

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

DÉPARTEMENT DE L'AVEYRON

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'AVEYRON

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

<b>1/ Contexte .....</b>	<b>1</b>
<b>2/ Méthodologie .....</b>	<b>3</b>
<b>3/ Éléments de cadrage .....</b>	<b>4</b>
> Population .....	4
> Enfants bénéficiaires de l'AEEH .....	4
> Scolarisation des enfants en situation de handicap.....	5
> Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé .....	5
> Établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap ....	7
> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique.....	7
> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie.....	8
<b>4/ Principaux résultats de l'enquête auprès des CAMSP, CMPP, CMP .....</b>	<b>11</b>
> Lieux d'implantation .....	11
> Profils des enfants accueillis .....	13
> Les conditions d'accueil et de bilan .....	17
> Les modalités de prise en charge .....	19
> Les sorties et les relais .....	22
> Les partenariats.....	24
> La place des familles .....	28
> Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins .....	28
> Les plateformes de coordination et d'orientation .....	30
<b>5/ Synthèse et éléments de prospective .....</b>	<b>31</b>
<b>6/ Liste des tableaux .....</b>	<b>33</b>



# 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 accueillaient en 2003 (DREES)<sup>1</sup> 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 (CAMSP), des Centres Médico-Psychopédagogique (CMPP) et des centres Médico-Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile » publié en

<sup>1</sup> 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.

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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>ère</sup> ligne (médecins traitants, pédiatres et médecins de PMI) d'orienter efficacement les familles.

Dans ce contexte, l'ARS confie au CREA-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

Deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile couvrent le département de l'Aveyron : le secteur Nord-Aveyron centré autour de Rodez et secteur Sud-Aveyron autour de Millau.

#### > Population

Le département de l'Aveyron rassemble une population de près de 280 000 habitants. C'est, parmi les 13 départements d'Occitanie, le 7<sup>e</sup> département le plus peuplé. Cependant, il s'agit d'un des départements de la région les moins densément peuplés : 31,9 habitants au km<sup>2</sup>, densité nettement inférieure à la valeur régionale (79,9 hab./km<sup>2</sup>) ou de la France métropolitaine (118,5 hab./km<sup>2</sup>). Seuls la Lozère, le Gers et l'Ariège présentent des densités de population plus faibles en Occitanie. Le secteur Nord-Aveyron regroupe près des trois quarts de la population (73,4 %) et est, avec 39,7 hab./km<sup>2</sup>, près de deux fois plus densément peuplé que le secteur Sud-Aveyron (20,7 hab./km<sup>2</sup>).

Les enfants âgés de moins de 21 ans sont au nombre de 60 014 (21,6 % de la population). La part de cette population dans la population générale est un peu plus élevée dans le secteur Nord-Aveyron (21,7 %) que dans le secteur Sud-Aveyron (21,0 %).

Au cours de la dernière période quinquennale (2011-2016), la population des habitants de l'Aveyron âgés de moins de 21 ans a très légèrement progressé : 250 individus de plus sur la période, soit une croissance de 0,1 % par an. L'Aveyron se situe ainsi dans une position médiane parmi les départements d'Occitanie en termes d'évolution démographique des moins de 21 ans. Cette légère croissance suit une période de quasi-stabilité au cours de la période quinquennale précédente (2007-2011) pendant laquelle cette population avait décliné de 31 individus (+0,0 %).

Tableau 1- Population au 1<sup>er</sup> janvier 2016

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 6 ans	7 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Population totale
NORD-AVEYRON	13 817	11 428	9 115	10 081	44 442	204 546
SUD-AVEYRON	4 855	3 965	3 362	3 391	15 573	74 151
<b>AVEYRON</b>	<b>18 671</b>	<b>15 393</b>	<b>12 477</b>	<b>13 473</b>	<b>60 014</b>	<b>278 697</b>

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

#### > Enfants bénéficiaires de l'AEEH

Les familles de plus de 900 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH fin 2017, soit un taux de bénéficiaires de 1,5 enfant pour 100 jeunes de moins de 21 ans, taux inférieur à celui noté au niveau régional (2,2 %) ou national (1,7 %). C'est sur le territoire du secteur Nord-Aveyron qu'ils sont, rapportés à la population, les plus nombreux, et dans le secteur Sud-Aveyron qu'ils sont les moins nombreux. Il faut toutefois noter que, dans ces deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, le taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH est inférieur au taux observé sur l'ensemble de l'Occitanie ou en France métropolitaine. C'est dans les classes d'âge des 6-11 ans puis des 12-15 ans qu'ils sont les plus représentés.

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	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.
NORD-AVEYRON	89	0,74	311	2,29	173	1,88	121	1,23	694	1,56
SUD-AVEYRON	27	0,64	104	2,22	47	1,39	40	1,20	218	1,40
<b>AVEYRON</b>	116	0,72	415	2,27	220	1,75	161	1,22	912	1,51

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

## > Scolarisation des enfants en situation de handicap

À la rentrée scolaire de septembre 2018, 1 471 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire en Aveyron : 843 dans le 1<sup>er</sup> degré et 628 en 2<sup>nd</sup> degré. À cela, s'ajoute 584 élèves scolarisés en établissement médico-social. Cela correspond à un ratio de 2,5 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire pour 1 élève scolarisé en établissement médico-social.

Au total, ce sont 2 055 enfants et adolescents en situation de handicap qui sont scolarisés dans l'Aveyron. Cela représente 3,6 % des élèves du 1<sup>er</sup> degré et 3,1 % des élèves du 2<sup>nd</sup> 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, on dénombre 41 médecins spécialistes en psychiatrie<sup>2</sup> en Aveyron début 2019. Parmi eux, on relève que :

- huit sont pédopsychiatres, dont la moitié ayant un exercice libéral ou mixte ;
- ces pédopsychiatres sont principalement présents sur le secteur Sud-Aveyron : cinq sur les huit, alors que ce secteur rassemble un quart de la population des moins de 21 ans du département ;
- une minorité de psychiatres (un peu plus d'un sur dix) a une activité libérale ou mixte ;
- la densité de pédopsychiatres (pour 100 000 habitants de moins de 18 ans) dans l'Aveyron est supérieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (15,14 vs 5,4) alors que celle des psychiatres (pour 100 000 habitants tous âges) est inférieure (11,8 vs 21,6) ;
- les disparités de densité de ces deux catégories de professionnels entre secteurs sont très fortes : rapporté à la population, on compte 5 fois plus de pédopsychiatres dans le Sud-Aveyron mais près de trois fois moins de psychiatres ;
- au total, la densité en médecins spécialistes en psychiatrie dans l'Aveyron est nettement inférieure à la moyenne en Occitanie et en France métropolitaine (respectivement 14,7, 21,5 et 22,5 pour 100 000) et place l'Aveyron au 3<sup>e</sup> rang des treize départements d'Occitanie ayant la densité en médecins spécialistes en psychiatrie la plus basse, après l'Ariège et le Lot.

Au cours des cinq dernières années, entre 2014 et 2019, le nombre de pédopsychiatres dans l'Aveyron a diminué d'un cinquième, passant de 10 à 8, diminution un peu moins forte que celle observée sur l'ensemble de la région. Le nombre de psychiatres a, en revanche, augmenté, passant de 30 à 33. Le nombre global de spécialistes en psychiatrie a légèrement progressé (+ 1) et la densité pour 100 000 habitants est passée de 14,4 en 2014 à 14,7 en 2019.

<sup>2</sup> Est prise en compte la 1<sup>ère</sup> 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.

On dénombrait 14 pédiatres (dont un tiers – cinq – à exercice libéral ou mixte) en 2019 dans l’Aveyron, soit 30,1 pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans, densité nettement 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 proche de celui qui était noté en 2014 : ils étaient alors 15 (dont six à exercice libéral ou mixte).

Tableau 3 - Médecins – effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2019

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Pédopsychiatre			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
NORD-AVEYRON	2	1	3	2	27	29	4	28	32
SUD-AVEYRON	2	3	5	2	2	4	4	5	9
<b>AVEYRON</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>33</b>	<b>41</b>

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

Tableau 4 - Médecins – densité (pour 100 000 habitants) au 1<sup>er</sup> janvier 2019

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Pédopsychiatre *			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
NORD-AVEYRON	5,14	2,57	7,70	0,98	13,20	14,18	1,96	13,69	15,64
SUD-AVEYRON	14,39	21,59	35,98	2,70	2,70	5,39	5,39	6,74	12,14
<b>AVEYRON</b>	<b>7,57</b>	<b>7,57</b>	<b>15,14</b>	<b>1,44</b>	<b>10,41</b>	<b>11,84</b>	<b>2,87</b>	<b>11,84</b>	<b>14,71</b>

\* pour 100 000 habitants de moins de 18 ans

Source : RPPS 1er janvier 2019 et INSEE RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Parmi les autres professionnels de santé<sup>3</sup> le plus souvent sollicités pour la population des enfants et adolescents avec troubles psychiques, on observe que :

- 92 orthophonistes sont dénombrés. Ils ont principalement un exercice libéral (ou mixte) : cela concerne 82 % d’entre eux. La densité des orthophonistes dans l’Aveyron est inférieure à celle observée dans l’ensemble de l’Occitanie ou en France métropolitaine (33,0 orthophonistes pour 100 000 habitants *versus* 49,2 pour 100 000 en Occitanie et 39,6 en France métropolitaine). C’est, après l’Aude, la Lozère et le Gers, le département d’Occitanie qui présente la densité d’orthophonistes la plus faible. Rapporté à la population, le nombre d’orthophonistes est plus élevé en Sud-Aveyron qu’en Nord-Aveyron ;
- plus de 230 psychologues sont dénombrés. Il s’agit surtout de professionnels salariés (70 %). La densité des psychologues en Aveyron (82,9 pour 100 000 habitants) est inférieure à la valeur observée sur l’ensemble de l’Occitanie (115,4 pour 100 000) ou en France métropolitaine (106,0). C’est le département d’Occitanie présentant la plus faible densité de psychologues. Rapporté à la population, le nombre de psychologues est plus élevé en Nord-Aveyron qu’en Sud-Aveyron ;
- les ergothérapeutes sont au nombre de 59 en Aveyron. Dans plus de neuf cas sur dix (92 %), ces ergothérapeutes sont salariés. La densité d’ergothérapeutes dans l’Aveyron est voisine de celle observée sur l’ensemble de la région et supérieure à la valeur en France métropolitaine : 21,2 ergothérapeutes pour 100 000 habitants dans l’Aveyron contre 21,4 pour 100 000 en Occitanie et 19,3 pour 100 000 en France métropolitaine. C’est le 6<sup>e</sup> département d’Occitanie présentant la plus forte densité d’ergothérapeutes. La densité d’ergothérapeutes diffère peu entre les deux secteurs Aveyronnais ;
- 57 psychomotriciens exercent en Aveyron. Un cinquième (19 %) a un exercice libéral ou mixte. La densité en psychomotriciens (20,5 pour 100 000 habitants) est inférieure à celle observée en Occitanie (22,7 pour 100 000). Elle est de 20,6 pour 100 000 en France métropolitaine. L’Aveyron est au 9<sup>e</sup> rang des départements d’Occitanie en termes de densité en psychomotriciens. Cette densité est plus forte en Nord-Aveyron qu’en Sud-Aveyron.

<sup>3</sup> 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.

