (et non en silos).

Quelques enfants nés prématurés ou à risque du fait de pathologies néonatales « échappent » à P'titMIP. Cela est parfois favorisé par un suivi enclenché à Toulouse et que les parents ont du mal à tenir dans la durée du fait de la distance.

Au niveau territorial, peu de différences sont relevées par le CAMSP mises à part celles en lien avec les facteurs socio-économiques (secteur de Lavelanet par exemple avec l'arrivée de personnes précaires en recherche d'un logement bon marché) et les effets de la désertification médicale.

La précocité de l'intervention du CAMSP apparaît particulièrement pertinente dans deux domaines : le suivi des grands prématurés et les retards de développement qui ont tendance à être adressés plutôt tardivement.

Le **CMPP** accueille des enfants et adolescents de plus de 6 ans, avec leur famille. Il fait partie du petit groupe des CMPP qui, en Occitanie, n'accueillent que de manière exceptionnelle des enfants de moins de 6 ans.

Les éléments principaux concernant les enfants accueillis sont :

- pour les moins de 6 ans :
 - principalement des troubles des apprentissages, souvent suite à des conseils des enseignants,
 - également des suspicions de TSA, parfois après bilan au CRA (ou par l'équipe associée au CRA).
- pour les 6-11 ans :
 - troubles du comportement, troubles anxieux et troubles du comportement. Un centre de diagnostic des troubles des apprentissages a été mis en place au Centre hospitalier Val d'Ariège (CHIVA). Les

articulations avec ce centre sont à développer notamment pour déterminer et mettre en œuvre les prises en charge à mettre en place et enclencher à partir de là, le travail avec les familles.

- pour les plus de 11 ans :
 - la déscolarisation de certains adolescents est une problématique émergente,
 - les troubles dépressifs.

Concernant les retards au repérage ou au dépistage, deux éléments ressortent :

- la capacité à repérer et à amener vers les soins des jeunes collégiens ayant des troubles anxieux ou bien des troubles du comportement (mais plutôt de type repli sur soi),
- la problématique des enfants ayant des pathologies psychiatriques et suivis en famille d'accueil (l'offre dans ce domaine étant importante en Ariège).

Les facteurs pouvant expliquer ces difficultés sont principalement le manque de capacités d'adaptation du collège pour accueillir et accompagner ces jeunes avec difficultés, pouvant aboutir à une déscolarisation et par la suite à une désocialisation avec décrochage, mal-être, addictions... d'une part, le manque de continuité des soins entre les différents acteurs d'autre part. Sur ce dernier point, est mis en avant le manque d'hospitalisation de jour des adolescents avec des discours contradictoires, l'ARS indiquant que les moyens existent et le CHAC (qui gère l'hospitalisation de jour existante pour les enfants) qui souhaite un dispositif, ne mélangeant pas les enfants et les adolescents.

Globalement, sur le territoire, les besoins pour le diagnostic sont perçus comme couverts alors que les moyens apparaissent insuffisants ou mal coordonnés pour le suivi et la prise en charge.

La caractérisation du territoire se fait principalement par rapport à la métropole Toulousaine : les possibilités d'initier des prises en charge et des accompagnements y apparaissent moins développées et les possibilités de sortir du cadre offert par le collège étant limitées, cela peut impacter le développement ou l'expression de certains troubles.

Il est à noter qu'aucune évolution du profil des enfants accompagnés n'est notée par rapport à la situation de 2014-2015.

Les CMP accueillent les enfants et adolescents quel que soit leur âge.

La répartition territoriale entre CMPP et CMP, avec une intervention du premier sur le secteur de Foix et des CMP sur les autres secteurs du département, reste toujours en vigueur, même si les professionnels du CMP constatent une plus grande difficulté du CMPP à couvrir les besoins de son territoire.

Les éléments principaux concernant les enfants accueillis sont stables dans le temps et peuvent être décrits comme suit :

- pour les moins de 6 ans :
 - les enfants adressés par le CAMSP quand la problématique repérée relève plus de la psychiatrie (notamment les problèmes de relation parents-enfants). Le CMP constate un arrêt de plus en plus précoce du suivi des enfants par le CAMSP avec une orientation de ceux-ci vers le CMP ;
 - les troubles du sommeil ou de l'alimentation repérés directement par les familles avec un accès direct, notamment sur Saint-Girons ;
 - les troubles du langage pour lesquels on observe souvent une prise en charge orthophonique préalable ;
 - les TSA.
- pour les 6-11 ans :
 - une part importante des enfants est adressée par les écoles pour des troubles des apprentissages, des troubles de l'attention ou des troubles du comportement.
- pour les plus de 11 ans :
 - les problématiques sont souvent également en lien avec la scolarisation : recul des résultats scolaires, attitudes de retrait, troubles du comportement actifs...
 - d'autres problématiques sont également repérées : troubles anxieux, psychoses, troubles de l'humeur.

Du fait d'une bonne mobilisation des différents acteurs, notamment au niveau de l'Éducation nationale, il n'est pas vraiment repéré de retard au dépistage ou au repérage, notamment chez les enfants d'âge élémentaire (6-11 ans).

