

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

**DÉPARTEMENT DU GARD**

**JUILLET 2020**



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

DÉPARTEMENT DU GARD

JUILLET 2020

**Marie-Christine Bulfone** - Conseillère technique

**Dr Bernard Ledésert** - Médecin de Santé Publique

**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.....	8
> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie.....	9
<b>4/ Principaux résultats de l’enquête auprès des CAMSP, CMPP, CMP .....</b>	<b>11</b>
> Lieux d’implantation .....	11
> Profil des enfants accueillis .....	14
> Les conditions d’accueil et de bilan .....	16
> Les modalités de prise en charge .....	19
> Les sorties et les relais .....	20
> Les partenariats.....	21
> La place des familles .....	26
> Les territoires, l’accessibilité et la réponse aux besoins .....	26
> Les plateformes de coordination et d’orientation .....	27
<b>5/ Synthèse et éléments de prospective .....</b>	<b>28</b>
<b>6/ Liste des tableaux .....</b>	<b>30</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 accueillent 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.

<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.

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

Par ailleurs, la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022 fixe comme objectif de « Développer une démarche volontariste de repérage à tous les âges, articulée systématiquement à des interventions sans délai » (Ambition n°2 – Objectif 1). Dans la lignée des recommandations de la HAS, elle positionne notamment les équipes des CMP, des CAMSP et des CMPP comme professionnels de 2<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 CREAI-ORS Occitanie la réalisation d'un bilan sur le dispositif régional et son fonctionnement dans le prolongement du travail réalisé en Midi-Pyrénées en 2015-2016 puis, l'organisation de concertations territoriales afin d'identifier les atouts et les freins ainsi que les conditions de mise en réseau effective des professionnels et des structures et de la mise en œuvre des plateformes d'orientation et de coordination prévues par la stratégie nationale autisme.

Ce rapport :

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

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



## 2/ MÉTHODOLOGIE

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

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

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

Elle a été complétée par la collecte de données de cadrage au niveau départemental ou des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :

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

Dans une seconde phase, des entretiens avec les professionnels de chacune des structures dans chaque département de l'ancienne région Languedoc-Roussillon ont été menés. Ils ont permis de :

- valider une présentation de la structure : activité, profil clinique des enfants accueillis, modalités de prise en charge, partenariat et organisation de la structure ;
- identifier les éléments positifs et négatifs ou les situations posant problème dans le département ;
- explorer les conditions de mise en place des plateformes d'orientation et de coordination prévues par la stratégie nationale autisme.

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

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

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

### 3/ ÉLÉMENTS DE CADRAGE

Trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile couvrent le département du Gard : le secteur Gard-Nord-Est centré autour d'Uzès et Bagnols-sur-Cèze, le secteur Gard-Nord-Ouest autour d'Alès et le secteur Gard-Sud autour de Nîmes.

#### > Population

Le département du Gard rassemble une population de 742 000 habitants. Cela correspond à une densité de population de 126,8 habitants au km<sup>2</sup>, supérieure à la valeur régionale (79,9 hab./km<sup>2</sup>) ou en France métropolitaine (118,5 hab./km<sup>2</sup>). Cela place le Gard au 3<sup>e</sup> rang des départements d'Occitanie en termes de densité de population, après la Haute-Garonne et l'Hérault. Le secteur Gard-Sud est plus densément peuplé (255,8 hab./km<sup>2</sup>) alors que le secteur Gard-Nord-Est présente une valeur dans la moyenne nationale (118,3 hab./km<sup>2</sup>) et que le secteur Gard-Nord-Ouest présente la densité de population la plus basse (69,4 hab./km<sup>2</sup>).

Un peu plus de 182 200 gardois sont âgés de moins de 21 ans soit un quart de la population (24,6 %). En termes de population, le territoire du Gard-Sud est le plus important, regroupant 46 % de la population et 48 % des moins de 21 ans. Le secteur Gard-Nord-Ouest, le moins peuplé, regroupe quant à lui 27 % des habitants du département et 25 % des moins de 21 ans.

Cette population est en progression au cours des deux dernières périodes quinquennales : elle est passée de 175 410 habitants de moins de 21 ans en 2006 à 180 672 en 2011 et à 182 256 au dernier recensement (2016).

La part des jeunes de moins de 21 ans dans la population est plus basse sur le secteur Gard Nord-Ouest (22,4 %) et plus élevée sur le secteur Gard-Sud (25,9 %).

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
GARD-NORD-EST	16 753	13 415	10 798	11 198	52 164	213 430
GARD-NORD-OUEST	14 149	11 280	9 432	10 018	44 879	199 964
GARD-SUD	27 332	21 110	17 389	22 049	87 880	339 745
<b>GARD</b>	<b>57 352</b>	<b>45 122</b>	<b>37 051</b>	<b>42 732</b>	<b>182 256</b>	<b>742 006</b>

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

#### > Enfants bénéficiaires de l'AEEH

Les familles de plus de 2 300 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH fin 2017, soit un taux de bénéficiaires de 1,3 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 Gard-Nord-Ouest qu'ils sont, rapportés à la population, les plus nombreux, et dans le secteur Gard-Nord-Est qu'ils sont les moins nombreux. Il faut toutefois noter que, dans tous les 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'AEEH au 31 décembre 2017 et taux (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.
GARD-NORD-EST	91	0,64	213	1,34	124	1,15	150	1,33	578	1,11
GARD-NORD-OUEST	76	0,63	225	1,67	157	1,69	164	1,69	622	1,40
GARD-SUD	187	0,80	453	1,79	286	1,67	271	1,26	1 197	1,37
<b>GARD</b>	<b>344</b>	<b>0,70</b>	<b>860</b>	<b>1,60</b>	<b>549</b>	<b>1,50</b>	<b>571</b>	<b>1,36</b>	<b>2 324</b>	<b>1,28</b>

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

## > Scolarisation des enfants en situation de handicap

À la rentrée scolaire de septembre 2017, 3 024 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire dans le Gard : 1 892 dans le 1<sup>er</sup> degré et 1 132 en 2<sup>nd</sup> degré. À cela s'ajoute 1 189 élèves scolarisés en ULIS (658 dans le 1<sup>er</sup> degré et 531 dans le 2<sup>nd</sup> degré). Cela correspond à un ratio de 2,9 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire pour 1 élève scolarisé en ULIS dans le 1<sup>er</sup> degré et à un ratio de 2,1 dans le second degré. Ces ratios sont respectivement de 2,7 et 3,3 en Occitanie et de 3,9 et 4,2 au niveau national.

Au total, ce sont 4 213 enfants et adolescents en situation de handicap qui sont scolarisés dans le Gard. Cela représente 3,5 % des élèves du 1<sup>er</sup> degré et 2,8 % 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).

La répartition des élèves scolarisés en milieu ordinaire par type de troubles est :

- troubles intellectuels et cognitifs .....36 %
- troubles du psychisme .....16 %
- troubles du langage et de la parole .....21 %
- troubles sensoriels.....3 %
- troubles moteurs .....5 %
- autres .....18 %

## > Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé

Au total, début 2018, on dénombre 139 médecins spécialistes en psychiatrie<sup>2</sup> dans le Gard. Parmi eux, on relève que :

- 13 sont pédopsychiatres, dont deux ayant un exercice libéral ou mixte ;
- ces pédopsychiatres sont présents principalement sur le secteur Gard-Sud. Il s'agit aussi du seul secteur où des pédopsychiatres exercent en libéral ;
- parmi les autres psychiatres, aucun n'est neuropsychiatre ;
- le nombre de psychiatres ayant une activité libérale ou mixte est proche de celui des salariés ;
- près de la moitié de ces psychiatres exercent sur la bassin Gard-Sud ;
- la densité de pédopsychiatres dans le Gard est supérieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (8,2 pour 100 000 habitants de moins de 18 ans *versus* 5,4) et, plus encore, en France métropolitaine (4,3) alors que celle des psychiatres est inférieure (17,0 pour 100 000 habitants *versus* 20,4 en région et 21,6 en France métropolitaine) ;

<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.

- au total, la densité en médecins spécialistes en psychiatrie est inférieure aux valeurs observées en Occitanie et en France métropolitaine mais seuls la Haute-Garonne, l'Hérault, la Lozère et les Pyrénées Orientales présentent des densités de médecins spécialistes en psychiatrie supérieures à celles observées dans le Gard.

Au cours des cinq dernières années, entre 2014 et 2019, le nombre de pédopsychiatres dans le Gard est passé de 16 à 13 alors que le nombre de psychiatres passait de 119 à 126. Le nombre global de spécialistes en psychiatrie a ainsi légèrement augmenté. Avec l'augmentation globale de la population, cela se traduit par une densité de ces professionnels pour 100 000 quasiment stable, passant de 18,3 en 2014 à 18,7 en 2019.