Tableau 5 - Autres professionnels – effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2019

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total
NORD-AVEYRON	52	13	65	57	127	184	4	39	43	11	33	44
SUD-AVEYRON	24	4	28	14	36	50	1	16	17	0	13	13
<b>AVEYRON</b>	<b>75</b>	<b>17</b>	<b>92</b>	<b>70</b>	<b>161</b>	<b>231</b>	<b>5</b>	<b>54</b>	<b>59</b>	<b>11</b>	<b>46</b>	<b>57</b>

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

Tableau 6 - Autres professionnels – densité (pour 100 000 habitants) au 1<sup>er</sup> janvier 2019

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total
NORD-AVEYRON	25,4	6,4	31,8	27,9	62,1	90,0	2,0	19,1	21,0	5,4	16,1	21,5
SUD-AVEYRON	32,4	5,4	37,8	18,9	48,5	67,4	1,3	21,6	22,9	0,0	17,5	17,5
<b>AVEYRON</b>	<b>26,9</b>	<b>6,1</b>	<b>33,0</b>	<b>25,1</b>	<b>57,8</b>	<b>82,9</b>	<b>1,8</b>	<b>19,4</b>	<b>21,2</b>	<b>3,9</b>	<b>16,5</b>	<b>20,5</b>

Source : Adeli 1er janvier 2019 et INSEE RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

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

Dix établissements pour enfants handicapés sont implantés dans l'Aveyron pour un total de 548 places : six instituts médico éducatifs (IME) pour 290 places, deux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour 163 places, un institut d'éducation motrice (IEM) de 43 places et un institut d'éducation sensorielle de 52 places. Le taux d'équipement en établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap est de 9,6 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).

Neuf SESSAD, pour un total de 193 places, sont implantés sur le département. Le taux d'équipement est de 3,4 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, légèrement supérieur au taux observé sur l'ensemble de la région (3,3 pour 1 000) et identique à celui de la France métropolitaine (3,4 pour 1 000).

## > Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique

Un peu plus de 12 000 aveyronnais bénéficient, fin 2017, d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, 540 ont moins de 20 ans.

Les pathologies relevées parmi ces personnes de moins de 20 ans sont avant tout des troubles du spectre autistique ou troubles envahissants du développement et des retards mentaux. Les principales pathologies relevées sont détaillées ci-dessous :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) ..... 41,0 %
- Retard mental ..... 22,4 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs..... 8,2 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 8,0 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte..... 6,6 %
- Troubles de l'humeur..... 5,1 %

Le taux standardisé, c'est-à-dire à âge identique, de prévalence des exonérations du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée » parmi les aveyronnais de moins de 20 ans (947,6 pour 100 000

habitants) est supérieur à ce qui est observé sur l'ensemble des occitans de moins de 20 ans (880,4 pour 100 000) ou en France métropolitaine (800,3). Au sein de cette population, il augmente progressivement avec l'âge. Il est plus élevé dans le secteur Nord-Aveyron que dans le secteur Sud-Aveyron.

Tableau 7 - Nombre de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
NORD-AVEYRON	30	107	128	151	416
SUD-AVEYRON	5	28	43	41	117
<b>AVEYRON</b>	<b>35</b>	<b>136</b>	<b>173</b>	<b>196</b>	<b>540</b>

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

Tableau 8 - Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
NORD-AVEYRON	316,8	988,6	1 143,5	1 474,1	987,6
SUD-AVEYRON	150,1	758,8	1 062,3	1 150,0	785,2
<b>AVEYRON</b>	<b>273,4</b>	<b>937,0</b>	<b>1 135,1</b>	<b>1 419,4</b>	<b>947,8</b>

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

## > Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie

Dans l'Aveyron, 1 390 séjours hospitaliers en psychiatrie pour plus de 15 250 journées d'hospitalisation ont été enregistrés en 2018 pour des enfants de moins de 20 ans domiciliés dans le département. C'est parmi les 5-9 et les 10-14 ans que le nombre de séjours hospitaliers rapportés à la population est le plus important et parmi les 0-4 ans qu'il est le plus faible. Près des deux tiers de ces séjours (64 %) correspondent à des hospitalisations à temps partiel, soit un peu moins, en proportion, que sur l'ensemble de l'Occitanie (68 %). C'est parmi les 0-4 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, 99,1 % et 12,7 %. Le taux standardisé de séjours hospitaliers en psychiatrie pour des aveyronnais de moins de 20 ans est supérieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie et en France métropolitaine : 24,0 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans dans l'Aveyron, 22,9 en Occitanie et 15,2 en France métropolitaine. C'est le 5<sup>e</sup> taux de séjours le plus élevé observé parmi les départements d'Occitanie après les Hautes-Pyrénées, la Lozère, l'Hérault et le Tarn. Ce taux est plus élevé dans le secteur Nord-Aveyron que dans le secteur Sud-Aveyron.

Les cinq principaux motifs des séjours hospitaliers sont les suivants :

- Séjours sans plainte ni diagnostic ..... 42,6 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) ..... 19,9 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 9,3 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes ..... 9,0 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ..... 5,9 %

Tableau 9 - Nombre de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
NORD-AVEYRON	98	376	381	266	1 119
SUD-AVEYRON	17	91	87	69	266
<b>AVEYRON</b>	<b>115</b>	<b>467</b>	<b>468</b>	<b>340</b>	<b>1 390</b>

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

Tableau 10 - Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
NORD-AVEYRON	10,2	34,0	33,3	24,6	26,1
SUD-AVEYRON	5,3	23,5	21,4	18,5	17,7
<b>AVEYRON</b>	<b>8,9</b>	<b>31,2</b>	<b>30,2</b>	<b>23,4</b>	<b>24,0</b>

Source : ATIH-Rim-P 2018 et INSEE RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Tableau 11 - Nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie en 2018

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
NORD-AVEYRON	484	4 898	4 875	3 033	13 290
SUD-AVEYRON	109	770	591	386	1 857
<b>AVEYRON</b>	<b>593</b>	<b>5 669</b>	<b>5 467</b>	<b>3 525</b>	<b>15 253</b>

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

Sur la même période, près de 19 800 séances en CMP pour enfants et adolescents et actes ambulatoires en services de psychiatrie (hors CATTP) ont été enregistrés pour des aveyronnais 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 Aveyron (341,7 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) et approche celui en France métropolitaine (338,0 pour 1 000).

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

- Actes sans plainte ni diagnostic ..... 30,2 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 13,2 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes ..... 12,0 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA) ..... 7,9 %
- Conditions socio-économiques et psycho-sociales ..... 4,2 %
- *Manquant ou non précisé* ..... 21,9 %

Tableau 12 - Nombre d'actes en CMP en 2018 (pour 100 000 habitants)

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
NORD-AVEYRON	761	5 065	4 511	3 420	13 756
SUD-AVEYRON	366	2 105	2 290	1 245	6 007
<b>AVEYRON</b>	<b>1 127</b>	<b>7 170</b>	<b>6 801</b>	<b>4 682</b>	<b>19 780</b>

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

Tableau 13 - Taux standardisé (pour 100 000 habitants) d'actes en CMP en 2018

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
NORD-AVEYRON	79,7	458,1	394,8	316,5	321,1
SUD-AVEYRON	110,2	540,9	560,6	332,0	399,1
<b>AVEYRON</b>	<b>87,6</b>	<b>479,6</b>	<b>438,4</b>	<b>321,6</b>	<b>341,7</b>

Source : ATIH-Rim-P 2018 et INSEE RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

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

### > Lieux d'implantation

Le CAMSP de l'Aveyron est géré par la Fondation OPTEO. Il est polyvalent et son territoire d'intervention couvre l'ensemble du département de l'Aveyron. Il est implanté à Rodez avec deux antennes situées à Millau et à Villefranche-de-Rouergue.

Le CMPP, géré par l'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de l'Aveyron (ADPEP12) s'est développé sur le département de l'Aveyron à partir des années soixante-dix avec l'ouverture progressive d'antennes permettant de couvrir un territoire particulièrement vaste. Cela correspondait au souhait de pouvoir proposer un accompagnement de proximité aux usagers mais cela a un impact sur les professionnels en termes de déplacements et c'est une charge pour la structure (frais de locaux et de déplacements). Aujourd'hui, le CMPP est implanté à Rodez depuis 1969 et dispose de 6 antennes : Millau (1972), Decazeville (1973), Espalion (1974), Saint-Affrique (1978), Réquista (1982) et Villefranche-de-Rouergue (1982). Sur les sept sites, trois sont ouverts 5 jours par semaine, trois sont ouverts entre 3 et 4 jours par semaine et un est ouvert un jour par semaine.

Deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile couvrent le département de l'Aveyron. En Nord-Aveyron, les CMP pour enfants et adolescents<sup>4</sup> sont rattachés à la pédopsychiatrie du centre hospitalier de Rodez. Une des particularités est que le CH de Rodez est le seul hôpital de France (en dehors de Robert Debré à Paris) qui propose un service de pédopsychiatrie sans psychiatrie adulte. À Rodez, la structure est divisée en un CMP enfants et un CMP adolescents. Des antennes sont également installées à Villefranche-de-Rouergue et à Espalion. En Sud-Aveyron, le CMP est rattaché à la pédopsychiatrie du centre hospitalier de Millau. Une antenne est également installée à Saint-Affrique. Le CMP de Millau couvre tout le Sud-Aveyron ainsi qu'une partie de la Lozère. Cependant, la population de Réquista va plutôt consulter à Albi.

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs concernent 4 145 enfants et adolescents. Certains d'entre eux peuvent être en file active sur deux structures du fait de prises en charge conjointes ou de relais de prises 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 69,1 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'Aveyron au second rang des départements de la région pour cet indicateur après la Lozère.

De plus, il faut noter que 511 adolescents de 16 à 20 ans sont suivis par les CMP pour adultes de l'Aveyron.