À partir de 12 ans, les retards viennent plus de la difficulté à faire adhérer les adolescents à la démarche de soins. Si des retards sont notés, quel que soit l'âge, ils sont principalement en lien avec les difficultés socio-familiales.

Les spécificités territoriales relevées sont :

- sur le bassin de Lavelanet, une forte précarité de personnes installées depuis assez longtemps sur le territoire. Une expression des troubles plus sur le versant déficitaire et psychotique.
- Sur le bassin de Pamiers, des problèmes de précarité sont également notés mais ils touchent une population installée de façon plus récente. Au niveau des troubles, ceux-ci seraient plus de type troubles du comportement actifs, avec également l'impact de nombreuses recompositions familiales.
- Sur le bassin de Saint-Girons, l'accueil concerne le tout-venant avec des demandes assez élevées vers un hôpital inscrit depuis longtemps dans le paysage.

Le CMP n'intervient actuellement qu'à la demande des familles. De ce fait, peu d'actions de prévention sont menées. Notamment, il manque actuellement des possibilités d'interventions en maternité. Des problèmes de repérage des vulnérabilités en lien avec la PMI, la maternité et l'hôpital seraient à développer. De même, on observe peu d'interventions en amont des placements des enfants à l'ASE.

> Les conditions d'accueil et de bilan

Tableau 11 - Origine des interventions

2017	Médicale	Éducative	Sociale	Médicosociale	Directe	Autre
CAMSP	62,5 %	10,9 %	1,6 %	3,1 %	12,5 %	9,4 %
CMPP	12,7 %	33,3 %	1,6 %	9,5 %	39,7 %	3,2 %
CMP	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd

Source : Rapports d'activité 2017 des CAMSP- CMPP- Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Nd : Non disponible

Tableau 12 - Listes d'attente et délais

	Liste d'attente au 31 décembre	Délais d'attente moyens
CAMSP	- 31 enfants	- 54 jours pour un premier rendez-vous 25 jours entre le 1 ^{er} rendez-vous et la 1 ^{ère} intervention
CMPP	- 53 enfants	- 3 mois d'attente ou plus pour un 1 ^{er} rendez-vous : 78 % 3 mois ou plus entre 1 ^{er} RV et 1 ^{ère} intervention : Nd
CMP	- nd	- 2 à 3 mois pour un 1 ^{er} entretien infirmier - 3 à 4 mois pour un 1 ^{er} entretien avec un psychiatre

Source : Rapports d'activité 2017 des CAMSP- CMPP- Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Nd : Non disponible

Aussi bien au niveau du CAMSP, du CMPP que des CMP, les modalités d'accueil sont restées les mêmes entre 2015 et 2019.

Au CAMSP, la prise de rendez-vous est faite par la famille, mais souvent à partir d'un avis médical donné en amont.

Le délai pour obtenir un rendez-vous est, dans les situations sans urgence, de 3 mois. Cependant, les listes d'attente sont, lors de l'entretien, en augmentation avec une tendance à l'allongement des délais pour un premier rendez-vous, en particulier sur l'antenne de Tarascon-sur-Ariège. Pour les grands prématurés et les urgences, le rendez-vous est donné dans les 15 jours.

Le premier rendez-vous, systématiquement avec un médecin, permet de reprendre l'anamnèse de l'enfant et de réaliser un examen clinique. À partir de là, des premiers éléments de prise en charge peuvent être mis en place si nécessaire pendant qu'un bilan médico éducatif adapté à chaque situation est réalisé (combinant orthophonie, évaluation psychomotrice et évaluation sociale). Le délai de réalisation de ce bilan est de 1,5 à 3 mois.

Une fois le bilan réalisé, la prise en charge est déterminée. Deux grands schémas émergent : kiné et psychomotricité pour les atteintes motrices ; orthophonie, psychomotricité, éducatif et suivi psychologique des parents pour les enfants avec TSA.

Au CMPP, la procédure de 1^{ère} visite est en cours de refonte. Actuellement, la prise de rendez-vous est effectuée principalement par les familles qui sont généralement orientées par le médecin traitant ou la santé scolaire. Un dossier de préadmission est complété.

Le délai pour un premier rendez-vous est estimé à 6 mois.

Le premier entretien est réalisé par un psychiatre ou un psychologue, cette deuxième possibilité étant de plus en plus fréquente. Six consultations sans accord préalable de l'Assurance maladie sont possibles et sont consacrées au diagnostic et au bilan avant de déterminer le projet de soins.

Au bout de la phase de diagnostic et de bilan, le projet de soins est élaboré en réunion de synthèse. Celui-ci consiste majoritairement en une prise en charge pluridisciplinaire avec un lien étroit avec le lieu de scolarisation effectué par les enseignants du CMPP.

Une limite apparaît dans la détermination du projet de soins : il n'est pas possible d'associer une prise en charge en libéral à la prise en charge au CMPP. Si c'est le cas, les actes libéraux ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

Au CMP, la prise de rendez-vous se fait dans la quasi-totalité des cas par la famille. Quand cette demande est faite par une autre personne (médecin traitant ou PMI par exemple), il lui est demandé que les parents contactent également eux-mêmes le CMP (sauf pour les enfants de l'ASE).

