

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

DÉPARTEMENT DE HAUTE-GARONNE

OCTOBRE 2020

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

DÉPARTEMENT DE HAUTE-GARONNE

OCTOBRE 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

1/ CONTEXTE	1
2/ MÉTHODOLOGIE	3
3/ ÉLÉMENTS DE CADRAGE	4
> POPULATION	4
> ENFANTS BÉNÉFICIAIRES DE L’AEEH	5
> 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	8
> MORBIDITÉ : PRÉVALENCE DES PERSONNES EN ALD POUR AFFECTION PSYCHIATRIQUE .	8
> SÉJOURS HOSPITALIERS ET ACTES AMBULATOIRES EN PSYCHIATRIE	9
4/ PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L’ENQUÊTE AUPRÈS DES CAMSP, CMPP, CMP	12
> LIEUX D’IMPLANTATION	12
> CAMSP	15
Le CAMSP de Haute-Garonne	15
Profils des enfants accueillis	15
Les conditions d’accueil et de bilan	17
Les modalités de prise en charge	18
Les sorties et les relais	18
Les partenariats.....	19
La place des familles	19
Les territoires, l’accessibilité et la réponse aux besoins	21
Les plateformes d’orientation et de coordination	21
> CMP	22
Le secteur 31I01 : le SUPEA, CHU de Toulouse	22
Profils des enfants accueillis	22
Les conditions d’accueil et de bilan	24
Les modalités de prise en charge	25
Les sorties et les relais	27
Les actions de prévention et de repérage précoce.....	27
Les partenariats.....	27
La place des familles	28
Les territoires, l’accessibilité et la réponse aux besoins	28
Les plateformes d’orientation et de coordination	29
Le secteur 31I02 : le CH Marchant	30
Profils des enfants accueillis	30
Les conditions d’accueil et de bilan	31
Les modalités de prise en charge	31
Les sorties et les relais	32

Les actions de prévention et de repérage précoce	32
Les partenariats.....	32
Les territoires, l’accessibilité et la réponse aux besoins	33
Perspectives, orientation	34
Les plateformes d’orientation et de coordination	34
Le secteur 31 03 : la Guidance infantile, ARSEAA	35
Profils des enfants accueillis	35
Les conditions d’accueil et de bilan	36
Les modalités de prise en charge	37
Les sorties et les relais	39
Les actions de prévention et de repérage précoce	39
Les partenariats.....	40
La place des familles	40
Les territoires, l’accessibilité et la réponse aux besoins	40
Perspectives	41
Les plateformes de coordination et d’orientation	41
> CMPP	42
Le CMPP du Collectif Saint-Simon, ARSEAA.....	42
Profils des enfants accueillis	42
Les conditions d’accueil et de bilan	43
Les modalités de prise en charge	45
Les sorties et les relais	46
Les actions de prévention et de repérage précoce	46
Les partenariats.....	46
La place des familles	47
Les territoires, l’accessibilité et la réponse aux besoins	47
Les plateformes de coordination et d’orientation	48
Les CMPP Le Capitoul et NEBOUZAN, ASEI	49
Profils des enfants accueillis	49
Les conditions d’accueil et de bilan	50
Les modalités de prise en charge	51
Les sorties et les relais	51
Les partenariats.....	52
Les actions de prévention et de repérage précoce.....	52
Les territoires, l’accessibilité et la réponse aux besoins	52
Les plateformes de coordination et d’orientation	52
Le CMPP Centre de rééducation de l’enfant.....	53
Profils des enfants accueillis	53
Les conditions d’accueil et de bilan	53
Les modalités de prise en charge	54
Les sorties et les relais	54
Les partenariats.....	54
Les territoires, l’accessibilité et la réponse aux besoins	54
Les plateformes de coordination et d’orientation	55
5/ SYNTHÈSE ET ÉLÉMENTS D’ANALYSE.....	56
6/ LISTE DES TABLEAUX	58

1/ CONTEXTE

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

Il s'agit notamment de :

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

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

- Les **CAMSP** sont des structures ambulatoires, relevant du secteur médicosocial, dédiées à la petite enfance, qui ont une mission de dépistage, de diagnostic et de rééducation précoce des enfants qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Ces structures pivots se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médicosocial et orientent leurs actions vers l'intégration de l'enfant dans les structures ordinaires (crèches et écoles maternelles). Selon l'analyse des rapports d'activité des CAMSP de l'année 2016, la majorité des enfants en suivi thérapeutique présentent une déficience en lien avec un trouble du neurodéveloppement comme, par exemple, une déficience intellectuelle (24 %), une déficience du psychisme (25 %), une déficience ou un trouble du langage et de la parole (13 %) [CNSA 2018].
- Les **CMPP** sont des services médicosociaux qui assurent le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge de l'enfant tout en le maintenant dans son milieu habituel. Ils accueillent en 2003 (DREES)¹ des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques dont les plus fréquemment diagnostiqués sont les troubles névrotiques (39 %), les troubles du développement et des fonctions instrumentales (18 %) mais aussi des enfants présentant des pathologies limites (16 %). Classiquement, les CMPP ne se considèrent pas compétents pour accueillir des enfants avec des pathologies très lourdes (troubles graves de la personnalité, autisme) et les réorientent le plus souvent vers le secteur de pédopsychiatrie.
- Les **CMP** sont eux rattachés à l'hôpital. Ce sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert. Ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile. Les CMP sont des structures qui peuvent également recevoir des adultes. Cependant, leur organisation est quasi systématiquement séparée avec des CMP pour enfants et/ou adolescents rattachés aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et des CMP pour adultes rattachés aux secteurs de psychiatrie adulte. Cette étude porte exclusivement sur les premiers.

Comme souligné dans des travaux réalisés en amont du projet régional de santé, les missions des CMP, CMPP et CAMSP se superposent par certains aspects (indications, missions, tranches d'âge). Les articulations entre ces différentes structures restent, dans la région, difficiles à appréhender. Les situations et les organisations dans les territoires sont certainement très hétérogènes du fait des histoires diverses (liens historiques avec le secteur de pédopsychiatrie), des professionnels intervenants, des lieux d'implantation : urbain/rural. Certains de ces éléments sont également retrouvés dans le rapport de la mission IGAS « relative à l'évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile » publié en septembre 2018. Il est

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

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

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

Dans ce contexte, l'ARS confie au 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

Le département de la Haute-Garonne est organisé en trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :

- Le secteur 31I01 couvre la partie nord du bassin de Toulouse, le bassin de Saint-Jean-l'Union et la partie nord du bassin de Cornebarrieu ;
- Le secteur 31I02 couvre la partie ouest du bassin de Toulouse, la partie sud du bassin de Cornebarrieu, les bassins de Muret et de Saint-Gaudens ;
- Le secteur 31I03 couvre le sud du bassin de Toulouse, le bassin de Villefranche-de-Lauragais et la partie haut-garonnaise du bassin de Castres-Mazamet.

Comme la plupart des indicateurs présentés dans ce rapport ne sont pas disponibles à une échelle infra-communale, leur présentation est faite en quatre zones : les secteurs 31I01, 31I02 et 31I03 (hors Toulouse) et la ville de Toulouse.

> Population

Le département de Haute-Garonne rassemble une population de près de 1 350 000 habitants. C'est le département le plus peuplé d'Occitanie. Cependant, il s'agit également du département le plus densément peuplé de la région : 213,7 habitants au km², densité nettement supérieure à la valeur régionale (79,9 hab./km²) et près du double de celle de la France métropolitaine (118,5 hab./km²). En dehors de la ville de Toulouse où la densité atteint 4 019 hab./km² (inférieure à celle de Montpellier – 4 951 hab./km²), le secteur 31I01 apparaît le plus dense (276,3 hab./km²) avant le secteur 31I03 (149,7 hab./km²) et le secteur 31I02 (102,6 hab./km²). Notons que dans tous les secteurs, la densité de population est supérieure à la valeur régionale et, pour le moins dense d'entre eux, proche, un peu inférieure à la valeur nationale.

Les enfants âgés de moins de 21 ans sont plus de 348 100, soit un peu plus du quart de la population (25,8 % de la population). La Haute-Garonne est ainsi le département d'Occitanie où la part des moins de 21 ans dans la population est la plus importante. C'est dans le secteur 31I01 que cette part est la plus élevée (26,9 %) et sur la ville de Toulouse qu'elle est la plus faible (25,1 %). Avec respectivement des parts de 25,8 % et 26,1 %, les secteurs 31I02 et 31I03 présentent une position intermédiaire.

Au cours de la dernière période quinquennale (2011-2016), la population des habitants de Haute-Garonne âgés de moins de 21 ans a progressé : plus de 23 600 individus de plus sur la période, soit une croissance de 1,4 % par an, la plus forte d'Occitanie. Par rapport à la période quinquennale précédente, cette croissance s'est nettement renforcée : entre 2007 et 2011, la population des moins de 21 ans avait augmenté de plus de 12 600 individus, soit +0,8 % par an.

Tableau 1- Population au 1^{er} 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
Secteur 31I01	26 296	19 207	15 230	15 949	76 682	285 330
Secteur 31I02	34 023	26 589	21 394	21 790	103 796	402 514
Secteur 31I03	15 071	11 802	9 743	11 647	48 262	184 901
Toulouse-Ville	37 009	21 852	15 311	45 201	119 373	475 438
HAUTE-GARONNE	112 399	79 450	61 678	94 587	348 114	1 348 183

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

> Enfants bénéficiaires de l'AEEH

Les familles de plus de 9 000 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH fin 2017, soit un taux de bénéficiaires de 2,6 enfants pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans, taux supérieur à celui noté au niveau régional (2,2 %) ou national (1,7 %). C'est sur le territoire du secteur 31I02 qu'ils sont, rapportés à la population, les plus nombreux, et à Toulouse Ville qu'ils sont les moins nombreux. Il faut noter que, dans les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et à Toulouse, le taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH est supérieur 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 2016 et taux départemental (pour 1 000 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	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb.	Taux	Nb.	Taux
Secteur 31I01	223	1,01	936	4,12	612	4,04	353	2,21	2 124	2,80
Secteur 31I02	276	0,97	1 380	4,38	860	3,99	488	2,24	3 004	2,91
Secteur 31I03	134	1,06	572	4,16	370	3,74	214	1,84	1 290	2,69
Toulouse-Ville	385	1,21	1 125	4,34	708	4,70	458	1,04	2 676	2,29
HAUTE-GARONNE	1 018	1,07	4 013	4,27	2 550	4,13	1 513	1,62	9 094	2,64

Source : CAF - CCMSA 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

> Scolarisation des enfants en situation de handicap

À la rentrée scolaire de septembre 2018, 8 757 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire en Haute-Garonne : 4 604 dans le 1^{er} degré et 4 153 en 2nd degré. À cela, s'ajoute 2 347 élèves scolarisés en établissement médico-social. Cela correspond à un ratio de 3,7 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire pour 1 élève scolarisé en établissement médico-social.

Au total, ce sont 11 104 enfants et adolescents en situation de handicap qui sont scolarisés en Haute-Garonne. Cela représente 3,4 % des élèves du 1^{er} degré et 3,6 % des élèves du 2nd degré (respectivement 3,3 % et 3,0 % en région et 2,7 % et 2,5 % au niveau national).

> Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé

Au total, on dénombre 383 médecins spécialistes en psychiatrie² en Haute-Garonne début 2019. Parmi eux, on relève que :

- dix sont pédopsychiatres, dont six ayant un exercice libéral ou mixte ;
- huit de ces pédopsychiatres sont présents sur Toulouse-Ville (dont quatre libéraux), un (libéral) sur le secteur 31I01 et un dernier, libéral, sur le secteur 31I03. Aucun pédopsychiatre n'est présent sur le secteur 31I02 (hors ville de Toulouse) ;
- la majorité des psychiatres (56 %) a une activité libérale ou mixte ;
- la densité de pédopsychiatres (pour 100 000 habitants de moins de 18 ans) en Haute-Garonne est inférieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (3,5 vs 5,4) alors que celle des psychiatres est supérieure (28,4 vs 21,6 pour 100 000 habitants tous âges) ;

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

- les disparités de densité de ces deux catégories de professionnels entre secteurs sont fortes : sur la ville de Toulouse, la densité en pédopsychiatres est près du triple de la valeur départementale et celle des psychiatres est près du double. C’est le territoire du secteur 31102 (hors ville de Toulouse) qui apparaît le moins doté en pédopsychiatres (aucun) ou en psychiatres (plus de 5 fois moins qu’au niveau de l’ensemble du département) ;
- au total, la densité en médecins spécialistes en psychiatrie en Haute-Garonne est supérieure à la moyenne en Occitanie et en France métropolitaine (respectivement 28,4, 21,5 et 22,5 pour 100 000) et place la Haute-Garonne au 2^e rang, après l’Hérault, des treize départements d’Occitanie ayant la densité en médecins spécialistes en psychiatrie la plus élevée.

Au cours des cinq dernières années, entre 2014 et 2019, le nombre de pédopsychiatres en Haute-Garonne a fortement baissé, passant de 17 à 10. Le nombre de psychiatres a augmenté, passant de 339 à 373. Le nombre global de spécialistes en psychiatrie a progressé de 27 praticiens, permettant de compenser la croissance démographique du département : la densité pour 100 000 habitants est passée de 27,0 en 2014 à 28,4 en 2019. On dénombrait 204 pédiatres (dont la moitié – 49 % – à exercice libéral ou mixte) en 2019 en Haute-Garonne, soit 80,5 pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans, densité nettement supérieure à celle observée sur l’ensemble de l’Occitanie (57,4) ou la France métropolitaine (58,5). Après l’Hérault, la Haute-Garonne est le département d’Occitanie où le nombre de pédiatres, rapportés à la population, est le plus élevé. Entre 2014 et 2019, le nombre de pédiatres a augmenté dans le département : ils étaient 188 (dont 93 à exercice libéral ou mixte), soit 76,0 pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans.

Tableau 3 - Médecins – effectifs au 1^{er} janvier 2019

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Pédopsychiatre			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total
Secteur 31101	1	0	1	25	6	31	26	6	32
Secteur 31102	0	0	0	9	11	20	9	11	20
Secteur 31103	1	0	1	24	10	34	25	10	35
Toulouse-Ville	4	4	8	151	137	288	155	141	296
HAUTE-GARONNE	6	4	10	209	164	373	215	168	383

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

Tableau 4 - Médecins – densité (pour 100 000 habitants) au 1^{er} janvier 2019

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Pédopsychiatre *			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total
Secteur 31101	1,47	0,00	1,47	8,76	2,10	10,86	9,11	2,10	11,22
Secteur 31102	0,00	0,00	0,00	2,24	2,73	4,97	2,24	2,73	4,97
Secteur 31103	2,42	0,00	2,42	12,98	5,41	18,39	13,52	5,41	18,93
Toulouse-Ville	4,84	4,84	9,67	31,76	28,82	60,58	32,60	29,66	62,26
HAUTE-GARONNE	2,11	1,41	3,51	15,50	12,16	27,67	15,95	12,46	28,41

* pour 100 000 habitants de moins de 18 ans

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

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

- plus de 870 orthophonistes sont dénombrés en Haute-Garonne. Pour près des quatre cinquièmes d’entre eux (79 %), ils ont un exercice libéral (ou mixte). La densité des orthophonistes en Haute-

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

Garonne est inférieure à celle observée dans l'ensemble de l'Occitanie ou en France métropolitaine (64,8 orthophonistes pour 100 000 habitants *versus* 49,2 pour 100 000 en Occitanie et 39,6 en France métropolitaine). C'est, après l'Hérault, le département d'Occitanie qui présente la densité d'orthophonistes la plus élevée. Rapporté à la population, le nombre d'orthophonistes est le plus élevé dans le secteur 31I03 et le moins élevé dans le secteur 31I02 ;

- plus de 2 100 psychologues sont dénombrés dans ce département. Il s'agit surtout de professionnels salariés (55 %). La densité des psychologues en Haute-Garonne (159,0 pour 100 000 habitants) est supérieure à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (115,4 pour 100 000) ou en France métropolitaine (106,0). C'est le département d'Occitanie qui compte le plus grand nombre de psychologues par habitant. Rapporté à la population, le nombre de psychologues est plus élevé sur Toulouse-ville que sur le secteur 31I02 ;
- les ergothérapeutes sont près de 210 en Haute-Garonne. Dans plus de huit cas sur dix (82 %), ces ergothérapeutes sont salariés. La densité d'ergothérapeutes en Haute-Garonne est supérieure à celle observée sur l'ensemble de la région ou en France métropolitaine : 15,5 ergothérapeutes pour 100 000 habitants en Haute-Garonne contre 21,4 pour 100 000 en Occitanie et 19,3 pour 100 000 en France métropolitaine. Après le Tarn-et-Garonne et l'Ariège, la Haute-Garonne est le département d'Occitanie qui présente la plus faible densité d'ergothérapeutes. La densité d'ergothérapeutes est plus élevée dans le secteur 31I03 et plus faible dans le secteur 31I02 ;
- 465 psychomotriciens exercent en Haute-Garonne. Près de la moitié (45 %) a un exercice libéral ou mixte. La densité en psychomotriciens (34,5 pour 100 000 habitants) est supérieure à celle observée en Occitanie (22,7 pour 100 000) ou en France métropolitaine (20,6 pour 100 000). Après le Gers, la Haute-Garonne est le département d'Occitanie présentant la plus forte densité en psychomotriciens. Cette densité est la plus forte dans le secteur 31I03 et la plus faible dans le secteur 31I01.

Tableau 5 - Autres professionnels – effectifs au 1^{er} janvier 2019

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
Secteur 31I01	157	6	163	194	107	301	6	47	53	54	41	95
Secteur 31I02	192	33	225	251	154	405	14	41	55	67	74	141
Secteur 31I03	111	63	174	170	105	275	5	33	38	40	50	90
Toulouse-Ville	267	96	363	723	618	1 341	23	55	78	86	113	199
HAUTE-GARONNE	687	186	873	1 186	958	2 144	38	171	209	208	257	465

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

Tableau 6 - Autres professionnels – densité (pour 100 000 habitants) au 1^{er} janvier 2019

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
Secteur 31I01	55,0	2,1	57,1	68,0	37,5	105,5	2,1	16,5	18,6	18,9	14,4	33,3
Secteur 31I02	47,7	8,2	55,9	62,4	38,3	100,6	3,5	10,2	13,7	16,6	18,4	35,0
Secteur 31I03	60,0	34,1	94,1	91,9	56,8	148,7	2,7	17,8	20,6	21,6	27,0	48,7
Toulouse-Ville	56,2	20,2	76,4	152,1	130,0	282,1	4,8	11,6	16,4	18,1	23,8	41,9
HAUTE-GARONNE	51,0	13,8	64,8	88,0	71,1	159,0	2,8	12,7	15,5	15,4	19,1	34,5

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

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

Quarante-huit établissements pour enfants handicapés sont implantés en Haute-Garonne pour un total de 2 320 places : 25 instituts médico éducatifs (IME) pour 1 000 places, deux établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) et un institut d'éducation motrice (IEM) pour 266 places, 15 instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour 702 places et cinq instituts d'éducation sensorielle (IES) de 352 places. Le taux d'équipement en établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap est de 6,9 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, inférieur à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (7,2 pour 1 000) mais supérieur au taux sur l'ensemble de la France métropolitaine (6,6 pour 1 000).

Vingt-cinq services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour un total de 1 129 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

Près de 31 000 habitants de Haute-Garonne bénéficient, fin 2017, d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, plus de 2 500 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 du spectre de l'autisme et des retards mentaux. Les principales pathologies relevées sont détaillées ci-dessous :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 25,5 %
- Retard mental 14,2 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte..... 9,7 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs..... 7,7 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels 5,5 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants 3,8 %

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 habitants de Haute-Garonne de moins de 20 ans (812,8 pour 100 000 habitants) est inférieur à ce qui est observé sur l'ensemble des occitans de moins de 20 ans (880,4 pour 100 000) mais supérieur à ce qui est observé en France métropolitaine (800,3). Au sein de cette population, il augmente progressivement avec l'âge, jusqu'à 10-14 ans avant de redescendre. Il est plus élevé sur Toulouse-Ville et moins élevé sur le secteur 31101.

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
Secteur 31101	50	145	178	153	526
Secteur 31102	48	209	238	242	737
Secteur 31103	41	116	158	96	411
Toulouse-Ville	115	245	256	254	870
HAUTE-GARONNE	254	715	830	745	2 544

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
Secteur 31I01	283,8	788,2	966,7	924,1	743,0
Secteur 31I02	212,0	829,4	910,2	1 059,1	756,8
Secteur 31I03	409,3	1 047,6	1 362,3	816,5	907,1
Toulouse-Ville	437,2	1 122,2	1 360,0	749,0	914,2
HAUTE-GARONNE	331,7	934,6	1 106,9	875,7	812,8

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

> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie

En Haute-Garonne, on dénombre en 2018 un peu plus de 5 000 séjours hospitaliers en psychiatrie pour près de 51 600 journées d'hospitalisation pour des enfants de moins de 20 ans domiciliés dans le département. C'est parmi 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. Près des trois cinquièmes de ces séjours (57 %) correspondent à des hospitalisations à temps partiel, soit moins, en proportion, que sur l'ensemble de l'Occitanie (68 %). C'est parmi les 0-4 ans que la proportion de séjours en hospitalisation à temps partiel est la plus élevée et parmi les 15-19 ans qu'elle est la plus faible : respectivement, 100,0 % et 47,7 %. Le taux standardisé de séjours hospitaliers en psychiatrie pour des haut-garonnais de moins de 20 ans est inférieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie et voisin de celui de France métropolitaine : 15,4 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans en Haute-Garonne, 22,9 en Occitanie et 15,2 en France métropolitaine. C'est sur le secteur 31I02 (hors Toulouse) qu'on observe le taux de séjours hospitaliers le plus élevé et dans le secteur 31I01 (hors Toulouse) qu'il est le plus faible.