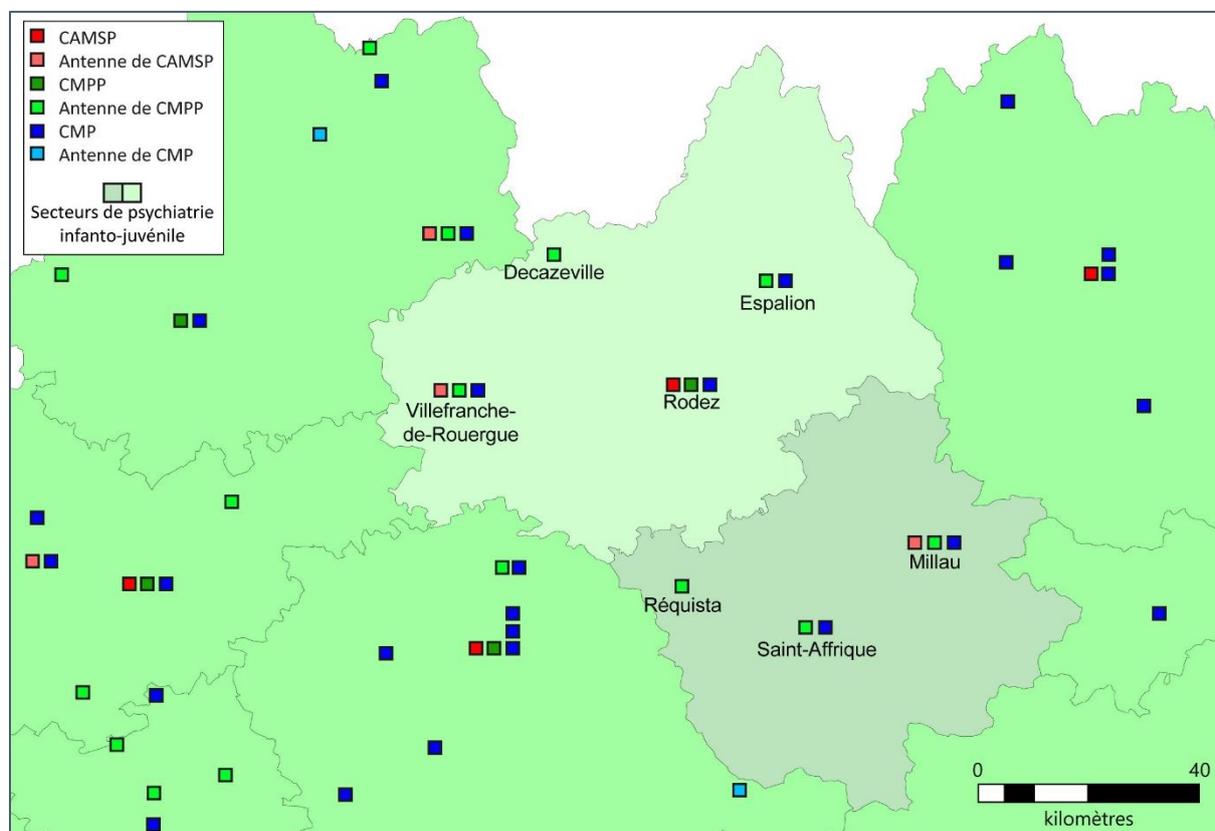
<sup>4</sup> Dans la suite du document, le terme CMP concernera toujours, sauf mention contraire, les CMP pour enfants et adolescents

Tableau 14 - Lieux de consultation et file active

Nombre de structures et de lieux de consultation		File Active
CAMSP	- 1 CAMSP à Rodez ouvert 210 jours par an et 5j/sem de 8h à 18h30 et deux antennes (Millau et Villefranche-de-Rouergue) ouvertes 1 à 2j/semaine.	- 480 enfants
CMPP	- 1 CMPP ouvert 200 jours par an ouvert 5j/sem pendant 8h30 par jour entre 8h30 et 18h et six antennes (Decazeville, Espalion, Millau, Requista, Saint-Affrique et Villefranche-de-Rouergue) ouvertes entre 1 et 5 jours par semaine	- Rodez : 609 enfants - Decazeville : 316 enfants - Espalion : 209 enfants - Millau : 227 enfants - Requista : 99 enfants - Saint-Affrique : 164 enfants - Villefranche de Rouergue : 197 enfants  Total : 1 778 enfants
CMP	- Sur le secteur Nord-Aveyron, 1 CMP à Rodez ouvert 227 j par an, 6 j/semaine de 9h à 13h30 avec une section enfants et une section adolescents, un CMP à Villefranche-de-Rouergue ouverte 3 j/semaine de 9h à 13h30 et une et CMP à Espalion ouverte 2 j/semaine de 9h à 13h30  - Sur le secteur Sud-Aveyron, un CMP à Millau ouvert 235 jours par an, 5 j/semaine de 8h45 à 17h45 et un CMP à Saint-Affrique ouverte 3 j/semaine	- Nord-Aveyron :1 263 enfants  -Sud-Aveyron : 624 enfants  Total : 1 887 enfants

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

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



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

## > Profils des enfants accueillis

Tableau 15 - Répartition par âge

Age des enfants suivis			
CAMSP	Moins de 2 ans :		11,9 %
	2 - 3 ans :		36,2 %
	4 - 6 ans :		48,1 %
	plus de 6 ans :		3,8 %
CMPP	Moins de 6 ans :		10,3 %
	6 - 10 ans :		61,2 %
	11 - 15 ans :		25,7 %
	16 - 17 ans :		2,1 %
	18 ans ou plus :		0,8 %
CMP enfants et adolescents	Nord-Aveyron	Moins de 6 ans :	16,0 %
		6 - 10 ans :	36,1 %
		11 - 15 ans :	43,6 %
		16 - 17 ans :	4,0 %
		18 ans ou plus :	0,3 %
	Sud-Aveyron	Moins de 6 ans :	20,8 %
		6 - 10 ans :	36,5 %
		11 - 15 ans :	37,8 %
		16 - 17 ans :	4,0 %
		18 ans ou plus :	0,8 %

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

**Le CAMSP de Rodez** prend en charge des enfants jusqu'à 6 ans. Cependant, sauf cas particulier, le CAMSP n'admet pas de nouveaux enfants après 4 ans. Ainsi, le CAMSP concentre son intervention sur les plus petits et réoriente les nouveaux enfants vers le CMP à partir de 3-4 ans.

Les éléments principaux concernant les enfants accueillis ont peu changé au cours de ces dernières années et peuvent être décrits comme suit :

- le suivi des enfants grands prématurés ou ayant présenté une pathologie pendant la période périnatale. Cet accompagnement s'inscrit notamment dans le cadre du réseau P'titMIP, réseau d'aval de la périnatalité. Pour ces enfants, des prises en charge en kinésithérapie et en psychomotricité peuvent être proposées ;
- les enfants qui viennent pour retard de langage ou dont les parents s'inquiètent à ce niveau ;
- les enfants présentant des « troubles du comportement » à type de troubles du sommeil, cris, violence auto ou hétéro infligée. Ces troubles peuvent être signalés par la famille ou par la crèche ou l'école.

Le CAMSP de Rodez ne dispose plus de pédopsychiatre actuellement. De ce fait, l'accueil des enfants nécessitant une évaluation diagnostique dans le cadre d'une suspicion de troubles du spectre de l'autisme a évolué : les enfants les plus jeunes (avant 18 mois) sont généralement adressés directement au CRA et les enfants un peu plus âgés sont adressés pour cette phase diagnostique au centre d'évaluation de l'autisme de Rodez.

Une convention avec le CH de Villefranche-de-Rouergue permet la mise à disposition de personnel formé à l'autisme sur l'antenne du CAMSP dans cette ville.

Des retards au repérage et au dépistage relevés fin 2015 persistent notamment dans le domaine du langage : des enfants sont vus en 1<sup>ère</sup> consultation à 3 ans ou 3 ans ½ avec souvent des retards importants qui n'ont pas ou peu été pris en compte par la famille ou les professionnels. Un des éléments qui pourraient expliquer ce retard

tient au positionnement du CAMSP ou plus précisément au type de structure porteuse : la fondation OPTEO est perçue comme une structure intervenant dans le champ du handicap. De ce fait, l'orientation des enfants vers le CAMSP serait perçue comme une entrée dans une « filière handicap ». Afin de limiter ces retards au repérage, un travail a été initié avec les structures de la petite enfance et la PMI. Une mobilisation des médecins généralistes serait également nécessaire mais ceux-ci voient le plus souvent les enfants à l'occasion des pathologies aiguës et, dans ces circonstances, investissent peu le suivi développemental des enfants. Le dispositif « Handicap Agir Tôt » a permis de recruter un psychomotricien et un éducateur de jeunes enfants pour développer le réseau de repérage en amont du CAMSP.

Au niveau territorial, les différences qui sont relevées sont en lien avec les facteurs socio-économiques plus prégnants à Millau ou à Villefranche-de-Rouergue qu'à Rodez.

La précocité de l'intervention du CAMSP apparaît particulièrement pertinente dans le domaine des troubles du langage.

**Le CMPP** accueille des enfants et des adolescents quel que soit leur âge. Il est ciblé principalement sur les troubles des apprentissages. Ces troubles peuvent être associés à des troubles du comportement et à des troubles anxieux. En cas de troubles de l'humeur ou de la personnalité, les enfants et adolescents sont réorientés vers la pédopsychiatrie avec des réunions passerelles (CAMSP, CMP, CMPP). Ce dispositif permet de présenter les enfants en amont des transferts. Elles sont programmées à partir du début du mois de mars pour préparer la rentrée scolaire de septembre suivante. Ces éléments sont assez stables dans le temps, la seule évolution notable relevée étant un âge de recours au CMPP qui a un peu baissé.

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

- les délais pour assurer la transition entre CAMSP – CMP et CMPP. Pendant ces délais d'attente, il se peut qu'aucune prise en charge ne soit proposée. Une réflexion est en cours sur la mise en place de circuits courts/circuits longs différenciés selon les besoins ;
- la problématique des enfants ayant des pathologies psychiatriques et suivis en famille d'accueil (l'offre dans ce domaine étant importante en Aveyron).

Concernant le premier point, depuis début 2018, le cadre des relations entre CAMSP et CMPP a évolué : de relations de bonne intelligence, on est passé maintenant à des relations formalisées par une convention. Cela permet notamment de recevoir au CMPP des enfants encore suivis au CAMSP pour organiser un relais progressif sur environ 6 mois. Trois réunions annuelles sont également organisées, permettant de présenter au CMPP les enfants qui vont leur être adressés par le CAMSP dans les mois à venir. Ce dispositif permet de limiter fortement les risques de ruptures de parcours.

Des prises en charge tardives sont identifiées sur le secteur de Decazeville. Sur ce secteur, le CMPP est le seul acteur à intervenir (pas d'antenne du CAMSP ni du CMP) alors que l'environnement socio-économique est complexe. À partir du CMPP, un projet est en cours pour proposer une consultation bas âge qui offrirait les services habituellement dévolus au CAMSP et au CMP. Une prévalence plus importante de problèmes neurodéveloppementaux est évoquée, pouvant être en lien avec des syndromes d'alcoolisation fœtale ou des déficiences intellectuelles des parents. Des réunions de concertation pluridisciplinaire ont été mises en place avec la maison médicale de Decazeville. Ces réunions qui se tiennent tous les deux mois permettent un travail sur les dossiers des enfants et de discuter avec les médecins généralistes des conduites à tenir face à ces situations. Un travail similaire a été mis en place également à Rodez et à Millau mais dans un cadre plus large : ces réunions associent, suivant les lieux, le CAMSP, le CMPP, la psychiatrie infanto juvénile, la pédiatrie hospitalière ou la néonatalogie, les professionnels libéraux... Une dizaine de dossiers sont vus lors de chacune de ces réunions et cela permet d'organiser l'accompagnement des enfants concernés. Les professionnels de santé libéraux qui participent à ce dispositif sont rémunérés par OPTEO. Ce dispositif permet de mieux organiser des coordinations de parcours qui se faisaient de manière plus informelle auparavant.

Une formalisation des relations avec la pédopsychiatrie du Nord-Aveyron a également été menée : la convention avec le CH de Rodez, permettant de consolider les coopérations et de mieux articuler le travail entre CMP et CMPP, notamment à Villefranche-de-Rouergue et Espalion. Les relais avec la pédopsychiatrie sont donc maintenant bien organisés avec toutefois les limites posées par les capacités d'accueil des CMP et les listes d'attente.

Sinon, le tissu actuel permet de bien couvrir les besoins de dépistage/repérage, notamment avec le CDDS, l'IEM... Le réseau P'titMip permet de structurer les prises en charge et le suivi pour les nouveau-nés vulnérables. De même, l'antenne du CRA (centre d'évaluation de l'autisme) vient compléter le dispositif ainsi que le centre de compétences sur les troubles des apprentissages monté en partenariat entre la pédiatrie, la pédopsychiatrie et le CMPP.