Le premier entretien est réalisé le plus souvent par un infirmier qui évalue la situation, identifie les partenaires engagés auprès de l'enfant et de son environnement et le degré d'urgence de la demande.

Lors de la réception de la demande, un premier entretien infirmier d'accueil et d'orientation est donné dans un délai de deux à trois semaines, afin d'évaluer l'urgence et la lourdeur du cas. Si des éléments particuliers justifiant l'intervention directe d'un psychiatre sont identifiés lors de la prise de contact pour le 1^{er} rendez-vous, celui-ci a lieu avec un médecin.

L'infirmier présente la situation lors d'une réunion de synthèse hebdomadaire. Un entretien avec un psychiatre est alors programmé dans un délai de 15 jours à 2 mois. Les évaluations psychométriques sont ensuite lancées en tant que de besoin. Celles-ci sont particulièrement ciblées en fonction de la pathologie.

Le délai pour la mise en place d'un suivi peut être long. Ainsi, il peut atteindre 2 à 3 ans pour la prise en charge en psychomotricité du fait d'un turn-over très lent sur ce type d'interventions. Concernant les orthophonistes, un relais peut être fait avec des professionnels libéraux sans grandes difficultés actuellement.

> Les modalités de prise en charge

Au CAMSP, une orientation vers une autre modalité de prise en charge est proposée essentiellement sur des critères d'âge :

- pour les tout-petits, une prise en charge est quasiment systématiquement mise en place. Si ce n'est pas le cas, c'est qu'une prise en charge n'est pas justifiée et qu'un simple suivi clinique peut suffire.
- à partir de 4 ans, a priori, aucune prise en charge n'est proposée par le CAMSP. Une orientation vers des professionnels libéraux est alors proposée, avec mise en place de l'AEEH ou de la PCH si nécessaire, et dans l'attente d'une éventuelle place en ESMS (qui ne prennent qu'à partir de 6 ans) si nécessaire.

La prise en charge est basée sur des suivis individuels : kiné, éducatif, orthophonie, psychomotricité, psychologue, médecin et des activités de groupe :

- éveil sensoriel pour les moins de 2 ans (2 professionnels + adultes),
- EPIS – Évaluation, préparation, intégration scolaire (éducateur + enseignant) ; ce groupe est également décliné de façon spécifique pour les enfants avec TSA en pré-scolarisation ou au début de celle-ci,
- contes (orthophoniste et psychomotricien),
- GPS – Groupe de préparation à la scolarité (enseignant),
- habiletés sociales (à Pamiers – psychologue et éducateur).

Les associations les plus fréquentes de suivis individuels combinent orthophonie et psychomotricité avec, selon les cas, également de la kiné.

Les suivis sont mis en œuvre en 1 à 2 séances hebdomadaires, plusieurs prises en charge pouvant être combinées au cours d'une séance

Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : par rapport à ce qui serait souhaitable, le CAMSP met en avant la difficulté à réaliser un travail au domicile des enfants, chose qui était encore possible il y a quelques années mais qui ne l'est plus, du fait du manque de moyens pour faire face à l'augmentation de la demande.

Pour les enfants avec TSA, si des capacités diagnostiques se sont développées avec le CRA et l'équipe associée, la difficulté tient au manque de solutions pour proposer un accompagnement adapté. Les recommandations de bonnes pratiques apparaissent difficiles à mettre en place compte-tenu des moyens actuels : la mobilisation de moyens pour atteindre la densité d'intervention multidisciplinaire recommandée se ferait forcément au détriment d'autres situations. L'intérêt de pouvoir développer des prises en charge conjointes avec des libéraux est particulièrement important à ce niveau.

Au CMPP, les réorientations vers un suivi en libéral à l'issue de la phase d'évaluation et de bilan sont extrêmement rares voire inexistantes.

La prise en charge est pluridisciplinaire associant :

- des accompagnements individuels (psychologie, psychomotricité, orthophonie),
- des ateliers collectifs organisés principalement par tranche d'âge (conte, écriture, philo...),
- des entretiens parentaux et/ou un suivi familial,
- un lien avec le lieu de scolarisation de l'enfant, principalement mis en œuvre par les enseignants détachés au CMPP.

Les associations de prises en charge les plus fréquentes sont psychologue et orthophoniste ou psychologue et suivi pédagogique en association ou non avec des ateliers de groupe.

La fréquence des séances est le plus souvent hebdomadaire (en une seule venue pour les suivis individuels).

Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : Il y a souvent une limitation quantitative des interventions pouvant être mises en place, particulièrement pour les médecins.

Il serait souhaitable de pouvoir développer les actions de prévention en milieu ouvert : avec les collègues, les centres locaux du Conseil départemental, avec les différentes structures de l'environnement des enfants et adolescents.

Dans le domaine particulier des troubles des apprentissages, la spécificité de l'accompagnement proposé par le CMPP tourne principalement autour du développement du partenariat avec l'école. Parallèlement, un lien existe mais serait à développer avec le Centre de diagnostic des troubles des apprentissages qui vient d'être mis en place au CHIVA à Foix : l'attente des familles dans ce domaine est de pouvoir accéder à des prises en charge très rapides donnant vite des résultats, ce qui est difficile à rendre effectif.