Les cinq principaux motifs des séjours hospitaliers sont les suivants :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 36,0 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels 25,7 %
- Troubles de l'humeur 9,2 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes 8,0 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants 6,7 %

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
Secteur 31I01	21	99	194	343	657
Secteur 31I02	39	736	550	642	1 967
Secteur 31I03	45	215	280	182	722
Toulouse-Ville	75	306	518	715	1 614
HAUTE-GARONNE	182	1 356	1 579	1 907	5 024

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
Secteur 31I01	1,1	5,1	10,2	20,1	8,9
Secteur 31I02	1,7	27,9	20,4	27,3	19,6
Secteur 31I03	4,3	18,4	23,5	15,1	15,7
Toulouse-Ville	2,7	13,2	26,0	19,9	15,2
HAUTE-GARONNE	2,3	16,8	20,3	21,5	15,4

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
Secteur 31I01	79	763	2 488	5 325	8 654
Secteur 31I02	176	4 724	3 305	6 280	14 486
Secteur 31I03	768	2 281	3 603	2 783	9 436
Toulouse-Ville	810	3 631	4 801	8 969	18 211
HAUTE-GARONNE	1 866	11 399	14 329	23 982	51 576

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

Sur la même période, plus de 90 000 séances en CMP pour enfants et adolescents et actes ambulatoires en services de psychiatrie (hors CATTP) ont été enregistrés pour des haut-garonnais 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 Haute-Garonne (276,7 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est nettement inférieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie (326,8 pour 1 000) ou en France métropolitaine (338,0 pour 1 000). Après l'Aude et l'Hérault, c'est le 3^e taux le plus faible observé au sein des départements d'Occitanie. Il varie fortement entre les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de Haute-Garonne : il est plus de deux fois plus élevé pour les jeunes habitant le secteur 31I03 (hors Toulouse) que parmi ceux habitant le secteur 31I01 (hors Toulouse).

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

- Troubles du comportement et troubles émotionnels 37,8 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 11,7 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA) 11,2 %
- Mise en observation et examen médical 10,2 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes 2,3 %
- *Manquant ou non précisé* 9,3 %

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
Secteur 31I01	1 468	8 247	5 544	2 774	18 031
Secteur 31I02	1 507	7 491	7 017	4 376	20 391
Secteur 31I03	2 294	9 323	6 160	2 576	20 353
Toulouse-Ville	2 596	13 353	9 252	5 938	31 139
HAUTE-GARONNE	7 887	38 440	28 055	16 015	90 397

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
Secteur 31I01	79,6	424,4	290,6	162,5	243,6
Secteur 31I02	63,9	284,5	260,8	186,0	203,3
Secteur 31I03	218,9	795,4	517,6	213,8	441,0
Toulouse-Ville	95,2	578,1	464,9	165,2	293,2
HAUTE-GARONNE	98,9	477,1	360,7	180,8	276,7

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

Il existe un seul CAMSP en Haute-Garonne, situé à Toulouse et géré par le CHU, sans antenne.

On dénombre quatre CMPP :

- le CMPP Le Capitoul, géré par l'ASEI, dispose de six sites de consultations : trois sur Toulouse, les trois autres à Fenouillet, Grenade et Montastruc-la-Conseillère ;
- le CMPP du Pôle Béroi-Collectif, géré par l'ARSEEA, dispose de quatre sites : Toulouse (Bagatelle), Cugnaux, Muret et Plaisance-du-Touch ;
- le CMPP du Languedoc du Centre de rééducation de l'enfant géré par l'association enfance et adolescence, implanté à Toulouse centre ;
- le CMPP Le Nébouzan, géré par l'ASEI, implanté à Saint-Gaudens avec deux antennes à Bagnères-de-Luchon et Boulogne sur Gesse.

Concernant les CMP pour enfants et adolescents⁴ et comme indiqué précédemment, le département de la Haute-Garonne est organisé en trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :

- le secteur 31|01, géré par le CHU ;
- le secteur 31|02, géré par le CH Marchant. L'activité ambulatoire des bassins de santé de Toulouse et de Saint-Gaudens est entièrement déléguée par convention (non renouvelée depuis 2000) au CMPP du Pôle Béroi-Collectif et au CMPP Le Nébouzan. Sur les bassins de santé de Cornebarrieu et de Muret, l'activité ambulatoire est partagée par convention avec le CMPP du Collectif Saint-Simon.
- le secteur 31|03, géré par la Guidance infantile de l'ARSEEA.

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs concernent 11 508 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 33,1 suivis pour 1 000 enfants de moins de 21 ans, nettement inférieur à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (43,4 suivis pour 1 000). Il s'agit du département d'Occitanie présentant le plus faible taux de suivis.

De plus, il faut noter que 823 adolescents de 16 à 20 ans sont suivis par les CMP pour adultes de Haute-Garonne et 243 en milieu pénitentiaire.

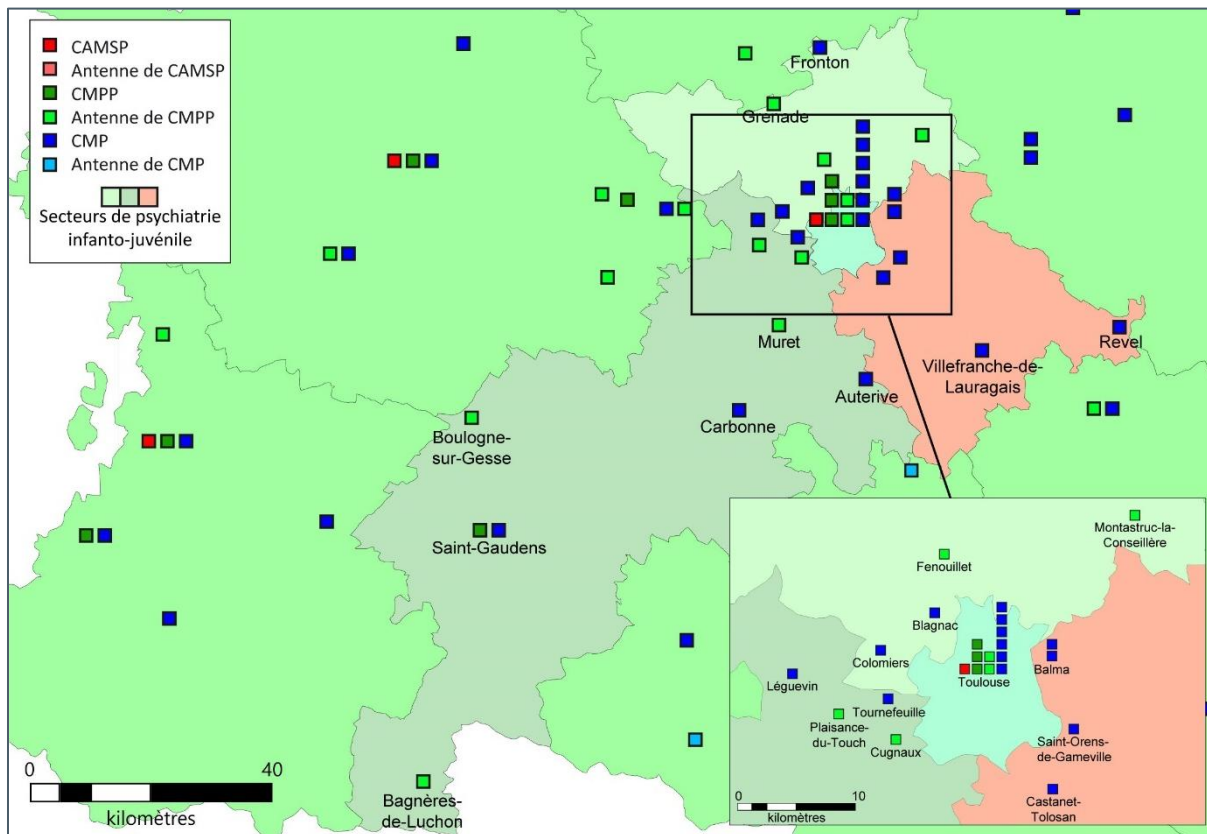
⁴ Dans la suite du document, le terme CMP concernera toujours, sauf mention contraire, les CMP pour enfants et adolescents

Tableau 14 - Lieux de consultation et file active

	Nombre de structures et de lieux de consultation	File Active
CAMSP	- 1 CAMSP à Toulouse sans antenne	- 392 enfants en 2017
CMPP	- CMPP le Capitoul avec un site à Toulouse (Saint-Henri) et 4 antennes : 2 à Toulouse (Borderouge et Auga/Amouroux), 1 à Fenouillet, 1 à Grenade et 1 à Montastruc-la-Conseillère	- 1 513 enfants
	- CMPP du Pôle Béroï-Collectif avec un site à Toulouse (Bagatelle) et trois antennes à Cugnaux, Muret et Plaisance-du-Touch	- 1 371 enfants
	- CMPP du Languedoc avec un site à Toulouse (La Languedoc)	- 472 enfants
	- CMPP Le Nébouzan avec un site à Saint-Gaudens et deux antennes à Bagnères-de-Luchon et Boulogne sur Gesse	- 305 enfants
		Total : 3 661 enfants en 2017
CMP	- Sur le secteur 31I01, relevant du pôle de psychiatrie infanto juvénile du CHU de Toulouse, 5 CMP : 2 CMP à Toulouse et 3 en périphérie à Blagnac, Colomiers et Fronton	- 31I01 : 3 958 enfants en 2018
	- Sur le secteur 31I02, relevant du pôle de psychiatrie infanto juvénile du centre hospitalier Gérard Marchant, 4 CMP implantés à Tournefeuille, Lèguevin, Auterive, Carbone (Volvestre). En outre, géré par convention par le CMPP Le Nébouzan, 1 CMP à Saint Gaudens	-31I02 : 1 647 enfants en 2018
	- Sur le secteur 31I03, relevant du pôle guidance infantile de l'ARSEA, 10 CMP : 4 CMP (dont 1 CMP petite enfance) à Toulouse, 2 CMP (dont 1 CMP petite enfance) à Balma, 1 CMP à Castanet-Tolosan, 1 CMP à Saint-Orens-de-Gameville, 1 CMP à Villefranche-de-Lauragais et 1 CMP à Revel	-31I03 : 1 850 enfants en 2017
		Total : 7 455 enfants

Source : Rapports d'activité CAMSP 2017 - Enquête CMP-CMPP 2019 et ATIH-RIMP 2018- Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

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



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

> CAMSP

LE CAMSP DE HAUTE-GARONNE

Le CAMSP de Haute-Garonne est géré par le CHU de Toulouse. Il est ouvert depuis 2008. Son arrêté d'autorisation ne précise pas de capacité autorisée. L'équipe pluridisciplinaire est composée de 19,5 ETP et comporte la plupart des professionnels habituellement présents en CAMSP : pédiatre, psychiatre, neuropédiatre, kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, puéricultrice, éducateur spécialisé, assistante sociale, secrétaire, directeur.

Lors de sa création, le CAMSP a souhaité se positionner comme un acteur complémentaire de la prise en charge des 0-6 ans et ne pas empiéter sur les champs de compétences des autres structures existantes, notamment pour la pédopsychiatrie et le centre Paul Dottin.

Profils des enfants accueillis

Tableau 15 - Répartition par âge - CAMSP

	Age des enfants suivis
CAMSP	Moins de 2 ans : 21,2 %
	2 - 3 ans : 42,5 %
	4 - 6 ans : 29,8 %
	plus de 6 ans : 6,5 %

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

Les enfants sont majoritairement de sexe masculin (61 %) et âgés en moyenne de 41 mois.

Les deux cinquièmes (42 %) des enfants présents au 31 décembre ont des antécédents de prématurité et un cinquième des enfants sont nés avant 32 semaines d'aménorrhée. Les bébés nés à moins de 28 semaines d'aménorrhée ou ceux nés à moins de 32 semaines avec des facteurs de vulnérabilité bénéficient d'un dispositif d'accompagnement précoce. Cependant, actuellement, ce dispositif est saturé, les kinésithérapeutes et les psychomotriciens n'ayant pas assez de temps pour répondre aux nombreux besoins.

Environ un quart des enfants présentent des facteurs de vulnérabilité familiale ou environnementale. Le CAMSP constate une « *discrète augmentation* » des fragilités familiales. La précarité est grandissante avec notamment des expulsions de leur logement de familles en irrégularité, alors que leur enfant est pris en charge au CAMSP. « *Les familles sont insécures dans une précarité terrible* ». Ces facteurs retentissent sur la prise en charge de l'enfant, avec des difficultés à mobiliser la famille et l'enfant sur le soin, et peuvent conduire à l'arrêt prématuré du suivi.

Près de 90 % des enfants en suivi thérapeutique sont domiciliés à moins de 30 minutes de trajet du CAMSP. Tous les enfants sont originaires de la Haute-Garonne.

À leur entrée au CAMSP, 57 % des enfants ont moins de 2 ans, mais cette tranche d'âge constitue un cinquième de la file active, les 2-3 ans étant les plus nombreux parmi les enfants suivis. Les enfants peuvent être regroupés selon les trois catégories suivantes :

- retard global de développement avec des risques d'évolution vers la déficience cognitive
- ou vers les troubles psychiques
- enfants déficitaires avec TSA associés

Les principaux « profils cliniques » peuvent être décrits comme suit :

— **Autisme et TED**

Théoriquement, les enfants de plus de 3 ans avec autisme typique, sans déficience associée, ne relèvent pas d'un suivi thérapeutique au CAMSP, car le CAMSP ne doit pas se substituer aux secteurs de pédopsychiatrie. En pratique, le CAMSP est sollicité fréquemment pour des situations complexes (diagnostics complexes, difficultés d'adhésion familiale, situations psychosociales précaires) : une évaluation peut être faite au CAMSP pour avancer sur le diagnostic et l'orientation.

Dans certains cas, la problématique est celle d'une liste d'attente trop longue sur le secteur d'aval (secteurs de pédopsychiatrie, SESSAD Autisme), le CAMSP ne peut se substituer à ces manques.

Les enfants de moins de 3 ans qui présentent un trouble de la relation associé à une autre pathologie peuvent être pris en charge au CAMSP. Celui-ci propose un groupe autour de la thérapie d'échange et du développement (capacité actuelle pour 4 enfants). Les équipes se forment à l'ADOS. Les autres prises en charge ne sont pas spécifiques à l'autisme et s'adaptent au niveau développemental et aux besoins de l'enfant. Les professionnels du CAMSP sont formés aux approches développementales.

— **Troubles spécifiques des apprentissages**

Cette problématique ne figure pas dans les axes du projet médical 2015-2020, car le diagnostic des troubles spécifiques des apprentissages ne peut être posé chez les enfants âgés de moins de 6 ans. Des enfants présentant des difficultés d'apprentissages scolaires peuvent être reçus en consultation au CAMSP. Lorsqu'il s'agit d'un trouble développemental à risque d'évoluer vers un trouble spécifique des apprentissages, après quelques consultations médicales de suivi développemental et un accompagnement social de la scolarisation si nécessaire, l'enfant est orienté vers des professionnels libéraux et/ou les CMP-CMPP à partir de l'âge de 5 ans.

Lorsque les difficultés d'apprentissages scolaires s'associent à un trouble de la communication et/ou de la relation, une orientation vers les CMP-CMPP peut être proposée à l'issue d'une consultation médicale et/ou d'une évaluation pluridisciplinaire.

Dans certains cas, à l'issue de l'évaluation, il n'est pas possible de préciser le risque d'évolution, un suivi est alors proposé au CAMSP, soit au moyen d'un accompagnement médical et social en complément de soins libéraux, soit au moyen d'un suivi thérapeutique pluridisciplinaire, en fonction des retentissements fonctionnels et des possibilités familiales.

Le service de neuropédiatrie souhaiterait que le CAMSP fasse davantage de suivi médical et social pour des enfants avec une prise en charge libérale.

— **Familles en difficultés multiples**

Les familles à difficultés multiples représentent une part importante des enfants suivis (près de 50 %). L'équipe est outillée pour prendre en charge ces familles (2 temps plein d'éducateur et une puéricultrice). Le CAMSP fait facilement appel à la PMI qui peut faire de l'étayage à domicile, ou à des aides éducatives car il est important d'être à plusieurs sur ces situations.

Chez les enfants en suivi thérapeutique, 21 % présentent une déficience du psychisme (13 % des enfants en cours de suivi ont un diagnostic d'autisme) et 43 % une déficience cognitive.

D'une manière générale, le suivi pluridisciplinaire est mis en place au CAMSP pour des enfants qui présentent des troubles du développement intriqués à une pathologie somatique (maladie génétique, histoire périnatale compliquée, etc.). Dans le cadre du projet initial du CAMSP et afin de ne pas se substituer aux autres structures, le CAMSP ne propose pas de suivi pluridisciplinaire aux enfants présentant un trouble du spectre autistique typique et isolé. Cependant, parmi les enfants déficitaires de moins de 3 ans pris en charge au CAMSP, beaucoup présentent des troubles du spectre autistique. Une proportion importante d'enfants présente des troubles neurologiques. L'équipe a par ailleurs développé un savoir-faire spécifique dans la prise en charge des troubles de l'oralité.

Les enfants peuvent être suivis jusqu'à la fin de l'année scolaire de leur 6 ans. À partir de 7 ans, le suivi sera uniquement, si besoin, sous forme de consultations, en complément du suivi en libéral.

Le CAMSP dispose d'un dispositif à l'orientation en ESMS comprenant un suivi effectué par l'assistante de service social et un maintien si nécessaire de séances en groupe avec une éducatrice spécialisée et une psychologue.

Les conditions d'accueil et de bilan

Tableau 16 - Origine des interventions - CAMSP

	Médicale	Éducative	Sociale	Médicosociale	Directe	Autre
CAMSP	72,1 %	4,8 %	2,9 %	8,7 %	4,8 %	6,7 %

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

Tableau 17 - Liste d'attente et délais - CAMSP

	Liste d'attente au 31 décembre	Délais d'attente moyens
CAMSP	- 93 enfants	- 95 jours pour un premier rendez-vous 14 jours entre le 1 ^{er} rendez-vous et la 1 ^{ère} intervention

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

104 enfants ont été vus pour la première fois en 2017. Ils étaient majoritairement adressés par le secteur médical et notamment par les services de maternité et la néonatalogie (28 %), la médecine libérale (27 %), la PMI (14 %) ou le secteur hospitalier hors maternité (3 %).

À la suite du 1^{er} appel, les médecins étudient chaque semaine les demandes de consultations et priorisent l'attribution des rendez-vous en fonction des informations recueillies lors du contact (motif de demande, professionnel adresseur, etc.). Un échange téléphonique peut être fait avec le professionnel qui adresse l'enfant ou avec la famille afin de préciser l'indication.

Le bilan pluridisciplinaire débute par un entretien d'accueil avec l'assistante de service social de l'équipe et si besoin la puéricultrice. Le premier rendez-vous médical est une consultation conjointe, pédiatre et pédopsychiatre. Cette consultation permet de réaliser une première évaluation du développement de l'enfant et de ses besoins en termes de soin et d'affiner les attentes des parents. À l'issue de la consultation médicale conjointe, certains enfants peuvent être réorientés directement vers les secteurs de pédopsychiatrie par exemple. Il s'agit en général d'enfants présentant des troubles psychoaffectifs ou des troubles de la relation sans déficience associée. Le lien est fait avec les services vers lesquels les enfants sont adressés.

Au terme de la consultation, les conclusions des observations sont exposées à la famille. Si le profil de l'enfant fait indiquer un bilan pluridisciplinaire au sein du CAMSP, les médecins le proposent aux parents en leur expliquant son déroulement. Ce bilan est réalisé par différents professionnels qui évaluent le développement et les besoins de l'enfant et de sa famille. Il a pour objectif de préciser les orientations du projet d'accompagnement qui sera établi en concertation avec les parents. Un lien avec le milieu de socialisation de l'enfant est toujours réalisé.

Le bilan se clôture par une synthèse pluridisciplinaire et une consultation médicale de restitution. La durée d'une évaluation pluridisciplinaire initiale est de 3 mois en moyenne.

Les délais d'attente pour la prise en charge se dégradent « l'accès aux soins est de 3 mois à 1 an ». En l'absence de soins, le CAMSP assure un suivi médical, des rencontres avec d'autres professionnels : ASS, ES, psychologue.

Face à cela, le CAMSP a établi des critères de priorisation :

- Les enfants de moins d'1 an sans soin ;
- Les enfants diagnostiqués néonataux génétiques ;
- La capacité de la famille à se mobiliser ou non pour les soins en libéral.

En dehors de ces priorités, la chronologie de la demande sera le critère.