Les professionnels du CMPP soulignent qu'il existe cependant encore des problèmes de « filtrage » des enfants en amont, aboutissant à des adressages indifférenciés vers le CMPP, les CMP ou le CAMSP.

La précocité d'intervention du CMPP est souhaitable dans les domaines où les besoins en psychomotricité sont avérés avec des équipes formées à la détection des premiers signes de troubles dans l'acquisition des coordinations. Ces interventions combinées avec un accompagnement des familles permettraient d'éviter le développement de dyspraxies.

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

Les éléments principaux concernant les enfants accueillis sont :

- pour les moins de 6 ans :
  - les enfants sont plutôt vus à partir de 3 ans. Cette population est en nette progression ces dernières années sur le Nord-Aveyron. Il s'agit alors de problèmes de pédopsychiatrie générale : troubles du comportement, anxiété, troubles de l'attention qui peuvent être à l'origine des troubles des apprentissages ;
  - les TED et de façon plus spécifique sur le CMP de Millau, une augmentation des enfants vus pour troubles du développement de façon précoce (0-3 ans). En hôpital de jour, la majorité des enfants suivis ont entre 2 et 4 ans. Ces troubles neurodéveloppementaux repérés alors peuvent évoluer vers un autisme ou bien s'amender. Il faut noter la croissance du nombre de troubles du comportement autistique sans doute liés à un meilleur repérage et suivi de ces enfants. Les pathologies « simples » des enfants sont sans doute plus souvent suivies par les professionnels libéraux, les cas plus complexes ou plus sévères étant adressés au CMP ;
  - se posent également les problèmes d'agitation ou d'inhibition, d'acquisition de la propreté ;
  - les différents problèmes sont souvent relevés de manière associée chez les enfants.
- pour les 6-11 ans
  - une part importante des enfants sont adressés pour des troubles des apprentissages, de l'adaptation sociale ou scolaire.
- pour les plus de 11 ans
  - les problématiques sont souvent également de type pédopsychiatrie générale avec une part importante de troubles du comportement et la particularité des troubles aigus de l'adolescence,
  - à noter également la question des adolescents à difficultés multiples et celles liées à leur difficulté à aller vers un lieu de soin. La présence d'une équipe mobile à Millau pouvant aller vers les ados est un plus.

Un travail important de coordination entre le CAMSP, le CMPP et les CMP est relevé sur le Nord-Aveyron. Il permet, comme déjà souligné, de prioriser l'orientation vers le CAMSP pour les plus petits (0-4 ans) et un recentrage des CMP sur l'accueil des 0-3 ans. Un soutien au CAMSP est également apporté pour les évaluations des enfants présentant des troubles neuro développementaux, en particulier des TSA.

La prise en charge en psychiatrie infanto juvénile sur Rodez est possible jusqu'à 16 ans. Une mutualisation des moyens avec l'hôpital Sainte Marie serait nécessaire pour proposer une offre adaptée aux adolescents et jeunes

adultes ; la tranche d'âge des 16-18 ans est particulièrement ciblée et la nécessité d'un hôpital de jour dédié plus largement aux 14-18 ans est soulignée.

Les situations qui sont identifiées témoignant d'un retard au dépistage ou au repérage concernent le langage ou la psychomotricité : plusieurs situations ont été adressées au CMP suite à un redoublement du CP ou face à des difficultés scolaires majeures, sans qu'un bilan orthophonique ait été réalisé. En dehors de ces situations, le constat est que le réseau est structuré entre les différents intervenants, ce qui permet une bonne homogénéité d'action et de bonnes possibilités d'identification des situations. Le dispositif est réactif malgré les lourdeurs administratives.

Il est noté que la mise en place du centre d'évaluation de l'autisme à Rodez a permis de proposer un dispositif permettant une réelle précocité du diagnostic de TSA. Cependant, le constat est fait que ce sont des enfants relativement grands qui y sont adressés, posant la question de développer des actions de sensibilisation auprès des professionnels de la petite enfance, notamment dans des lieux d'accueil comme les crèches.

Quand des retards de repérage sont relevés, il s'agit surtout de négligence (des familles ou des professionnels qui estiment que la symptomatologie va s'améliorer) ou bien d'enfants venant de l'extérieur et pour lesquels le diagnostic n'a pas été posé. Est noté également l'impact des situations de précarité sociale et, chez cette population, une certaine crainte de la « consultation » et un accès limité aux dispositifs classiques de diagnostic et de suivi. Cette exclusion sociale est perçue comme en augmentation par le CMP de Millau.

Les spécificités territoriales relevées par le CMP de Rodez concernent les bassins de Decazeville et de Villefranche-de-Rouergue où les situations sociales retardent le repérage. Une moindre réactivité du dispositif est relevée sur ce secteur, notamment à Decazeville où seul le CMPP est présent. Celles relevées par le CMP de Millau sont deux éléments territoriaux qui concernent plus particulièrement les adolescents : la présence sur le territoire d'un lycée professionnel agricole recrutant des élèves sur toute la France (notamment pour la filière équine) ; une offre en familles d'accueil et lieux de vie particulièrement importante avec des adolescents venant de toute la France (et également d'Allemagne).

La précocité d'intervention du CMP, aussi bien à Rodez qu'à Millau apparaît particulièrement souhaitable pour les TED, les retards/difficultés de développement (notamment neurodéveloppementaux) et dans les troubles carenciels (affectifs). Dans le domaine des TED, l'évaluation pluridisciplinaire est indispensable, permettant de mettre en place (ou d'orienter vers) des prises en charge adaptées. La capacité de faire en association des bilans sensoriels est importante.

Un des facteurs limitants soulignés par les professionnels en Nord-Aveyron est le nombre de plus en plus limité de pédopsychiatres. Ce phénomène qui touche en particulier l'hôpital est aggravé par un réseau libéral plutôt pauvre sur ce territoire. Ce phénomène risque de s'aggraver dans les années à venir, les postes d'internes étant limités à Rodez qu'à la phase socle du DES de psychiatrie, la phase de consolidation ne se faisant qu'au CHU de Toulouse.

## > Les conditions d'accueil et de bilan

Tableau 16 - Origine des interventions

2017	Médicale	Éducative	Sociale	Médicosociale	Directe	Autre
CAMSP	51,8 %	30,5 %	5,7 %	2,1 %	0,7 %	9,2 %
CMPP	14,6 %	56,5 %	2,3 %	5,4 %	20,0 %	1,3 %
CMP	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd

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

Nd : Non disponible

Tableau 17 - Listes d'attente et délais

	Liste d'attente au 31 décembre	Délais d'attente moyens
CAMSP	- 36 enfants	- 58 jours pour un premier rendez-vous
CMPP	- 316 enfants	- 3 mois d'attente ou plus pour un 1 <sup>er</sup> rendez-vous : 41,9 % 3 mois ou plus entre 1 <sup>er</sup> RV et 1 <sup>ère</sup> intervention : 100,0 %
CMP	- nd	- nd

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

Nd : Non disponible

**Au CAMSP**, la prise de rendez-vous est faite par la famille à la suite d'un repérage des difficultés qui est fait essentiellement en PMI, par les médecins libéraux ou hospitaliers ou à l'école.

Le délai pour obtenir un rendez-vous était de près de deux mois fin 2017 avec une liste d'attente d'une trentaine d'enfants. Au moment de l'entretien (fin 2019), les professionnels du CAMSP indiquaient qu'il n'y avait plus de liste d'attente pour un 1<sup>er</sup> rendez-vous et très peu d'attente pour les bilans qui, en pratique, sont réalisés dans les deux mois qui suivent le 1<sup>er</sup> rendez-vous. En revanche, ces files d'attente se sont à nouveau allongées en 2020, entraînant un délai de trois mois pour un premier rendez-vous, notamment après le départ du médecin pédiatre. Le poste est resté vacant quelques mois avec un impact sur les listes d'attente. L'arrivée d'un nouveau médecin devrait permettre de réduire à nouveau cette liste d'attente et les délais inhérents.

Les modalités de ce premier rendez-vous ont évolué ces dernières années : si auparavant ce premier rendez-vous avait lieu le plus souvent avec le médecin pédiatre, maintenant il a lieu de manière conjointe avec le médecin et un psychologue. Ce rendez-vous permet d'identifier une première orientation diagnostique et d'organiser le bilan en fonction des éléments recueillis. Chaque lundi après-midi, les 1<sup>ères</sup> consultations de la semaine écoulée sont revues en équipe. Le double regard apporté par le médecin et la psychologue permet d'avoir plus rapidement une idée précise de la situation de l'enfant et de ses besoins. Ainsi, cette organisation en binôme permet de gagner du temps dans l'appréciation de l'histoire de l'enfant, sa transmission à l'équipe, l'organisation du bilan et la tenue des premiers examens. Cependant, à la suite du changement de médecin pédiatre, cette organisation n'a pas été maintenue.

Le bilan demandé est fonction de cette orientation diagnostique : il pourra intégrer une recherche de surdité, l'évaluation des compétences intellectuelles, praxiques, relationnelles ou visuelles. En l'absence d'orientation diagnostique particulière, un bilan orthophonique et psychomoteur sera demandé. Pour les enfants les plus grands, des tests de niveau psychologique pourront être pratiqués. Une observation peut être mise en œuvre au travers du groupe d'observation : quatre séances avec orthophoniste, psychomotricien, psychologue, éducateur. Cela peut être couplé avec une consultation longue avec le pédopsychiatre. Le contenu du bilan peut être décidé en synthèse.

Pour les enfants du réseau P'titMIP, le bilan a généralement été réalisé en amont de l'orientation vers le CAMSP. Une fois le bilan effectué, la synthèse est effectuée en équipe et des propositions d'accompagnement sont alors formulées auprès de la famille, avant mise en place du suivi. À Millau, des réunions de concertation avec les partenaires (pédopsychiatrie, ASE, PMI, pédiatres libéraux) ont lieu trois fois par an : cela peut-être le lieu où un suivi est organisé.

La prise en charge dépend des éléments du bilan.

**Au CMPP**, le premier contact est pris par la famille. Dans plus de la moitié des cas, c'est sur le conseil de l'Éducation Nationale, moins souvent à l'initiative directe des familles, et parfois sur le conseil des médecins traitants.

Avant le 1<sup>er</sup> rendez-vous médical, il est demandé qu'une fiche de liaison soit complétée par l'enseignant, assortie d'une échelle de CONNERS complétée.

Un 1<sup>er</sup> rendez-vous administratif est donné dans un délai de 15 jours. Actuellement, 12 à 18 mois d'attente sont ensuite nécessaires pour le 1<sup>er</sup> rendez-vous médical qui permet de faire l'anamnèse de la situation et un examen clinique, puis de déterminer le contenu du bilan à réaliser. Celui-ci est ensuite réalisé également avec 1 an à 18 mois d'attente. Une priorisation des demandes est cependant possible pour réduire ces délais qui peuvent être ramenés à deux mois environ. Les caractères de priorisation comprennent les déménagements des familles entre antennes du CMPP, l'orientation par le CAMSP, une consultation médicale en amont qui permet d'identifier une priorité, des enfants identifiés comme étant en difficultés lors de réunions de concertation avec l'Éducation Nationale.

Le bilan de base comprend *a minima* une évaluation des apprentissages, un bilan psychomoteur. Les autres éléments sont déterminés en fonction de l'évaluation initiale.