Dans le domaine des troubles du comportement des adolescents, un décloisonnement du social, du sanitaire et du pédagogique est nécessaire afin de pouvoir développer des prises en charge en commun répondant aux besoins. Un des points à travailler tourne autour de l'articulation avec le sanitaire lors des retours d'hospitalisation (notamment au CHIVA). Des situations de mise en danger de l'adolescent sont observées, pouvant poser des problèmes et nécessiter une demande d'intervention en urgence qu'il est actuellement difficile à mettre en place.

Au CMP, une réorientation vers un suivi en libéral à l'issue de la phase d'évaluation est rare : elle n'est proposée que si la pathologie est simple et avec des manifestations modérées et si la famille apparaît en capacité sociale et financière de mettre en place ce suivi.

Quelques orientations peuvent être décidées directement vers l'hôpital de jour (qui est inclus dans le même pôle). Si une orientation vers du médicosocial apparaît nécessaire d'emblée ou dans les premiers temps du suivi, ce point est discuté en équipe et avec les parents et l'école, avant dépôt d'un dossier auprès de la MDPH.

Le CAMSP peut être sollicité pour les plus petits si des troubles somatiques associés sont repérés.

L'absence d'orthophoniste au CMP nécessite l'orientation vers des professionnels libéraux ou une prise en charge coordonnée avec eux, quand d'autres troubles sont intriqués.

L'accompagnement était basé principalement sur du suivi individuel, le plus souvent à raison d'une fois par semaine, parfois moins, parfois plus. Il s'agit d'un suivi effectué principalement par un psychologue ou un infirmier. Dans certains cas, un suivi en psychomotricité peut être associé. Ces dernières années ont vu le développement des prises en charge de groupe sur les CMP. Cette évolution est en partie liée au manque de professionnels mais pas seulement. Une évolution de fond sur les modalités de prise en charge proposées pour le CMP est en cours avec la recherche d'un bénéfice pour l'enfant dans des prises en charge aussi bien individuelles ou de groupe selon ses besoins propres.

Quand le suivi individuel apparaît peu adapté, des ateliers médiatisés (contes, relaxation, écriture...) sont mis en place, animés par des binômes. Le rythme est alors généralement bimensuel pendant les périodes scolaires.

En dehors de l'absence d'orthophoniste, on note également l'absence d'ergothérapeute et d'éducateur.

Parfois, un travail familial est mis en place par le pédopsychiatre mais assez rarement actuellement du fait du déficit en médecins.

Il faut souligner qu'à Saverdun, l'antenne du CMP est désormais installée dans la maison médicale qui regroupe trois médecins généralistes ainsi que des professionnels paramédicaux tels des infirmières et kinésithérapeutes. Ce dispositif, mis en place en 2018, permet un meilleur accès à la population et s'accompagne d'une intervention en lycée pour déstigmatiser les consultations en psychiatrie et sensibiliser les jeunes.

La fermeture du centre de diagnostic des troubles des apprentissages qui existait, en tant que tel, au CHIVA est soulignée. Une consultation spécialisée de pédiatrie sur les troubles des apprentissages continue cependant à exister. Ce partenaire, en tant que centre de diagnostic, fait aujourd'hui défaut car il permettait de proposer une approche plus neurodéveloppementale et de s'articuler avec les CMP autour des prescriptions proposées aux enfants et adolescents.

> Les sorties et les relais

Au CAMSP, le nombre d'enfants sortis en 2017 est de 76 dont 11 sortis après bilan et 41 après suivi thérapeutique.

La durée moyenne de prise en charge est de 17 mois (53 % moins d'un an, 16 % de 12 à 23 mois, 31 % de 24 mois ou plus).

Orientation des enfants sortis :

- Pas besoin de prise en charge 20,4 %
- Vers prise en charge libérale 33,3 %
- Vers un CMP 25,9 %
- Vers un CMPP 9,3 %
- Vers une structure médicosociale :
 - vers un service..... 14,8 %
 - vers un établissement 3,7 %
- Sortie du fait des parents..... 28,9 %
- Autres (déménagement / vers un autre CAMSP) 1,9 %

La fin de la prise en charge se décide essentiellement sur des critères d'âge (atteinte de la limite de prise en charge en CAMSP).

En fin de prise en charge, l'orientation se fait souvent vers du libéral. Face à cela se posent deux problèmes :

- le manque d'orthophonistes avec des délais d'attente pouvant atteindre 9 mois (voire des refus). La mise en place d'une association départementale des orthophonistes peut faciliter les choses ;
- la nécessité de l'attribution de l'AEEH ou de la PCH quand de la psychomotricité s'avère nécessaire.

En cas de nécessité d'orientation en ESMS, cette question doit être travaillée entre 12 et 18 mois en amont, afin de tenir compte des délais de traitement des dossiers en MDPSH (9 mois) et des problèmes de places.

L'orientation vers la pédopsychiatrie, quand cet accompagnement est nécessaire, est problématique du fait du manque de moyens dans le département.

Au CMPP, le nombre d'enfants sortis en 2017 est de 64.

Les éléments permettant de détailler les fins d'accompagnement sont encore parcellaires, les informations n'étant pas jusqu'à maintenant recueillies de façon systématique. Un travail en ce sens est en cours.