On dénombrait 51 pédiatres (dont dix-huit à exercice libéral ou mixte) en 2019 dans le Gard soit 36,6 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). Trente-quatre de ces pédiatres (51,6 pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans) exercent sur le territoire Gard-Sud, neuf (25,8 pour 100 000) sur le territoire Gard-Nord-Ouest et dix (24,4 pour 100 000) sur le territoire Gard-Nord-Est. Le nombre de pédiatres en 2020 est en baisse par rapport à ce qui était noté en 2014 : ils étaient alors 57, soit 40,6 pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans. Parmi eux, vingt-sept avaient un 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
GARD-NORD-EST	0	4	4	17	24	41	17	28	45
GARD-NORD-OUEST	0	3	3	12	14	26	12	17	29
GARD-SUD	2	4	6	32	27	59	34	31	65
<b>GARD</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>61</b>	<b>65</b>	<b>126</b>	<b>63</b>	<b>76</b>	<b>139</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
GARD-NORD-EST	0,00	8,60	8,60	7,97	11,24	19,21	7,97	13,12	21,08
GARD-NORD-OUEST	0,00	7,57	7,57	6,00	7,00	13,00	6,00	8,50	14,50
GARD-SUD	2,69	5,37	8,06	9,42	7,95	17,37	10,01	9,12	19,13
<b>GARD</b>	<b>1,26</b>	<b>6,95</b>	<b>8,22</b>	<b>8,22</b>	<b>8,76</b>	<b>16,98</b>	<b>8,49</b>	<b>10,24</b>	<b>18,73</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 :

- 326 orthophonistes sont dénombrés, présents sur tous les secteurs mais avec des densités variables, allant de 29,5 orthophonistes pour 100 000 habitants dans le Gard-Nord-Est à 54,7 pour 100 000 dans le Gard-Sud. Ils ont principalement un exercice libéral (ou mixte) : cela concerne 85 % d'entre eux. La densité des orthophonistes dans le Gard (43,9 pour 100 000 habitants) est inférieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (49,2) mais supérieure à celle observée sur l'ensemble de la France métropolitaine (39,6). Après la Haute-Garonne et l'Hérault, la densité d'orthophonistes dans le Gard est la troisième plus élevée parmi les treize départements de la région ;

<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.

- plus de 760 psychologues sont dénombrés, mais avec de très fortes disparités selon les secteurs : 76,4 pour 100 000 habitants en Gard-Nord-Est et 134,5 en Gard-Sud. Il s'agit surtout (62 %) de professionnels salariés. La densité des psychologues dans le Gard est inférieure à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (115,4) et assez proche de la valeur en France métropolitaine (106,0) ;
- les ergothérapeutes sont au nombre de 175 dans le Gard. Les deux tiers d'entre eux sont regroupés dans le secteur Gard-Sud. Relativement à la population, ils sont deux fois et demie plus nombreux dans ce secteur qu'en Gard-Nord-Est. Dans près de neuf cas sur dix, les ergothérapeutes gardois sont salariés. Rapportée à la population du département, la densité d'ergothérapeutes dans le Gard (23,6 pour 100 000 habitants) est supérieure à la valeur observée sur l'ensemble de la région (21,4) ou en France métropolitaine (19,3). Seuls deux départements d'Occitanie (la Lozère et l'Hérault) présentent des densités d'ergothérapeutes supérieures à celle observée dans le Gard ;
- 123 psychomotriciens exercent dans le Gard. Ils sont, relativement au nombre d'habitants, moins nombreux en Gard-Nord-Est que dans les deux autres secteurs. Un sur cinq a un exercice libéral ou mixte. La densité en psychomotriciens du Gard (16,6 pour 100 000 habitants) est nettement inférieure à celle observée en Occitanie (22,7) ou en France métropolitaine (20,6) et est, après les Pyrénées-Orientales et l'Aude, la plus faible parmi les treize départements de la région.

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
GARD-NORD-EST	54	9	63	75	88	163	3	26	29	5	22	27
GARD-NORD-OUEST	74	14	88	69	127	196	8	29	37	10	28	38
GARD-SUD	160	26	186	171	286	457	16	102	118	14	51	65
<b>GARD</b>	<b>278</b>	<b>48</b>	<b>326</b>	<b>294</b>	<b>472</b>	<b>766</b>	<b>25</b>	<b>150</b>	<b>175</b>	<b>25</b>	<b>98</b>	<b>123</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	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
GARD-NORD-EST	25,3	4,2	29,5	35,1	41,2	76,4	1,4	12,2	13,6	2,3	10,3	12,7
GARD-NORD-OUEST	37,0	7,0	44,0	34,5	63,5	98,0	4,0	14,5	18,5	5,0	14,0	19,0
GARD-SUD	47,1	7,7	54,7	50,3	84,2	134,5	4,7	30,0	34,7	4,1	15,0	19,1
<b>GARD</b>	<b>37,5</b>	<b>6,5</b>	<b>43,9</b>	<b>39,6</b>	<b>63,6</b>	<b>103,2</b>	<b>3,4</b>	<b>20,2</b>	<b>23,6</b>	<b>3,4</b>	<b>13,2</b>	<b>16,6</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

Trente-quatre établissements pour enfants handicapés sont implantés dans le Gard pour un total de 1 061 places : 15 instituts médico éducatifs (IME) pour 585 places, 3 établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) pour 99 places, 7 instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour 229 places, 2 instituts d'éducation motrice (IEM) pour 63 places, 2 établissements d'éducation sensorielle pour 20 places et 5 établissements expérimentaux pour 65 places. Le taux d'équipement en établissement pour enfants et adolescents en situation de handicap est de 6,0 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans soit inférieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie (7,1 pour 1 000) ou en France métropolitaine (6,4 pour 1 000).

Vingt Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) pour un total de 565 places sont implantés sur le département du Gard. Le taux d'équipement est de 3,2 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, identique au taux sur l'ensemble de la région ou en France métropolitaine.

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

Un peu plus de 24 000 gardois bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, 1 520 ont moins de 20 ans. Ils sont, rapportés à la population, plus nombreux au-delà de dix ans d'une part, dans le territoire Gard-Sud d'autre part.

Les pathologies relevées pour ces 1 520 personnes de moins de 20 ans sont avant tout des troubles du spectre de l'autisme, des retards mentaux et des troubles de la personnalité et du comportement habituellement retrouvés chez l'adulte. Les principales pathologies relevées sont détaillées ci-dessous :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) ..... 37,4 %
- Retard mental ..... 25,3 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ..... 13,5 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs ..... 7,5 %
- Troubles de l'humeur ..... 5,3 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 3,9 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ..... 2,7 %

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 gardois de moins de 20 ans (889,6 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).

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
GARD-NORD-EST	26	102	155	135	418
GARD-NORD-OUEST	23	80	106	146	355
GARD-SUD	44	214	255	246	759
<b>GARD</b>	<b>89</b>	<b>392</b>	<b>513</b>	<b>527</b>	<b>1 521</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
GARD-NORD-EST	225,4	805,9	1 192,0	1 138,9	844,3
GARD-NORD-OUEST	240,8	753,7	942,7	1 449,8	855,2
GARD-SUD	237,9	1 040,3	1 251,1	1 156,6	924,4
<b>GARD</b>	<b>228,3</b>	<b>907,2</b>	<b>1 167,3</b>	<b>1 236,8</b>	<b>889,6</b>

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

## > Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie

Dans le Gard, 2 308 séjours hospitaliers en psychiatrie pour près de 24 400 journées d'hospitalisation ont été enregistrés en 2018 pour des enfants de moins de 20 ans domiciliés dans le département. C'est parmi les 10-14 ans, puis les 15-19 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. Plus de la moitié de ces séjours (58 %) 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 5-9 ans que la proportion de journées en hospitalisation à temps partiel est la plus élevée et parmi les 15-19 ans qu'elle est la plus faible : respectivement, 64,3 % et 13,5 %. Le taux standardisé de séjours hospitaliers en psychiatrie pour des gardois de moins de 20 ans est inférieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie et en France métropolitaine : 13,3 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans dans le Gard, 22,9 en Occitanie et 15,2 en France métropolitaine. C'est le taux de séjours le plus faible observé parmi les départements d'Occitanie après l'Aude. C'est sur le secteur Gard-Nord-Est que le taux de séjours est le plus élevé et Gard-Nord-Ouest où il est le plus faible. Ces différences sont plus notables avant 15 ans, et notamment chez les moins de 5 ans.