Une fois le bilan effectué, la proposition d'accompagnement est définie par les professionnels avec des objectifs spécifiques à atteindre avant d'être présentée à la famille. La qualité du suivi dépend de la qualité du bilan et de sa restitution.

Le CMPP indique être fortement mobilisé pour la prise en charge de certaines situations en urgence (troubles du comportement, décompensation de troubles autistiques...) avec un impact sur les délais d'attente pour les autres enfants ou adolescents.

**Au CMP de Rodez**, la prise de rendez-vous se fait pour les tout-petits principalement à l'initiative des parents et un peu par la PMI. Pour les enfants un peu plus grands, les parents restent principalement à l'initiative du contact avec les CMP mais avec une part plus importante d'adressage par l'école, les rééducateurs libéraux ou les généralistes.

Il faut compter environ 3 mois d'attente pour un premier rendez-vous au CMP enfants et 1,5 à 2 mois au CMP adolescents. Une attention est portée à rester réactif afin de proposer un rendez-vous de manière plus rapide en cas de situation complexe ou ayant un caractère d'urgence.

Le premier entretien est réalisé le plus souvent par un médecin pour une évaluation de la situation et une première orientation diagnostique. Celle-ci permet de déterminer le bilan d'évaluation complémentaire à mettre en place, pour lequel le délai d'attente est d'environ 1 mois. Des premiers conseils aux parents sont prodigués lors de ce premier entretien. S'il s'avère, lors de la prise de contact et de rendez-vous, que la problématique est de type troubles anxieux isolés, le premier entretien est alors réalisé par un psychologue.

Le bilan réalisé est généralement global et neurodéveloppemental associant le plus souvent tests psychométriques et évaluation psychomotrice.

Le compte-rendu du bilan est élaboré de manière transversale. Des créneaux de consultation « mixte » associant psychiatre et rééducateur sont organisés pour présenter les propositions de prise en charge à la famille et faciliter les prises en charge pluridisciplinaires qui sont en développement. Cela permet également un meilleur ajustement des accompagnements.

**Au CMP de Millau**, la prise de rendez-vous se fait principalement par les familles sur conseil des médecins traitants ou des médecins d'institutions (PMI ou Éducation Nationale.).

Le délai pour un premier rendez-vous est en augmentation, évalué à 3-4 mois au moment de l'entretien, sauf urgence. Il est plus court pour l'équipe mobile adolescents : généralement, l'adolescent est vu dans la semaine par l'infirmier de l'équipe mobile.

Le premier rendez-vous a lieu avec un médecin (sauf en équipe mobile où ce premier contact est réalisé par un infirmier ou un éducateur après avis médical).

Le premier rendez-vous sert à sérier la problématique et à engager un bilan diagnostique qui est pluridisciplinaire. Dans certains cas, cette évaluation peut être menée en commun avec le CRA. Pour les troubles des apprentissages, des liens avec les centres de référence de Montpellier ou Toulouse existent. Le bilan peut être réalisé en libéral ou par le CMPP (antenne à Millau). Pour les troubles des comportements et les phobies scolaires, le bilan est pluridisciplinaire (observation, bilan psychologique, psychomoteur, orthophonie...).

Les propositions de prise en charge sont faites en réunion de synthèse hebdomadaire.

## > Les modalités de prise en charge

**Au CAMSP**, les modalités de prise en charge sont sensiblement les mêmes en 2019 qu'en 2015.

Une orientation vers une autre modalité de prise en charge est proposée face à certaines déficiences :

- les enfants présentant une déficience sensorielle ou une dysphasie sont orientés vers le Centre départemental pour déficients sensoriels ;
- les enfants présentant des troubles des praxies sont orientés vers le CMPP ;
- les enfants, pour lesquels un Trouble envahissant du développement est suspecté, sont orientés vers la pédopsychiatrie et le centre d'évaluation autisme et autre TED (antenne du CRA MP) ;
- les enfants ayant une déficience intellectuelle peuvent être orientés vers un SESSAD.

La prise en charge assurée par le CAMSP est basée sur des suivis individuels (kiné, éducatif, orthophonie, psychomotricité, psychologue, médecin) et des activités de groupe (langage, conte).

Comme indiqué précédemment, le CAMSP ne disposant plus de pédopsychiatre, les enfants avec suspicion de TED sont vus orientés vers le centre d'évaluation autisme et le CMP.

*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 déployer les moyens suffisants pour assurer le suivi des enfants avec le niveau d'intervention souhaitable.

**Au CMPP**, les réorientations vers un suivi en libéral à l'issue de la phase d'évaluation sont beaucoup plus systématiques face à des situations simples ne nécessitant pas un accompagnement pluridisciplinaire. Le maintien d'un lien régulier avec le CMPP est proposé. Les enfants avec TED sont réorientés vers la pédopsychiatrie et le centre d'évaluation autisme.

La prise en charge par le CMPP est pluridisciplinaire associant :

- une consultation médicale annuelle au minimum. Si un traitement médicamenteux est prescrit, l'enfant est revu à 1 mois/1 mois et demi, puis à un an ;
- des suivis individuels : psychologue, psychomotricien, orthophoniste ;
- la spécificité du CMPP : l'accompagnement psychopédagogique.

Des prises en charge de groupe peuvent être également proposées.

Le rythme est généralement hebdomadaire pour des séances de ¾ d'heure.

Les adolescents avec troubles du comportement nécessitent une prise en charge psychologique avec supervision par un psychiatre. Le plus souvent, ils se présentent initialement avec des troubles associés aux troubles des apprentissages mais ils peuvent aussi être le motif principal de consultation quand ils se développent sur des troubles des apprentissages. Ces situations peuvent alors être orientées vers d'autres professionnels. Elles représentent une part limitée de la patientèle.

L'assistante sociale est amenée à intervenir dans la moitié des situations. Cette proportion est en progression, notamment du fait de l'évolution de la cellule familiale. La part éducative peut être prédominante dans l'accompagnement et, pour cela, les relais avec la PMI ou l'ASE sont plus fréquents.

Depuis janvier 2018, une convention avec des orthophonistes libéraux permet de proposer des prises en charge, financées par les postes non pourvus d'orthophonistes au sein du CMPP (deux sur sept). Cependant, l'équipe du CMPP souligne que cela se fait avec une certaine perte qualitative des prises en charge, les liaisons avec le reste de l'équipe n'étant pas aussi faciles qu'avec des professionnels en poste sur la structure. Au moment de l'entretien, une centaine d'enfants bénéficiaient de ce dispositif. Il atteint également ses limites à Decazeville où une seule orthophoniste libérale est installée.

Un important travail a été fait au niveau du CMPP et de ses différentes antennes pour limiter les prises en charge longues. Elles sont maintenant d'un an et demi le plus souvent. En revanche, le constat est fait que les prises en charge en libéral s'inscrivent souvent sur plusieurs années, 4 à 5 ans. Ceci est en partie lié au fait que le travail de réévaluation périodique de la situation mis en place dans les structures comme les CMPP n'est pas toujours réalisé en libéral. Ces prises en charge longues ont comme effet connexe d'entraîner un blocage des filières d'aval en libéral et un allongement des délais pour orienter les enfants vers ces professionnels.

**Au CMP à Rodez**, des orientations peuvent être proposées dès la fin de la phase de bilan :

- vers les dispositifs propres de prises en charge de la pédopsychiatrie (hôpital de jour ou CATTP) ;
- vers des orthophonistes libéraux en cas de troubles du langage isolés ;
- vers un établissement ou service pour enfants en situation de handicap si les déficiences apparaissent au premier plan (et en fonction des agréments des ESMS) ;
- vers le CMPP si un accompagnement psychopédagogique ou des matériels spécifiques sont nécessaires et que les troubles associés sont modérés.

Quand il s'agit de troubles anxieux, notamment ceux en lien avec des événements de vie, des conseils sont prodigués et un suivi médical est proposé.

Des suivis individuels sont proposés : psychothérapie, psychomotricité, assistant en travail social, infirmière (pour les adolescents).

Des accueils de groupes sont organisés en sessions de 5 mois avec deux sessions par an. Les groupes sont organisés par âge : graphomotricité, troubles de l'attention, contes, observations des tout-petits, troubles spécifiques du langage... Pour les adolescents, un groupe de parole et un groupe d'affirmation de soi. La taille des groupes est généralement limitée à 5 enfants.

Les suivis sont le plus souvent hebdomadaires et combinés entre eux.

Les TED représentent une part relativement limitée de la population suivie en CMP car si le CMP est une voie d'entrée pour le diagnostic (en lien avec l'antenne locale du CEA coordonnée par un pédopsychiatre du service), la prise en charge se fait ensuite plutôt au niveau du CATTP ou de l'hôpital de jour.

Les troubles instrumentaux et des apprentissages, soit isolés, soit associés avec d'autres troubles, sont un motif de recours fréquent au CMP. Cela représente une part importante de l'activité d'évaluation. C'est en train d'évoluer avec la mise en place du CCTA.

Le constat est fait d'un manque de personnel formé pour mettre en œuvre des thérapies cognitives telles que proposées dans les différentes recommandations de bonnes pratiques. Il y a aussi une utilisation insuffisamment développée des outils psychothérapeutiques. Dans le domaine de la psychomotricité, si les accompagnements proposés sont jugés de qualité, il s'avère que quantitativement, ils sont insuffisants par manque de personnel. Un manque d'orthophonistes et d'éducateurs est également noté.

Les capacités de formation du personnel sont également peu satisfaisantes : face à un besoin exprimé, le choix du formateur est réalisé par l'administration de l'hôpital et pas toujours par les professionnels, d'où des décalages entre les attentes et les formations obtenues.

**Au CMP à Millau**, comme peu de solutions alternatives existent sur le territoire, les orientations en dehors du CMP à l'issue de la phase diagnostique sont rares : quand les troubles des apprentissages ne sont pas associés à d'autres troubles (ou à des troubles limités) une orientation vers le CMPP est possible. Une coordination entre le CMP et le CMPP est proposée quand une prise en charge associant orthophonie, psychomotricité et suivi psychologique est nécessaire.

Des suivis individuels sont proposés par le CMP : consultations médicales, suivi psychologique, psychomotricité. Un suivi orthophonique n'est pas possible actuellement, le poste n'étant pas pourvu depuis deux ans.

Des groupes sont également proposés (mais qu'à Millau). Trois à quatre groupes existent organisés par âge, animés par un psychologue ou un psychomotricien.

La fréquence du suivi est hebdomadaire pour la psychologie, la psychomotricité et les groupes. Il peut être bihebdomadaire en psychologie. Le suivi médical est généralement mensuel mais peut être plus fréquent (jusqu'à une fois par semaine).

Les TED concernent environ un tiers des enfants suivis. Les délais d'évaluation sur les CRA de Toulouse ou de Montpellier (ainsi qu'en neurologie ou neuropédiatrie) sont considérés comme longs. Ils sont plus courts avec le

CEA. Le manque de places en SESSAD et IME limite les possibilités d'accompagnement. Il y a aussi un déficit en AVS : quantitatif (moyens de l'Éducation Nationale et manque de professionnels) et qualitatif (manque de formation). Les personnels du CMP ont bénéficié de formations en lien avec les TSA ces dernières années : PECS, ADOS, habiletés sociales. Une convention a ainsi été passée avec le CAMSP pour son antenne de Millau permettant aux deux équipes de réaliser de manière conjointe des ADOS. Des liens ont également été développés avec le centre d'évaluation de l'autisme de Rodez avec, en projet, des réunions conjointes de reprise des situations des enfants avec TSA.