Le CAMSP relève que l'activité en termes de bilans a augmenté. En 2018, le nombre de bilans par semaine est passé de 3 à 5. Malgré cette augmentation, les délais d'attente pour les bilans sont encore trop longs, mais le CAMSP ne les augmentera pas car ce serait au détriment des prises en charge : « *les bilans ont augmenté mais les séances ont diminué* ».

Certains enfants peuvent arriver tardivement mais souvent il s'agit des familles réticentes à consulter. D'une manière générale, les enfants arrivent quand même de plus en plus jeunes.

Les modalités de prise en charge

Quand une indication de suivi thérapeutique est posée, un document individuel de prise en charge (DIPEC) qui décline un projet de soins, un projet social et/ou éducatif est élaboré et contractualisé avec la famille. Le projet individuel est réévalué une fois par an dans le cadre d'une synthèse pluridisciplinaire.

Les enfants en suivi ont entre 2 à 4 séances par semaine : 1 à 3 séances de soins par semaine et un accompagnement éducatif, social et/ou psychique. Il existe des séances individuelles, en binôme, en groupe, ou parents/enfants. Des groupes peuvent être organisés autour de la motricité, du langage, des interactions, ou de médiation, etc. Il existe également un accompagnement à la socialisation ou scolarisation. Les enfants sont vus par le médecin référent tous les 1 à 3 mois.

Pour les enfants domiciliés à plus de 30 km du CAMSP, le suivi thérapeutique s'organise autour d'une à deux séances individuelles avec des professionnels libéraux conventionnés et une séance par semaine au CAMSP (séance groupale ou suivi psychoéducatif).

Quelques enfants ne bénéficient pas d'un suivi thérapeutique, mais d'une surveillance développementale dans le cadre d'un accompagnement médical et social. Parmi eux, certains peuvent bénéficier de soins auprès de paramédicaux libéraux.

Le CAMSP rencontre des difficultés pour mettre en place des doubles prises en charge CAMSP/libéral ; par exemple un enfant a besoin d'une prise en charge en orthophonie et en kinésithérapie, le CAMSP n'a pas de disponibilité en kinésithérapie mais il en a en orthophonie, le montage orthophonie en CAMSP et kinésithérapie en libéral n'est pas possible car la CPAM refusera de rembourser le libéral.

Compte tenu de la liste d'attente, le CAMSP parle de « *soins dégradés* », précisant « *pas tout à fait dégradés* » car « *en attendant, le CAMSP trouvera toujours une façon d'accompagner les enfants en attente et leurs parents* » par la participation à des groupes de paroles, des consultations médicales... « *mais cet accompagnement ne répondra pas aux besoins de l'enfant* ».

Les sorties et les relais

101 enfants sont sortis du CAMSP en 2017. La durée moyenne de prise en charge était de 20 mois. Dans près de neuf cas sur dix, la sortie est concertée entre les parents et l'équipe du CAMSP. Des départs sans concertation sont retrouvés une fois sur dix. Deux décès d'enfants sont survenus.

Lors de l'entretien de 2019, la sortie était qualifiée de : « *c'est la catastrophe* ». Les délais d'entrée en ESMS sont tellement longs qu'il faut anticiper l'orientation et la sortie « *mais en parler très tôt aux parents, c'est maltraitant.*

On ne peut pas faire ça ». Depuis 2018, ces délais se sont allongés, « *il faut compter 4 ans pour une entrée en ESMS, pour en plus, quelques fois, un accueil à temps partiel* ». Il s'agit d'une réponse « *dégradée* ». Si l'accueil en ESMS est à temps partiel, « *il faudrait que l'école accueille l'enfant quand il n'est pas en ESMS* ». Le CAMSP donne l'exemple d'une enfant âgée de 4 ans qui a une orientation en ESMS, mais n'y rentrera pas avant l'âge de 8 ans. Certaines situations amènent des demandes de plan global d'accompagnement (PAG) auprès de la MDPH.

Les partenariats

Avec le secteur médical

Avec la PMI, le partenariat se fait au cas par cas en fonction des situations. Il existe un groupe de travail avec les médecins de PMI afin de présenter le fonctionnement et les missions du CAMSP. Ce groupe a permis de communiquer plus facilement. Les médecins de PMI peuvent participer aux synthèses des enfants.

Avec le réseau périnatal Occitanie, un partenariat doit continuer à évoluer afin d'améliorer la cohérence de la prise en charge des enfants et de clarifier les indications d'adressage au CAMSP et la référence médicale des enfants.

Avec la néonatalogie, il existe une rencontre une fois tous les 2 mois pour évoquer les situations des enfants prématurés. Une psychomotricienne du CAMSP va une fois par semaine en néonatalogie, ce qui permet d'offrir aux familles une certaine continuité. Il existe au CAMSP un dispositif d'intervention précoce pour les prématurés à haut risque qui s'appuie sur un groupe parents/ enfants tous les 15 jours durant 6 mois. Ce dispositif a plusieurs objectifs :

- accompagner les familles dans une transition entre une surmédicalisation initiale et un retour à domicile ;
- dépister des troubles chez ces enfants à haut risque, afin d'accompagner la famille vers des soins adaptés (au CAMSP ou ailleurs, en fonction des besoins).

Avec le libéral, le partenariat repose sur des liens téléphoniques avec les professionnels libéraux qui adressent des enfants au CAMSP ou les reçoivent au décours. Parallèlement, une convention avec des professionnels libéraux a été mise en place, pour les enfants qui habitent à plus de 30 km. Ces professionnels peuvent participer aux synthèses pluridisciplinaires.

Avec la pédopsychiatrie, les liens se font bien mais il y a des problèmes de délais de prise en charge dans certains endroits.

Avec le médicosocial et social

Les liens se font autour des orientations des enfants. Si une amélioration avait été notée en 2015 liée à des ouvertures de SESSAD à Toulouse, la situation est à nouveau qualifiée de complexe (cf. le paragraphe sur les sorties et relais). Les SESSAD connaissant plus de turn-over, les délais d'attente sont plus courts qu'en IME, mais il s'agit souvent d'admission « *par défaut* » d'une place en IME. De plus, les admissions à temps partiel en IME « *ressemblent plus à une prise en charge en SESSAD* ». Durant l'année scolaire 2018-2019, un seul accueil a eu lieu en IME dans le cadre d'un PAG et pour un temps partiel de 2 jours par semaine.

Avec l'Éducation Nationale

Il existe beaucoup de liens, sans qu'ils soient formalisés, avec les lieux de socialisation des enfants, que ce soit les écoles ou les crèches. Les membres de l'équipe du CAMSP participent aux équipes de suivi et peuvent aller rencontrer les professionnels des crèches ou haltes-garderies en cas de besoins.

Autres partenaires

Le CAMSP a mis en place un dispositif de soins contractualisé avec des libéraux pour les enfants de moins de 3 ans qui habitent à plus de 30 km du CAMSP. Il rencontre une difficulté récente car les professionnels contractualisés n'ont plus de place, « *exemple à Saint Gaudens, les orthophonistes n'ont plus de créneaux disponibles avant 2021 !* ».

La place des familles

L'accompagnement des familles fait partie des projets de soin du CAMSP. Différentes formes d'accompagnement peuvent être proposées : guidance parentale, accompagnement psychologique ou éducatif. Le CAMSP propose des groupes parents/enfants, des groupes parents, des groupes grands-parents, ainsi qu'un groupe de parole pour les fratries. Des visites à domicile peuvent être effectuées par une éducatrice spécialisée.

Les parents sont partie-prenante du projet de l'enfant, puisque ce dernier est élaboré avec eux et contractualisé entre le médecin référent de l'enfant et les parents.

En 2019, le CAMSP va mettre en place un groupe de partage-accueil sur la période du bilan : deux éducateurs(trices) spécialisés(es) vont animer ce groupe pour répondre aux questions des parents.

Également, un groupe d'éducation thérapeutique à la communication pour les parents est en projet : il se déroulera sur dix séances, au cours d'une période de six mois, donnant lieu à un apprentissage des gestes « Bébé signe ». L'objectif de ce groupe est de montrer aux parents que l'on peut communiquer en soutenant le langage. Un autre mode de communication adaptée augmentée (Makaton) peut également être utilisé par les parents. La finalité est de « *soutenir les parents pour les rendre plus acteurs* ».

Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins

Certaines zones géographiques du département (notamment Saint-Gaudens, Revel, Grenade, Fronton) sont très éloignées du CAMSP, ce qui peut compliquer des prises en charge en imposant des temps de trajet importants aux enfants. Le dispositif de soins auprès de professionnels libéraux conventionnés par le CAMSP permet aux familles de ne venir qu'une fois par semaine au CAMSP, les autres soins étant dispensés à proximité de leur lieu d'habitation. Cela pose également la question des moyens dévolus au CAMSP qui sont considérés comme insuffisants pour répondre aux besoins des enfants.

Les besoins ressentis portent sur deux axes :

- les grands prématurés : le CAMSP manque de réactivité pour prendre en charge les grands prématurés. Il paraît important de répreciser les articulations entre le réseau périnatal Occitanie, les secteurs de pédopsychiatrie et le CAMSP, notamment autour de la coordination des soins, afin d'améliorer la cohérence des soins et des parcours des enfants avec antécédents périnataux. Le CAMSP souhaite pouvoir développer plus de moyens afin de mieux répondre aux besoins de cette population ;
- les enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique : une réflexion semble à mener auprès des enfants autistes et sur la répartition des champs de compétence de chacun.

Il existe une réflexion sur les modalités de fins de prises de charge des enfants qui sont en attente de place dans le médicosocial afin de mettre en place un suivi d'« accompagnement à l'orientation », qui comprendrait une prise en charge en libéral associée à la poursuite au CAMSP d'une séance (de groupe ou d'accompagnement psychologique ou éducatif) et de la coordination médicale. Ce dispositif permettrait de favoriser une meilleure continuité dans l'orientation de ces enfants, tout en permettant à l'équipe du CAMSP d'être plus réactive dans l'accueil et la prise en charge de jeunes enfants.

Le CAMSP relève des axes d'amélioration qui pourraient faire gagner du temps à chacun : enfants, familles, professionnels, comme :

- éviter les superpositions des missions ;
- mieux identifier les dispositifs ;
- mieux repérer les partenaires ;
- « *être plus au clair pour mieux adresser* ».

Pour conclure, le souhait exprimé par le CAMSP est que « *cette étude permette de positionner les partenaires les uns par rapport aux autres pour éviter la superposition des missions. Le problème du 31, c'est d'arriver à réfléchir ensemble à mieux identifier les moyens pour confier des missions spécifiques* ».

Les plateformes d'orientation et de coordination

Le CAMSP de Haute Garonne a déposé un projet en réponse à l'appel à manifestation d'intérêt, il en est le porteur en partenariat avec les CMP et CMPP.

> CMP

LE SECTEUR 31I01 : LE SUPEA, CHU DE TOULOUSE

Le secteur 31I01 fait partie du service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) au sein du pôle psychiatrie du CHU. Le SUPEA a pour particularité d'intervenir au niveau du secteur 31I01 mais aussi pour certaines missions au niveau du département et de la région. De plus, la participation de ses professionnels à l'enseignement (encadrement de stages, cours, formation continue...) et à l'amélioration des pratiques professionnelles est importante.

L'offre de soins du secteur 31I01 se répartit de la manière suivante :

- 5 CMP dont 2 à Toulouse intramuros et 3 en périphérie (Blagnac, Colomiers et Fronton),
- 2 CATT : un CATT petite enfance à Toulouse (adossé au CMP de La Grave), un CATT adossé au CMP de Fronton,
- 6 unités d'hospitalisation de jour (dont une unité régionale d'évaluation des TED et un hôpital de jour réactif pour adolescents) : 36 places pour les enfants de 3 à 12 ans, 22 places pour les adolescents, 2 places pour l'unité TED. L'hôpital de jour réactif (Boris Vian) a une activité intersectorielle et l'unité TED une activité régionale,
- une unité d'hospitalisation complète intersectorielle (11 lits) et 1 lit d'hospitalisation de nuit,
- une équipe mobile de psychiatrie de liaison à l'hôpital des enfants et une participation active dans les équipes de pédiatrie dédiées à la douleur, au deuil et aux soins palliatifs, et au syndrome de Prader Willi. Ces activités sont intersectorielles et pour certaines régionales,
- deux équipes de psychiatrie périnatale et maternologie à l'hôpital Paule de Viguière et à l'hôpital Joseph Ducuing,
- un dispositif d'intervention dans les écoles et collèges (Parenthèse) est adossé au CMP de Colomiers,
- une consultation interculturelle et une équipe de diagnostic de proximité associée au CRA du secteur 31I01 sont adossées au CMP de La Grave,
- le SUPEA compte également un IME pour enfants avec TED, scolarisés en maternelle et école élémentaire (10 places),
- le SUPEA participe aux activités de la MDA31 en mettant à disposition et en coordonnant l'équipe médicale et infirmière. Il met également à disposition un médecin psychiatre pour le RAP31, dans le cadre des activités d'intérêt général.

Profils des enfants accueillis

Tableau 18 - Répartition par âge – CMP CHU Toulouse

Age des enfants suivis	
CMP (Secteur 31I01)	Moins de 6 ans : 14,8 %
	6 - 10 ans : 30,7 %
	11 - 15 ans : 38,5 %
	16 – 17 ans : 12,5 %
	18 ans ou plus : 3,5 %

Source : ATIH-RIMP 2018 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Le CMP est, pour le secteur 31I01, la porte d'entrée dans le soin psychique. Il s'inscrit dans un parcours de soins, d'où l'importance d'avoir un maillage sur le territoire.

On peut distinguer trois filières différentes dans les CMP du secteur 31I01 :

- des enfants qui nécessitent une évaluation et seront réorientés à l'issue de celle-ci,

- des enfants qui nécessitent une évaluation, suivie de soins au CMP (besoin d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée),
- des enfants pour lesquels les soins au CMP pourront être complétés par des soins en libéral ou en médicosocial. Le CMP peut alors garder un rôle de coordination si besoin.

En termes de diagnostics posés, plus de la moitié des enfants présentent des troubles des conduites et des émotions. Les enfants avec des troubles du spectre de l'autisme représentent environ 10 % de la file active. Les troubles anxieux et les syndromes dépressifs touchent environ 10 % des patients. Les enfants avec des troubles spécifiques des apprentissages sans comorbidité ne sont pas adressés, en principe, en CMP. Les Troubles spécifiques des apprentissages (TSA) isolés représentent une faible part des diagnostics posés.

Sur l'ensemble des CMP du pôle, les trois quarts des enfants sont âgés de 5 à 15 ans. Les enfants de moins de 3 ans représentent 1 % de la file active des CMP.

Le secteur de Fronton est un territoire rural, où peu de professionnels libéraux sont installés (un pédopsychiatre à Seilh, un psychiatre d'adultes et peu de psychologues accueillant des enfants). La population est dans une situation de précarité importante. Les deux tiers des enfants du CMP sont des garçons. Toutes les tranches d'âge sont prises en charge au CMP avec une majorité d'enfants âgés de 5 à 15 ans (les trois quarts de la file active).

D'une manière très globale, l'analyse des diagnostics codés montre que plus de la moitié des enfants présentent des troubles des conduites, environ 10 % des enfants présentent des troubles anxieux, un peu moins de 10 % des troubles de l'attachement et environ 6 % des enfants présentent un TSA.

Sur les CMP de Toulouse, du fait de la présence du CATTP petite enfance à Toulouse, les CMP ont passé le relais pour l'accueil des tout-petits. Les jeunes enfants arrivant dans les CMP sont généralement adressés par le CAMSP, mais aussi par les PMI, les pédiatres, les crèches.

Sur le CMP d'Ancely, on constate une proportion plus importante d'adolescents que dans les autres CMP puisque 80 % des enfants ont plus de 10 ans (vs 57 % à l'échelle du pôle) et 41 % ont plus de 15 ans (vs 20 %). Ceci est lié au fait que le CMP d'Ancely est adossé à l'unité d'hospitalisation pour adolescents et que ses médecins effectuent un grand nombre de suivis ambulatoires d'adolescents au CMP. De même, la proportion de garçons et de filles est identique alors que dans les autres CMP, les garçons représentent environ les deux tiers de la file active. Ceci s'explique par le nombre important de patients avec anorexie mentale suivis sur Ancely, pathologie qui touche majoritairement des filles. La Villa Ancely est devenue au fil des ans le service de référence pour l'anorexie mentale des mineurs.

Sur le CMP de Colomiers, à la suite du déménagement dans de nouveaux locaux, la liste d'attente a augmenté très vite du fait d'un élargissement du recrutement (certaines familles plutôt aisées qui ne venaient pas au CMP, ont commencé à venir).

De manière générale, par rapport au constat fait en 2015, on relève en 2019 une grosse dominante d'enfants relevant de l'élémentaire et une augmentation des tout-petits et des adolescents. On observe une demande de plus en plus importante venant du secteur médico-social du fait du manque de psychiatre dans ces structures : ils sollicitent le secteur pour un suivi du psychiatre et de médication de plus en plus importante. *« Ils sont envoyés avec une injonction de prescrire ».*

Le nombre d'enfants présentant des troubles du neuro développement est en augmentation. Le CMP souligne : *« Il y a plus de TND car on les diagnostique plus ».* Seuls les enfants présentant des TND avec des comorbidités associées sont suivis par le CMP, *« le CMP se concentre sur les cas les plus complexes, avec comorbidités ».* Les enfants avec *« TND simples »* iront dans le libéral.

Les conditions d'accueil et de bilan

Les CMP sont confrontés depuis des années à des demandes de plus en plus importantes, ce qui est à l'origine de listes d'attente plus ou moins longues pour la première consultation et la prise en charge. Cependant, tous ont mis en place une permanence d'accueil avec des organisations différentes permettant une première évaluation rapide. Cela permet de réorienter éventuellement l'enfant si besoin ou de mettre en place des soins dans l'attente. Ce « tri » est plus efficace quand il est effectué d'emblée par un médecin ou un autre professionnel formé.

Selon les situations, un bilan complémentaire peut être réalisé. Un projet de soins personnalisé est ensuite élaboré en réunion de synthèse ou réunion de concertation pluri professionnelle (RCP).

Sur le CMP d'Ancely, la consultation d'accueil (complétant les consultations par le médecin) est réalisée en binôme par un interne et un membre de l'équipe (psychologue, éducateur ou assistante sociale). Les situations sont ensuite évoquées en synthèse (RCP) afin de prendre une décision de soins ou de réorientation. En 2019, un peu moins de 100 enfants ont été vus pour la première fois (42 % de la file active). Les délais d'attente pour un premier rendez-vous étaient alors d'environ deux mois ; le délai entre ce 1^{er} rendez-vous et la réunion de concertation était d'environ un mois et demi ; enfin, le délai entre cette RCP initiale et les soins était également d'un peu moins de deux mois.

Au CMP de La Grave, des consultations d'accueil sont effectuées par des binômes de professionnels de l'équipe. Une consultation interculturelle est disponible au sein du CMP. En 2019, autour de 115 enfants ont été vus pour la première fois (37 % de la file active). Les délais d'attente pour un premier rendez-vous étaient alors de plus de 4 mois ; le délai entre ce 1^{er} rendez-vous et la réunion de concertation était d'environ un mois et demi ; enfin, le délai entre cette RCP initiale et les soins était également d'un peu moins de deux mois.

Au CMP de Fronton, environ 150 enfants ont été vus pour la 1^{ère} fois en 2019 (42 % de la file active). Les délais d'attente pour un premier rendez-vous étaient de plus de deux mois ; le délai entre ce 1^{er} rendez-vous et la réunion de concertation était d'environ deux mois ; enfin, le délai entre cette RCP initiale et les soins était de moins d'un mois.

Le CMP a mis en place des priorités d'accueil, ainsi les enfants de moins de 3 ans sont reçus en moins de 15 jours. Pour les adolescents, une infirmière est dédiée à leur accueil et à leur prise en charge, ce qui permet d'être très réactif : on note très peu d'hospitalisations aux urgences d'adolescents de ce territoire.

Pour les enfants très jeunes, le fait de les recevoir rapidement et de réaliser une évaluation globale permet de les réorienter plus facilement ou de mettre en place une coordination des soins en libéral ou en CMP dans l'attente d'une place dans une autre structure.

Le CMP est bien identifié par les professionnels de la petite enfance, les enfants sont en général bien repérés. Il peut arriver que des enfants de 7-8 ans avec des troubles importants de type hallucinations, automatismes mentaux, troubles de la personnalité, arrivent tardivement au CMP, mais il s'agit en général de situations qui avaient été repérées mais dont les parents étaient réticents aux soins.

Au CMP de Colomiers, Près de 250 enfants ont été vus pour la 1^{ère} fois en 2019 (52 % de la file active). Le 1^{er} rendez-vous est rapide : la psychologue reçoit dans la semaine et le médecin rapidement (dans le mois). Cette première consultation permet de faire une première évaluation et de renvoyer vers le libéral les enfants qui en relèvent. Cela permet aussi d'échelonner les prises en charges.

Une permanence médicale d'accueil et d'évaluation a lieu toutes les semaines, sans rendez-vous, assurée par le médecin ou par un interne (supervisé) qui permet d'évaluer rapidement la demande et d'orienter vers les partenaires si besoin ou proposer un nouveau rendez-vous médical au CMP avec des délais de 2 à 6 semaines en fonction des situations.