Les cinq principaux motifs des séjours hospitaliers sont les suivants :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 25,9 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) ..... 25,8 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA) ..... 9,1 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes ..... 6,8 %
- Troubles de l'humeur ..... 6,1 %

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
GARD-NORD-EST	43	208	256	228	734
GARD-NORD-OUEST	7	133	150	191	481
GARD-SUD	64	297	358	394	1 112
<b>GARD</b>	<b>114</b>	<b>629</b>	<b>751</b>	<b>814</b>	<b>2 308</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
GARD-NORD-EST	3,6	15,9	19,1	18,7	14,6
GARD-NORD-OUEST	0,7	12,1	12,8	17,8	11,1
GARD-SUD	3,4	14,1	16,9	17,6	13,3
<b>GARD</b>	<b>2,8</b>	<b>14,1</b>	<b>16,5</b>	<b>18,2</b>	<b>13,2</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
GARD-NORD-EST	543	2 516	1 753	2 871	7 683
GARD-NORD-OUEST	78	2 210	1 948	2 434	6 670
GARD-SUD	919	3 386	2 137	3 625	10 067
<b>GARD</b>	<b>1 540</b>	<b>8 028</b>	<b>5 662</b>	<b>9 125</b>	<b>24 355</b>

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

Sur la même période, un peu plus de 57 400 séances en CMP pour enfants et adolescents et actes ambulatoires en services de psychiatrie (hors CATTP) ont été enregistrés pour des gardois 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 dans le Gard (328,8 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est très proche de celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie (326,8 pour 1 000) ou la France métropolitaine (338,0 pour 1 000). Le taux observé dans le secteur Gard-Sud est le plus bas du département alors que c'est dans le secteur Gard-Nord-Est que ce nombre d'actes rapporté à la population est le plus élevé.

Les cinq principaux motifs des actes en CMP sont les suivants :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 33,9 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes ..... 16,9 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA) ..... 13,4 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) ..... 10,4 %
- Examen et investigation de sujets sans plainte ni diagnostic ..... 4,6 %
- *Manquant ou non précisé* ..... 5,3 %

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
GARD-NORD-EST	4 727	11 394	5 156	2 893	24 169
GARD-NORD-OUEST	863	4 370	5 340	4 701	15 274
GARD-SUD	1 749	6 116	5 942	4 241	18 048
<b>GARD</b>	<b>7 338</b>	<b>21 852</b>	<b>16 462</b>	<b>11 804</b>	<b>57 456</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
GARD-NORD-EST	401,8	868,7	384,7	237,8	479,1
GARD-NORD-OUEST	88,3	397,7	458,2	438,2	354,0
GARD-SUD	91,5	291,0	280,4	189,1	215,5
<b>GARD</b>	<b>183,4</b>	<b>491,4</b>	<b>361,4</b>	<b>264,0</b>	<b>328,8</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

Trois CAMSP sont implantés dans le Gard, proposant chacun un seul lieu de consultation :

- à Alès, géré par le CCAS de la ville d'Alès et ouvert depuis 1982 ;
- à Bagnols-sur-Cèze, géré par le centre hospitalier et ouvert depuis 2007 ;
- à Nîmes, géré par le Département du Gard et ouvert depuis 1982, avec la particularité de proposer six places financées dans le cadre du plan Autisme.

Trois CMPP sont également implantés dans la Gard, avec chacun 2 ou 3 antennes, permettant de proposer au total 10 lieux de consultation ou d'accompagnement. Ces CMPP ont tous le même organisme gestionnaire, l'Association départementale des Pupilles de l'Enseignement Public du Gard. Ils sont implantés :

- à Saint-Christol-les-Alès depuis 1972, avec un déploiement progressif d'antennes à Alès en 1978, à La-Grand-Combe en 1982 et à Anduze en 2004 ;
- à Bagnols-sur-Cèze depuis 1972 avec des antennes à Pont-Saint-Esprit (1979) et aux Angles (1979) ;
- à Nîmes depuis 1970 avec des antennes qui se sont ouvertes sur un 2<sup>e</sup> site nîmois en 1980 et à Vauvert la même année.

Les CMP pour enfants et adolescents<sup>4</sup> sont organisés autour des trois secteurs de psychiatrie infanto juvénile du Gard :

- sur le secteur d'Alès avec quatre sites : deux à Alès, un à Saint-Ambroix et un au Vigan ;
- sur le secteur de Nîmes avec cinq sites : quatre à Nîmes et un à Vauvert ;
- sur le secteur d'Uzès avec trois sites : Uzès, Bagnols-sur-Cèze et Beaucaire.

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs totalisent 6 807 accompagnements d'enfants et d'adolescents. Certains d'entre eux peuvent être en file active sur deux structures du fait de prise en charge conjointe ou de relais de prise en charge entre les deux structures au cours de l'année, sans qu'il soit possible de le quantifier. Rapporté à la population du département, cela correspond à un taux de 37,3 suivis pour 1 000 enfants de moins de 21 ans, inférieur à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (43,4 suivis pour 1 000) et plaçant le Gard à l'avant-dernier rang des départements de la région pour cet indicateur, devant la Haute-Garonne.

De plus, il faut noter que 569 adolescents de 16 à 20 ans sont suivis par les CMP pour adultes.

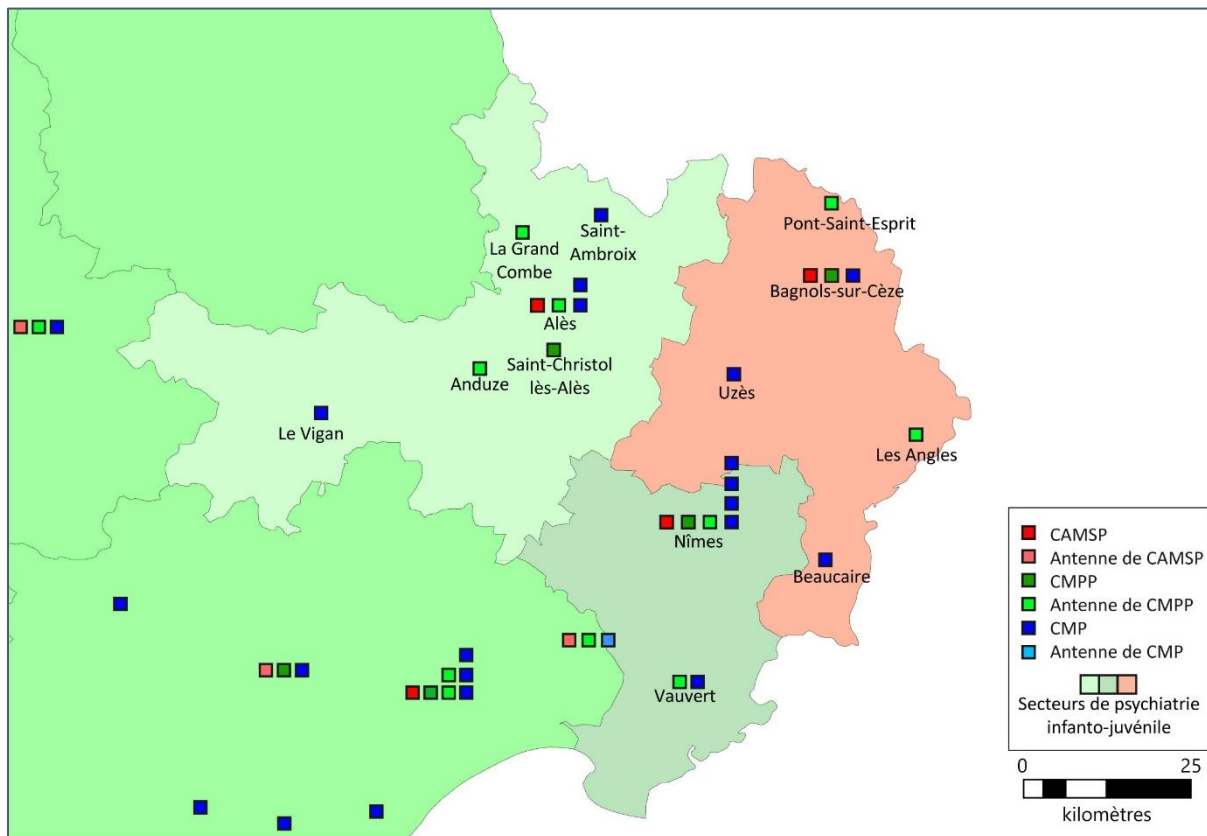
<sup>4</sup> Dans la suite du document, le terme CMP concernera toujours, sauf mention contraire, les CMP pour enfants et adolescents