La question de la définition et de la détermination des critères d'accompagnement est encore en travail dans la structure avec la mise en parallèle de la temporalité de la clinique et la temporalité administrative et financière. Ainsi, l'arrêt d'un accompagnement peut être décidé en équipe pluridisciplinaire, mais on peut également observer un délitement progressif de l'accompagnement de la part de l'enfant ou de sa famille, pas toujours identifié, au moins jusqu'à peu.

Une orientation vers une autre structure médicosociale concerne environ 10 % des fins de prise en charge.

Au CMP, les données sur le nombre d'enfants sortis ne sont pas disponibles.

En dehors de celles à l'initiative de la famille, les fins de prise en charge sont de fait des décisions collégiales.

En cas d'arrêt, celui-ci est mis en place de façon progressive. Quelquefois, il s'agit d'une suspension.

Quand la sortie se fait vers un établissement ou service médicosocial, un « tuilage » est mis en place. Un relais est fait avec le psychiatre de la structure et une présentation de l'enfant est souvent effectuée.

Les fins de prise en charge se décident :

- en fonction de la demande des parents/de la famille,
- quand une amélioration clinique suffisante est observée permettant de suspendre ou d'arrêter l'accompagnement,
- quand une orientation vers un ESMS (en lien avec la famille) est envisagée et devient effective.

Les orientations vers des ESMS (Sessad, IME ou Itep) se font dans des délais de 12 à 18 mois. Quand une articulation avec les CMP adultes est nécessaire, cela se fait assez facilement car, le plus souvent, le CMP adultes est sur le même site et que des collaborations existent déjà autour de la continuité des soins en hospitalisation. Le constat est fait d'un « *manque criant* » de prise en charge spécifique pour les adolescents en Ariège : hôpital de jour et CATT. Le développement de la Maison des adolescents à Foix a un peu aidé dans ce domaine mais cela reste localisé et insuffisant. Il existe ainsi un « *trou* » entre 11 ans et l'hospitalisation de jour pour adulte. Une hospitalisation de jour spécifique pour adolescents manque terriblement pour assurer une prise en charge de qualité. Ainsi, lors du développement d'une symptomatologie évocatrice de troubles psychotiques chez les plus jeunes, on est confronté à la difficulté de les orienter vers des structures pour adultes peu adaptées à ce public.

> Les partenariats

Avec le secteur médical :

Pour le CAMSP :

Une convention formalise les partenariats avec le CHIVA (maternité et pédiatrie). Les évolutions en cours vont vers une réponse de type « plateforme » : la dynamique est enclenchée dans ce domaine avec le CHIVA et un travail est en cours pour étendre cela aux dispositifs de droit commun du champ de la petite enfance. Cependant, il est clair que le développement de ces collaborations dépend également de l'implication des personnes et des moyens disponibles. Une neuropédiatre de l'hôpital intervient sur le CAMSP « quand elle peut ».

Les liens avec la PMI sont très étroits, avec des réunions régulières sur des situations particulières. Le maintien d'un bilan en moyenne section de maternelle est une bonne chose pour le repérage des situations à suivre.

Avec les médecins libéraux, le constat est que les relations avec les pédiatres sont bonnes et régulières. Avec les médecins généralistes, elles sont variables : une information est systématiquement adressée au médecin traitant de l'enfant, mais les contacts sont ensuite très variables.

Au niveau des orthophonistes, le problème est principalement marqué par la pénurie. Ils consacrent une grande part de leur activité au suivi des adultes et personnes âgées si bien que certains refusent des enfants et pour d'autres, il peut y avoir des délais d'attente très longs (9 mois). La mise en place d'une association départementale des orthophonistes devrait permettre de disposer d'un lieu où cette problématique pourrait être abordée. Côté psychologues, un réseau existe et il y a la possibilité d'orienter des enfants ou leur famille vers des psychologues cliniciens.

Avec les CMP, les liens sont peu développés du fait du manque de moyens en pédopsychiatrie. Ils sont un peu plus importants à Pamiers, le CMP et le CAMSP partageant les mêmes locaux. Avec Saint-Girons, les contacts ne sont que téléphoniques sur des situations particulières. Le manque de moyens au niveau du CMP fait que la PMI de Saint-Girons adresse les enfants à Foix avant retour sur le CMP.

Pour le CMPP :

Il n'y a pas de partenariats avec la maternité. Avec la pédiatrie, les partenariats sont développés autour des hospitalisations des adolescents en pédiatrie et la nécessité de mettre en place des articulations entre les temps de prise en charge à l'hôpital et les temps d'accompagnement au CMPP.

Avec la PMI, les relations sont en développement, notamment en lien avec le rajeunissement de la population accueillie.

Les contacts avec les médecins libéraux se font surtout dans l'urgence face à une situation difficile à gérer. Le lien avec les médecins traitants est perçu comme devant être développé.

Pour les autres professionnels libéraux, les contacts sont variés : l'absence de possibilités de prise en charge conjointe par l'Assurance maladie fait qu'il n'y a pas ou peu de contacts avec des orthophonistes libéraux. Avec les psychologues, cela dépend principalement du souhait des parents ou d'une orientation par les psychologues vers le CMPP face à des situations qui apparaissent trop complexes.