Les troubles des apprentissages sont le domaine dans lequel se sont développées les collaborations avec le CMPP. Un tiers des enfants suivis auraient des troubles des apprentissages (à l'origine ou conséquences d'autres troubles dans un certain nombre de cas). En cas de dyslexie ou dyspraxie, un bilan en CMPP ou en centre de compétence/référence est souvent demandé mais les délais sont longs.

Pour les troubles du comportement des adolescents, c'est principalement l'équipe mobile qui intervient dans ce domaine. Des consultations au CMP peuvent être enclenchées à partir de là. Le manque d'hospitalisation sur

Millau se fait sentir, nécessitant de faire appel à l'unité de Rodez (ou aux établissements héraultais : CHU ou clinique La Lironde). On note un rajeunissement des situations avec des troubles graves du comportement, sans doute en lien avec des difficultés psycho familiales et sociales plus importantes. Les adolescents sont souvent un peu seuls au monde dans certaines situations.

Sur le plan des moyens humains, le constat est fait d'une aggravation nette de la situation, en particulier pour les psychomotriciens. Il existe actuellement une liste d'attente d'une vingtaine d'enfants (13 à Millau et 6 à Saint-Affrique) avec des délais d'attente de 18 mois à 2 ans. Cela est jugé comme particulièrement préjudiciable pour les enfants dans le cadre des prises en charge précoces. Une demande a été faite à l'administration du CH de Millau pour transformer un poste d'orthophoniste non pourvu depuis plusieurs années en poste de psychomotricien. Outre la difficulté très importante à trouver des orthophoniste, il faut souligner que, au moment de l'entretien, les recrutements étaient bloqués au niveau de l'hôpital dans le cadre de son plan de retour à l'équilibre.

## > Les sorties et les relais

**Au CAMSP**, le nombre d'enfants sortis en 2017 était de 219. Dans la très grande majorité des cas (97 %), il s'agit de fins de prise en charge concertées entre les parents et l'équipe.

La durée moyenne de prise en charge est de 21 mois (24 % moins d'un an, 45 % de 13 à 24 mois, 31 % plus de 24 mois).

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).

Elle est fortement en lien avec la problématique présentée par les enfants et s'organise alors comme pour les orientations après bilan.

Un cas particulier est souligné : il porte sur les enfants lourdement handicapés du fait d'un pluri handicap ou de troubles du comportement. Une structure d'accueil de jour a été développée par la fondation OPTEO permettant d'accueillir les enfants entre 1 et 5 jours par semaine dans l'attente de l'effectivité d'une orientation de la CDAPH vers un IEM ou un IME. Cela permet d'apporter une réponse aux petits sans solution. Cet accueil intègre des prises en charge en kinésithérapie, psychomotricité et orthophonie.

La convention passée entre le CAMSP et le CMPP, déjà citée, permet de faciliter la transition dans le cadre des relais de prise en charge à 6 ans.

Le fait d'être relié au même organisme gestionnaire qu'un grand nombre des IME et SESSAD du département facilite les relais d'accompagnement dans ces structures quand ils sont nécessaires.

Cependant, il est important de commencer à travailler les questions d'orientation à la sortie du CAMSP avec les parents dès 4 ans, compte-tenu des délais relativement importants pour mettre en place ces orientations.

**Au CMPP**, le nombre d'enfants sortis en 2017 est de 285. La durée moyenne de prise en charge par le CMPP est de 18 mois. Pour un quart des enfants, l'accompagnement a duré moins d'un an, pour un tiers, un an et pour les deux cinquièmes deux ans ou plus.

Les 799 sorties, sont décidées de façon concertée entre le CMPP, l'enfant et sa famille dans 50 % des cas ; le suivi s'est arrêté du fait de la famille dans 41 % des cas. Dans 9 % des cas, les sorties correspondent à un autre motif.

Quand un suivi est nécessaire en fin d'accompagnement :

- vers le libéral : le contact est pris avec celui-ci avec envoi de courrier et transmission des informations nécessaires ;

- avec le CMP, le lien fonctionne correctement ;
- avec les ESMS : une rencontre des équipes est organisée sur un temps de synthèse une fois la notification MDPH obtenue. L'arrêt de la prise en charge est organisé en amont de l'entrée en ESMS.

Les fins de prise en charge sont décidées en réunion de synthèse, le plus souvent en fonction de l'atteinte des objectifs fixés. Si cela intervient en cours d'année scolaire, le suivi est prorogé avec une fréquence moindre.

Les liens avec les établissements scolaires ont été développés ces dernières années permettant une meilleure organisation et adaptation scolaire de l'enfant et pouvant alors entraîner des sorties plus précoces du CMPP.

Des difficultés d'orientation vers des ESMS sont notées pour quelques enfants. C'est le cas par exemple quand l'enfant présente une déficience motrice dans le cadre d'une maladie évolutive. Il faut noter également que les délais d'attente pour être accompagné par le Centre départemental pour déficients sensoriels (CDDS) sont particulièrement longs, autour de 2 ans ½.

### **Au CMP de Rodez.**

Les relais se font beaucoup en interne à la pédopsychiatrie : du CMP petits vers le CMP adolescents, du CMP vers le CATTP ou l'hôpital de jour. Comme déjà indiqué, un travail est à faire pour développer un dispositif relais pour les adolescents et jeunes adultes. Un projet en ce sens pour les 14-18 ans est en cours d'élaboration. Cela est particulièrement nécessaire, à la fois pour les adolescents et pour leur famille quand une poursuite de la prise en charge à l'âge adulte doit être envisagée. Ce dispositif doit permettre d'offrir une sorte de « sas » entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte.

Les propositions d'orientation vers des ESMS sont à travailler en tenant compte des délais d'attente (un délai d'attente de 2 à 3 ans pour une place en SESSAD d'ITEP est évoqué).

Des relais entre CAMSP et CMP sont travaillés.

Les fins de prises en charge se décident le plus souvent en réunion de synthèse après avis médical.

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

Les relais se font beaucoup vers le médicosocial et sont à anticiper fortement : délai de traitement des dossiers MDPH, plus délai d'attente en ESMS qualifié d'aléatoire (évalué à 2 ans pour les SESSAD). Un accompagnement doit être proposé pendant ce délai.

Des liaisons avec l'ASE sont parfois faites en cas de suspicion de mauvais traitement ou lors de refus de soins (2 à 3 fois par an).

Les arrêts de soins sont parfois du fait de la famille par lassitude, peu de vision de l'apport, difficultés sociales ou nomadisme médical.

La réunion de synthèse hebdomadaire permet d'évaluer les différentes situations. Les décisions d'arrêt du suivi sont prises à ce niveau. Souvent l'enfant est alors revu avec ses parents (parfois conjointement médecin, rééducateur). Il s'agit le plus souvent des cas où les objectifs fixés ont été atteints.

Des dossiers de demande d'AEEH ou de PCH sont parfois déposés, permettant de faire intervenir l'association « Autisme Aveyron » auprès des enfants avec TSA.

## > Les partenariats

Lors de la réunion de concertation entre les différents acteurs concernés par cette étude en Aveyron, le constat a été fait d'une très bonne connaissance des différents acteurs entre eux. Cela permet très souvent de trouver plutôt facilement des solutions à proposer aux familles et qui répondent aux besoins de leurs enfants. La mise en place effective, début 2021, de la plateforme de coordination et d'orientation devrait permettre de renforcer les effets de ces partenariats.

### ***Avec le secteur médical :***

#### **Pour le CAMSP :**

Il n'y a pas de collaboration avec la maternité mais il y en a avec la pédiatrie : des réunions sont organisées toutes les six semaines entre la Pédiatrie, la PMI, et le CAMSP à Rodez. Ceci permet de faciliter le parcours des enfants et de définir des objectifs communs et de se coordonner. Ce dispositif permet qu'il y ait moins de blocage qu'auparavant. Les contacts se font également via le réseau P'titMIP, notamment avec la PMI, permettant des relations très fréquentes autour des situations des enfants.

Les médecins libéraux sont peu nombreux à orienter des enfants vers le CAMSP. Il y a sans doute de leur part une méconnaissance de la structure et une difficulté à identifier réellement les accompagnements qui y sont proposés.

Le CAMSP a une bonne connaissance des orthophonistes. Des orientations vers des orthophonistes sont organisées à partir du CAMSP en ciblant les professionnels selon les troubles présentés par l'enfant.

Les relations avec les psychologues libéraux sont inexistantes.

Il faut noter aussi la mise en place, ces dernières années à Millau, de réunions de concertations entre les différents acteurs concernés par l'accompagnement des enfants jugées très positives par le CAMSP.

#### **Pour le CMPP :**

Il n'y a pas de partenariat avec la maternité. Avec la pédiatrie, les collaborations sont limitées par le temps disponible des praticiens. Elles portent essentiellement sur la réalisation de bilans en mobilisant l'expertise neuropsychologique du CH.

Avec les services de PMI, les contacts sont réguliers. Ils interviennent dans l'orientation des jeunes enfants vers le CMPP. Ces contacts passent également au travers d'une « plateforme de réunions mensuelles » regroupant libéraux, CAMSP, PMI, pédiatrie, IEM... sur les enfants qui sortent de néonatalogie.

Avec les médecins libéraux, le contact passe essentiellement par l'envoi systématique des comptes rendus. Avec les autres professionnels libéraux (orthophonistes et psychologues), le travail se concentre surtout avec ceux qui ont le même état d'esprit et les mêmes manières de travailler afin d'assurer une continuité des prises en charge.

Les relations avec le CMP passent par des échanges de personnel. Des conventions formalisent le partage de certains locaux pour des antennes (Espalion et Villefranche-de-Rouergue).

Des journées multi partenariales de formation sont organisées à Rodez, associant le centre hospitalier, la pédopsychiatrie, le RéPPOP<sup>5</sup>, des associations... Ces journées permettent une animation de ce réseau informel de professionnels, une connaissance mutuelle et de développer des éléments de culture commune.

Les professionnels du CMPP expriment leur attente vis-à-vis de la mise en place d'une maison des adolescents sur Rodez : ce dispositif permettrait de proposer une réponse à des adolescents qui sont à la limite d'une prise en charge en psychiatrie.

---

<sup>5</sup> RéPPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

**Pour les CMP :**

À Rodez, un psychologue du CMP est détaché auprès de la maternité (0,1 ETP) permettant de faire les liaisons avec la pédopsychiatrie (pas de psychiatrie adulte sur l'hôpital).

La mise en place d'un Centre de compétences troubles des apprentissages (CCTA) sur l'hôpital a permis de dynamiser les équipes et de renforcer les liens avec la pédiatrie.

La PMI adresse des enfants au CMP sans que des problèmes particuliers de partenariat soient notés. Le maillage avec l'assistante sociale est particulièrement bon.

Avec les médecins libéraux, les contacts se font principalement au travers de la FMC avec des thèmes comme les TRED ou les dépressions des adolescents. En dehors de cela, le constat est fait des difficultés à communiquer avec les médecins généralistes. Les bilans effectués au CMP leur sont adressés.