Tableau 14 - Lieux de consultation et file active

	Nombre de structures et de lieux de consultation	File Active
CAMSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 CAMSP à Alès, sans antenne, ouvert 5j/semaine de 8h15 à 17h15 (17h le vendredi), 301 jours par an.</li> <li>- 1 CAMSP à Bagnols-sur-Cèze, sans antenne, ouvert 5j/semaine, 244 jours par an.</li> <li>- 1 CAMSP à Nîmes, sans antenne, ouvert 5j/semaine, 248 jours par an.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 250 enfants</li> <li>- 191 enfants</li> <li>- 208 enfants</li> <li>Total : 649 enfants</li> </ul>
CMPP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 CMPP à Saint-Christol-les-Alès, ouvert 5j/semaine de de 8h à 18h, 204 jours par an et 3 antennes : à Alès, à Anduze et à La-Grand-Combe.</li> <li>- 1 CMPP à Bagnols-sur-Cèze, ouvert 5j/semaine de de 8h à 18h, 204 jours par an et 2 antennes : aux Angles et à Pont-Saint-Esprit.</li> <li>- 1 CMPP à Nîmes (Saint-Charles), ouvert 5j/semaine de de 8h à 18h, 204 jours par an et 2 antennes : à Vauvert et à Nîmes Ouest.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 589 enfants sur le site principal et les 3 antennes.</li> <li>- 483 enfants sur le site principal et les 2 antennes.</li> <li>- 455 enfants sur le site principal et les 2 antennes</li> <li>Total : 1 527 enfants</li> </ul>
CMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 CMP sur le secteur de psychiatrie-infanto-juvénile d'Alès : 2 implantés à Alès, un à Saint-Ambroix et un au Vigan</li> <li>- 5 CMP sur le secteur de psychiatrie-infanto-juvénile de Nîmes : 4 implantés à Nîmes et un à Vauvert</li> <li>- 3 CMP sur le secteur de psychiatrie-infanto-juvénile d'Uzès : 1 implanté à Uzès, un à Bagnols-sur-Cèze et un à Beaucaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 111 enfants</li> <li>- 2 222 enfants</li> <li>- 1 298 enfants</li> <li>Total : 4 631 enfants</li> </ul>

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

## > Profil des enfants accueillis

Tableau 15 - Répartition par âge

Age des enfants suivis au 31 décembre 2017			
CAMSP	Alès :	Moins de 2 ans :	19,4 %
		2 - 3 ans :	38,3 %
		4 - 6 ans :	38,3 %
		plus de 6 ans :	4,0 %
	Bagnols-sur-Cèze :	Moins de 2 ans :	14,3 %
		2 - 3 ans :	35,4 %
		4 - 6 ans :	36,6 %
		plus de 6 ans :	13,7 %
	Nîmes :	Moins de 2 ans :	15,9 %
		2 - 3 ans :	46,3 %
		4 - 6 ans :	36,6 %
		plus de 6 ans :	1,2 %
CMPP	Alès :	Moins de 6 ans :	3,0 %
		6 - 10 ans :	66,4 %
		11 - 15 ans :	28,0 %
		16 - 17 ans :	2,5 %
		18 ans ou plus :	0,2 %
	Bagnols-sur-Cèze :	Moins de 6 ans :	23,8 %
		6 - 10 ans :	58,3 %
		11 - 15 ans :	17,4 %
		16 - 17 ans :	0,5 %
		18 ans ou plus :	-- %
	Nîmes :	Moins de 6 ans :	25,8 %
		6 - 10 ans :	62,5 %
11 - 15 ans :		11,1 %	
16 - 17 ans :		0,6 %	
18 ans ou plus :		-- %	
CMP enfants et adolescents	Secteur d'Alès :	Moins de 6 ans :	13,7 %
		6 - 10 ans :	30,5 %
		11 - 15 ans :	37,3 %
		16 - 17 ans :	15,7 %
		18 ans ou plus :	2,9 %
	Secteur d'Uzès :	Moins de 6 ans :	18,4 %
		6 - 10 ans :	37,5 %
		11 - 15 ans :	38,2 %
		16 - 17 ans :	5,0 %
		18 ans ou plus :	0,8 %
	Secteur de Nîmes :	Moins de 6 ans :	22,2 %
		6 - 10 ans :	43,1 %
		11 - 15 ans :	30,3 %
		16 - 17 ans :	4,3 %
		18 ans ou plus :	0,1 %

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

Les enfants suivis en **CAMSP** sont âgés de 0 à 6 ans et plus le cas échéant si la date du 6<sup>e</sup> anniversaire est avant juillet de l'année : l'arrêt des soins ne se fera pas à la date anniversaire des 6 ans, mais à la fin de l'année scolaire : « *On ne peut pas les laisser sans soin* ».

Les principaux profils :

- nés prématurés ;
- nouveau-nés à risques.

Ces enfants peuvent présenter des pathologies avec un degré de sévérité variable et des tableaux cliniques extrêmement divers :

- un retard de développement ;
- des troubles du spectre de l'autisme ;
- une déficience intellectuelle ;
- une situation de polyhandicap.

Les CAMPS constatent que des retards au repérage peuvent être d'origine territoriale pour les localités très éloignées, qui conjuguent des difficultés de déplacement et un manque de professionnels du soin tels que : les médecins pédiatres, les médecins généralistes, les rééducateurs...

Une autre origine de ces retards réside dans l'insuffisance de formation des médecins généralistes. Il conviendrait de les former pour entre autres les sensibiliser à ne pas temporiser et demander rapidement un bilan dès qu'ils constatent un retard de développement chez un enfant.

Tous les professionnels des CAMSP insistent sur l'importance de la précocité de l'intervention.

Des projets vont dans ce sens : « *L'hôpital de Bagnols-sur-Cèze souhaiterait mettre en place des consultations pour les nouveau-nés sortant de néonatalité qui présentent un score d'AGPAR (qui permet l'évaluation de la vitalité du nouveau-né) bas, ou de petite prématurité, ou avec un retard de croissance* ».

Devant la saturation des CAMSP, les professionnels se voient dans l'obligation de définir des priorités, ce qui leur pose une question d'éthique : « *On ne devrait pas avoir à choisir nous.* »

Les enfants suivis en **CMPP** peuvent présenter des troubles :

- du développement,
- du comportement.

La tranche d'âge de 6 à 11 ans est majoritaire avec des enfants suivis pour des troubles des apprentissages et/ou des difficultés psychoaffectives de type anxiété.

L'âge d'entrée au CMPP va dépendre de la présence d'autres structures sur le même territoire. S'il existe un CAMSP, ou une Équipe Mobile de Périnatalité Petite Enfance (EMPE), le CMPP comptera moins de jeunes enfants car certains seront orientés vers ces autres structures.

Les professionnels des CMPP constatent des retards au dépistage ou au repérage, qui viennent de plusieurs facteurs : un manque de professionnels de soins, ou un manque de formation de ces professionnels et des enseignants : « *Fréquemment, les enseignants ont une mauvaise information par rapport aux troubles et aux réponses à apporter* ».

Les problèmes sociaux rencontrés par certaines familles peuvent parasiter leur mobilisation face aux difficultés de leur enfant. « *D'autres familles sont freinées par les difficultés de déplacement, ou d'autres mettent du temps à reconnaître les problèmes de leur enfant* ».

Les profils des enfants suivis par les **CMP** se caractérisent par des troubles :

- du comportement ;
- du neuro développement, notamment des Troubles du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH).

Les troubles du développement peuvent être consécutifs à des troubles de l'attachement.

L'ensemble des professionnels rencontrés en CMP décrivent l'adolescence comme une période où les troubles du comportement apparaissent ou s'accroissent avec des passages à l'acte, des tentatives de suicide. À cette période, il peut y avoir : « *un rebondissement des troubles* ».

Sur le secteur d'Alès, nos interlocuteurs constatent une augmentation des enfants bénéficiant d'accompagnements sociaux judiciaires.

Des variations de profils peuvent être observées selon l'implantation des CMP : pour ceux implantés dans des territoires marqués par une forte précarité sociale, un impact est noté sur la fréquence de survenue ou l'intensité des troubles.

Les CMP remarquent que, pour les enfants « *très agités* », il n'y a pas de retard car leur comportement fait qu'ils sont repérés, soit au domicile, soit à l'école. « *Les parents et/ou enseignants se sentent démunis et font appel au CMP* ».

Chez le très jeune enfant, avant 3 ans, avant l'entrée à l'école, il peut y avoir du retard quand il ne fréquente pas d'espaces collectifs : « *L'absence d'accueil collectif avant l'entrée à l'école est un motif principal de retard de dépistage* »

Le retard peut également venir des familles qui ne se mobilisent pas suffisamment, soit par manque d'information, parce qu'elles sont en situation précaire ou avec des difficultés de déplacement, soit parce qu'elles attendent en espérant une amélioration.