Les psychologues et le médecin proposent aussi des rendez-vous pour les adolescents avec des délais rapides, dans la semaine ou les 15 jours.

Le manque de moyens est cependant important au CMP pour pouvoir bien suivre tous ces enfants, une fois qu'ils ont été reçus.

Ainsi, au total, en 2019, le délai pour un 1^{er} rendez-vous était évalué à moins de deux mois ; le délai entre ce 1^{er} rendez-vous et la réunion de concertation était d'environ trois mois ; enfin, le délai entre cette RCP initiale et les soins était de près de quatre mois.

Le CMP est bien inscrit dans son territoire et repéré par les professionnels. Des réunions annuelles ont lieu avec la santé scolaire, les psychologues scolaires et le référent de scolarité, avec les libéraux (psychomotriciens, orthophonistes), la mairie et les différentes associations implantées sur la ville.

À Blagnac, près de 150 enfants ont été vus pour la 1^{ère} fois en 2019 (43 % de la file active). Les délais d'attente pour un premier rendez-vous étaient alors de plus de trois mois ; le délai entre ce 1^{er} rendez-vous et la réunion de concertation était de près de cinq mois ; enfin, le délai entre cette RCP initiale et les soins était de moins d'un mois. Sur l'ensemble des CMP, il n'est pas établi de liste d'attente : « *c'est un habillage* ». Un rendez-vous est donné même s'il y aura plusieurs mois d'attente en précisant à la famille : « *Si un rendez-vous se libère, on vous appellera. C'est moins dur pour les parents* ».

Face à cette situation de délais d'attente qui ont tendance à s'allonger, les CMP essaient de définir des priorités :

- les enfants sans aucune prise en charge ;
- les cas complexes : en lien avec les facteurs environnementaux, ou enfants en situation de poly-handicap, c'est plus rare ;
- ceux présentant des troubles psychiatriques associés, obésité morbide dans le cadre d'un syndrome de Prader Willi par exemple ;
- les adolescents qui présentent des troubles « *qui n'ont pas été décelés petits car il n'y a pas eu d'alerte* » ;
- les plus jeunes.

Devant la sollicitation pléthorique, les CMP s'interrogent et renvoient la question à l'ARS : « *Quelles priorités respecter ?* ». Ils rappellent l'évolution démographique de la Haute-Garonne « *les gens arrivent, arrivent... de mémoire 10 % en quelques années* ».

Le CMP a informé l'ARS que si l'enfant ou jeune est pris en charge en ESMS, il n'est pas prioritaire.

Les modalités de prise en charge

À leur création, les CMP avaient un fonctionnement essentiellement influencé par la psychanalyse, mais dès les débuts, une orientation complémentariste qui a été intensifiée depuis : évaluation, rééducations, travail éducatif, groupes, thérapies brèves, thérapies cognitivo-comportementales, liens avec les partenaires, etc.

En 2019, le CMP constate un taux de 40 % de renouvellement par an. Le CMP limite la durée de la prise en charge : « *L'engagement dans une prise en charge de 2 à 3 ans pas plus est un peu systématique* ».

Si la famille est trop absente, le CMP essaie de maintenir le lien : « *Il faut qu'il y ait une alliance, elle se travaille* ». Mais si malgré les efforts du CMP, la famille n'est pas engagée dans le soin, il est contraint de mettre fin à la prise en charge de l'enfant.

Le CMP procède à des réorientations dans le libéral quand cette prise en charge convient mieux, par exemple quand le professionnel libéral « *est plus près du domicile* ».

Les enfants ont en moyenne deux prises en charge par semaine. Pour s'adapter aux besoins et aux demandes actuelles :

- les professionnels sont formés aux recommandations de bonne pratique,
- les psychologues sont formés aux outils psychométriques actualisés,
- dans chaque CMP, un binôme peut réaliser des ADOS et ADI sous la supervision de l'équipe de diagnostic de proximité associée au CRA du secteur I,
- des interventions de groupes brèves et spécifiques pour enfants avec TDAH sont actuellement expérimentées dans un CMP,
- de nombreux professionnels ont été formés au programme Barkley (destiné aux parents d'enfants avec TDAH),
- des médecins ont suivi une initiation à la méthode Denver (interventions précoces dans les TED ; une réflexion est en cours sur l'approfondissement de cette formation),
- des médecins sont également formés aux thérapies de mentalisation (adolescents avec trouble de la personnalité limite, qui sont ceux qui posent les problèmes les plus complexes actuellement).

Les CMP proposent des prises en charge individuelles et de groupe. Il existe des groupes psychodynamiques, s'appuyant sur différentes médiations, des groupes à dominante plus éducative, des groupes d'entraînement aux habiletés sociales, des groupes spécifiques pour enfants avec TDAH et pour leurs parents. Les rééducations orthophoniques et psychomotrices occupent également une place importante. Un travail spécifique sur les troubles de l'acquisition des coordinations (TAC) est mené actuellement sur trois CMP. Il est systématiquement proposé un accompagnement aux parents et des liens sont effectués avec les partenaires. Des besoins de plus en plus importants sur le plan social sont relevés.

Les CMP peuvent être amenés à orienter les enfants sur des structures éducatives libérales spécifiques, mais cela reste encore peu fréquent.

Il existe un dispositif « parenthèse », adossé au **CMP de Colomiers**, qui concerne une cinquantaine d'enfants de Toulouse par an, en lien avec la cellule de veille éducative à Toulouse. Son objectif est d'éviter l'exclusion scolaire des enfants. Une psychologue et un médecin font des évaluations et des propositions d'orientation en intervenant directement dans les écoles et collèges pour les enfants dont les parents sont réticents aux soins. Il s'agit souvent d'enfants avec des troubles du comportement. Ce dispositif permet d'enclencher une démarche de soins.

Sur le CMP de Fronton, pour les enfants présentant des troubles sévères, le CATTp adossé au CMP permet une prise en charge plus intensive et reçoit des groupes de 5 enfants par demi-journée. Cette structure est souvent une bonne solution d'attente de place pour un hôpital de jour ou un IME.

Par rapport à 2015, les modalités de prise en charge restent les mêmes en 2019, mais le CMP parle de « *prise en charge en mode dégradé* », qui se caractérise par un suivi en-dessous des besoins de l'enfant. « *80 % des enfants ont besoin d'au moins 2 prises en charge par semaine, mais n'en auront qu'une, voire moins* ». Le CMP rencontre ce problème sur toutes les antennes. Faute de moyens, il ne peut pas apporter une réponse en conformité avec les recommandations des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM/HAS. L'effet pervers du sureffectif est qu'il engendre « *une réponse dégradée pour l'enfant, des soins dégradés* ». De plus en plus, la densité des soins est diminuée.

Le CMP développe de plus en plus le collectif : augmentation des groupes TDAH, Barkley. La prise en charge groupale répond aux indications pour certains enfants, par exemple en difficultés à l'école, mais est aussi une façon de palier à l'accroissement des demandes. Les thérapies sont réalisées en groupe, les rééducations sont individuelles. « *L'idéal serait que l'enfant puisse bénéficier, de façon hebdomadaire, d'une prise en charge en groupe et d'une en individuel* ».

À travers les groupes Barkley, le CMP vient en soutien aux parents d'enfants atteints de TDAH, sous forme d'éducation thérapeutique. « *Les parents adhèrent car ça les aide beaucoup* ». Ces groupes commencent même avant la prise en charge car « *les parents démunis devant les troubles de leur enfant peuvent avoir des comportements inadaptés* ». Il est donc important de les accompagner, de les soutenir le plus vite possible.

Les professionnels du CMP continue à se former aux thérapies comportementales et cognitives et aux outils recommandés par la HAS pour les enfants avec TSA. Ils accompagnent les enfants ou jeunes dans le respect des RBPP « *sauf, mais par manque de moyens, pour la densité des soins* ». Les professionnels sont demandeurs d'acquérir ou développer leurs compétences.

Les sorties et les relais

Un certain nombre d'enfants sont en attente d'une place correspondant aux indications posées en CMP (indications en médicosocial ou en hôpital de jour). La prise en charge proposée en CMP n'est pas suffisamment étoffée pour répondre aux besoins de ces enfants. La mise en place d'un CATTTP accolé à chaque CMP permettrait de graduer un peu plus la prise en charge (comme le montre l'expérience du CMP-CATTTP de Fronton).

Lors des fins de prise en charge, les équipes constatent que les enfants sont en général mieux préparés à une orientation quand il s'agit du secteur médicosocial que quand il s'agit des secteurs de psychiatrie adulte.

Les actions de prévention et de repérage précoce

Le SUPEA effectue de nombreuses actions de prévention, auxquelles participent activement les CMP : formations et informations, interventions dans le milieu scolaire, auprès des partenaires, conférences grand public et professionnels, etc. Ces actions de prévention, qui font partie intégrante des missions du secteur de pédopsychiatrie, pourraient et devraient être plus nombreuses, mais les missions de diagnostic et de soins des CMP sont devenues tellement importantes quantitativement ces dernières années, qu'elles limitent la prévention.

Trois actions spécifiques sont menées par le SUPEA avec la participation de certains CMP : prévention de la dépression à l'adolescence (programme PARE-CHOCS), prévention du deuil compliqué et du deuil pathologique (Histoire d'en parler), groupes de jeunes parents.

Par ailleurs, le SUPEA est très impliqué dans le projet de Cité de la Santé La Grave qui est centrée sur les actions de prévention et de promotion de la santé.

Le CMP constate que « *l'on repère mieux, l'on diagnostique plus : en 25 ans, en psychiatrie, on a fait d'énormes progrès* ». L'adressage « *par exemple pour l'anorexie mentale se fait très tôt, il y en a plus, mais avec de meilleurs résultats car le tableau clinique est dépisté plus tôt donc plus réversible* ». Les pédiatres, les professionnels de crèche, de PMI sont mieux formés, « *c'est encore plus râlant de ne pouvoir répondre plus vite à l'adressage* ». Le CMP relève « *une meilleure précocité* ».

Le CMP rappelle ses missions : « *Prévention, diagnostic, soins* ». Il essaie de développer diverses actions de prévention, mais : « *la prévention est assez limitée, marginale, car le CMP est débordé par le diagnostic et les soins* ».

Les partenariats

D'une manière générale, les CMP implantés en périphérie de Toulouse sont très bien repérés par les professionnels. Les partenariats sont bien développés avec les écoles, les mairies, les professionnels de la PMI, des services sociaux, le médicosocial de proximité, etc. Ce sous-secteur géographique, plus facilement identifiable, où les découpages territoriaux entre les différents services sont plus proches les uns des autres, rend

plus facile la construction des partenariats que sur l'agglomération toulousaine où les interlocuteurs sont multiples et changeants. Cependant, les partenaires du CMP comme les pédiatres de crèches « *ne comprennent pas s'il y a une attente de 6 mois pour un diagnostic* », donc les CMP essaient de réduire les délais « *il y a une surcharge de travail liée au progrès* ».

Le CMPP Le Capitoul est un partenaire essentiel sur le territoire, car même s'il n'y a jamais eu de convention, il existe une répartition implicite du territoire entre les deux structures. Le CHU souhaiterait pouvoir développer les articulations et avoir des liens plus étroits. La participation de professionnels du CMPP à l'équipe de diagnostic de proximité associée au CRA du secteur 31101 est un premier pas.

Le libéral s'étant développé, les CMP mobilisent du temps conséquent de médecin et d'assistant de service social pour la coordination. Ils constatent et déplorent le manque de pédopsychiatres.

Les CMP s'engagent dans « *un vrai travail de partenariat de proximité, ce n'est pas de la coordination à distance* ».

La place des familles

Certains secteurs présentent une forte précarité : « *Blagnac Colomiers 30 à 35 % de logements sociaux* ».

Les CMP font face à des dossiers de plus en plus complexes concernant des familles en précarité, multiculturelles, avec une moindre connaissance des dispositifs, de grosses difficultés face aux méandres administratifs et médicaux, des problèmes d'accès à la langue française et à l'écrit. « *Ce sont des freins dont on ne se doute pas, des familles très précarisées, loin de leur famille, on ne peut pas faire de prestations compensatoires, mais il faut un soutien pour le dossier* ».

Cependant, la présence de professionnels libéraux peut être un apport important sur ce secteur avec un rôle de coordination par le CMP.

Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins

Le secteur 31101 est très attaché aux notions de soins de proximité et d'égalité d'accès aux soins. Le CMP est une porte d'entrée dans le soin psychique. Le CHU souhaiterait pouvoir mettre en place un CATTTP accolé à chaque CMP et un professionnel dédié à l'accueil rapide des adolescents. Il existe un projet de création d'hôpital de jour à Fronton qui apporterait une fluidification des parcours de soins sur l'ensemble du territoire. Les enfants du nord du département effectuent actuellement deux heures de trajet plusieurs fois par semaine pour venir en hôpital de jour à Toulouse.

Le SUPEA souhaite que dans l'avenir le CMP de La Grave reste polyvalent mais avec une orientation plus forte vers la « petite enfance », en lien avec le CATTTP et que le CMP d'Ancely reste polyvalent mais en se développant plus vers les « adolescents » (en lien avec la consultADO qui pourrait être mise en place dans le cadre du projet de dispositif de crise).

Le CMP n'a pas les moyens d'assurer un suivi complet de tous les enfants accueillis, mais il peut exercer un rôle de coordination dans le cadre d'une prise en charge partagée avec le libéral ou le médicosocial. L'absence de prise en charge de certains soins en libéral est un obstacle à ce mode d'organisation.

Un projet de dispositif de crise pour adolescents vient d'être déposé par le CHU, porté par le SUPEA, en partenariat avec les deux autres secteurs et la psychiatrie d'adultes : il comprend pour les situations de crise des 14-18 ans :

- au CHU, près des urgences : une régulation téléphonique qualifiée, une consultation de crise alternative aux urgences, 6 lits d'hospitalisation courte ;
- et sur chaque secteur : une consultation de proximité rapide (consultADO) et une UMES (unité mobile d'évaluation et de soutien) par secteur.

La forte démographie de l'agglomération toulousaine à moyens constants, associée à l'insuffisance numérique des libéraux, a pour conséquence des besoins non couverts sur le territoire de Haute-Garonne. Pour y répondre, le CMP a demandé des moyens supplémentaires à l'ARS.

Le Nord du secteur côté Tarn-et-Garonne et le Sud vers Saint-Gaudens sont qualifiés de déserts médicaux et paramédicaux. Les psychiatres des CMP font de plus en plus de coordination et moins de soins directs, ils ne font plus de psychothérapie, « *ils font des consultations et de la coordination de plus en plus* ».

Pour répondre à cette problématique, il est suggéré que « *En Haute Garonne, 8 ETP de médecins pédopsychiatres en ESMS ne sont pas pourvus, on pourrait mettre du temps de médecin sur une plateforme pour travailler avec les ESMS plutôt qu'un médecin propre à chaque structure. Ce temps pourrait être redéployé en équipe mobile. Ce poste serait peut-être plus attractif car avec un appui possible, ça améliorerait la situation, en trouvant une formule de mise à disposition, comme déjà en place avec le CRA* ».

Le CMP est très inquiet face :

- à la précarité,
- à la pathologie des parents, à la morbidité,
- aux déserts médicaux, paramédicaux.

« *La monoparentalité : absence des pères, du mal à avoir un appui des pères, les familles isolées, éclatées, qui viennent dans le 31 pour le travail et se retrouvent seules, avec pour certaines un cumul de facteurs de fragilité, notamment avec des problèmes de santé mentale* ».

Les personnes qui vivent en ville ont accès aux transports en commun, celles qui s'installent à 30 kms de Toulouse où les logements sont moins chers ont des difficultés pour se déplacer : « *comment faire pour venir à Toulouse ? Il faut deux heures pour y aller. Comment rencontrer les parents ? Ils n'ont pas assez d'argent pour le carburant* ».

« *Ces facteurs de vulnérabilité en augmentation avec le cumul de la précarité et la monoparentalité provoque une inégalité d'accès aux soins* ».

Les plateformes d'orientation et de coordination

Le CAMSP a déposé un projet en réponse à l'appel à manifestation d'intérêt. Ce projet a été élaboré avec les CMP et CMPP, sous forme de coordination départementale avec une antenne sur chaque secteur, probablement avec une expérimentation sur un secteur, en espérant ensuite l'étendre .

LE SECTEUR 31|02 : LE CH MARCHANT

Le secteur 31|02 de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) est géré par le centre hospitalier Gérard Marchant. L'offre de soins du CH-Marchant se répartit de la manière suivante :

- 20 lits d'hospitalisation complète : 12 lits pour les 5-11 ans (Clinique Chaurand) et 8 lits pour les 13-17 ans (centre d'accueil de crise - UCHA) ;
- 66 places d'hospitalisation de jour dont 12 pour les adolescents sur Toulouse et 54 places pour les enfants de 3 à 12 ans à Carbonne, Saint-Gaudens, Cugnaux ;
- 2 CATTP implantés à Carbonne et Tournefeuille ;
- 4 CMP implantés à Tournefeuille, Léguevin, Auterive, Volvestre. Le CMP de Cazères a été intégré dans le CMP du Volvestre (situé à Carbonne). Le CMP de Rieumes a été redéployé pour créer le CATTP du Volvestre,
- une unité mobile d'évaluation et de soutien.

Profils des enfants accueillis

Tableau 19 - Répartition par âge – CMP CH Marchant

Age des enfants suivis	
CMP (Secteur 31 02)	Moins de 6 ans : 13,8 %
	6 - 10 ans : 34,8 %
	11 - 15 ans : 39,0 %
	16 – 17 ans : 10,9 %
	18 ans ou plus : 1,5 %

Source : ATIH-RIMP 2018 – Exploitation : CREA-ORS Occitanie

Près de deux tiers des enfants suivis au pôle de PIJ sont des garçons (65 %). La majorité des enfants ont entre 6 et 15 ans. L'âge moyen est de 9 ans dans les CMP.

La population du territoire est de plus en plus en situation de précarité, notamment autour de Carbonne avec un étayage périphérique qui diminue : entre Saint-Gaudens et Muret, il n'y a aucun pédopsychiatre libéral, seulement 5 psychologues, 8 psychomotriciens et 20 orthophonistes.

Les publics sont très différents entre les CMP de Tournefeuille et ceux du Volvestre ou d'Auterive où le travail est plus complexe du fait de la précarité, d'un nombre important d'enfants placés et de l'absence de professionnels libéraux.

En termes de pathologies codées, les troubles les plus représentés sont les troubles de l'attachement et les pathologies du lien.

Une évolution des profils sur ce secteur est notée avec :

- une augmentation des consultations pour adolescents en grandes difficultés ;
- des troubles du comportement de plus en plus importants et précoces.

Cette évolution est liée aux facteurs familiaux et environnementaux avec :

- de plus en plus de situations sévères ;
- l'aggravation des situations complexes ;
- des situations de précarité de plus en plus nombreuses ;
- des situations de vulnérabilité : « *pas de cadre, réponse aux besoins primaires d'abord* » ;
- un contexte sociétal, social, sociologique qui provoque ou aggrave les troubles du comportement : « *l'exposition aux écrans limite le développement moteur et amène un développement psychocorporel particulier* ».

Les conditions d'accueil et de bilan

Plus de 300 enfants (38 % de file active annuelle) ont été vus pour la première fois par un des CMP du secteur 31102 en 2019.

La secrétaire recense les demandes. Dans la semaine, un professionnel de référence (qui change chaque semaine) recontacte la famille par téléphone pour clarifier la demande, apporter une première réponse et éventuellement réorienter directement vers le secteur libéral. Ces informations sont ensuite traitées en réunion pluridisciplinaire hebdomadaire afin d'identifier un binôme d'accueil le plus pertinent possible. La secrétaire recontacte ensuite la famille et donne deux rendez-vous avec le binôme.

Sur Léguevin, le 1^{er} entretien est toujours médical et sur Tournefeuille le binôme est composé d'un médecin et d'un autre professionnel. Sur le CMP du Volvestre, pour les adolescents, le binôme d'accueil est composé d'un professionnel du CMP et un autre du CATTP afin de présenter à la famille les deux dispositifs et d'améliorer l'adhésion de la famille.

Le délai pour le premier rendez-vous est assez similaire dans les différents CMP du secteur, autour de 4 mois. Ensuite, des variations sont notées : le délai entre ce 1^{er} rendez-vous et la réunion de concertation pluridisciplinaire varie entre un peu moins d'un mois et près de 4 mois. Le délai entre cette RCP initiale et les soins varie également suivant les CMP entre moins d'un mois et près de trois mois.

Compte-tenu des délais, certaines situations sont priorisées : les enfants de moins de 3 ans et les adolescents sont reçus en moins de 3 semaines.

Pour les situations urgentes, il existe dans tous les CMP un créneau dédié une fois par semaine avec le médecin. Beaucoup d'enfants sont adressés par l'école pour des bilans de troubles des apprentissages. En général, le secteur 2 réalise une évaluation clinique et un bilan limité et ciblé par manque de moyens, ce qui complique parfois la constitution des dossiers MDPH, car celle-ci souhaite des bilans complets d'orthophonie et de psychomotricité.

Les enfants sont adressés principalement par l'école, les neuropédiatres et l'équipe de psychiatrie de liaison de l'hôpital des enfants.