Très peu de liens sont notés avec les psychologues libéraux. Avec les orthophonistes, les collaborations sont qualifiées de bonnes : adressage des enfants au CMP pour bilan, participation aux synthèses... Les difficultés identifiées sont liées à des listes d'attente longues, surtout à Decazeville et Villefranche-de-Rouergue. Un risque de manque d'orthophoniste au CMP est noté : difficultés probables de remplacement d'une professionnelle qui va quitter le service.

Le service de psychiatrie infanto juvénile est partie prenante du projet de maison des adolescents associant les centres hospitaliers de Rodez et Millau, l'hôpital Sainte Marie, et les structures d'addictologie.

À Millau, le service de pédopsychiatrie est impliqué dans la psychiatrie de liaison avec la maternité. Un staff hebdomadaire a lieu à la maternité ainsi qu'un staff interdisciplinaire. Le service y participe (éducateur de jeunes enfants ou pédopsychiatre). Il n'y a pas de service de pédiatrie à l'hôpital. Le lien se fait donc avec les pédiatres libéraux qui interviennent à la maternité.

Au niveau de l'hôpital, l'obstétrique, les urgences, la pédiatrie et la pédopsychiatrie sont réunis dans un même pôle. Des réunions de pôle permettent de traiter les situations critiques et faciliter l'articulation entre acteurs. Y sont invités outre les hospitaliers, les pédiatres libéraux, la PMI/ASE, le CAMSP...

En dehors de ces temps, des réunions du CMP avec la PMI et l'ASE sont organisées deux fois par trimestre. Pendant une période, ces réunions n'ont pas pu se tenir (vacance de poste à la PMI).

Les relations avec les médecins libéraux sont qualifiées de bonnes quoique limitées.

Les liens avec les psychologues libéraux sont limités. Il y a peu de visibilité sur leurs pratiques. Le profil de ces psychologues libéraux est qualifié de varié avec parfois des orientations « exotiques ». Le travail se fait principalement avec les psychologues connus du CMP.

Avec les orthophonistes, les collaborations sont impactées par le fait que le poste au CMP est vacant depuis 2 ans. Le travail avec le libéral est donc indispensable mais cette absence retentit sur la qualité des contacts.

Ces actions de partenariat sont cependant limitées par l'absence de reconnaissance et de prise en charge du temps de travail qui leur est consacré dans l'analyse de l'activité du service.

***Avec le médicosocial :***

**Pour le CAMSP :**

Des contacts réguliers avec le médicosocial existent, notamment du fait que le médecin directeur du CAMSP intervient également dans les différents IME du département.

**Pour le CMPP :**

Des réunions passerelles (associant également le CMP) permettent de préparer les transitions des enfants entre les structures.

Les liens avec les autres structures médicosociales sont qualifiés de très bons avec contact systématique pour chaque enfant orienté vers un ESMS, une fois la décision de la CDAPH prise.

**Pour les CMP :**

À Rodez, avec le CAMSP, l'histoire commune est importante. Un des médecins du CMP intervient au CAMSP. La transition des enfants entre les deux structures est le point qu'il est nécessaire de travailler. Notamment, les informations données aux enfants et à leur famille doivent être renforcées.

Avec le CMPP, il y avait peu de contacts jusqu'à maintenant au niveau médical. Cela devrait évoluer avec le changement de directeur médical. Les contacts sont plus développés entre les professionnels non médicaux. Une rencontre est prévue pour travailler sur les collaborations.

Les contacts sont développés pour les bilans avec le CDDS (Centre départemental pour déficients sensoriels). Le CMP intervient en soutien sur les problématiques psychiatriques auprès du CDDS et de l'IEM. Les interventions avec les autres ESMS (IME, ITEP, SESSAD) se font au coup par coup pour préparer les admissions dans ces structures.

À Millau, il y a une antenne du CAMSP avec des temps d'intervention limités. Des surveillances-observations sont de ce fait menées au CMP. Les liens sont également développés avec le CAMSP de Montpellier et avec le réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon.

Avec le CMPP, les contacts sont facilités du fait qu'un médecin du CMP intervient sur l'antenne locale du CMPP.

Des contacts ont lieu avec l'IME de la Roquette. Des prises en charge en commun entre IME ou SESSAD et hôpital de jour ont pu être mises en œuvre.

Une régularité du travail avec le CAMSP et le CMPP s'est ainsi installée ces dernières années.

***Avec la MDPH :***

**Pour le CAMSP :**

Des difficultés de relations avec la MDPH sont relevées. L'approche de cette dernière est jugée rigide avec peu de contacts entre les médecins. Les contacts se font essentiellement via l'assistante sociale.

**Pour le CMPP :**

Le souhait d'une meilleure structuration des contacts avec la MDPH est formulé. Les exigences de la MDPH sont considérées comme lourdes.

**Pour les CMP :**

Le fonctionnement de la MDPH est qualifié de rigide sur les évaluations et orientations : tests demandés de façon systématique, peu de prise en compte des propositions et observations formulées par l'équipe... La MDPH est perçue comme peu en lien avec la réalité de terrain. En dehors de cela, les contacts se font principalement au travers de la commission des situations critiques. Les professionnels soulignent que beaucoup de décisions de la CDAPH ont fait l'objet d'une contestation de la part des parents.

Les échanges lors de la réunion de concertation permettent de tempérer ce constat. Un temps de rencontre entre la MDPH et les différents acteurs des CAMSP, CMPP et CMP devrait permettre de lever ces difficultés en précisant mieux le rôle de chacun et les attentes qui en découlent.

***Avec l'Éducation Nationale :***

**Pour le CAMSP :**

Les contacts avec le médecin scolaire sont très limités, voire inexistants. En revanche, un contact avec l'école est pris chaque fois que des problèmes de comportement ou des troubles des acquisitions sont évoqués. La problématique des AVS est pointée : manque d'AVS pouvant servir de prétexte pour ne pas accueillir un enfant, manque de formation des AVS. Le souhait de pouvoir intervenir plus en milieu scolaire est exprimé. Le CAMSP souligne une amélioration de la participation des différents acteurs concernés aux Équipes de suivi de la scolarisation des élèves (ESS). Les éducatrices du CAMSP interviennent dans les écoles pour des temps d'observation et les écoles contactent le CAMSP plus facilement et de manière plus appropriée.

**Pour le CMPP :**

Les contacts avec les médecins scolaires sont très réguliers à propos des enfants suivis. Avec les enseignants, ceux-ci sont assurés dans le cadre de l'accompagnement psychopédagogique et par la participation régulière aux réunions d'équipes (ESS). Une convention a été passée concernant une ULIS petits, spécialisée sur les troubles spécifiques du langage à Rodez.

**Pour les CMP :**

À Rodez, les liens avec la santé scolaire sont bien développés, notamment autour des PAI. Les contacts se font également chaque fois que nécessaire autour des problématiques des adolescents.

Avec les enseignants, un hiatus est observé entre le primaire et le secondaire : en primaire, les contacts sont développés notamment au travers des ESS ; avec le collège, il y a peu de contacts avec les enseignants, le lien se faisant plutôt avec les CPE.

À Millau, une réunion trimestrielle est organisée avec le collège et le lycée (principal, CPE, infirmière), à la fois à Millau et à Saint-Affrique. Ces réunions permettent de travailler sur la situation des élèves en difficulté.

Avec les enseignants, les contacts se font au cas par cas en fonction des prises en charge. Le CMP participe aux équipes éducatives et intervient à la demande.

Un travail est en cours également avec l'Éducation Nationale sur le dépistage de la dépression chez les élèves (Projet Pare Choc) auquel les deux secteurs de psychiatrie infantile juvénile de l'Aveyron participent.

## > La place des familles

**Au CAMSP**, l'impact des changements induits par les lois de 2002 et 2005 est souligné pour mettre en avant la place laissée aux familles. Ce sont elles qui prennent in fine les décisions concernant le suivi et l'orientation des enfants à partir des éléments apportés par le CAMSP. Un travail d'association des familles à la phase de bilan est réalisé afin de favoriser leur adhésion au suivi proposé plutôt que d'être dans une attitude d'obéissance face à une décision prise par ailleurs. La parole des parents est prise en compte par les rééducateurs lors des synthèses. Les propositions de suivi sont présentées à la famille lors d'une consultation avant de les inviter à signer le DUPC.

**Au CMPP**, l'investissement des professionnels du CMPP auprès des enfants passe aussi par un lien étroit avec les familles. Des enquêtes de satisfaction annuelles sont conduites (auprès de 250 suivis en cours et de 250 suivis clos). Les enseignants sont également interrogés. Globalement, le niveau de satisfaction est élevé. Le point qui pose le plus de problème est la file d'attente et les délais de prise en charge.

**Au CMP de Rodez**, les consultations médicales se font avec les parents. Les comptes rendus médicaux leur sont adressés et les synthèses sont restituées en leur présence. Le principe est d'associer autant que possible les parents à l'évaluation et au suivi des enfants.

**Le CMP de Millau** ne propose pas de thérapie familiale. En revanche, beaucoup de travail est réalisé avec les familles : rencontre, guidance, accompagnement. Les enfants sont toujours vus en consultation avec leurs parents. Une attention particulière est portée à la fratrie (notamment pour les TED). Il n'a pas été possible de mettre en place un groupe de parole bien que souhaité (taille réduite de la ville, distance pour les personnes en dehors de Millau).

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

Pour **le CAMSP**, les manques actuels portent sur les possibilités de dépistage des problématiques en crèche et de la prévention précoce des relations mère-enfant. Une présence personnalisée auprès des enfants scolarisés serait également souhaitable. Ce besoin s'inscrit dans une volonté de développer le travail en amont en améliorant l'adressage précoce et plus ciblé des enfants vers le CAMSP.

Les besoins émergents portent sur l'étayage parental et sur la capacité à prodiguer des conseils simples d'éducation.

Les évolutions actuelles sont liées au changement de directeur qui devrait permettre de travailler plus particulièrement la place des parents.

La nécessité d'une actualisation régulière des connaissances est pointée ainsi que le développement de compétences nouvelles dans l'équipe pour répondre aux besoins des enfants et de leurs parents. Une participation à des diplômes d'université sur l'autisme ou sur les bébés vulnérables est citée comme exemple.

Le manque d'un certain nombre de compétences en interne (en particulier en orthophonie) amène à développer les partenariats avec des intervenants libéraux mais cette démarche se heurte au mot d'ordre syndical invitant les orthophonistes libéraux à refuser ces prises en charge.

La spécificité actuelle **du CMPP** repose sur une cohérence entre la volonté médicale et celle de l'établissement. Il y a une formation commune des professionnels sur les troubles des apprentissages. Il y a à la fois une expertise des professionnels et une humilité avec la reconnaissance de l'expertise familiale.

Les besoins non couverts ou insuffisamment couverts portent sur l'ergothérapie (apprentissage du numérique et aides matérielles en lien avec l'expertise du référent psychopédagogique). La question de la place prise par le virtuel et le temps passé devant les écrans sont sans doute insuffisamment pris en compte.

La question de l'étendue du territoire aveyronnais est également mentionnée avec la difficulté à assurer une offre de proximité pour les enfants et leur famille.

L'absence d'accès à des psychomotriciens libéraux (nombre et problèmes de prise en charge financière) freine les prises en charge précoces.

Parmi les besoins émergents figure l'absence d'expertise face aux addictions aux jeux.