Les relations avec le CMP sont quasi inexistantes, en lien notamment avec le manque de personnel médical à leur niveau. Le CMPP souhaiterait pouvoir conventionner avec le CHAC pour assurer une meilleure collaboration/coordination avec la pédopsychiatrie sur le département.

Le départ récent du médecin du CMPP et le manque de stabilité des médecins des CMP sont des facteurs qui freinent les collaborations sur le plan médical entre ces différents acteurs avec un impact sur les accompagnements proposés aux enfants.

Pour le CMP :

Une pédopsychiatrie de liaison est mise en place avec la maternité et la pédiatrie au CH de Foix. En revanche, il n'y a pas de suivi à domicile organisé avec la psychiatrie.

Les pertes de postes en pédiatrie à l'hôpital ont un effet sur les possibilités d'assurer un suivi satisfaisant des enfants, notamment dans le domaine des troubles des apprentissages.

Avec la PMI, des réunions régulières ont lieu. En Ariège, il existe un service unique enfance famille couvrant PMI et ASE. Les contacts sont qualifiés de très bons avec une bonne orientation et une prise en charge rapide des enfants. Les demandes émanant de ce partenaire sont souvent jugées prioritaires car correspondant le plus souvent à des situations complexes.

Les contacts avec les médecins libéraux sont plus limités mais en progression. Ils orientent peu vers le CMP. Les problèmes de troubles de l'humeur et de risque suicidaire sont le plus souvent adressés aux urgences. Si la famille ne souhaite pas que le médecin traitant soit informé, aucun lien n'est fait.

Pour les autres professionnels libéraux, les contacts sont variés : les psychologues libéraux sont perçus comme de plus en plus nombreux et de moins en moins connus par les CMP. Ils n'adressent les enfants que quand les situations deviennent trop complexes pour eux, avec risque de passage à l'acte. Pour les orthophonistes, la problématique est double : le manque global d'orthophonistes, le manque de temps pour présenter les enfants et faire le point régulièrement et de façon satisfaisante avec ces professionnels.

Avec le médicosocial :

Pour le CAMSP :

Avec le CMPP, les difficultés sont liées principalement au délai d'attente pour que les enfants puissent être vus et accompagnés. Si l'enfant est déjà accompagné par le CAMSP, il faut anticiper le relais d'un an environ. Le problème est plus aigu quand un enfant est vu au CAMSP, n'en relève pas, et doit être orienté vers le CMPP : se pose alors la question de la continuité des soins et des parcours.

Avec les autres ESMS (IME et SESSAD principalement), la problématique est liée au fait qu'ils n'admettent pas d'enfants avant 6 ans et que les délais d'admission sont très longs.

Pour le CMPP :

Avec le CAMSP (opéré par la même association), se pose la question de la continuité des soins. Cela est vrai entre le CAMSP et la totalité des structures mais plus particulièrement avec le CMPP du fait des délais d'attente très longs. Il apparaît nécessaire de pouvoir travailler sur l'adaptation des prises en charge et l'articulation entre les différentes structures.

Les liens avec les autres structures médicosociales sont développés lorsque des orientations/admissions dans ces structures sont mises en œuvre.

Pour le CMP :

Avec le CAMSP, les partenariats sont mis en place quand des pathologies somatiques sont identifiées. Se pose également la question des distances pour certaines familles.

Avec le CMPP, il y a un partage de territoire (cf. supra). Les contacts avec le médecin du CMPP sont qualifiés de réguliers. Des protocoles de prise en charge conjointe sont mis en place quand l'enfant relève des deux territoires (lieu de vie sur l'un et lieu de scolarisation sur l'autre).

Les interventions dans les autres ESMS (IME, ITEP, SESSAD) se font au coup par coup.

Avec la MDPH :

Pour le CAMSP :

Les contacts sont très réguliers. La limite se situe au niveau du délai de traitement des dossiers et à l'absence d'équipe dédiée aux enfants.

Pour le CMPP et le CMP :

Les contacts se font principalement au travers de la commission des situations critiques.

Avec l'Éducation nationale :

Pour le CAMSP :

Les contacts avec le médecin scolaire sont très limités : pas d'examen médical avant 6 ans, un seul médecin sur le département.

Le lien avec les enseignants en milieu ordinaire se fait par les enseignants du CAMSP. Cependant, ceci est en perte de vitesse, l'IEN ASH demandant que le travail en présentiel auprès des enfants soit privilégié.

Pour le CMPP :

Il apparaît souhaitable de pouvoir repenser le cadre des interventions respectives de la santé scolaire et du CMPP. Une régulation progressive doit être mise en place sur les modalités d'adressage au CMPP et sur les modalités de suivi.

Avec les enseignants, une attention particulière est portée aux partenariats avec eux. Ces liaisons sont effectuées par les enseignants spécialisés détachés au CMPP. Cet élément différencie le CMP et le CMPP.

La question du maintien des moyens en enseignants au CMPP est régulièrement posée. Ce maintien apparaît nécessaire pour le lien avec le pédagogique à l'école.