De même, pour certains médecins, le manque de formation peut entraîner un retard dans l'orientation de l'enfant. Cela vient se surajouter au manque de médecins généralistes, plus important dans certains territoires, qui est souligné : « *À Beaucaire, il n'y a presque plus de médecins généralistes* ».

Les professionnels insistent sur l'impact des retards au dépistage ou au repérage « *qui ont des conséquences majeures pour les enfants et les familles* ».

Pour certains enfants, « *s'ils avaient été dépistés plus tôt, ils ne seraient pas rentrés dans le parcours de la pédopsychiatrie, car ils n'auraient pas développé de comorbidité* »

Le pourcentage des moins de 6 ans varie d'un CMP à un autre en fonction de l'existence d'une Équipe Mobile de Périnatalité Petite Enfance EMPPE et celui des plus de 15 ans dépend de la présence d'une unité pour adolescents.

## > Les conditions d'accueil et de bilan

La part des accès directs aux structures est variable selon les sites et les types de structures : nulle au CAMSP de Nîmes, très limitée au CAMSP d'Alès ou au CMPP de Nîmes ; intermédiaire au CAMSP de Bagnols-sur-Cèze ou au CMPP d'Alès et plus élevée au CMPP de Nîmes.

Les adressages par le secteur médical sont particulièrement importants dans les CAMSP (autour de trois cas sur cinq) et les orientations par le secteur éducatif sont plus importants dans les CMPP (de 43 à 66 % des orientations).

Tableau 16 - Origine des interventions

2017		Médicale	Éducative	Sociale	Médicosociale	Directe	Autre
<b>CAMSP</b>	Alès	63,6 %			6,1 %	4,5 %	25,8 %
	Bagnols-sur-Cèze	56,7 %	9,0 %	9,0 %		13,4 %	11,9 %
	Nîmes	60,9 %	10,8 %	1,4 %	1,4 %		23,0 %
<b>CMPP</b>	Alès	18,6 %	52,7 %	7,8 %	6,2 %	14,0 %	0,8 %
	Bagnols-sur-Cèze	11,9 %	43,3 %	11,9 %	2,2 %	25,4 %	5,2 %
	Nîmes	16,6 %	65,7 %	9,3 %	0,9 %	6,5 %	0,9 %
	Alès	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
	Uzès	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
	Nîmes	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd

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

Nd : non disponible

Les listes d'attente au niveau des CAMSP représentent entre 8 % (à Alès) et 22 % (à Nîmes) des files actives. Au niveau des CMPP, ces proportions sont supérieures car elles atteignent entre 18 % (à Nîmes) et 50 % (à Bagnols-sur-Cèze) des files actives.

Les délais d'attente pour un 1<sup>er</sup> rendez-vous peuvent être longs. Ils sont d'environ 3 mois en moyenne dans les CAMSP, mais supérieurs à cette valeur dans la plupart des cas dans les CMPP. Des délais supérieurs à un an peuvent concerner entre 15 % et 25 % des cas selon les sites.

Après le 1<sup>er</sup> rendez-vous, le délai pour la 1<sup>ère</sup> intervention est d'un peu plus de 3 semaines dans un CAMSP, d'environ un mois dans un autre et d'environ deux mois dans le dernier. Côté CMPP, ces délais sont supérieurs à 3 mois, au mieux dans un quart des cas, le plus souvent dans les deux tiers des cas.

Tableau 17 - Listes d'attente et délais

Liste d'attente au 31 décembre 2017		Délais d'attente moyens en 2017	
<b>CAMSP</b>	Alès : 21 enfants	- 80 jours pour un premier rendez-vous 66 jours entre le 1 <sup>er</sup> rendez-vous et la 1 <sup>ère</sup> intervention	
	Bagnols-sur-Cèze : 25 enfants	- 101 jours pour un premier rendez-vous 35 jours entre le 1 <sup>er</sup> rendez-vous et la 1 <sup>ère</sup> intervention	
	Nîmes : 24 enfants	- 92 jours pour un premier rendez-vous 25 jours entre le 1 <sup>er</sup> rendez-vous et la 1 <sup>ère</sup> intervention	
<b>CMPP</b>	- Alès : 222 enfants	- 3 mois d'attente ou plus pour un 1 <sup>er</sup> rendez-vous :	87,6 %
	- Bagnols-sur-Cèze : 240 enfants	3 mois ou plus entre 1 <sup>er</sup> RV et 1 <sup>ère</sup> intervention :	24,1 %
	- Nîmes : 81 enfants	- 3 mois d'attente ou plus pour un 1 <sup>er</sup> rendez-vous :	62,7 %
		3 mois ou plus entre 1 <sup>er</sup> RV et 1 <sup>ère</sup> intervention :	67,2 %
		- 3 mois d'attente ou plus pour un 1 <sup>er</sup> rendez-vous :	75,9 %
		3 mois ou plus entre 1 <sup>er</sup> RV et 1 <sup>ère</sup> intervention :	68,5 %
<b>CMP</b>	Nd	Nd	

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

Nd : non disponible

Les **CAMPS** constatent que les délais d'attente pour un premier rendez-vous s'allongent au fil des années. Cet allongement trouve son origine dans :

- l'augmentation des demandes ;
- la nécessité de doubler les rendez-vous quand les parents sont séparés ;
- la multiplication des contacts et rencontres avec les partenaires : la PMI, les services de l'Aide Sociale à l'Enfance, les Assistantes de Service Social... pour les situations psychosociales complexes.

Les CAMPS établissent des priorités de traitement des attentes en rapport avec l'âge et la situation de l'enfant. Certains précisent que, pour des questions de liste d'attente pléthorique, ils demandent aux partenaires que les enfants soient adressés avant 3 ans, expliquant que, compte tenu des listes d'attente des ESMS, ils doivent préparer l'orientation à partir de 4 ans.

Dans les **CMPP**, le 1<sup>er</sup> rendez-vous consiste en une consultation exhaustive avec le médecin « *qui détermine les bilans nécessaires pour chaque enfant* ». Puis, sont réalisés les bilans, présentés ensuite en réunion de synthèse. Le délai pour le premier rendez-vous avec le médecin est de 3 à 6 mois. « *Pour qu'une prise en charge effective se mette en place, il faut compter en moyenne une année* ».

Cette durée varie en fonction des villes :

- Alès : 11 mois ;
- Nîmes : 8 à 9 mois en lien avec un tissu plus riche et la présence de nombreuses autres structures ;
- Bagnols-sur-Cèze : 18 mois en 2017, cet allongement du délai est dû à l'absence ponctuelle de médecin.

« *Il faut préserver le 1<sup>er</sup> rendez-vous avec le médecin même si le délai est important, car il détermine les bilans nécessaires pour chaque enfant.* »

« *On pourrait interrompre plus tôt les prises en charge, mais l'enfant revient quelques temps après. Quand ce n'est pas fini ce n'est pas fini. De plus, certaines prises en charge sont gardées parce qu'il n'y a pas de possibilité d'orientation : pas de place !* ».

Le CMPP alerte depuis longtemps sur la liste d'attente et sur les besoins en personnel supplémentaire.

Au **CMP** de Vauvert, les groupes thérapeutiques se remplissent au fil de l'année. S'il n'y a plus de place dans les groupes, l'enfant devra attendre, mais il ne sera pas sans rien : orientation vers le libéral, possibilité de consultations ponctuelles, liens avec l'école, contact avec les parents. Avec plus de personnel, les groupes pourraient être multipliés et ainsi permettre une réponse adaptée aux besoins de tous les enfants.

À Alès, il y a 1 à 2 mois d'attente pour un premier rendez-vous, avec la possibilité d'être plus rapide, une semaine pour les urgences, en particulier pour les situations concernant des adolescents.

À Uzès, Beaucaire, Bagnols-sur-Cèze, l'attente est différente en fonction des sites :

- Bagnols-sur-Cèze a un fonctionnement particulier car un accueil dit de 1<sup>ère</sup> ligne est mis en place. Réalisé par les infirmiers, il permet qu'il n'y ait pas de liste d'attente. Toutes les familles sont reçues dans un délai de 15 jours à 1 mois pour un premier accueil, en revanche pour les prises en charge globales, il y a une liste d'attente. Il y a une vingtaine de situations en attente en permanence. « *Le soin proposé correspond au besoin ou bien on compose* ». Il faut compter 6 mois pour un premier rendez-vous avec le médecin.
- Uzès : Les délais pour un premier rendez-vous peuvent être courts, mais après l'attente pour la mise en place des soins est longue. « *Problème pour les TSA : dépister c'est super mais prendre en charge ? L'accompagnement d'enfants avec TSA au niveau investissement et équipement consomme* ». Se pose la question des moyens. « *Les parents sortent du CRA avec un diagnostic et une prescription de soins : psychomot, ortho, ergo... Il y a un décalage entre la prescription, les besoins en soins et la proposition de prise en charge du CMP* ».