Les perspectives et axes de travail pour le CMPP sont :

- le développement de l'accueil des tout-petits à Decazeville,
- la diminution des listes d'attente (avec la mise en place de circuits courts et de circuits longs),
- le relais avec les partenaires libéraux,
- un travail plus harmonieux avec les partenaires sur le projet individualisé de l'enfant afin qu'il soit acceptable pour l'enfant, acceptable sur le plan culturel et familial et cohérent entre les structures,
- la mise en place de consultations conjointes (médecin plus autre professionnel), y compris pour les retours de bilans.

L'équipe du CMPP met également en avant la quasi-absence actuelle de prise en charge néonatale précoce pour les enfants présentant des vulnérabilités neurodéveloppementales d'étiologie variable. Une équipe de liaison néonatale associant pédiatre, psychiatre et psychomotricien permettrait d'identifier ces enfants et faire le lien entre les acteurs de la prise en charge en amont du CAMSP.

Un peu de la même manière, le développement d'une équipe mobile médicosociale apparaît nécessaire. Elle viendrait en appui aux équipes en milieu scolaire pour favoriser la scolarisation des élèves en situation de handicap.

**Pour le CMP de Rodez**, le point relevé concerne principalement l'émergence de quelque chose de nouveau au niveau des troubles du développement qui semblent plus précoces. Cela nécessite de développer des unités dédiées autour des troubles du développement des tout-petits, d'autant plus que les interventions précoces dans ce domaine dans une approche pluridisciplinaire (associant ORL, neurologie et générique) sont particulièrement pertinentes.

Les cas complexes concernant les adolescents semblent aussi plus précoces : une hypothèse serait que l'avancée de l'âge de la puberté entraînerait des décompensations plus précoces sur des profils non matures rendant difficiles de faire face à des relations qui se complexifient.

Un déficit de place en IME et en SESSAD est également noté, notamment pour les enfants avec TSA.

**Pour le CMP de Millau**, les besoins non couverts sont principalement en lien avec le manque d'orthophoniste (poste non pourvu) et le temps limité en psychiatre, psychologue et psychomotricien.

Une prise en charge plus rapide des enfants avec troubles précoces est à développer : en son absence, les enfants arrivent dans un deuxième temps par un autre circuit et avec des problèmes accrus.

Les perspectives portent sur le développement d'une équipe mobile 0-6 ans et un CATTP à mettre en place avec des moyens inférieurs à ceux demandés (2,2 ETP pour 8 demandés).

Une équipe mobile petite enfance permettrait de développer une psychiatrie de liaison de manière régulière sur Millau et à la demande à Saint-Affrique.

Enfin, le déficit de pédopsychiatres à Millau est souligné : avec le départ en retraite d'un médecin début 2020, un seul pédopsychiatre est présent sur le CH de Millau.

## > Les plateformes de coordination et d'orientation

Le CAMSP et le CMPP mettent en avant la nécessité de développer les partenariats entre l'ensemble des acteurs concernés pour la mise en place de cette plateforme. Le lien avec les centres de référence comme le CRA est un point important. Cette plateforme trouverait alors son intérêt principalement dans une fonction d'animation du réseau, déjà existante mais plus ou moins formelle, entre les différents acteurs concernés. Elle pourrait avoir un rôle dans l'organisation de formations communes ou de réunions de concertation.

Pour le CMP de Rodez, le constat d'un mode de fonctionnement de type plateforme TND fonctionnant de manière informelle en Aveyron est fait. Cependant, si un tel dispositif peut avoir un intérêt dans des centres urbains avec une offre en professionnels libéraux qui soit mobilisable, cela est moins vrai sur un territoire rural qui se caractérise par un nombre très limité de professionnels libéraux.

La question principale est plutôt celle de l'aval : le manque de moyens pour accompagner ces enfants en ESMS, en particulier pour les cas complexes. De ce fait, on assiste à un « embouteillage » en amont limitant d'autant les possibilités d'accompagnement de nouveaux enfants.

Au niveau du CMP de Millau, un constat relativement proche est fait. L'apport de ce type de plateforme par rapport à l'existant dans le contexte du Sud-Aveyron n'apparaît pas clairement, d'autant plus que le manque de professionnels libéraux est également souligné. Un nouveau dispositif se heurterait sans doute aux difficultés déjà identifiées : manque de temps médical et paramédical, notamment en libéral, manque de structures d'aval...

Un projet de plateforme a été porté dès le premier appel à manifestation d'intérêt par le CMPP en partenariat avec les autres acteurs du territoire. Ce projet a été retenu pour la 2<sup>e</sup> vague de déploiement des plateformes de coordination et d'orientation. La plateforme devrait être opérationnelle dans l'Aveyron dès le début 2021. Dans le projet développé dans le département, les médecins traitants sont positionnés comme les portes d'entrée dans le dispositif. Il est donc nécessaire que ces professionnels de 1<sup>er</sup> recours puissent être sensibilisés à la problématique des TND et à leur repérage. Les professionnels de la plateforme sont conscients qu'il s'agit d'un travail de longue haleine. L'objectif poursuivi par les porteurs de la plateforme n'est pas de « faire une nouvelle structure » mais de faciliter et renforcer les articulations entre les différents acteurs. Le projet est donc de développer une plateforme multi partenariale ouverte à tous les partenaires concernés. Un gros travail partenarial a déjà été fait (comme exposé dans les paragraphes précédents). La formation commune des professionnels, y compris des libéraux, est un élément de ce travail partenarial. Pour aller plus loin dans ce travail, des réunions d'information des partenaires sont prévues en janvier 2021 (à adapter éventuellement en fonction du contexte sanitaire) et l'appui de la délégation départementale de l'ARS est souligné comme relais du dispositif en amplifiant la communication. L'équipe aveyronnaise s'est appuyée sur l'expérience du Tarn, en contact étroit avec les médecins qui la portent (au niveau de l'antenne du CRA et du CAMSP d'Albi). Le constat qui est fait est que l'attente a été longue (plus d'un an) avant de pouvoir concrétiser ce projet mais que ce délai était nécessaire pour mobiliser les libéraux ; une vingtaine de praticiens libéraux sont prêts à y participer et un travail en lien avec les maisons de santé pluriprofessionnelles a pu être réalisé (MSP de Decazeville, Rodez, Espalion...).

## 5/ SYNTHÈSE ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Cette dernière partie a été élaborée à partir des résultats quantitatifs, qualitatifs et de la concertation qui s'est déroulée le 10 novembre 2020 en visioconférence.

### Des spécificités territoriales :

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

- une population des moins de 21 ans qui progresse légèrement (+ 0,1 % par an) ;
- un territoire très vaste avec une densité de population faible et des déplacements qui peuvent être difficiles, notamment pendant l'hiver ;
- un certain nombre de territoires qui sont marqués par des situations de précarité économique et une pauvreté des relations sociales d'une partie de la population, pouvant avoir un impact sur le développement de l'enfant et le repérage suffisamment précoce des troubles ;
- une démographie médicale contrastée avec une diminution du nombre de pédopsychiatres mais une augmentation concernant les psychiatres. Cela se traduit par une légère augmentation de la densité de médecins spécialisés en psychiatrie tout en restant nettement inférieure à la valeur régionale ou nationale ;
- un nombre limité pour les autres professionnels de santé avec la plus faible densité en psychologues, parmi les plus faibles densité en orthophonistes ou psychomotriciens et une densité médiane en ergothérapeutes.

### Des dispositifs développés pour améliorer les prises en charge :

- un maillage territorial important ;
- un maintien d'une 1<sup>ère</sup> consultation médicale sur tous les sites avec parfois des accueils en binôme ou en lien avec un rendez-vous « administratif » ;
- des dispositifs de rencontres régulières entre les professionnels des différentes structures permettent d'avoir des formations communes et de créer plus de liens entre eux ;
- des dispositifs de transition pour les enfants du CAMSP orientés vers le CMPP avec un « tuilage » permettant à des enfants encore suivis au CAMSP de commencer à être accueillis au CMPP ;
- la mise en place de réunions « passerelles » régulières réunissant CAMSP, CMPP et CMP pour présenter les enfants qui vont être adressés par une de ces structures à une autre ;
- la mobilisation du dispositif « Handicap agir tôt » par le CAMSP permettant de développer le réseau de repérage des troubles du neuro développement plus en amont ;
- le développement d'une offre d'accueil de jour pour les enfants dont les capacités sont les plus altérées pour le temps d'attente de place en établissement.

### Les points de vigilance :

- des listes d'attente importantes et des délais d'attente qui peuvent être longs, parfois aggravés par des vacances de postes de médecins, mais une prise en compte de l'âge de l'enfant, des pathologies ou de la gravité de la situation pour proposer des prises en charge plus rapidement ;
- un impact de plus en plus sensible de la raréfaction des pédopsychiatres, notamment salariés, avec un impact sur les modalités d'accueil et de prise en charge ;
- des délais d'attente pour être pris en SESSAD ou en établissement pouvant être longs, nécessitant une préparation longtemps en amont ;
- une difficulté à assurer les accompagnements au niveau qui serait nécessaire pour chaque enfant et dans des délais raisonnables.

**Des situations de retard au repérage ou à la prise en charge :**

- ces situations semblent moins nombreuses du fait d'une meilleure sensibilisation des professionnels de la petite enfance mais elles peuvent persister en lien avec les situations de précarité financière et sociale de certaines familles et les difficultés d'accès aux professionnels (sur certains territoires, le CMPP est le seul acteur de santé présent).

**Les plateformes de coordination et d'orientation :**

- une plateforme portée par le CMPP en lien avec les autres acteurs qui sera opérationnelle début 2021 ;
- s'appuyant sur le réseau informel de professionnels déjà existant ;
- et venant le renforcer et le structurer ;
- mobilisant déjà un nombre important de professionnels libéraux ;
- mais avec la question toujours présente du maintien de l'accompagnement au-delà de la phase initiale concernée par l'action de la plateforme.

**Les perspectives :**

- le renforcement des temps de rencontres entre professionnels pour renforcer les liens et bénéficier de formations communes ;
- le besoin de développer des contacts entre les professionnels des structures concernées et la MDPH afin de mieux préciser les positionnements et attentes des uns et des autres.

## 6/ LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1-	Population au 1 <sup>er</sup> janvier 2016.....	4
Tableau 2 -	Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AAEH au 31 décembre 2017 et taux départemental (pour 100 enfants de même âge) .....	5
Tableau 3 -	Médecins – effectifs au 1 <sup>er</sup> janvier 2019.....	6
Tableau 4 -	Médecins – densité (pour 100 000 habitants) au 1 <sup>er</sup> janvier 2019 .....	6
Tableau 5 -	Autres professionnels – effectifs au 1 <sup>er</sup> janvier 2019 .....	7
Tableau 6 -	Autres professionnels – densité (pour 100 000 habitants) au 1 <sup>er</sup> janvier 2019.....	7
Tableau 7 -	Nombre de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017 .....	8
Tableau 8 -	Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017 .....	8
Tableau 9 -	Nombre de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018 .....	9
Tableau 10 -	Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018 .....	9
Tableau 11 -	Nombre de journées d’hospitalisation en psychiatrie en 2018.....	9
Tableau 12 -	Nombre d’actes en CMP en 2018 (pour 100 000 habitants) .....	10
Tableau 13 -	Taux standardisé (pour 100 000 habitants) d’actes en CMP en 2018 .....	10
Tableau 14 -	Lieux de consultation et file active .....	12
Tableau 10 -	Répartition par âge .....	13
Tableau 11 -	Origine des interventions .....	17
Tableau 12 -	Listes d’attente et délais.....	17