Il existe des retards au repérage et à la prise en charge, principalement liés au manque de moyens au regard de l'évolution démographique, à l'absence de dispositif spécifique pour la petite enfance, aux délais importants entre l'évaluation et la prise en charge en soins. Cependant, le repérage et le dépistage sont précoces pour les adolescents, du fait de la mise en place de l'Unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES).

Le CMP constate cependant un meilleur adressage mais cette évolution, certes positive, a pour effet d'augmenter la liste d'attente. Elle se conjugue avec l'augmentation démographique qui engendre également un accroissement des demandes. Ces deux facteurs provoquent un allongement des délais : « *Les premières consultations médicales sont assez rapides mais ensuite les délais sont très longs pour la mise en soins* ». Le CMP s'inquiète de « *l'ambulatory étant aspiré par les situations de crise, on ne traite pas les enfants au moment où c'est nécessaire et les troubles s'aggravent* ».

Les modalités de prise en charge

Les enfants suivis en CMP ne peuvent avoir plus d'une prise en charge par semaine. S'ils nécessitent plus de soins, ils basculent sur les CATTP. Les parcours sont relativement fluides entre les CMP et les hôpitaux de jour et les CATTP. Les transitions sont facilitées pour les jeunes car les équipes CMP/CATTP sont communes.

Les adolescents sont en général plutôt pris en charge dans les CATTP qui proposent des groupes. Sur le CMP du Volvestre, il existe un groupe « bienvenue » une fois par mois, destiné aux adolescents réticents à venir sur le CMP. Les prises en charge sont en général plus courtes, car dès qu'ils vont un peu mieux, les adolescents arrêtent les soins.

Pour les parents, ont été mis en place « *des tables rondes, des groupes parents, des visites à domicile, des consultations dans un tout petit centre d'aide à la parentalité* ».

Le CMP déplore que 80 % des prises en charge soient « *en mode dégradé : offre très en dessous des besoins bilantés* » dans un système contraint avec :

- une démographie croissante ;
- un élargissement des missions avec le développement des actions de coordination ;
- l'absence de médecin dans le secteur médico-social, avec les ESMS qui adressent les enfants ou jeunes pour le traitement des crises, « *l'activité des ESMS se déplace vers les CMP* » ;
- l'absence de pédopsychiatres dans le libéral ;
- de plus en plus de temps à consacrer au remplissage des dossiers pour la MDPH ;
- la participation médicale aux GOS.

Les équipes ont le sentiment de ne plus remplir leurs missions et de traiter en mode dégradé les situations complexes. « *Plus on fait de bilans, moins on a de possibilités de suivi. Les médecins sont en souffrance sur l'ambulatoire car ils n'ont pas les moyens de soigner* ».

Faute de moyens, le CMP constate un énorme écart entre « *ce que l'on aimerait faire et ce que l'on peut faire* ». Beaucoup d'axes de travail sont limités : « *les prises en charge individuelles, les consultations, les visites à domicile, les groupes de prévention des troubles du comportement, les groupes Barkley à Tournefeuille* ».

Le CMP s'inquiète d'un point de vue qualitatif, il évoque le « *saupoudrage au niveau du soin* » et pose un problème éthique : « *Est-ce qu'on forme une file active, ou est-ce qu'on prend moins d'enfants ?* ».

Les sorties et les relais

Si l'entrée dans les CMP est saturée, la sortie vers les dispositifs d'aval CATTP et hôpital de jour est fluide et ces dispositifs ne sont pas saturés dans ce secteur comme ils peuvent l'être pour les deux autres.

En revanche, les professionnels constatent des délais d'attente importants pour les entrées en ESMS, « *il n'y a pas de facilitateur de nos orientations malgré un travail soutenu avec les ESMS*. » Ils s'interrogent sur les effets des GOS, qui peuvent « *court-circuiter l'admission d'autres enfants en liste d'attente en ESMS* » et puis « *les parents ne disent pas toujours tout* ».

Les actions de prévention et de repérage précoce

Au CH Marchant, un travail a été réalisé avec les médecins généralistes et les CLAE autour des indications d'adressage, mais cela prend beaucoup de temps. Des actions ont également été menées vers les enseignants lors de la semaine de la santé mentale. Mais les moyens actuels sont insuffisants pour mener à bien des actions de prévention et de repérage précoce.

Le CMP note une évolution positive dans le repérage précoce. Il s'est mobilisé en ce sens en s'impliquant dans le diagnostic des enfants ou jeunes atteints de TSA dans des unités d'évaluation de l'autisme et en venant en appui des premières lignes.

Les partenariats

Il existe de nombreux partenariats avec l'ensemble des acteurs, l'existence de l'Unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES) est un atout important pour tisser des liens avec les différents acteurs. Il s'agit d'un dispositif ambulatoire qui permet d'être réactif sur les situations complexes en intervenant dans les établissements scolaires, les IME ou les MDS par exemple. Un professionnel rappelle le lendemain la personne ayant sollicité l'UMES et cette dernière intervient dans la semaine qui suit. Ce dispositif est un vrai soutien pour l'ensemble des

partenaires. L'UMES permet d'aller chercher les adolescents là où ils se trouvent et d'engager des soins. À titre d'exemple, l'UMES suit environ 40 à 50 enfants avec des phobies scolaires sur les 140 enfants de la file active.

Le secteur 31|02 a développé un dispositif de télé-expertise avec deux ITEP du sud du département avec un créneau de consultation une fois par semaine.

De manière plus large, le CMP poursuit son implication dans l'articulation du maillage territorial, à travers un travail de réseau avec l'ensemble des partenaires :

- la MDPH ;
- le Groupe Santé Mentale pour les petits, « Bébé 31 » ;
- les autres acteurs du soin ;
- le dispositif de Coordination et Appui des Parcours Précoces en Autisme, CAPP, « *il s'agit d'une coordination, sans intervention directe* » ;
- Les acteurs sociaux ;
- l'Éducation nationale : présence aux équipes éducatives, projet d'intervention dans les écoles, sur la zone d'Auterive, projet d'un travail de prévention dans les collèges ;
- les centres experts ;
- les neurologues en cabinet.

Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins

Dans le secteur du Volvestre, les besoins sont importants, mais le CMP ne peut apporter une réponse suffisamment adaptée du fait des difficultés de déplacement des familles les plus vulnérables notamment, d'où la réflexion autour de la création d'un dispositif mobile pour les toucher.

Le CH Marchant mène une réflexion sur la réorganisation du dispositif de soins dans le territoire de Cazères/Martres-Tolosane, où il faudrait amener des moyens sur le soin, plus intensifs que le CMP. Il faudrait également créer un dispositif ados sur le sud du département où il existe plusieurs ITEP mais aucun CATTP et ni HJ dédiés.

Le secteur 31|02 réfléchit également à la mise en place d'une plateforme réactive et d'une plateforme cohésive. La plateforme réactive serait destinée à éviter les urgences ou à recevoir rapidement les adolescents en post-urgence en regroupant les dispositifs (UCHA et HJ Ado) et en créant une consultation ados réactive (consultADOS) et un centre de thérapie brève. La plateforme cohésive permettrait de mettre en lien les acteurs autour des situations complexes avec une mise en réseau, un dossier partagé et un fil rouge. Ce projet est travaillé avec les ESMS du sud du département.

Si actuellement, le CMP n'évoque pas de nouveaux besoins, il affirme sa volonté de « *faire les missions pour lesquelles il existe.* » mais souligne des délais d'entrée trop longs et un territoire très éparpillé « *qui va de la périphérie de Toulouse à la frontière espagnole* ». Le CMP intervient sur un secteur semi-urbain et rural du sud haut-garonnais « *où il n'y a pas d'autre offre que le secteur public.* ». Le péri-urbain peut s'appuyer sur le libéral, ce qui n'est pas le cas du rural « *qui est en très grande difficulté* ».

Le CMP souligne l'écart territorial qui se creuse entre la couronne Toulousaine et le reste du département. « *On participe à ça en fermant des unités, on délaisse des territoires* ». Pour les enfants ou jeunes présentant des TND, l'offre libérale qui émerge à Toulouse n'apparaît pas dans le sud du département.

Le CMP met en avant : « *une offre de soins inadéquate qui revient sur le CMP* », car :

- même si le CMP a eu des moyens pour les adolescents et s'en dit reconnaissant vis-à-vis de l'ARS, « *un seul hôpital de jour pour ados sur le secteur 2 n'est pas suffisant* » ;
- peu d'accueil d'enfants de moins de 3 ans en CATTP ;
- il faudrait plus de soutien aux professionnels de 1^{ère} ligne.

Le CMP se dit polyvalent sur l'ensemble des dispositifs.

Perspectives, orientation

Les CMP de ce secteur indiquent « *souhaiter pouvoir nous consolider afin de mieux répondre à nos missions* ».

Pour toucher des familles précaires qui n'arrivent pas au CMP, une équipe mobile serait nécessaire si le CMP a des moyens en plus pour la mettre en place. Avec 80 % de prises en charge en mode dégradé, le CMP ne voit pas « *comment absorber des enfants ou jeunes en plus* ».

Le CMP réalise des bilans de plus en plus standardisés, de plus en plus de bilans fonctionnels. Il est de plus en plus rigoureux sur l'évaluation diagonale. Il se forme, respecte et met en œuvre les RBPP. Tout cela représente du temps : « *mais il reste à poursuivre le soin* ».

Les plateformes d'orientation et de coordination

Le projet élaboré par le CAMSP dans le cadre de la réponse à l'appel à manifestation d'intérêt a été « *très articulé sur la Haute-Garonne* » et a fait l'objet de rencontres régulières avec les CMP et CMPP de Haute Garonne.

Le CMP retient le niveau départemental comme pertinent avec la question de « *Comment cordonner tous les différents acteurs.* ». La Haute-Garonne comprend énormément d'acteurs, la mise en œuvre sera complexe. Le CMP est tout à fait partant pour participer à cette plateforme.

LE SECTEUR 31 | 03 : LA GUIDANCE INFANTILE, ARSEAA

La Guidance infantile de l'ARSEAA est la seule structure, parmi celles prises en compte dans cette étude, à être présente dans le secteur III de Haute-Garonne (*hors ville de Toulouse intra-muros*) et à être implantée sur le bassin de santé de Villefranche-de-Lauragais et la partie haut-garonnaise du bassin de Castres-Mazamet. Quatre CMP (La Faourette, La Reynerie, Lou Caminel et Saint-Léon) et une consultation ADO sont implantés à Toulouse et 6 CMP sont implantés dans le bassin de Villefranche. Les enfants sont accueillis de 0 à 18 ans. Il existe deux CMP (0-3 ans), deux CATTP dédiés à la prise en charge des enfants de 2 à 6 ans (à Quint et Lou Caminel à Toulouse), trois CATTP (6-12 ans), un CMP (Consultation adolescent) et un CATTP dédié aux adolescents sur le site de Saint-Léon.

En plus de l'activité ambulatoire de CMP et CATTP, la Guidance infantile a un agrément sanitaire pour quatre hôpitaux de jour (90 places) et une activité de psychiatrie de liaison en périnatalité dans trois cliniques de l'agglomération toulousaine.

Profils des enfants accueillis

Les enfants pris en charge sont majoritairement de sexe masculin (67 %) et âgés en moyenne de 9 ans.

Il existe des différences de public entre les différents CMP selon leur territoire. Il est possible de dégager plusieurs types de situations :

- dans les CMP de la périphérie Toulousaine (Balma, Quint, Saint-Orens) où il existe beaucoup de professionnels libéraux, la prévalence des pathologies plus lourdes est plus importante ;
- dans les CMP où il existe peu de libéraux sur le territoire (Revel, Villefranche), les enfants peuvent présenter des troubles un peu plus légers ; il existe néanmoins une surreprésentation d'enfants en précarité sociale ;
- dans les quartiers sensibles, les CMP proposent des accompagnements beaucoup plus larges. Pour ceux plus proches du centre-ville, comme le CMP Saint-Léon, des alternatives restent possibles pour des prises en charge libérales.

Les populations en situation précaire représentent près de 99 % de la file active à La Reynerie, 90 % à La Faourette, 70 à 80 % à Saint-Léon et autour de 50 % dans les CMP périphériques. Les professionnels constatent depuis plusieurs années en zone sensible, une augmentation de la prévalence des familles non francophones avec des communautés assez fermées (Turques, Kurdes, Tamoul...). Le service a recours à des interprètes. Des professionnels se sont formés à l'ethnopsychiatrie et à l'interculturalité afin de mieux prendre en charge ces populations.

En termes de pathologies, chez les moins de 3 ans, un tiers des enfants présente des pathologies du lien, un autre tiers présente un retard de développement, le dernier tiers présente des troubles du spectre de l'autisme. À noter, l'évolution favorable d'un grand nombre d'enfants pris en charge précocement (avant 3 ans) pour des troubles de la communication et de la relation pouvant évoquer des troubles du spectre de l'autisme, ces pathologies relevant parfois des pathologies du lien dans des contextes familiaux précaires.

Chez les enfants plus grands, les troubles du comportement et les troubles du spectre de l'autisme au sens large sont les pathologies les plus fréquentes.

Actuellement, le CMP relève une évolution des profils avec :

- une très nette aggravation du nombre de situations complexes :
 - en partie liées à la précarité ;
 - marquées par des comorbidités, notamment des enfants ou jeunes atteints de troubles neuro développementaux avec des crises d'angoisse, des problèmes dépressifs ;

- des facteurs environnementaux préjudiciables : rupture du lien, vécu de traumatismes, maladie grave d'un parent ;
- des enfants ou jeunes avec des troubles de l'attachement en rapport avec la situation familiale ;
- un taux élevé d'enfants relevant de l'ASE à hauteur de 20 %, alors que le pourcentage national n'est que de 2 % ;
- à partir de 2 ans et demi, un nombre massif d'enfants avec TSA sont adressés s'inscrivant dans des situations complexes.

L'évolution du profil clinique suit l'évolution sociétale notamment avec des problématiques d'éducation des enfants ou adolescents.

L'offre libérale étant bien fournie, les cas simples sont suivis en libéral. Par ailleurs, les CMP et CMPP s'inscrivent dans une complémentarité géographique même si les CMPP suivent les enfants présentant plutôt des troubles des apprentissages et les CMP accueillent plutôt les enfants avec des troubles de l'attachement.

Les conditions d'accueil et de bilan

Le secteur 31I03 a mis en place une procédure sur le parcours de soins qui est appliquée dans tous les CMP. Dans cette procédure, le médecin est au cœur du dispositif. En 2017, 638 enfants ont été vus pour la première fois en CMP, soit 34 % de la fine active. Cette proportion varie fortement selon les sites : les nouveaux patients représentent 20 % de la fine active à Revel et 62 % à Quint. Cette proportion est inférieure à 30 % à Saint Orens, Saint Léon et Revel ; est comprise entre 30 et 40 % à Villefranche, La Reynerie, La Faourette, Castanet et Balma ; dépasse 40 % à Lou Caminel et Quint.

Lors du contact, la secrétaire remplit une fiche de 1^{er} contact qui est analysée par le médecin une fois par semaine. En cas d'urgence, le médecin est alerté immédiatement et un rendez-vous est proposé rapidement dans la semaine ou un relais est organisé. Pour les autres situations, un rendez-vous est proposé à la famille dans des délais variables selon la situation (15 jours à 2 mois). Le Pôle Guidance infantile s'est engagé à recevoir les enfants de moins de 2 ans dans les structures petite enfance dans un délai de 15 jours, et les demandes adolescents à la ConsultADO dans un délai maximum d'un mois ; les demandes urgentes pour les adolescents sont accueillies dans les 72 heures maximum. Le 1^{er} accueil est réalisé par un professionnel du CMP. Le psychiatre reçoit l'enfant dans le mois qui suit. La situation est ensuite présentée en équipe pluridisciplinaire. Des bilans complémentaires (orthophonie, psychomotricité ou somatiques, etc.) peuvent être prescrits, ou des contacts avec les partenaires pris. Une restitution est ensuite faite à la famille avec une proposition de soins.

Un filtre peut être réalisé en amont de l'entretien d'admission quand la demande est très ciblée et qu'elle ne relève pas du CMP (ex : un bilan pour un enfant précoce). Une réorientation de la demande peut être effectuée au décours du 1^{er} entretien pour des demandes qui ne relèvent pas du CMP (orthophonie ou psychomotricité seule). Mais le plus souvent dans les quartiers sensibles, la formulation de la demande peut être un prétexte pouvant masquer un problème plus complexe, d'où l'importance de recevoir les personnes au moins une fois.

Sur l'ensemble des dix CMP relevant du pôle de guidance infantile, un travail est mené pour réduire les délais d'attente dans les CMP et cet indicateur est suivi régulièrement. Les engagements concernant les délais d'attente pour les tout-petits et les adolescents sur la ConsultADO de moins de 15 jours sont respectés. Cependant, ces délais peuvent rester longs et très variables. En effet, les efforts menés pour réduire ces délais ne sont pas toujours visibles du fait de la saturation du dispositif en lien avec plusieurs facteurs :

- l'évolution démographique en Haute Garonne ;
- les délais d'attente pour les admissions en ESMS ;
- l'augmentation du temps passé en coordination des différents professionnels ;
- la complexité des bilans à effectuer pour les enfants présentant des TSA ou des TND.

Le délai d'attente moyen entre le 1^{er} contact et le 1^{er} rendez-vous était de 84 jours en 2018. Il pouvait varier fortement selon les sites allant de 14 jours à St Orens à 145 jours à St Léon. Il est inférieur à 60 jours (2 mois) à St Orens, Quint et Lou Caminel, compris entre 60 et 90 jours à Revel, La Faourette et Castanet et supérieur à 90 jours à Villefranche, St Léon, La Reynerie et Balma. Pour les situations urgentes, le délai est de 3 à 10 jours pour le médecin et de moins d'une semaine pour un autre professionnel.

Le délai entre le 1^{er} rendez-vous et la réunion de concertation pluridisciplinaire est en moyenne de 167 jours, soit plus de 5 mois et demi. Il varie également fortement entre les sites : il est inférieur à 100 jours sur un seul site (St Orens – 33 jours) et dépasse 180 jours (6 mois) sur quatre sites (St Léon, La Reynerie, La Faourette et Balma). Ces délais varient aussi en fonction de la disponibilité des professionnels sollicités. Dans l'attente, enfants et familles sont régulièrement reçus.

Les modalités de prise en charge

Les équipes des CMP indiquent travailler sur un trépied : l'enfant, sa famille et son environnement.

À quelques exceptions près (fin de suivi ou entretiens familiaux), les enfants ont au moins une prise en charge par semaine. La majorité des enfants ont en général deux prises en charge par semaine : une séance individuelle (psychologue, psychomotricité, orthophonie, éducateur) et une prise en charge de groupe. Peu d'enfants ont trois prises en charge, car il est difficile de faire venir les parents aussi souvent. Les équipes sont confrontées à des demandes très fréquentes de transport pour les enfants.

Cependant, force est de constater qu'il est de plus en plus difficile de mettre en place des accompagnements à la hauteur des besoins des enfants. La multiplication des prises en charge « dégradées » est soulignée avec, des prises en charge uniques alors que plusieurs prises en charge seraient nécessaires. Ceci est renforcé par le fait que la majorité des enfants ou jeunes présentent des comorbidités ou connaissent des problèmes environnementaux. Ces enfants en situation complexe relèvent d'un suivi pluridisciplinaire. « *Un soin stricto sensu n'est pas suffisant, alors que la majorité des prises en charge sont en mode dégradé* ». Les professionnels du CMP sont « *insatisfaits et découragés* ». Le CMP se déclare en « *alerte absolue* » au niveau des prises en charge : « *on ne peut pas ne pas tenir compte de l'explosion démographique de la Haute Garonne. Il faut soit des nouveaux moyens, soit : qu'est-ce qu'on laisse tomber ?* » ;

La durée des prises en charge a tendance à diminuer : « *on avait un réel effort à faire* ». La moyenne actuelle est de 2 ans et demi. La durée de la prise en charge est en partie à mettre en corrélation avec la zone d'implantation. En effet, si le site est dans une « *zone blanche par rapport aux ESMS et libéraux, la durée de la prise en charge sera plus longue faute d'alternatives, exemple à Revel* ». En revanche, dans un tissu péri-urbain comme Castanet, avec une population moins en difficulté sociale et la présence d'autres dispositifs et acteurs territoriaux, la durée de prise en charge sera plus courte car « *d'autres réponses pourront se mettre en place* ». Concernant les adolescents en situation aigüe, la durée de la prise en charge sera plus courte ; le CMP compte environ 3 mois car il s'agit de soins répondant, souvent en urgence, « *à une intensité de la symptomatologie* ». Ensuite, l'adolescent pourra, selon ses besoins, être suivi en libéral. Le CMP souhaite ramener la durée des prises en charge à 2 ans renouvelables une fois le cas échéant, « *c'est au travail* ».

Les prises en charge groupales sont animées par deux professionnels différents (en général un éducateur et un rééducateur) et se font autour de médiations choisies en fonction de l'enfant : centrées sur le corps (piscine, poney), sur la communication et le langage par exemple.