## > Les modalités de prise en charge

Les modalités de suivi en **CAMSP** sont définies comme « *un accompagnement à domicile et dans les lieux de vie de l'enfant* » avec des prises en charge, qui peuvent être :

- en individuel,
- en groupe.

La fréquence est le plus souvent hebdomadaire. Le nombre de séances dépend des besoins des enfants : « *Les enfants qui ont de gros besoins peuvent être, par exemple, suivis en psychomotricité, en ergothérapie et en orthophonie à l'extérieur* ».

Le suivi pédiatrique régulier peut être renforcé si un problème survient et ainsi agir de façon préventive pour éviter l'hospitalisation. « *C'est un accompagnement médical, éducatif et psychologique y compris dans le soutien psychologique des parents* ». Si ce soutien ne suffit pas par rapport aux difficultés rencontrées et la demande des parents, le CAMSP peut alors les adresser à d'autres structures comme les psychiatres de ville ou le CMP pour adultes.

En **CMPP**, les modalités d'accompagnement sont à trois niveaux :

- individuel ;
- groupe ;
- thérapie familiale.

Les quatre cinquièmes des accompagnements sont réalisés de façon individuelle, à 30 % uni-disciplinaire (un seul professionnel) et à 70 % pluridisciplinaire (au moins deux professionnels). Ces accompagnements sont réalisés par les différents professionnels : psychologues, orthophonistes, psychomotriciennes, psychopédagogues, médecins pédopsychiatres ou psychiatres qui sont référents des parcours de soins, « *qui sont très individualisés* ».

Les modalités de prise en charge en **CMP** sont diversifiées. La prise en charge institutionnelle peut revêtir deux formes de suivi :

- en consultations : en psychothérapie ;
- sur un mode de type CATT Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel : en groupes thérapeutiques.

Pour les enfants présentant des TSA, des groupes appelés « *passerelles* » peuvent être mis en place. Ce sont des groupes d'observation et de prise en charge précoce des enfants et des groupes de parents réunis en salle d'attente. « *On prend soin des parents en même temps* ».

Pour les familles, ces prises en charge peuvent être complétées par des groupes de parents.

Les médecins psychiatres effectuent des consultations dont le délai d'attente s'allonge compte tenu de l'accroissement de leur charge de travail, due, entre autres, à l'augmentation du nombre d'enfants dans le cadre du fonctionnement en file active. Les consultations s'étendent à l'entourage de l'enfant, par exemple avec les familles d'accueil, le référent de l'ASE et peuvent être doublées dans le cadre de parents séparés qu'il convient de recevoir séparément.

## > Les sorties et les relais

En **CAMSP**, la fin de la prise en charge est liée à :

- la limite d'âge de l'enfant : 6 ans et plus (fin de l'année scolaire des 6 ans nés avant juillet) avec une orientation vers une structure plus adaptée : IME, hôpital de jour... Pour les enfants atteints de TSA, cette orientation fera suite au bilan réalisé par le CRA ;
- l'évolution de la prise en charge, mais c'est rare : « *Des arrêts avant 6 ans, parce que l'enfant n'en a pas besoin, il n'y en a pas beaucoup.* » ;
- l'arrêt à l'initiative des parents, mais ce n'est pas habituel ;
- un déménagement, peu fréquent.

Le principal facteur de fin de prise en charge en CAMSP reste l'âge : peu de fins de prise en charge ont lieu pour les autres motifs.

Pour le relai avec une autre structure, cela peut consister, avant la sortie, à : « *faire réaliser systématiquement par la psychologue, un bilan psychométrique. Ça permet de cadrer les choses et après c'est l'accompagnement par exemple par l'assistante de service social qui accompagne la famille pour aller dans une autre structure : un SESSAD, un IME, c'est de l'accompagnement physique, en accord avec la famille et la structure à venir.* »

En **CMPP**, la prise en charge se termine car :

- les objectifs thérapeutiques sont atteints : « *Il est important de se donner une temporalité par rapport aux objectifs à atteindre, mettre en place un suivi par objectif avec l'enfant/jeune et ses parents* » ;
- une admission est effective en ESMS : IME, ITEP, SESSAD ;
- la famille déménage, ce qui est rare ;
- la famille met d'elle-même fin à l'accompagnement. Il s'agit alors d'« *une fin de prise en charge non concertée* », peu fréquente.

80 % des fins de prise en charge correspondent à une atteinte des objectifs du projet de soins de l'enfant et ne nécessitent pas de relai.

Les orientations en ESMS peuvent prendre beaucoup de temps faute de places disponibles. Dans ce cas, le CMPP maintient le suivi de l'enfant dans un accompagnement qui reste insuffisant pour répondre à ses besoins. « *Le CMPP est en ambulatoire, il ne dispose pas d'un plateau éducatif comme un IME, ITEP ou SESSAD* ». Si c'est nécessaire, pour préparer l'enfant, mais aussi souvent les parents, la fin de la prise en charge peut se faire progressivement : « *On allonge les fréquences, on les amène vers la fin de la prise en charge* ».

Le CMPP est amené à ne plus accueillir d'enfants avec une notification ESMS pour deux raisons :

- l'entrée au CMPP ne correspond pas à l'orientation et donc aux besoins de l'enfant ;
- le suivi au CMPP de l'enfant n'est plus prioritaire à l'admission en ESMS, il attendra donc plus longtemps qu'un enfant non suivi.

En **CMP**, la fin de la prise en charge peut faire suite à :

- l'évolution de l'enfant qui ne nécessite plus de suivi, les objectifs thérapeutiques étant atteints : « *Quand l'enfant est plus apaisé, qu'il n'est plus en guerre avec les autres et qu'il a retrouvé le goût d'apprendre, qu'il va mieux* » ;
- un amendement des symptômes ;
- une amélioration de la dynamique familiale ;
- une admission dans une autre structure où l'enfant bénéficiera d'une prise en charge plus adaptée à ses besoins ;
- la demande de la famille et/ou de l'enfant/jeune, elle sera définitive ou il s'agira d'un « *break* » avec la possibilité d'une reprise, si elle est demandée par l'enfant/jeune et/ou sa famille ;
- un déménagement, ce qui est rare.

Cette fin d'accompagnement sera prononcée après une discussion avec l'enfant et ses parents : « *Il y a toujours une synthèse de fin prise en charge, comme il y a une synthèse de début de prise en charge, puis une synthèse annuelle. Elle est systématiquement remise lors de la dernière consultation. On dit au revoir, on dit qu'on reste disponible.* »

Les relais peuvent être organisés avec :

- un suivi en libéral qui répond aux besoins de l'enfant et dont l'accompagnement peut être assumé par la famille ;
- l'entrée dans une autre structure : hôpital de jour, ESMS pour enfants/jeunes (IME, CMPP, ITEP, SESSAD...) ou structures pour adultes (CMP...);
- un autre CMP lors d'un déménagement.

Le maintien d'enfants dans les structures par faute de places en ESMS a pour conséquence de laisser en attente des enfants dont les besoins relèvent de l'accompagnement dispensé par le service.

## > Les partenariats

Tableau 18 – Coopérations et partenariats dans les CAMSP

CAMSP	Orienteur	Prise en charge conjointe	Sortie
Maternité	X Il s'agira des maternités de l'hôpital de la ville et aussi, pour les grands prématurés, celle du CHU de Nîmes ou de Montpellier.	X	
Pédiatrie	X	X Pour les prématurés, le suivi pédiatrique va se faire à l'hôpital.	
PMI	X La puéricultrice de la PMI peut accompagner l'enfant et sa famille lors du premier rendez-vous.	X La PMI peut adresser et continuer à suivre l'enfant.	
Médecins libéraux	X	X	X
	En fonction des territoires, le partenariat avec les médecins généralistes s'inscrira au minimum au niveau orienteur, mais il peut aller jusqu'à la prise en charge conjointe et la sortie. Dans ce cas, le pédiatre du CAMSP entretiendra des contacts et une concertation avec le médecin généraliste »		
Psychologues	X	X	X
	Cette collaboration concerne le suivi d'enfants atteints de TDAH		
Orthophoniste	X	X	X
	Les orthophonistes interviennent de façon conséquente et sur les trois niveaux. Les limites : leur nombre : ils/elles ne sont pas assez nombreux/ses pour mettre en place les prises en charge nécessaires		
Santé scolaire	X Des enfants sont adressés pour des troubles « dys » par le médecin scolaire.	X « On ne peut pas parler de prise en charge conjointe, mais il y a des enfants qui ont un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), c'est un petit nombre »	