Pour le CMP :

Des réunions trimestrielles étaient organisées régulièrement mais elles ont dû être suspendues du fait du manque de pédopsychiatres. Cependant, les contacts entre professionnels sont réguliers, notamment par les infirmiers.

Les problématiques principales sont liées aux enfants déscolarisés du fait de troubles du comportement ou de pathologies psychiatriques.

La diminution continue du nombre d'enseignants déployés dans les établissements de santé et médico-sociaux est soulignée.

> La place des familles

Au CAMSP, une enquête de satisfaction existe mais peu de retours sont enregistrés et notamment sur les insatisfactions. La problématique qui revient le plus, concerne la difficulté à mettre en place des prises en charge conjointes associant CAMSP et libéraux.

Au CMPP, aucune particularité sur ce point n'est mise en avant, en dehors de l'implication des parents dans le suivi des enfants : présentation du projet de manière à s'assurer d'une bonne adhésion de ceux-ci.

Au CMP, peu d'éléments sont apportés, à part une satisfaction globale exprimée par les familles et une attention portée à s'adapter le plus possible aux situations familiales, celles-ci impactant le suivi de l'enfant.

> Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins

Le CAMSP apparaît actuellement comme la seule structure proposant bilan et accompagnement pluri-disciplinaires aux tout-petits : les IME et SESSAD ne prennent pas d'enfants avant 6 ans, le CMPP et les CMP ont des délais d'attente très importants.

Les manques actuels portent sur le manque de temps d'éducateurs pour les accompagnements à domicile. Est également marqué le manque d'ergothérapeutes pour les enfants IMC. Il manque des structures spécifiques (SESSAD dédiés) pour leur proposer un accompagnement adapté après le CAMSP. Il y a aussi un manque de moyens en psychomotriciens et en orthophonistes pour répondre aux besoins de la population en s'approchant des recommandations de bonnes pratiques.

Les besoins émergents portent sur le développement du travail avec les parents (toutes pathologies confondues). Les orientations et perspectives sont de quatre ordres :

- un recentrage vers les tout-petits et trouver la possibilité d'orienter les enfants vers des structures adaptées à partir de 4 ans,
- l'accès aux autres ESMS avant 6 ans,
- l'organisation du travail en continuité entre les différentes structures : de ce fait, se pose la question du pilotage des politiques médicosociales et la nécessité de disposer d'une ligne de conduite claire et lisible dans le temps.

La spécificité actuelle du **CMPP** repose sur le pédagogique et sa capacité à faire le lien avec les enseignants en milieu ordinaire, grâce aux enseignants spécialisés qui y sont détachés.

Le CMPP dispose d'une capacité de prise en charge d'une population très large, mais en étant sans doute moins pointue sur des pathologies et des soins spécifiques.

Les difficultés de travail pouvant limiter les actions sont principalement liées aux problèmes d'articulation entre les différents acteurs qui disposent le plus souvent de peu de ressources (voire de ressources inexistantes).

La question émergente principale est celle de la déscolarisation de certains adolescents au collège.

Pour le CMP, il manque actuellement une hospitalisation de jour pour adolescents. Le projet a été approuvé mais ne peut se mettre en place actuellement, le CHAC étant en procédure de retour à l'équilibre. Le manque de médecins limite aussi ce projet.

Il faudrait également développer l'intervention précoce en maternité et le suivi en périnatalité.

Au niveau des besoins émergents, le premier constat est la croissance du nombre de demandes et les difficultés à les satisfaire. Les moyens sont limités pour assurer un suivi adapté. Une autre problématique est en lien avec les différents centres de référence qui aboutissent à des diagnostics sans prise en charge à leur niveau et du manque de moyens pour assurer les suivis proposés.

Les orientations et perspectives sont de quatre ordres :

- la mise en place effective de l'hospitalisation de jour pour adolescents,
- le développement d'une équipe en périnatalité,
- la mise en place de la maison des adolescents,
- la mise en place d'une équipe mobile pour le médicosocial (avec des moyens de visioconférence).

> Les plateformes de coordination et d'orientation

Un projet de plateforme ressource handicap (donc plus large en termes de champ et d'âge que les plateformes prévues par la stratégie nationale Autisme) est en cours en Ariège. Il mobilise l'ensemble des acteurs intervenant en milieu ordinaire dans le champ de la petite enfance, de la prévention, de l'accompagnement médico-social, de l'accompagnement de la scolarité... Cette plateforme serait en articulation avec le secteur sanitaire. Elle pourrait prendre en compte et s'approprier les objectifs des plateformes de coordination et d'orientation.

En outre, l'association PEP-09, au travers du CAMSP est porteur de la plateforme de coordination et d'orientation qui va devenir effective début 2021. Deux phases de conventionnements sont prévues : une première avec les professionnels de santé libéraux qui pourraient être sollicités dans le cadre de la plateforme, la seconde avec les institutions et partenaires qui pourraient être impliqués dans cette plateforme, notamment le pôle de psychiatrie infanto juvénile du CHAC. Le CMPP ayant un agrément à partir de 6 ans est moins concerné par cette plateforme, du moins dans un premier temps.