La disparition du RASED a eu beaucoup d'impact sur l'activité des CMP. Le RASED permettait notamment de faire un « tri » des enfants adressés au CMP et de proposer des prises en charge à certains et de préparer les parents à une prise en charge en CMP. Les enfants qui étaient alors adressés, l'étaient sur une indication valide avec des parents demandeurs de soins. Depuis l'arrêt des RASED, le nombre de consultations sans suite et l'absentéisme ont considérablement augmenté. Cet absentéisme peut être majeur sur certaines antennes, en particulier celles situées dans les quartiers sensibles.

Du fait de problèmes de recrutement d'orthophonistes, le secteur travaille avec le secteur libéral, mais la question des doubles prises en charge mérite d'être clarifiée : des orthophonistes libéraux refusent de prendre en charge des enfants suivis en CMP de peur d'un contrôle de la CPAM. Cette question de double prise en charge se pose également lors de demande de coordination médicale pour des enfants inscrits sur des réseaux libéraux (troubles du spectre autistique ou troubles des apprentissages).

Pour les enfants qui nécessitent des prises en charges plus intensives, le CATTp permet une intensification des soins. Il répond aux besoins d'enfants qui ne relèvent pas d'un hôpital de jour ou du médicosocial. Cela peut aussi être un dispositif intermédiaire après une sortie d'hôpital de jour.

Les soins dispensés sont intégratifs se référant à plusieurs approches éventuellement coordonnées : approche psychanalytique, systémique, neuro-cognitiviste, développementale, ethnopsychiatrique... L'enfant est appréhendé dans sa globalité : au niveau de ses difficultés, de sa place dans sa famille, de la qualité de son inscription en milieu ordinaire et avec une attention apportée aux difficultés somatiques. La dimension psychodynamique mobilisable (au moins en partie) des troubles conditionne la prise en charge dans ces structures.

La constatation, à la suite d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) autour de la douleur, d'un nombre non négligeable de pathologies somatiques passées inaperçues chez les enfants et adolescents présentant de graves troubles psychiatriques suivis en hôpital de jour a conduit le pôle de PIJ à mettre en place des bilans somatiques et dentaires annuels en partenariat avec la médecine de ville dans les hôpitaux de jour. Au niveau des CMP et CATTp, une fiche somatique est dorénavant remplie avec les familles afin de permettre une prise en compte des troubles somatiques et une orientation éventuelle vers la médecine de ville.

Les principaux scénarios suivant les « profils cliniques » :

– **Autisme et TSA**

Pour les enfants très petits (moins de 2 ans et ½) présentant des troubles du développement, les professionnels réalisent un travail intensif autour de l'enfant et de l'accompagnement parental. Ceci permet une évolution très nette des situations en lien avec des carences affectives pouvant se présenter comme des tableaux d'entrée dans l'autisme. En cas d'autisme, cela favorise un ajustement très précis des parents aux particularités de leur enfant et favorise ainsi son évolution. Les tout-petits (âge crèche) bénéficient de séances individuelles à type de Thérapie d'échange et de développement, d'orthophonie, de psychomotricité et de temps éducatif sur site et sur les lieux de crèche. Ces dispositifs sont opérants comme en témoigne l'évaluation actuelle (étude PREPS Autisme Nantes).

Des professionnels sont formés à l'ADOS et le secteur participe à l'équipe de diagnostic de proximité associée au CRA du secteur 3 de Haute-Garonne et de l'est de l'Ariège.

– **Troubles spécifiques des apprentissages**

Les TSA « purs » ne relèvent théoriquement pas de la psychiatrie. Les médecins du secteur ont été sensibilisés aux TSA dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), plusieurs médecins suivent actuellement le DU spécifique. L'objectif est de développer un langage commun afin de savoir lire et prescrire les bilans, savoir faire la différence entre le côté « psy » et le côté instrumental d'un trouble et ainsi de mettre en place les rééducations spécifiques. Le service va mettre en place une revue de morbidité et de mortalité (RMM) avec le service du Pr Chaix.

– **Adolescents**

Les professionnels constatent qu'il est très difficile de faire sortir les adolescents de leur quartier, d'où une réflexion en cours actuellement sur un dispositif à mettre en place dans les quartiers afin de mieux les toucher.

Quasiment tous les adolescents suivis sur l'hôpital de jour sont dans des situations à difficultés multiples. Un grand nombre d'adolescents (presque 50 %) pris en charge à l'hôpital de jour le sont à défaut d'un accueil

médicosocial efficient. La perspective du Pôle est de favoriser le retour de ces jeunes vers les établissements médicosociaux en les soutenant via une unité mobile et de redéployer les places libérées pour un hôpital de jour réactif (prise en charge interne de courte durée). Ceci devrait participer à terme au désengorgement des urgences psychiatriques.

Le secteur 3 a mis en place une consultation dédiée aux adolescents et ajustée à leurs besoins avec une ouverture en fin de journée notamment. Une infirmière est présente à temps plein et reçoit les jeunes. Selon les besoins, ceux-ci sont ensuite vus par un psychologue ou le pédopsychiatre. Il existe des groupes « ouverts » où les adolescents sont libres de venir ou non, ainsi que des suivis individuels. L'intensification des soins est possible via le CATTP si nécessaire. Les prises en charge sont en général plus courtes que dans les autres CMP.

En CATTP Ado, les jeunes présentent des troubles plus inscrits. La prise en charge proposée repose sur une à deux séances de groupe par semaine et une séance individuelle. C'est la même équipe qui intervient au CATTP et à la consultation Ado, ce qui facilite la continuité des parcours.

Les sorties et les relais

Il n'y a pas d'arrêt des soins à la demande du CMP ; cependant, il s'interroge sur l'absentéisme de certains enfants ou jeunes et sur le peu d'alliance parentale. « *Il est difficile de les orienter vers les autres structures car les parents ne sont pas en mesure d'accompagner leurs enfants* ». Le CMP réfléchit aux modalités d'admission avec l'idée « *d'une phase de pré-soins plus longue, avec plusieurs rendez-vous si nécessaire et/ou une visite à domicile par exemple* ».

Si la majorité des enfants suivis en CMP sortent sans relais sauf gradation du soin vers des structures type CATTP ou hôpital de jour, en revanche, la quasi-totalité de ceux suivis en CATTP ou hôpital de jour bénéficie d'une poursuite sanitaire ou médicosociale. Les relais sont toujours préparés à l'avance, en amont de la sortie. Les critères de sortie sont avant tout l'état de l'enfant, son apaisement, sa capacité ou non à poursuivre sa scolarité, son âge.

Pour les enfants atteints de TND, dont les TSA, il existe divers dispositifs d'accompagnement possibles : ils peuvent être orientés vers un SESSAD, ou être en inclusion scolaire avec du libéral, ou en ESMS.

Autour de 15 % de la file active du pôle de guidance infantile est constituée d'enfants ou d'adolescents en attente d'accueil en établissement médico-social ou d'orientation dans le dispositif sanitaire. Il existe de grosses difficultés à réorienter les enfants vers les IME ou les SESSAD : des délais de 10 ans pour un SESSAD pour autistes sont cités. Pour les IME, les délais d'attente varient en fonction des modalités d'accueil : ils sont moins longs en internat qu'en semi-internat.

Les actions de prévention et de repérage précoce

La Guidance infantile a assuré un plan de formation des crèches autour du repérage des bébés à difficultés multiples. Les médecins participent comme enseignants aux deux DU organisés par la faculté sur les bébés. Des formations transversales sur la périnatalité sont également organisées avec les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. La Guidance participe également au déploiement du plan autisme (formateur autisme). Elle est inscrite sur le réseau périnatal Occitanie autour du repérage et de la prévention des troubles psychiques précoces.

Le CMP constate une évolution du dépistage des enfants porteurs de TSA : le CRA a formé à l'ADOS et à l'ADI les professionnels des CMP, CMPP et ceux des dispositifs qui peuvent accueillir des tout-petits comme les crèches.

Les partenariats

La Guidance infantile a développé des partenariats importants avec l'ensemble des acteurs du territoire et travaille en lien autour des situations que ce soit avec le secteur social, la justice ou les lieux de socialisation de l'enfant.

Le service travaille également avec les réseaux : le Réseau Périnatalité Occitanie pour les bébés vulnérables ou le RAP31 pour les adolescents. À noter, l'animation d'un réseau Santé mentale bébé 31, regroupant les acteurs de la petite enfance du département en articulation avec le réseau périnatal Occitanie.

Le service est membre de la Coordination internationale entre psychothérapeutes et psychanalystes s'occupant de personnes avec autisme (CIPPA).

Il existe également des réunions régulières entre les trois chefs de secteurs.

À noter, la participation à une étude nationale sur l'évaluation du soin dispensé auprès des enfants autistes (PREPS Autisme Nantes), d'animation d'un groupe CIPPA.

D'une façon plus large, le CMP développe des partenariats avec :

- les professionnels en libéral ;
- les ESMS qui manquent de médecin ;
- les CAMSP, CMPP et autres CMP ;
- le CRA avec des relations qualifiées de « serrées » dont beaucoup de formations ;
- les groupes ados ;
- « Bébé 31 » ;
- la petite enfance, la PMI ;
- l'Éducation Nationale ;
- le Réseau Périnatalité Occitanie ;
- le Groupe psychiatrie enfants/ados.

La place des familles

La place des familles est vraiment articulée sur l'ensemble des dispositifs. L'ensemble des familles est reçu régulièrement (au moins 1 fois par trimestre en CMP, au moins 1 fois par mois en hôpital de jour). Un lien est maintenu avec les familles en attente de soins pour leur enfant : « *on les appelle si le délai est trop long pour leur dire qu'on ne les a pas oubliés* ».

Pour les tout-petits, les rencontres avec les parents sont le plus souvent pluri hebdomadaires. Un travail à domicile est possible pour les familles les plus démunies.

Le CMP qualifie le soutien des familles « *d'essentiel* » : il met en place des outils comme les groupes Barkley, la pair-aidance, les visites à domicile. Il déplore manquer de temps pour les groupes de paroles. Le CMP met en avant le trépied thérapeutique que constituent : « *les soins des enfants, l'accompagnement des familles, le soutien à l'intégration en milieu ordinaire* » de façon coconstruite.

Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins

Le secteur de Revel cumule plusieurs facteurs négatifs : une mauvaise couverture en établissements médicosociaux, peu de professionnels libéraux et une population précaire. Ces éléments ont un retentissement important sur l'activité du CMP qui est la seule porte d'entrée pour les soins psychiques.

Le secteur du Mirail, et d'une manière générale tous les quartiers difficiles, sont problématiques en raison de l'impossibilité des familles à se déplacer, de l'absence de propositions libérales et d'une certaine démission des services publics (ou d'un turnover important des professionnels y travaillant) donnant parfois l'impression aux structures de cette zone d'être « seules en ligne ».

La Guidance infantile a le projet d'augmenter la capacité des CATTP afin de répondre à la demande et de réduire les engorgements constatés. Bien souvent, le CATTP est un dispositif intermédiaire entre le CMP d'un côté et l'hôpital de jour ou le médicosocial. Un dispositif dédié aux adolescents dans les quartiers est en cours de réflexion également.

D'une manière plus générale, le CMP déplore des prises en charge dégradées liées à un déséquilibre entre l'augmentation des besoins, demandes, attentes et des moyens constants sur des territoires très variables : « *à moyen égal toujours plus.* » Cependant, des moyens sont déployés en direction des enfants ou jeunes avec TND et sont appréciés mais « *quid des autres.* » ; le CMP souligne : « *l'explosion démographique et l'implosion des dispositifs : CMP, CMPP* » et rappelle les disparités d'un territoire à l'autre, d'une ville à l'autre.

Perspectives

En termes de repérage : le CMP souhaite continuer à participer à l'amélioration du repérage notamment pour les adolescents qui arrivent un peu tard : « *plus tôt est commencée la prise en charge, meilleur sera le pronostic cognitif.* » Il évoque un programme de formation à certaines grilles d'évaluation pour un meilleur repérage. Le CMP s'inquiète particulièrement des risques importants de schizophrénie chez les adolescents.

En termes d'accompagnement et de soutien aux familles : le CMP souligne la pertinence de l'éducation thérapeutique parentale qui serait à développer sur le modèle du CRA.

En termes de partenariat : il se questionne sur comment pourrait être étayé le secteur médico-social.

Les plateformes de coordination et d'orientation

Le projet élaboré par le CAMSP dans le cadre de la réponse à l'appel à manifestation d'intérêt a fait l'objet de rencontres régulières avec les CMP et CMPP de Haute Garonne.

> CMPP

LE CMPP DU COLLECTIF SAINT-SIMON, ARSEAA

Le CMPP Saint-Simon est géré par l'ARSEAA, il est ouvert depuis 1970. Il dispose de quatre sites d'implantation : Toulouse (Bagatelle), Cugnaux, Muret et Plaisance-du-Touch. Il existe en transversal un dispositif d'intervention précoce pour les 0-3 ans dénommé « Le Fil ».

Le CMPP a signé une convention, il y a de nombreuses années, avec le CH Marchant et le Préfet de la Haute-Garonne (non renouvelée depuis 2000) qui précise les modalités de participation du CMPP aux actions de santé mentale dévolues au Secteur 31102 de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) de la Haute-Garonne. Il en résulte notamment une territorialisation des interventions permettant d'orienter les personnes vers le CMPP ou le CMP en fonction de l'adresse des patients et non du motif de consultation. Ce mode de fonctionnement s'inscrit dans un partenariat historique entre le Pôle Collectif Saint-Simon et le secteur 2 de PIJ de la Haute-Garonne. Le CMPP ne bénéficie d'aucune contrepartie financière, comme cela peut exister pour d'autres CMPP (Nebouzan en Haute-Garonne et Ingres en Tarn-et-Garonne).

Le CMPP a signé un CPOM pour un CMPP régional dont une antenne se situe dans le département des Hautes-Pyrénées à Lourdes.

Profils des enfants accueillis

Les enfants sont majoritairement de sexe masculin et la classe d'âge la plus représentée est celle des 7 à 10 ans (près d'un enfant sur deux). Les enfants de plus de 11 ans représentent près de 30 % de la file active.

À Cugnaux et Muret, la population accueillie est hétérogène avec des milieux sociaux très diversifiés. Le nombre de demandes des familles augmente régulièrement. Sur le bassin de Muret, il n'y a plus de psychiatre ou pédopsychiatre installé en libéral, donc les consultations sont « tout venant » avec un certain nombre d'enfants qui pourraient relever d'une consultation pédopsychiatrique et d'un suivi en libéral uniquement.

Sur Bagatelle, le départ du CMP des Pradettes et le déménagement du CMPP ont permis une ouverture au public des secteurs de Lardenne et de Saint-Simon avec une hétérogénéité un peu plus importante. Cependant, les situations sont majoritairement très précaires socialement avec des familles arrivées récemment en France, non francophones qui nécessitent de l'interprétariat, ainsi que des demandeurs d'asile.

Sur le secteur de Bagatelle, le CMPP a beaucoup de demandes concernant le montage de dossiers MDPH pour des demandes d'AVS ou d'orientation en CLIS.

Sur Plaisance, beaucoup de familles sont monoparentales et en grande difficulté.

Sur «Le Fil...», les situations reçues sont souvent des situations complexes soit du fait de la pathologie de l'enfant (autisme précoce) et/ou de la situation familiale.

La majorité des enfants pris en charge dans les antennes de Muret, Plaisance et Cugnaux présentent des pathologies très variées, pouvant parfois être adressés aux praticiens libéraux (orthophonistes, psychologues, médecins). Le faible taux d'équipement sur ce secteur en pédopsychiatre, psychiatre et le non remboursement des consultations chez un psychologue ou psychomotricien font que les familles s'adressent essentiellement au CMPP. Le constat est fait d'un nombre croissant d'enfants adressés pour hyperactivité dès la petite section de maternelle.

De façon générale, pour les 3-6 ans, les enfants présentent des problèmes d'adaptation à l'école maternelle, des manifestations d'agressivité, des intolérances à la frustration, ainsi que des difficultés de séparation avec anxiété importante. Il est relevé une augmentation du nombre de situations d'agitation psychique et motrice avec des difficultés à rentrer dans les consignes sociales. Mais cette agitation peut avoir des causes différentes.

Pour les 6-10 ans, les demandes sont essentiellement sur des difficultés d'apprentissage (motivant de fréquentes demandes d'orthophonie), des difficultés attentionnelles et des demandes en psychomotricité.

Au-delà de 10 ans, sont fréquemment rencontrées des pathologies d'adolescents avec caractériopathies, opposition et troubles anxiodépressifs particulièrement fréquents. Des troubles de l'alimentation sont plus rares.

Une étude réalisée sur les motifs de consultation révélait il y a quelques années sur Muret de nombreuses situations de séparations parentales génératrices de troubles en lien avec la séparation.

Il ne ressort pas de problématique psychique spécifique. En effet, du fait de la sectorisation avec le CHS Marchant, le CMPP est identifié comme recours de proximité et de 1^{ère} ligne, c'est la structure pivot de référence sur son territoire d'intervention.

Les conditions d'accueil et de bilan

Il est fait le choix de maintenir une hétérogénéité des pratiques quant à l'accueil de nouvelles demandes afin de répondre au mieux aux caractéristiques des populations (exemple : problématiques sociales très différentes selon les lieux). Ainsi, chaque site a sa propre procédure d'accueil, cette dernière étant cadrée par les principes présentés dans le livret d'accueil de l'établissement. L'objectif est de réaliser une évaluation globale de la dynamique familiale et des besoins de l'enfant et non de faire une simple juxtaposition de bilans avec une synthèse lors d'une consultation médicale.

Cependant, quelles que soient les procédures mises en place sur tel ou tel site, le constat est fait que les délais d'attente sont importants : « *soit le diagnostic est plus rapide, mais le délai pour la prise en charge est plus long et réciproquement.* ». Les demandes de suivi sont en augmentation : « *à la Toussaint, le CMP est plein.* ». Globalement, 90 % des enfants adressés ont besoin d'une consultation. Ces délais d'attente posent problème : « *Le délai pour un premier rendez-vous va facilement de 6 à 9 mois* ». Toutefois, le CMPP a établi des priorités pour les adolescents à situation à risques et pour les moins de 3 ans, « *au détriment des 6-12 ans* ». Le CMPP indique que cette réactivité ciblée est fixée par l'ARS. La liste d'attente est donc constituée de façon chronologique et actualisée par les urgences.

Concernant la limite d'âge, le CMPP accueille les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans, cependant « *si le jeune arrive à 17 ans et qu'il n'a pas de place ailleurs, le CMPP l'accueillera.* »

L'Éducation nationale est à l'origine de près de la moitié des orientations avant les familles et le secteur médical.

Sur le site de Cugnaux :

Le médecin examine une fois par semaine l'ensemble des demandes reçues et va prioriser les situations. En cas d'urgence, le médecin reçoit les enfants directement. Sinon, un premier rendez-vous est donné dans un délai de 2 à 3 mois. Le CMPP a organisé une procédure d'accueil avec deux temps par semaine réservés aux premiers rendez-vous où 6 professionnels reçoivent 3 situations. Un premier entretien est organisé avec deux professionnels, les parents et l'enfant. Deux semaines plus tard, un deuxième rendez-vous a lieu où un professionnel rencontre les parents, un autre l'enfant. Ainsi, 6 situations sont reçues par semaine. À l'issue des deux rendez-vous, les 6 professionnels échangent pendant une heure autour des situations qui sont ensuite présentées en réunion de synthèse. Il existe un délai important avant le début de la prise en charge (plus de 6 mois). Des groupes peuvent être parfois proposés comme solution d'attente ou un suivi libéral est organisé dans l'attente. Pour les situations complexes, des rendez-vous d'attente sont organisés tous les 2 mois.

Sur le site de Muret :

Tous les professionnels du CMPP assurent des accueils, seuls ou en binômes. Sur les 6 séances diagnostiques, l'accueillant continue à voir l'enfant ou demande à un autre professionnel de le rencontrer aussi pour avis (bilan orthophonique, psychomoteur par exemple). La situation est ensuite discutée en réunion de synthèse. Beaucoup d'enfants sont vus dans les 3 à 4 mois à la suite de l'appel (en relais d'autres structures de soin, les fratries

d'enfants déjà suivis sur le CMPP, le retour d'enfants suivis antérieurement, les situations urgentes), mais certains enfants attendent encore plus d'un an avant d'être reçus. Le CMPP est confronté à beaucoup de demandes urgentes, ce qui retarde l'accueil d'autres situations. La plupart des situations reçues ont déjà eu des bilans lors de la première consultation. Des groupes d'observation peuvent être proposés en phase initiale pour les petits, animés par un éducateur et un psychomotricien. Des prises en charge éducatives ou groupales ou des suivis psychologiques peuvent être débutés après la synthèse.

Sur le site de Plaisance-du-Touch :

Le médecin fait un point une fois par semaine sur les demandes afin de les prioriser. L'entretien d'accueil est assuré par deux psychologues, parfois un éducateur et le médecin. La personne qui a reçu l'enfant va présenter la situation en équipe pluridisciplinaire et une proposition de soins est faite. Le médecin revoit l'enfant et la famille pour valider la proposition de soins. Il se déroule environ 3 mois entre l'appel de la famille et la proposition de soins. Pour la prise en charge, des soins avec les éducateurs peuvent débuter directement. Il faut par contre attendre entre 12 et 18 mois pour de la psychomotricité et la rentrée scolaire suivante pour l'orthophonie. Les urgences sont vues directement par le médecin et éventuellement une psychologue. Si lors de l'évaluation, il s'avère que l'enfant relève d'une autre structure (type médicosocial ou hôpital de jour), le CMPP assure un suivi a minima (une fois par semaine) dans l'attente de l'orientation.