CAMSP	Orienteur	Prise en charge conjointe	Sortie
Enseignants	X Les enseignants sont souvent orienteurs car : « <i>ils alertent les parents sur le fait que ce serait bien qu'ils demandent l'avis du CAMSP</i> ».		
CAMSP	X Si déménagement		
CMP	X Il peut être orienteur, mais c'est rare.	X C'est plus un souhait qu'une réalité : « <i>Ce que le CAMSP aimerait c'est qu'il puisse y avoir un tuilage, mais ce n'est pas encore mis en place, c'est en train de se préparer.</i> »	
CMPP			X
Services et établissements médico-sociaux			X Les limites : « <i>manque de places, attente</i> ». Souhais : « <i>que l'admission puisse se faire au plus tard à 6 ans voire un peu avant pour favoriser la transition</i> ».
MDPH		X « <i>D'une certaine façon, on peut parler de prise en charge conjointe concernant la collaboration autour des droits et demandes des enfants, exemple l'AEEH</i> »	X C'est essentiellement le travail réalisé par l'ASS avec la MDPH pour tout ce qui concerne la sortie : dossier d'orientation...
Secteur social	X Les CAMSP travaillent beaucoup avec les services de l'Aide Sociale à l'Enfance dans le cadre de mesures de protection de l'enfance	X À travers la participation aux synthèses.	X

Les CAMSP ont un tissu partenarial développé avec les structures qui interviennent auprès des enfants de 0 à 6 ans et au-delà dans le cadre des sorties.

Certains professionnels se déplacent dans les structures partenaires pour les réorientations, les sorties, les suivis, les dossiers auprès de la MDPH... afin de mieux appuyer les demandes, attentes, relayer, soutenir les familles dans leurs démarches.

Tableau 19 – Coopérations et partenariats dans les CMPP

CMPP	Orienteur	Prise en charge conjointe	Sortie
Maternité			
Pédiatrie	X	X Les liens avec les pédiatres sont peu fréquents et varient selon la ville.	
PMI	X	X Comme pour les pédiatres, les liens sont peu nombreux avec les médecins de la PMI et varient selon la ville..	
Médecins libéraux	X	X Peu de contacts	X
Psychologues	X	X	X
Orthophoniste	X	X	X
Santé scolaire	X	X	X
Enseignants	X	X C'est un partenariat très important avec beaucoup de contacts avec les enseignants. «85 à 90% des enfants sont orientés par les enseignants »	X
CAMSP	X		
CMPP	X Dans le cas d'un déménagement		X
CMP	X C'est rare.	X Seulement pendant les phases de relais.	X C'est rare et « correspond aux cas d'adolescents où est envisagé un suivi en CMP pour adultes »
Services et établissements médico-sociaux	X C'est rare.	X Uniquement pendant les phases de relais.	X Lors d'orientation vers les IME, ITEP, SESSAD.
MDPH			X Participation des médecins à la constitution des dossiers de demande d'aides, d'allocations, d'orientation
Secteur social	X	X Il s'agit des services de l'Aide Sociale à l'Enfance dans le cadre de mesures de protection de l'enfance, de MECS Maison d'Enfants à caractère Social	X
AUTRES : la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)	X	X	X

Tous les enfants suivis étant scolarisés, le partenaire principal du CMPP est l'Éducation Nationale. Selon l'enfant, ses besoins, sa situation, d'autres partenariats sont mis en place :

- s'il a un suivi social : les services de la protection de l'enfance, MECS, famille d'accueil... ;
- avec les libéraux si un suivi en libéral existait avant l'admission et se poursuit, ou s'il se met en place parce que le projet de soins de l'enfant indique le besoin d'un accompagnement intensif, fréquent ;
- les CAMSP dans le cadre d'une orientation ;
- les CMP soit comme orienteurs, soit parce qu'ils interviennent à la sortie.

« *Le partenariat dépend de la volonté de travailler ensemble* », le CMPP s'inscrit dans cette volonté. Par ailleurs, le partenariat varie selon le territoire et sa composition en termes de structures médicales, médico-sociales, sociales et de professions libérales du soin.

Tableau 20 – Coopérations et partenariats dans les CMP

CMP	Orienteur	Prise en charge conjointe	Sortie
Maternité	X Pas ou peu s'il existe une équipe mobile périnatalité petite enfance (EMPPE)		
Pédiatrie	X	X <i>« Dans certains cas pour le suivi de pathologie telle que l'anorexie »</i>	X
PMI	X	X La PMI peut adresser et continuer à suivre l'enfant.	X C'est plus rare car seulement quand l'âge de l'enfant relève encore de la PMI.
Médecins libéraux	X	X	X
	Les médecins libéraux peuvent se retrouver dans les 3 propositions, mais pour chacune d'entre elles c'est plutôt rare.		
Psychologues	X	X	X
		C'est plus rare car les séances ne sont pas remboursées, ce qui est déploré par nos interlocuteurs compte tenu des besoins	
Orthophoniste	X	X	X
	Les orthophonistes interviennent beaucoup sur les trois niveaux, mais il en manque ce qui freine ou retarde les prises en charge pourtant nécessaires pour répondre aux besoins des enfants		
Santé scolaire	X X	X	X
	Nos interlocuteurs soulignent et déplorent la disparition des RASED (Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté) et le manque de médecins et psychologues scolaires.		
Enseignants	X	X	X
	C'est un partenariat très important avec beaucoup de contacts avec les enseignants. «85 à 90% des enfants sont orientés par les enseignants »		
CAMSP	X		
CMPP	X		X
	Pour quelques situations		

CMP	Orienteur	Prise en charge conjointe	Sortie
CMP	X CMP pour enfants : dans le cas de déménagement CMP pour adultes : pour les parents d'enfants suivis.		
Services et établissements médico-sociaux	X	X Pour des situations complexes où il faut l'intervention des deux équipes : « <i>Mais les familles s'y perdent.</i> » ou au moment d'un relais	X
MDPH	X Il s'agit de contacts, de participation à des équipes techniques et au niveau administratif, à travers la production des certificats médicaux constitutifs des dossiers de demandes d'aides, d'allocations.		
Secteur social	X Il s'agit des services de l'Aide Sociale à l'Enfance dans le cadre de mesures de protection de l'enfant	X	X

Pour les **CMP**, de nombreux partenariats sont cités, avec :

- les CAMSP, les CMPP ;
- l'Éducation nationale ;
- les ESMS ;
- les libéraux ;
- le sanitaire ;
- les hôpitaux de jour.

Les liens sont établis, se créent, se développent. L'importance de cette collaboration est soulignée : « *Il faut absolument faire de la proximité* »

En revanche, son effectivité en termes de relais, réorientation, accompagnement après la sortie d'un dispositif est freinée par le manque de places et des listes d'attente : « *Les autres structures sont saturées et la nôtre aussi* » et par le manque ou l'absence de professionnels remplacés tardivement « *Pas de médecin PMI pendant 18 mois, donc pas de consultation nourrisson : impact car on ne peut pas être en première ligne sur la prévention primaire* ».

## > La place des familles

L'ensemble des structures attachent beaucoup d'importance aux relations avec les familles :

- dans l'écoute de leurs attentes, leurs demandes ;
- dans la recherche de leur consentement, leur adhésion ;
- dans les conseils et le soutien qu'elles peuvent leur apporter.

Les enquêtes de satisfaction ne sont pas mises en place dans tous les **CAMSP**. Pour ceux qui les pratiquent, les retours sont positifs. Pour les autres, les familles manifestent leur satisfaction lors des rencontres sous forme de remerciements : « *Les familles remercient individuellement* ». Elles semblent satisfaites de la prise en charge de leur enfant. Même face à des locaux trop exigus, les parents reconnaissent le problème mais le minimisent en répondant : « *Ce n'est pas grave, c'est l'accueil qui compte.* »

Des enquêtes de satisfaction ponctuent les étapes de l'accompagnement de l'enfant en **CMPP** :

- une est remise avec le livret d'accueil au moment de l'admission,
- une est adressée à tous les parents en fin de chaque année scolaire,
- une dernière a lieu au moment de la sortie.

Elles sont complétées par la présence d'une boîte à idées en accès libre dans les salles d'attente.

Il n'y a pas d'enquête de satisfaction diligentée par les **CMP**. Cependant, les familles savent généralement exprimer leur satisfaction, mais aussi faire part de leur insatisfaction. Elles verbalisent leur appréciation de la prise en charge réalisée auprès de leur enfant. Parfois, elles s'impatientent car elles ne voient pas l'évolution de leur enfant : « *Les parents disent qu'ils ne voient pas à quoi ça sert de venir, même si le CMPEA, lui, voit les effets* ». Beaucoup de parents expriment leur reconnaissance. Certaines familles restent même en contact avec les professionnels du CMP après la sortie de leur enfant.