5/ SYNTHÈSE ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Cette dernière partie a été élaborée à partir des résultats quantitatifs, qualitatifs et de la concertation départementale qui s'est tenue le 19 janvier 2021 en visioconférence.

Des spécificités territoriales

Le département de l'Ariège présente un certain nombre de spécificités territoriales :

- une population des moins de 21 ans qui décroît à nouveau : -0,4 % par an, soit 650 jeunes de moins entre 2011 et 2016 alors que leur nombre avait augmenté de près de 500 entre 2007 et 2011 ;
- un territoire contrasté sur les plans géographique, démographique et social avec le nord du département en lien étroit avec la métropole toulousaine et le sud du département qui forme une zone rurale de haute montagne ;
- une démographie médicale marquée par l'absence de pédopsychiatres et une baisse du nombre de psychiatres qui s'accroît. Cette baisse se traduit par une diminution de la densité de médecins spécialisés en psychiatrie alors qu'elle est déjà inférieure à la valeur régionale ou nationale ;
- une densité dans la médiane régionale pour les orthophonistes et psychomotriciens ;
- une des plus fortes densités de psychologues ;
- et aussi une des plus faibles densités en ergothérapeutes.

Les points de vigilance

- un historique de « partage » de territoire entre le CMPP et le CMP : le premier est implanté dans le bassin de Foix et n'intervient pas sur les bassins de Lavelanet, Pamiers et Saint-Girons et, à l'inverse, les CMP sont implantés sur ces trois bassins mais pas sur celui de Foix ;
- la problématique de l'accès aux soins des enfants du bassin de Foix présentant des problèmes de santé mentale ne relevant pas du CMPP est posée par les acteurs ;
- une augmentation, à nouveau par rapport à la situation de 2017, de la part des moins de deux ans dans la file active du CAMSP en lien avec les orientations en provenance du CHIVA (maternité et pédiatrie) ;
- le développement de « suivis post-CAMSP » depuis ces dernières années face aux délais d'attente pour la prise en charge en établissements ou services médico sociaux pour enfants en situation de handicap ;
- un CMPP n'intervenant pas auprès d'enfants de moins de 6 ans, posant la question de la prise en charge précoce de certains troubles en lien avec les apprentissages ;
- des listes d'attente qui augmentent et des délais pour les 1^{er} rendez-vous et les premières prises en charge qui s'allongent ;
- des retards au dépistage et à la prise en charge des enfants en lien avec les difficultés des familles et leurs situations de précarité sociale malgré une bonne sensibilisation des professionnels de la petite enfance dans ce domaine ;
- l'impact du nombre relativement important des familles d'accueil dans le département ;
- une quasi impossibilité à obtenir des prises en charge par l'Assurance Maladie pour l'intervention de professionnels libéraux pour les enfants suivis en CAMSP et CMPP.

Des partenariats qui évoluent :

- une convention formalisée entre le CHIVA et le CAMSP avec une évolution pour fonctionner sur un modèle « plateforme » ;
- des liens forts avec la PMI, en particulier pour le CAMSP, en développement pour le CMPP ;
- des contacts avec les médecins limités aux pédiatres pour le CAMSP, plutôt dans l'urgence avec les généralistes pour le CMPP ;
- des relations du CAMSP ou du CMPP avec le CMP limitées par le manque de médecins ou leur turnover ;
- la raréfaction de la santé scolaire qui limite les partenariats, la nécessité de reconstruire les liens avec l'Éducation nationale ;
- une pénurie d'intervenants libéraux (en particulier orthophonistes) ou une difficulté à les mobiliser (limites posées par l'Assurance maladie) ;
- un projet de plateforme ressource handicap en cours en Ariège, mobilisant la plupart des acteurs concernés du champ de l'enfance, en articulation avec le sanitaire, au-delà de la plateforme de coordination et d'orientation.

Les plateformes de coordination et d'orientation

- une plateforme portée par les PEP-09 au travers du CAMSP ;
- qui va être opérationnelle en 2021 avec la signature des conventions de coopération avec les professionnels libéraux ;
- avec des partenariats à construire et à formaliser avec les différents acteurs de terrain.

6/ LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1-	Population au 1 ^{er} janvier 2016.....	4
Tableau 2 -	Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH au 31 décembre 2017 et taux départemental (pour 100 enfants de même âge)	4
Tableau 3 -	Médecins – effectifs et densité (pour 100 000 habitants) au 1 ^{er} janvier 2019.....	5
Tableau 4 -	Autres professionnels – effectifs et densité (pour 100 000 habitants) au 1 ^{er} janvier 2019	6
Tableau 5 -	Nombre et taux standardisé (pour 100 000 habitants) de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017	7
Tableau 6 -	Nombre et taux standardisé (pour 100 000 habitants) de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018	7
Tableau 7 -	Nombre de journées d’hospitalisation en psychiatrie en 2018.....	8
Tableau 8 -	Nombre et taux standardisé (pour 100 000 habitants) d’actes en CMP et actes ambulatoires en psychiatrie (hors CATTP) en 2018	8
Tableau 9 -	Lieux de consultation et file active en 2017	9
Tableau 10 -	Répartition par âge.....	10
Tableau 11 -	Origine des interventions	13
Tableau 12 -	Listes d’attente et délais.....	13