Sur le site de Bagatelle :

Le CMPP a réservé 100 créneaux de 1^{er} rendez-vous (10/mois) avec un psychologue ou un éducateur sur l'année, ce qui correspond à l'activité habituelle des entrants. La secrétaire attribue les rendez-vous lors de l'appel, le délai est de deux à trois mois. Si la situation est urgente, la secrétaire en réfère au médecin qui va recevoir l'enfant. Il existe un circuit spécifique pour les enfants de 3 à 5 ans (environ 25 % des demandes) où l'entretien d'accueil est assuré en binôme dans des délais plus courts. Après deux ou trois consultations d'évaluation, le médecin reçoit l'enfant et la situation est ensuite présentée en équipe pluridisciplinaire. Il se passe environ deux mois entre la 1^{ère} consultation et la consultation médicale et environ deux autres mois entre la consultation médicale et la synthèse, soit entre 6 et 7 mois entre la première demande et la décision du projet de soin. Il existe ensuite des délais d'attente très importants pour la prise en charge, jusqu'à 2 ans pour de l'orthophonie. Seules les prises en charge groupales ou avec un éducateur peuvent se mettre en place assez rapidement. Sur demande motivée auprès du Médecin Responsable Médical de Pôle, une prise en charge en orthophonie en libéral peut se mettre en place, après accord du Directeur. Ces frais seront à la charge du CMPP. Lors des premières consultations au CMPP, près de 70 % des enfants ont déjà un suivi orthophonique libéral, ce qui pose ensuite le problème du choix pour les familles entre l'orthophonie libérale et la prise en charge au CMPP où il n'y aura pas de prise en charge orthophonie avant longtemps, du fait de l'impossibilité d'avoir une double prise en charge.

Les situations complexes où les enfants autistes ayant un projet d'orientation (sanitaire/médicosocial) sont revus en consultation d'attente toutes les 6 semaines à tous les 3 mois.

Pour le Fil :

Les enfants sont reçus par un binôme (psychologue et éducateur) dans la quinzaine qui suit la demande. Les professionnels voient l'enfant une ou deux fois avant la consultation médicale. Une observation de l'enfant est également réalisée à domicile et dans le lieu de socialisation (3 fois une heure d'observation). Après la réunion de synthèse, une restitution est faite à la famille avec une proposition de soins. Une restitution à la crèche peut également être organisée.

Les modalités de prise en charge

La quasi-totalité des enfants qui ont bénéficié d'un bilan nécessitent un suivi ensuite. Le « filtrage » est réalisé en amont du premier rendez-vous lors de l'analyse de la demande. Le CMPP priorise les enfants ayant besoin de soins pluridisciplinaires même si cela pose des questions éthiques :

- quid des enfants qui nécessitent un suivi mono disciplinaire non remboursé (psychologue ou psychomotricien) dans des familles en situation précaire ?
- Quid des enfants qui relèvent d'une prise en charge médicosociale où les délais d'admission sont de plusieurs années ?

Compte-tenu de la pression importante de la file active, le CMPP ne peut pas proposer plus de deux prises en charge par semaine aux enfants, une individuelle et une en groupe animée par un binôme de professionnel. On note le développement de prises en charge en groupe qui permettent « *de croiser les regards et de voir plus d'enfants* ». Si l'enfant relève d'une seule prise en charge, il sera orienté vers le libéral car le suivi au CMPP comprend : « *au minimum et au maximum 2 prises en charge* ».

La durée de la prise en charge est actuellement de 2 à 3 ans avec la perspective de la ramener à 2 ans avec toujours la possibilité de faire des exceptions. Le CMPP peut être sollicité pour une fratrie : « *il favorisera le soin de la fratrie.* »

Le médecin intervient prioritairement dans le soutien psychothérapeutique auprès de l'enfant et de sa famille.

Le CMPP constate le déficit en orthophonie avec des postes non pourvus face aux difficultés de recrutement et une inquiétude sur le conventionnement avec le libéral en lien avec le mot d'ordre syndical dans ce domaine.

Afin de gérer l'attente entre le bilan et le début de la prise en charge au CMPP, beaucoup d'enfants débutent des suivis en libéral. Les médecins du CMPP peuvent être amenés à assurer un suivi « de loin » pour certains enfants avec une prise en charge libérale, en lien avec les missions de secteur. Ces prestations ne sont jamais facturées.

Malgré les efforts de ces dernières années, le CMPP regrette de ne pas avoir pu réduire encore plus les délais d'attente pour une première consultation et pour une mise en œuvre des soins. Les dispositifs mis en place pour repérer les situations d'urgence et apporter une réponse réactive permettent cependant de sécuriser le traitement de situations à risque.

Le CMPP souhaiterait mettre en place une analyse plus fine de son activité (modalités d'intervention, durée de séjours, fréquences...) afin de mieux maîtriser le turn-over des publics et d'augmenter sa file active pour répondre aux besoins non satisfaits.

Les principaux scénarios suivant les « profils cliniques » :

– Autisme et TSA

Des enfants avec des TSA mais avec des capacités d'adaptation préservées sont pris en charge au CMPP. Cependant, les services ne sont pas à ce jour en capacité de répondre à la fois aux besoins très spécifiques (en termes de techniques et de durée hebdomadaire d'accompagnement) des jeunes présentant des troubles du spectre autistique et à tous les autres types de besoins relevant de pathologies, problématiques différentes (et très hétérogènes).

Le CMPP a renforcé l'équipe pour le dépistage des enfants ou jeunes avec TSA par des actions de formation auxquelles participent un professionnel par antenne ; elles se déclinent en trois niveaux : sensibilisation, expertise, ADOS.

Le CMPP va développer pour les enfants les groupes d'habiletés sociales pour le personnel de l'ensemble des antennes : des formations sur les TSA, sur les troubles spécifiques des apprentissages ainsi que la formation à l'approche systémique.

– Troubles spécifiques des apprentissages

Le CMPP ne reçoit pas de troubles spécifiques des apprentissages « purs », il y a toujours une anxiété ou des difficultés relationnelles associées. Le CMPP n'est pas en mesure de se « conformer » aux prescriptions

rééducatives des neuropédiatres, ces dernières pouvant s'activer dans le réseau des praticiens libéraux. Le CMPP inscrit ses interventions dans une démarche globale d'accompagnement de l'évolution de l'enfant. Dans le cadre du DPC, les médecins ont suivi une formation sur les TSA assurée par le Professeur CHAIX en 2015, ainsi qu'une formation sur les prescriptions médicamenteuses en pédopsychiatrie en 2014.

– Familles en difficultés multiples

Un travail inter institutionnel autour de ces situations est nécessaire. Le travail de lien, de réseau avec les partenaires nécessite beaucoup de temps et de disponibilité des différents professionnels.

Les sorties et les relais

Les fins de prises en charge peuvent résulter d'une vision partagée avec la famille concernant l'amélioration de la situation, de changement dans la situation familiale (déménagement) et de changement dans le parcours scolaire (passage sur le collège ou le lycée). Il y a également les situations d'orientation vers des structures spécialisées et adaptées aux problématiques des jeunes (établissement médicosocial/sanitaire). Il peut également y avoir une insatisfaction des familles concernant les modalités d'intervention proposées, notamment sur les délais d'attente pour un accompagnement orthophonique.

En Haute-Garonne, le délai pour une admission en IME est de 5 ans et de 2 ans en SESSAD.

Le CMPP s'interroge sur le niveau de prise en charge à proposer aux enfants en attente d'une entrée en ESMS (IME, SESSAD, ITEP) ou en hôpital de jour : « *le CMPP doit-il leur procurer un soin minimal ou maximal ? Il faut se mettre d'accord sinon c'est l'incohérence.* » Le CMPP ne peut pas appliquer un arrêt de la prise en charge pour cause de notification d'orientation en ESMS ou hôpital de jour « *sauf s'il y avait une injonction de l'ARS. À ce jour, l'ARS n'a pas pris de décision* ». Le CMPP rappelle que l'arrêt des soins reste une décision médicale et que même après un arrêt de la prise en charge, selon le parcours de l'enfant « *celui-ci peut revenir et être prioritaire.* », il s'agira là d'une interruption de prise en charge et non pas d'un arrêt définitif.

Les actions de prévention et de repérage précoce

Au CMPP du Collectif Saint-Simon, il existe un partenariat avec la communauté d'agglomération du Muretain où trois psychologues du Pôle Collectif Saint-Simon interviennent sur des LAEP (« Lieux d'Accueil Enfants-Parents) de la communauté de d'agglomération.

Le CMPP constate que le repérage et l'adressage sont maintenant plus précoces. Cette évolution semble due à plusieurs facteurs notamment : « *une vulgarisation de l'information avec des parents mieux informés, des personnels mieux formés.* »

Les partenariats

Les partenariats sont importants avec les équipes du secteur II de pédopsychiatrie (CH Marchant), du fait notamment de la convention entre les deux structures. Des réunions mensuelles sont organisées entre les deux équipes. Une vraie dynamique avec le secteur de psychiatrie infanto juvénile est ainsi notée.

Il existe aussi des partenariats avec l'hôpital des enfants (psychiatrie de liaison, neuropédiatrie, centre de référence des TSA) autour des situations.

D'une manière générale, les professionnels du CMPP travaillent en lien étroit avec les différents acteurs de la prise en charge en fonction des situations des enfants (ASE, PMI, EN, Justice, etc.).

Les équipes participent aux équipes de suivi de scolarisation. Un nouveau dispositif de rencontres avec les médecins scolaires a été mis en place et si le CMPP est sollicité par le médecin scolaire, il sera dans la réactivité et pourra même se rendre dans la famille.

Par ailleurs, le CMPP participe à une cellule de veille éducative avec l'Éducation Nationale, la gendarmerie, la pédopsychiatrie pour les situations complexes, « *il est participant neutre, en appui technique* » mais il est actuellement un peu plus difficile d'avoir des liens avec les équipes de l'Éducation Nationale en dehors des ESS. Le CMPP participe également à l'équipe de diagnostic de proximité associée au CRA sur le secteur II de pédopsychiatrie du 31 et sur le secteur de pédopsychiatrie de l'Ariège du Couserans à travers la mise à disposition de personnel et de locaux.

La place des familles

Les échanges menés avec le CVS du Pôle Collectif Saint-Simon, auquel participe un ancien bénéficiaire du CMPP du Pôle, mettent en avant des interventions de proximité, soutenantes, en proposant un accompagnement spécialisé dans l'annonce d'un diagnostic et dans l'accès à des structures spécialisées.

Les parents peuvent exprimer une grande satisfaction quant à l'écoute et la prise en compte de leurs demandes. Les parents rencontrés lors de l'évaluation externe connaissent leurs droits (notamment la procédure d'accès au dossier).

Le CMPP est actuellement en recherche de supports qui favoriseraient la participation collective des familles dans le cadre du processus d'amélioration continue de la qualité. Une hypothèse serait la constitution de groupes de travail avec les parents.

Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins

L'organisation du CMPP sur quatre sites permet d'améliorer l'accès au soin pour les familles du secteur couvert par le CMPP.

Le développement de compétences spécifiques, organisées comme une ressource transversale sur les 4 sites permet aussi d'améliorer l'accessibilité aux soins plus spécialisés.

Les familles situées sur l'axe de la Vallée de la Lèze sont relativement éloignées des centres de 1^{er} recours (CMP Auterive/CMPP Muret).

Du fait de l'augmentation du nombre d'enfants présentant des difficultés d'apprentissage ; les besoins en orthophonie augmentent.

D'une manière générale, le CMPP constate que les besoins varient selon la couverture du territoire par les différentes professions médicales et paramédicales.

Cependant, actuellement, le point principal caractérisant le territoire est son évolution démographique qui met tous les dispositifs en tension. La population haut-garonnaise est en forte augmentation depuis 10 ans, alors que les moyens humains restent les mêmes. Le territoire va de zones urbaines comme Toulouse (4^e ville de France) à des zones rurales. Il présente des disparités avec certaines villes regroupant une population en difficultés sociales, économiques, comme celle de Muret.

Les psychopathologies d'enfants sont constantes, même si on note une augmentation du nombre d'enfants autistes ces dernières années. Les problèmes d'adolescents paraissent stables, même s'ils sont toujours aussi difficiles à prendre en charge.

La détection des pathologies, dès le plus jeune âge (maternelle) ou plus tôt, devrait permettre de diminuer le temps de prise en charge, car des interventions précoces permettent de limiter l'aggravation des troubles et de prévenir les situations de handicap (et d'exclusion).

Le CMPP souhaite développer la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages avec de nouvelles thérapies, ainsi que le traitement de l'hyperactivité avec déficit d'attention.

Le CMPP souhaite renforcer sa collaboration avec les équipes de la pédopsychiatrie pour la prise en charge des adolescents difficiles, avant et après hospitalisation. Les rencontres régulières avec les médecins des secteurs de Psychiatrie Infanto-Juvenile vont dans ce sens.

Le CMPP cherche à améliorer l'accessibilité des services sur le territoire en réduisant les délais d'attente pour un premier recours, ainsi que pour les délais de mise en œuvre d'un projet de soin. Une révision des plateaux techniques (avec renforcement des temps de médecin et de psychologue) pourrait soutenir l'atteinte de ces objectifs. En effet, positionner un médecin sur le 1^{er} entretien d'accueil permet de mieux appréhender les situations, de prendre plus rapidement la responsabilité de ne pas engager un soin intensif, et donc de ne pas saturer le dispositif.

Les plateformes de coordination et d'orientation

Le projet élaboré par le CAMSP dans le cadre de la réponse à l'appel à manifestation d'intérêt a fait l'objet « *d'une participation commune portée par le CAMSP avec en appui les CMPP et CMP, dans une construction collective des modalités à l'échelon départemental* ». Le CMPP a sensibilisé l'ensemble des professionnels au projet de création d'une plateforme de coordination et d'orientation.

LES CMPP LE CAPITOU ET NEBOUZAN, ASEI

Les CMPP Le Capitoul et Nébouzan, gérés par l'ASEI, ayant la même direction, celle-ci a souhaité faire un entretien commun aux deux, dont les éléments globalisés sont présentés ci-après.

Le CMPP Le Capitoul dispose de huit sites de consultations :

- cinq sites sur Toulouse : deux sur le site de Saint-Henri (Concorde et Roquelaine), deux sur le site Estaunié (Amouroux et Aïga) et un à Borderouge ;
- trois sites en périphérie : Fenouillet, Grenade et Montastruc-la-Conseillère.

Le CMPP Le Nébouzan, géré par l'ASEI, est ouvert depuis 1975. Il est implanté à Saint-Gaudens et a deux antennes à Bagnères-de-Luchon et Boulogne-sur-Gesse. En plus de son activité de CMPP, il assure une mission de secteur de psychiatrie infanto-juvénile (secteur 31102), par convention avec le CH Gérard Marchant, pour les adolescents sur le bassin de Saint-Gaudens.

Profils des enfants accueillis

Le CMPP est une porte d'entrée pour toute la santé mentale et est très attaché au fait d'avoir une activité généraliste.

Quelques tendances fortes se dégagent avec, notamment, un public de plus en plus jeune. Afin de mieux répondre à cette évolution, les CMPP ont développé les formations spécifiques aux tout-petits, notamment l'approche sensorimotrice selon A. Bullinger. Il y a également un rajeunissement des enfants avec des troubles du comportement, « avec des appels en urgence des écoles où les enseignants sont déjà très dépassés. Avant, il s'agissait de collégiens, maintenant d'élèves de primaire, avec des p'tits bouts qui terrorisent l'école, des enfants de 8 ans qui frappent la maîtresse. Il faudrait pouvoir soutenir les écoles ».

Les équipes font également le constat d'une apparente augmentation des enfants ou jeunes présentant des troubles du neuro développement. Cependant, pour elles, cela semble plutôt être un effet de l'évolution de la classification diagnostique que réellement celle des pathologies.

L'utilisation importante des écrans par les parents est également notée avec un effet sur le développement des enfants : « ils n'échangent pas ou peu de regards avec leur enfant. Ce manque d'interaction peut provoquer un retrait relationnel de l'enfant qui ressemble à de l'autisme ».

Les troubles présentés par les enfants sont également jugés plus sévères, avec pour conséquence « une charge de travail plus lourde pour les professionnels ».

Sur les sites toulousains, la file active est composée en grande partie de populations immigrées, pour beaucoup arrivées récemment sur le territoire. Ces populations sont dans des situations de grande précarité (mère isolée hébergée en CHRS, mineurs isolés, familles monoparentales, parfois en situation irrégulière). Ces situations sociales sont complexes. Chaque année, le CMPP est amené à réaliser plusieurs signalements de maltraitance.

Sur le site de Montastruc, la présence d'un nombre important de familles d'accueil de l'ASE a un impact sur la population prise en charge au CMPP avec une part importante d'enfants suivis par l'ASE. Plus largement, le constat est fait de la place dans la file active des enfants sous protection de l'enfance avec des problématiques familiales qui peuvent entraver le développement de l'enfant et qui questionnent sur le maintien de l'enfant dans sa famille biologique.

Sur le site Saint-Henri-Roquelaine, la mise en place d'un partenariat spécifique, avec le réseau « Bébé 31 » proposant un accueil des moins de 3 ans en moins de 3 semaines, et avec le réseau périnatal Occitanie, a eu pour conséquence d'augmenter la part des jeunes enfants dans la file active du CMPP.

Pour les adolescents, ils sont en général adressés par l'équipe de psychiatrie de liaison de l'hôpital des enfants avec des demandes de prise en charge urgentes pour des syndromes dépressifs, des troubles anxieux, des épisodes de scarifications ou des décompensations. Cette prise en charge est compliquée car le CMPP manque

de places pour être réactif et qu'il manque de temps médical. Le dispositif de veille éducative sur Toulouse permet de repérer des adolescents avec des troubles plus silencieux (absentéisme scolaire, retrait social, troubles de l'environnement familial...).

Les conditions d'accueil et de bilan

Lors de la réception d'un appel téléphonique avec demande de rendez-vous, la secrétaire interroge la famille sur des éventuels critères d'urgence (demande d'un partenaire, existence d'une déscolarisation, demande d'orientation MDPH). Selon la situation, la demande est orientée vers le circuit classique ou le circuit urgent. Une fois le dossier administratif validé (attestation de sécurité sociale), un rendez-vous d'accueil avec le médecin psychiatre est proposé dans les 7 jours pour les situations urgentes et entre quatre et six semaines pour le circuit classique. Lors de la consultation médicale, le document individuel de prise en charge est signé avec la famille. Afin de limiter le temps d'attente avant la réalisation du bilan et de réguler les flux d'entrants, les médecins réalisent deux entretiens d'admission par semaine (sauf urgence).

À la suite de la consultation médicale, la situation est présentée en équipe et le contenu du bilan est décidé. Le bilan s'étale sur environ 3 mois. À l'issue, une synthèse pluridisciplinaire est réalisée, décidant de la nécessité d'un suivi ou non au CMPP. Une consultation médicale de restitution est ensuite organisée avec la famille où le projet individualisé interdisciplinaire (PII) est signé en cas de suivi au CMPP.

Les délais peuvent être assez variables d'un site à l'autre ou pour les différentes étapes de l'accueil et du bilan initial. Ainsi, en 2017 :

- le délai entre le 1^{er} contact et le 1^{er} rendez-vous pouvait varier entre un peu plus de deux mois à Montastruc et près de 7 mois au Nébouzan. Le plus souvent, ce délai est d'environ 4 mois ;
- le délai entre le 1^{er} rendez-vous et la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) initiale varie entre un peu plus de deux mois à Borderouge et près de neuf mois à Fenouillet. Le plus souvent, ce délai est de 4 à 5 mois ;
- le délai entre la RCP initiale et le soin varie entre environ 3 mois à Amouroux et plus de 16 mois à Roquelaine/Concorde. Dans la plupart des cas, ce délai est de 4 à 6 mois.

Le CMPP n'a pas mis en place de liste d'attente, quand il n'est plus en mesure de réaliser un bilan et de prendre en charge les patients dans les délais ci-dessus, il demande aux parents de rappeler ultérieurement.

Face à cette situation, des modalités particulières ont été mises en place pour la gestion des situations urgentes : en plus de la régulation qui existe lors de la réception du premier appel téléphonique, le service de prévention infanto-juvénile (SPIJ) peut servir d'accueil rapide pour les situations d'urgence. Pour les enfants accueillis aux urgences du CH de Saint-Gaudens, le service des urgences sollicite un infirmier psychiatrique de l'UMES (unité mobile d'évaluation et de soutien) du secteur de pédopsychiatrie de Marchant qui passe aux urgences afin d'avoir un premier regard d'évaluation sur la situation et se mettre en lien avec les partenaires éventuels. Ensuite, le psychiatre reçoit l'enfant en entretien au CMPP tandis que celui-ci n'est pas administrativement sorti de l'hôpital. C'est alors l'urgentiste qui, au vu de l'avis psychiatrique, décidera du devenir de l'enfant après son retour aux urgences.

Chaque médecin a 3 rendez-vous d'entrée par semaine dont 1 ou 2 réservés aux urgences.