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

**Bagnols-sur-Cèze** est décrite comme une petite ville sans différence significative entre la ville et la périphérie. En revanche, des besoins sont liés à la population qui présente une grosse paupérisation, beaucoup de carences éducatives et beaucoup de pathologies surajoutées : « *Par exemple : un enfant est malentendant, il a un retard de développement et ses parents vivent en situation précaire. Ce qui est grave, c'est la multicouche qui grève le pronostic et les possibilités de rééducation et de progrès de l'enfant* ». Cette ville dispose d'un hôpital, avec un service pédiatrique et également d'un CAMSP, un CMPP et un CMP. Le CMP souligne : « *On est très impacté par ce nombre record du département des informations préoccupantes, mais on a beaucoup de situations où on est de façon prégnante sur des questions éducatives pures et pas des psychopathologies, ou alors réactionnelles* ».

À **Uzès**, il n'y a pas d'hôpital mais la présence de libéraux.

À **Beucaire**, il n'y a ni hôpital, ni CAMSP, ni CMPP, peu ou pas de libéraux. La population est constituée de personnes déracinées, isolées socialement, dans la pauvreté. Ces éléments jouent à un double niveau, en tant que facteurs environnementaux aggravant « *À Beaucaire, on peut avoir 30 demandes par semaine, 20 demandes c'est très fréquent* » et des difficultés d'accès aux soins en termes de délais : « *Par exemple à Beaucaire, on est à un an et demi d'attente* ». S'il n'existe qu'une structure, elle sera débordée de demandes avec des délais d'attente importants : « *Quand vous avez un maillage assez conséquent, les gens vont demander au CMPP, ils vont demander au CAMSP et ils vont demander au CMP. Quelquefois, on a des demandes en répétition ; mais quand vous êtes tout seul, de toute façon les gens s'adressent à vous* ».

À **Alès**, il manque des professionnels de santé libéraux. Les familles qui habitent les communes éloignées d'Alès, isolées, rencontrent des difficultés de déplacement, d'accès aux soins et aux structures de la petite enfance. « *Il*



*y a un manque de crèches, alors que la fréquentation d'une crèche est fondamentale pour la socialisation du jeune enfant. ».*

Des différences existent entre **Nîmes et Saint-Gilles** :

- à **Nîmes**, les déplacements sont favorisés par les transports en commun, sauf pour certains quartiers comme la ZUP ;
- à **St-Gilles**, les familles se déplacent moins facilement et donc avec moins d'accès aux soins. Cela se rajoute aux temps d'attente.

Pour les trois types de structures, plusieurs facteurs interagissent sur la prise en charge :

- la différence entre urbain et rural joue sur les déplacements et par voie de conséquences sur les prises en charge en termes de fréquence, de temporalité ainsi que sur la couverture des soins ;
- un autre facteur qui influe, c'est la composante sociologique de la population sur le lieu d'implantation de la structure ;
- la politique sociale de la ville ;
- et les autres ressources : présence ou absence d'autres structures médico-sociales, sanitaires, sociales, mais aussi les professions libérales.

Un questionnement, voire une crainte, est également partagé : est-ce que les moyens déployés auprès des enfants atteints de TSA ne vont pas diminuer ceux consacrés aux enfants présentant d'autres troubles ?

## > Les plateformes de coordination et d'orientation

Au niveau des **CAMSP**, les interlocuteurs rencontrés imaginent les plateformes à un niveau local, qui permettraient plus de réactivité. Là où ils diffèrent, c'est sur l'intérêt à ce qu'il y ait un niveau départemental voire régional.

Le **CMPP** se positionne comme une structure de second niveau prête à collaborer avec une structure porteuse et d'autres structures de second niveau.

Les professionnels des **CMP** rencontrés mettent en première position le niveau local et en second lieu le niveau départemental : *« On appartient à un territoire de proximité d'abord, puis ouvert au niveau du département »*. Un seul interlocuteur retient le niveau départemental en premier. Personne ne retient la région. Est proposée comme structure porteuse : *« une structure publique de pédopsychiatrie à un niveau départemental »*.

Des interrogations s'expriment :

- Si les plateformes permettent un meilleur repérage, il faut des moyens pour répondre en termes de prise en charge : *« pour un repérage plus précoce : oui mais avec à la clé, la possibilité de mettre en place une prise en charge sans attendre »* ;
- La question des moyens : *« une vraie plateforme nécessite des moyens »* ;
- Sur la non-pérennité des plateformes : *« et l'après ? »*

## 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 18 octobre 2019 à la délégation départementale du Gard de l'ARS à Nîmes.

### Perspectives

L'ensemble des professionnels des différentes structures se rejoignent en termes de perspectives :

- continuer à intervenir dans la précocité : du diagnostic, de la prise en charge ;
- poursuivre l'évolution et l'amélioration de leurs pratiques ;
- enrichir le partenariat ;
- développer des actions pour venir en aide, conseil, soutien aux familles ;
- continuer ou reprendre les actions de formation auprès des professionnels de première ligne ;
- poursuivre la montée en compétences dans l'accompagnement des enfants présentant des TSA en termes de diagnostic et de réponses.

### Freins, limites

Ils partagent également ce qu'ils repèrent en termes de freins et de limites :

- des structures saturées de demandes ;
- un manque de moyens pour répondre à la demande existante ;
- un manque de relais plus ou moins accru selon les territoires. Le manque de professionnels du soin comme les médecins (pédopsychiatres, pédiatres, neuropédiatres, neuropsychiatres), les orthophonistes, les kinésithérapeutes.

### Propositions en termes d'axes d'amélioration

Plusieurs axes d'amélioration sont proposés par les interlocuteurs :

- La formation :  
Auprès des médecins et futurs médecins, « À la faculté de médecine, les former au développement normal de l'enfant et pas seulement aux pathologies ».
- L'information :  
Auprès des parents, futurs parents, « Lors des premiers 18 mois, il y a des fenêtres possibles de repérage : les visites obligatoires, les vaccins », ce sont autant de possibilités pour informer, sensibiliser les parents. De plus, des actions d'information et de sensibilisation au développement de l'enfant seraient pertinentes pendant le suivi de la grossesse, lors des rencontres avec les professionnels de santé.
- Une campagne d'information grand public :  
Des campagnes de prévention seraient nécessaires, par exemple sur les risques d'utilisation des écrans par les parents au détriment de la relation avec l'enfant : « Les magasins de puériculture vendent des supports téléphone qui permettent de rester connectés au portable pendant l'allaitement ou le biberon, ce devrait être interdit ! ».
- Des actions de santé publique :  
L'information, la sensibilisation et la formation ne sont pas seulement l'affaire des CAMSP, CMP, CMPP, mais relèvent du domaine de la santé publique, qui devrait s'en saisir pour améliorer la santé, la prévention, le suivi, les soins dans les domaines de la petite enfance et de l'enfance.

→ Les prises en charge :

La question du remboursement des séances des psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes permettrait un suivi en libéral, dégageant des places dans les trois types de structures CAMSP, CMP, CMPP pour des enfants en situations complexes ou pour des familles limitées dans les déplacements ou difficilement mobilisables.

→ Plateforme de coopération :

Les acteurs des trois types de structures sont très intéressés pour coordonner ou participer aux plateformes qu'ils imaginent prioritairement à un niveau local ou départemental. Le CHU de Nîmes a répondu à l'appel à manifestation d'intérêt lancé par l'ARS, le projet est à retravailler.

→ Organisation d'une rencontre avec la MDPH :

Les interlocuteurs font part de questions voire d'incompréhension sur par exemple : l'identification des besoins, les réponses proposées dans le cadre de l'attribution des compensations et les orientations prononcées par la MDPH. Tous rejoignent l'idée de proposer une rencontre à la MDPH pour échanger et clarifier ces sujets dans le souci d'une meilleure coordination du parcours de l'enfant.

## 6/ LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 -	Population au 1 <sup>er</sup> janvier 2016.....	4
Tableau 2 -	Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH au 31 décembre 2017 et taux (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 15 -	Répartition par âge.....	14
Tableau 16 -	Origine des interventions .....	17
Tableau 17 -	Listes d'attente et délais .....	17
Tableau 18 -	Coopérations et partenariats dans les CAMSP.....	21
Tableau 19 -	Coopérations et partenariats dans les CMPP .....	23
Tableau 20 -	Coopérations et partenariats dans les CMP .....	24