Un des objectifs prioritaires des CMPP est de travailler à la réduction de la file d'attente. Ainsi, les enfants qui ne relèvent que d'une prise en charge sont orientés vers le libéral. Dans ce cas, les CMPP gardent le suivi médical et coordonnent les soins, « *mais le problème, c'est que ce travail n'est pas facturé, alors quelle reconnaissance, quelle valorisation en termes d'activité ?* ».

La question de l'adressage a été revue, le CMPP demande que l'adressage soit accompagné d'un écrit du médecin traitant, ou médecin scolaire ou psychologue scolaire (cf. le rapport de l'IGAS). « *Un effort est réalisé à l'entrée pour réduire la liste d'attente, mais le délai se reporte dans la mise en œuvre des projets de soins* ».

Les modalités de prise en charge

À l'issue du bilan diagnostique et de la synthèse, l'équipe pluridisciplinaire va décider de l'opportunité d'un suivi au CMPP. Plusieurs cas de figures peuvent se présenter :

- l'enfant ne nécessite pas de prise en charge ;
- l'enfant a besoin d'un suivi mono disciplinaire : celui-ci est renvoyé vers le secteur libéral. Il peut exister quelques rares exceptions selon les situations ;
- l'enfant a besoin d'un suivi par au moins deux professionnels : un suivi au CMPP est débuté, sachant que tous les professionnels ne sont pas forcément disponibles de suite ;
- l'enfant relève d'emblée d'un établissement ou un service médicosocial : un dossier d'orientation est rempli, mais aucun suivi n'est débuté dans l'attente de la notification.

Dans toutes les situations, les conclusions de la synthèse pluridisciplinaire sont présentées aux parents lors d'une consultation médicale de restitution. Une synthèse annuelle de réévaluation est ensuite réalisée.

Les équipes du CMPP constatent qu'un même enfant mobilise de plus en plus de professionnels du fait du travail nécessaire avec la famille et l'environnement de l'enfant. Le nombre de prises en charge par enfant augmente ces dernières années. La principale difficulté vient du fait qu'il est difficile de commencer des suivis pluridisciplinaires dans le même temps, compte-tenu des emplois du temps de certains professionnels (notamment psychologues et orthophonistes).

Les CMPP se sont recentrés sur leurs missions premières : le repérage et le diagnostic précoces, la coordination et la préfiguration du parcours de soins et « *se concentrer sur les troubles graves ou situations sociales très complexes* ». Six binômes de professionnels effectuent les diagnostics ADOS. « *Au moins, les parents ont un diagnostic et peuvent trouver des solutions. L'assistante de service social les aident et les accompagnent selon leurs besoins et attentes* ».

Au niveau des adolescents, les CMPP continuent à prioriser les situations à risques avec des prises en charge plus courtes.

Les CMPP ont développé l'approche groupale. Ils mettent en place des groupes d'habiletés sociales pour les enfants, des groupes Barkley (programme d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents d'enfants présentant des TDAH). Une priorité est donnée aux soins des tout-petits avec une fréquence de 3 soins par semaine.

La durée de la prise en charge est de 2 ans renouvelable 1 fois. Elle est impactée par le délai d'attente des structures en aval. Les CMPP espèrent que le passage en dispositif ITEP va réduire les délais d'entrée.

Le CMPP travaille avec les familles la question de l'absentéisme qui reste important, il établit une convention avec la famille pour l'engager davantage et la responsabiliser dans l'assiduité des soins.

Les sorties et les relais

Le constat est fait de l'importance des ruptures de prises en charges du fait de la famille. Plusieurs hypothèses se dégagent pour expliquer cette situation :

- des difficultés d'adhésion des familles au projet de soins de l'enfant, liées à la nature du public pris en charge (précarité, contexte socio-familial difficile...) ;
- la difficulté du CMPP à acter une fin de prise en charge pour les enfants suivis depuis très longtemps, la décision étant de fait prise unilatéralement par la famille. La durée de prise en charge est donc maintenant limitée dans le temps ;
- un manque de communication avec les familles : le CMPP manque de temps pour les familles, ce qui génère des incompréhensions tant au niveau de la procédure d'admission, que des délais d'attente ou du travail réalisé par les professionnels qui n'est pas rendu suffisamment lisible pour les familles, d'où un manque d'adhésion au projet de soins.

Les orientations vers les ITEP sont relativement « faciles », car il existe plusieurs établissements dans le secteur et des places se libèrent régulièrement. Le plus long est souvent l'attente de la notification d'orientation par la MDPH. De ce fait, le CMPP organise une prise en charge intermédiaire dans une temporalité qu'il ne maîtrise pas. Il peut arriver que la famille n'informe pas le CMPP de la réception de la notification de la MDPH. Le CMPP pose la question de la situation des enfants qui ont une orientation en ESMS. « *Prononcer la sortie de ces enfants permettrait de les faire apparaître là où ils sont, de ne pas masquer les besoins* ».

Les partenariats

Le CMPP Le Nébouzan a une convention avec le Centre Hospitalier de Saint-Gaudens autour de la prise en charge des adolescents aux urgences.

Un travail est également réalisé avec la maternité et la PMI dans un staff périnatal, mais sans convention.

Les CMPP intensifient le partenariat avec le sanitaire, avec notamment les CMP du CHU de Toulouse, du Centre Hospitalier Gérard Marchand. Ils partagent une réflexion commune sur le SPIJ (Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile). Ils ont une convention avec le CRA.

Les actions de prévention et de repérage précoce

En 2019, les CMPP constituent un acteur de 2^e niveau présent sur le repérage, le diagnostic et le parcours de soins. Ils tissent des liens de plus en plus étroits avec les écoles, les crèches et la PMI.

Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins

Les CMPP rencontrent de plus en plus de difficultés dans le recrutement des orthophonistes qui est devenu « *quasi impossible* ». Le recours aux professionnels du libéral risque, quant à lui, d'être perturbé si les orthophonistes suivent les consignes de leur syndicat de ne plus conventionner avec les établissements ou services.

Les CMPP expriment les efforts qu'ils font pour diminuer les délais d'entrée et pour réduire les durées de prise en charge, « *mais les demandes restent exponentielles* ».

Ils soulignent qu'une des tendances consiste à « *saupoudrer, à répondre en modèle dégradé, avec une seul soin par semaine. Pour faire plus, on donne moins à chacun, ce qui est insatisfaisant* ». Les CMPP ajoutent que lors de la dernière enquête, il parlait de mode dégradé à 2 soins par semaine. Les CMPP disent « *se mettre en ordre de marche, on se forme, on est proactif* » mais refusent le mode dégradé.

Sur le territoire de Saint-Gaudens, le CMPP est la seule structure assurant la prise en charge des troubles psychiques des enfants et des adolescents. Il n'existe pas de structure sanitaire type hôpital de jour pour la prise en charge des adolescents ou des tout-petits (l'hôpital de jour a un agrément pour les enfants de 6 à 12 ans). Ce territoire est de plus rural et très étendu avec une zone de hautes montagnes au sud d'où la nécessité d'antennes périphériques.

Les plateformes de coordination et d'orientation

La réponse à l'appel à manifestation d'intérêt a été faite par le CAMPS, porteur du projet, en partenariat avec l'ensemble des CMPP et CMP, à l'échelle départementale.

LE CMPP CENTRE DE RÉÉDUCATION DE L'ENFANT

Le CMPP Centre de rééducation de l'enfant (CRE) est géré par l'association de l'Enfance et de l'Adolescence. Il a été créé en 1975. Il est implanté sur un site unique dans le centre de Toulouse.

Profils des enfants accueillis

La majorité des enfants reçus au CMPP sont scolarisés en école maternelle ou élémentaire : près d'un enfant sur deux est âgé de 7 à 11 ans et un enfant sur quatre a entre 4 et 7 ans.

Il existe une proportion importante de familles en situation de précarité avec des parents eux-mêmes en difficultés avec l'écriture et la lecture.

Les principaux motifs de consultation sont les troubles du comportement, les troubles de la construction identitaire, et les disharmonies de la construction. Parmi les enfants suivis, très peu présentent des troubles déficitaires. Les évolutions qui sont notées ne portent pas tant sur le profil des enfants accueillis que sur la demande, notamment en termes de bilans, « *Tous les bilans : psychologique, orthophonique, en psychomotricité... pour constituer le dossier pour la MDPH* ». Ces bilans sont très chronophages. « *Il faudrait garder les bilans pour la construction des suivis et non pour alimenter des dossiers* ». Le CMPP ne constate pas tant « *d'évolution clinique, mais celle des demandes des parents, des écoles, de la MDPH* ». Les exigences scolaires sont fortes, « *un enfant qui pose problèmes en maternelle parce qu'il bouge, il est nécessaire que l'école s'adapte aussi aux besoins de l'enfant, un enfant petit bouge* ».

La majeure partie des enfants présentent des troubles spécifiques des apprentissages purs ou avec des troubles associés. Quelques enfants, avec des troubles du spectre de l'autisme non déficitaires, sont pris en charge, mais en général, les enfants dépistés sont orientés vers les hôpitaux de jour, car le CMPP n'est pas armé pour leur proposer des soins adaptés. Le CMPP suit aussi des enfants à haut potentiel avec des troubles de l'adaptation.

Les adolescents, eux, présentent le plus souvent des pathologies de type phobie scolaire. D'une manière globale, le CMPP prend en charge des enfants avec des troubles adaptatifs à la famille, à l'école, au savoir ou à la société.

Les conditions d'accueil et de bilan

Les familles sont à l'origine de la demande dans plus d'un tiers des situations. Les professionnels libéraux (médecins généralistes, pédopsychiatres et orthophonistes) adressent plus du quart des enfants et l'école un autre quart.

Le premier entretien est réalisé par le psychologue-directeur qui va faire une première évaluation de la demande, un test psychométrique et ensuite orienter vers le pédiatre ou le pédopsychiatre en fonction de la symptomatologie. Les médecins décident de réaliser éventuellement un bilan complémentaire. À l'issue des séances diagnostiques, le directeur revoit la famille pour la signature du document individuel de prise en charge (DIPC). Le projet personnalisé de soins est ensuite proposé dans un second temps. Actuellement, toutes les situations ne peuvent pas être abordées systématiquement en synthèse, seuls les cas difficiles sont évoqués.

Les délais d'attente sont toujours longs, « *trop longs, si un enfant attend 6 mois avant d'être pris en charge, son année scolaire est fichue* ». Si le délai avant le 1^{er} rendez-vous est d'un peu plus d'un mois en 2017, puis celui avant la réunion de concertation pluridisciplinaire initiale est également d'un peu plus d'un mois, plus de 6 mois s'écoulent ensuite avant le début des soins. Le CMPP privilégie les enfants petits, 4-6 ans, pour des rendez-vous plus rapides.

Dans l'adressage, le CMPP demande maintenant aux médecins traitants, scolaires, un courrier circonstancié afin d'avoir plus d'éléments sur les raisons de l'adressage.

Le CMPP n'établit pas de liste d'attente. Au moment du premier contact, il évalue la demande et va réorienter s'il s'agit d'un enfant hors département, ou si un autre CMPP est plus près du domicile de la famille.

Si l'enfant ou jeune ne relève que d'une prise en charge, il sera orienté vers le libéral surtout pour l'orthophonie. Pour les autres soins, les éléments financiers seront pris en compte puisque certaines prises en charge ne sont pas remboursées par les caisses d'assurance maladie.

Les modalités de prise en charge

Le CMPP propose une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Les enfants ont des suivis individuels et en groupe. Il existe 8 groupes différents avec des créneaux d'âge et d'indications différents ainsi qu'un atelier d'équithérapie.

Un groupe d'entraînement aux habiletés sociales peut être proposé aux enfants avec un TSA. Un programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley pour les enfants ayant des TDAH est également proposé puisqu'une psychomotricienne est formée.

Afin de répondre aux besoins d'orthophonie, le CMPP conventionne avec des professionnels libéraux. Cependant, le CMPP utilise le terme de « *prise en charge dégradée* » pour qualifier les soins dispensés car, faute de moyens devant des demandes pléthoriques, la prise en charge ne répond que partiellement aux besoins des enfants ou jeunes. « *Beaucoup d'enfants relèvent d'une fréquence de deux séances par semaine et n'en ont qu'une* ».

Les sorties et les relais

Le CMPP réalise beaucoup de réorientations vers les SESSAD, des IME ou des ITEP ou vers le libéral. Les délais d'attente pour les structures en aval restent longs notamment pour les SESSAD pour enfants ou jeunes atteints de troubles Dys. Par ailleurs, du côté des parents, « *l'orientation en ITEP est pour certains difficile à accepter, d'autres veulent des résultats mais pas d'institution* ».

Les partenariats

Il existe un travail de collaboration avec le CHU et la clinique Ambroise Paré pour les enfants présentant des troubles des apprentissages.

Le CMPP travaille en lien avec l'ensemble des partenaires concernés par la prise en charge de l'enfant et notamment l'école et les libéraux.

Il est un partenaire actif du réseau périnatalité Occitanie.

Le CMPP travaille beaucoup avec les écoles « *il est dans les écoles le plus possible* ». Il constate le manque de psychologues scolaires. « *Il est également difficile de trouver des orthophonistes salariés car la grille salariale est basse, en libéral les conventionnements avec les établissements et services sont remis en cause par leur syndicat* ».

Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins

Le CMPP Centre de rééducation de l'enfant reçoit beaucoup de demandes concernant des besoins de psychomotricité. Il a le sentiment d'être perçu comme un moyen de faire de la psychomotricité gratuitement. Face à cela, il refuse les adressages uniquement pour la psychomotricité et réoriente vers la MDPH pour un financement d'une prise en charge en libéral, qui peut être accompagnée par une coordination parentale réalisée par le médecin pédiatre du CMPP.

Il constate et déplore la prise en charge en mode dégradé qui fait ressortir des besoins non couverts ou de manière partielle.

Le CMPP constate l'intolérance des enfants au groupe et un comportement plus individualiste des parents. Il lie ce constat à l'évolution de la société où les écrans prennent de plus en plus de place. « *Il faut travailler sur la toxicité des écrans par rapport aux enfants et aux parents* ».

Par ailleurs, le CMPP envisage de se rapprocher de la MDPH afin d'échanger sur la constitution des dossiers.

Les plateformes de coordination et d'orientation

Le CAMSP a répondu à l'appel à manifestation d'intérêt pour le projet de création d'une plateforme de coordination et d'orientation, en lien avec les CMPP et CMP.

Le CMPP Centre de Rééducation de l'Enfant est convaincu du bienfondé des plateformes, mais il reste « *dubitatif en termes d'organisation et de fonctionnement, notamment sur le plan de la disponibilité de professionnels expérimentés* ».

5/ SYNTHÈSE ET ÉLÉMENTS D'ANALYSE

Des spécificités territoriales :

- le département le plus peuplé d'Occitanie avec près de 350 000 habitants de moins de 21 ans ;
- une croissance démographique soutenue au rythme de + 1,4 % par an et s'accroissant ces dernières années. C'est le taux de croissance démographique le plus fort de la région. Cela se traduit par près de 25 000 enfants et jeunes de moins de 21 ans de plus chaque année ;
- des territoires contrastés avec des secteurs très densément peuplés autour de la métropole Toulousaine et dans le nord du département et des zones beaucoup plus rurales et montagneuses, moins denses, dans le sud du département ;
- un taux relativement élevé, comparativement au reste de la région et au niveau national, d'enfants concernés par l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), témoignant des situations de handicap rencontrées dans cette population ;

Une problématique autour de la démographie des professionnels de santé et de l'offre en établissements et services médico-sociaux :

- une densité plus faible en Haute-Garonne qu'en Occitanie en pédopsychiatres avec une forte baisse du nombre de ceux-ci ces dernières années ;
- une densité en psychiatres supérieure à la valeur régionale avec un effectif en augmentation, permettant de compenser la croissance démographique ;
- d'importantes disparités dans la répartition de cette offre sur le territoire, celle-ci étant principalement concentrée sur l'agglomération toulousaine ;
- une démographie en autres professionnels de santé contrastée avec une densité inférieure à la moyenne régionale en orthophonistes et supérieure en psychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens ;
- une capacité d'accueil en établissements médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap inférieure à la valeur régionale mais supérieure à la valeur nationale ;
- une capacité d'accueil en services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap proche de la valeur régionale et identique à la valeur nationale.

Des dispositifs qui peinent à répondre aux demandes d'accompagnement et de prises en charge

- une file active des enfants suivis dans les trois dispositifs concernés la plus faible de la région avec 33,1 suivis pour 1 000 enfants de moins de 21 ans alors que dans l'ensemble des autres départements d'Occitanie, elle est de 46,8 pour 1 000 et varie, selon les départements entre 37,3 et 69,1 pour 1 000 ;
- des délais d'attente avant un 1^{er} rendez-vous qui peuvent être longs : plus de trois mois par exemple au CAMSP, souvent autour de trois mois dans les CMPP mais avec des délais qui peuvent être supérieurs à 6 mois sur certains sites, et de deux à quatre mois dans la majorité des CMP ;
- des mises en œuvre effectives des suivis qui peuvent prendre encore plusieurs mois ensuite sur certains sites ou pour certains professionnels ;
- une situation qui est aggravée par les difficultés d'orientation vers des structures d'aval, sanitaires ou médico-sociales, pour les enfants et adolescents qui en ont besoin, des délais d'attente de plusieurs années étant mentionnés ;
- mais des organisations mises en place par plusieurs structures pour maintenir libres quelques créneaux de consultation chaque semaine pour répondre aux situations présentant un caractère d'urgence du fait de l'âge, de la symptomatologie présentée ou du contexte familial ou social.

Une adaptation des modalités de prise en charge et d'accompagnement

- un travail fait par les structures qui avaient des prises en charge dites « longues », c'est-à-dire se poursuivant sur plusieurs années. Les structures concernées ont, pour certaines, limité la durée des prises en charge à deux ans au maximum ou systématisé la réévaluation régulière de chaque situation (au moins annuelle) ;
- une sollicitation croissante des équipes des structures concernées par cette étude par les établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap pour pallier le manque de pédopsychiatres et de psychiatres auquel elles sont confrontées ;
- une complexification de situations accompagnées tant sur le plan clinique que sur les éléments liés au contexte familial et social dans lequel vivent les enfants accompagnés. Les structures concernées mettent en avant le caractère pluridisciplinaire des accompagnements qu'elles proposent ; de ce fait, elles adressent de plus en plus fréquemment les situations dites simples vers les professionnels libéraux ;
- des structures indiquant mettre en place le plus souvent des accompagnements « en mode dégradé » du fait du manque de moyens face à une demande fortement marquée par les évolutions démographiques et sociales. Cela passe principalement par la limitation du nombre de prises en charge hebdomadaires pour un même enfant ou par la mise en place d'une partie seulement du programme de soins par manque de personnel ;
- un développement des prises en charge de groupe permettant de mettre en place des accompagnements plus adaptés à la situation des enfants et de leurs parents et de proposer un plus grand nombre d'accompagnements pour chaque enfant ;
- une attention particulière à maintenir une alliance avec la famille pour assurer une meilleure efficacité des prises en charge et limiter l'absentéisme.

Des situations de retard au repérage ou à la prise en charge qui restent mentionnées :

- en lien avec le manque de moyens soulignés par les structures ;
- qui peuvent être renforcées par le fait que de plus en plus de familles s'installent à distance de Toulouse avec les problématiques de transport et d'accès aux soins que cela engendre ;
- et qui sont aussi en lien avec les difficultés sociales rencontrées par les familles ;
- mais une meilleure identification des différents dispositifs par les professionnels de la petite enfance.

Les plateformes de coordination et d'orientation

Un projet de plateforme départementale porté par le CAMSP avec l'appui des CMPP et CMP a été construit collectivement.

Les questionnements portent sur la possibilité de coordonner réellement les différents acteurs sur un territoire comme la Haute-Garonne du fait du nombre de professionnels concernés et de leur disponibilité d'une part, des différences entre les différents territoires d'autre part.

6/ LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1-	Population au 1 ^{er} janvier 2016.....	4
Tableau 2 -	Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AAEH au 31 décembre 2016 et taux départemental (pour 1 000 enfants de même âge)	5
Tableau 3 -	Médecins – effectifs au 1 ^{er} janvier 2019.....	6
Tableau 4 -	Médecins – densité (pour 100 000 habitants) au 1 ^{er} janvier 2019	6
Tableau 5 -	Autres professionnels – effectifs au 1 ^{er} janvier 2019	7
Tableau 6 -	Autres professionnels – densité (pour 100 000 habitants) au 1 ^{er} 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	9
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	10
Tableau 11 -	Nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie en 2018.....	10
Tableau 12 -	Nombre d'actes en CMP en 2018 (pour 100 000 habitants)	11
Tableau 13 -	Taux standardisé (pour 100 000 habitants) d'actes en CMP en 2018	11
Tableau 14 -	Lieux de consultation et file active	13
Tableau 15 -	Répartition par âge - CAMSP	15
Tableau 16 -	Origine des interventions - CAMSP.....	17
Tableau 17 -	Liste d'attente et délais - CAMSP.....	17
Tableau 18 -	Répartition par âge – CMP CHU Toulouse.....	22
Tableau 19 -	Répartition par âge – CMP CH Marchant	30