

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

DÉPARTEMENT DU LOT

JUILLET 2020

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

DÉPARTEMENT DU LOT

JUILLET 2020

Marie-Christine Bulfone - Conseillère technique
Dr Bernard Ledésert - Médecin de Santé Publique
Nathalie Martinez - Conseillère technique

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

TABLE DES MATIÈRES

1/ Contexte	1
2/ Méthodologie	3
3/ Éléments de cadrage	4
> Population	4
> Enfants bénéficiaires de l’AEEH	4
> Scolarisation des enfants en situation de handicap.....	4
> Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé	5
> Établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap	6
> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique.....	6
> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie.....	7
4/ Principaux résultats de l’enquête auprès des CAMSP, CMPP, CMP	9
> Lieux d’implantation	9
> Profils des enfants accueillis	10
> Les conditions d’accueil et de bilan	13
> Les modalités de prise en charge.....	15
> Les sorties et les relais	18
> Les actions de prévention et de repérage précoce.....	19
> Les partenariats.....	19
> La place des familles	22
> Les territoires, l’accessibilité et la réponse aux besoins	22
> Les plateformes de coordination et d’orientation	23
5/ Synthèse et éléments de prospective	24
6/ Liste des tableaux	26

1/ CONTEXTE

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

Il s'agit notamment de :

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

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

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

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

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

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

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

Dans ce contexte, l'ARS confie au 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

> Population

Le département du Lot rassemble une population d'un peu plus de 173 300 habitants. C'est, après la Lozère et l'Ariège, le 3^e département d'Occitanie le moins peuplé. La densité de population y est faible : 33,2 habitants au km², nettement inférieure à la valeur régionale (79,9 hab./km²) ou de la France métropolitaine (118,5 hab./km²). Cela place le Lot au 9^e rang des départements d'Occitanie en termes de densité de population.

Les enfants âgés de moins de 21 ans sont au nombre de 34 620 (20,0 % de la population). Au cours de la dernière période quinquennale (2011-2016), la population des habitants du Lot âgés de moins de 21 ans a diminué de près de 2 000 individus, soit une décroissance de -1,1 % par an. Le Lot se situe ainsi en dernière position en Occitanie en termes d'évolution de la population des moins de 21 ans. Cette décroissance contraste avec la période quinquennale précédente (2007-2011) au cours de laquelle cette population avait cru de 260 individus (+0,1 %).

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

	0 à 6 ans	7 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Population totale
LOT	10 326	8 879	7 528	7 896	34 629	173 347

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

> Enfants bénéficiaires de l'AEEH

Plus de 1 244 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH dans le Lot, soit 3,0 enfant pour 100 jeunes de moins de 21 ans, taux inférieur à celui noté au niveau régional (2,2 %) mais supérieur au taux national (1,7 %). C'est le 6^e département d'Occitanie où le taux de bénéficiaires de l'AEEH est le plus élevé.

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

	0 à 5 ans		6 à 11 ans		12 à 15 ans		16 à 20 ans		Moins de 21 ans	
	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.
LOT	69	0,77	469	4,46	319	4,16	187	2,36	1 044	2,98

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

> Scolarisation des enfants en situation de handicap

À la rentrée scolaire de septembre 2018, 956 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire dans le Lot : 555 dans le 1^{er} degré et 401 en 2nd degré. À cela, s'ajoute 205 élèves scolarisés en établissement médico-social. Cela correspond à un ratio de 4,7 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire pour 1 élève scolarisé en établissement médico-social.

Au total, ce sont 1 161 enfants et adolescents en situation de handicap qui sont scolarisés dans le Lot. Cela représente 4,3 % des élèves du 1^{er} degré et 3,3 % 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 25 médecins spécialistes en psychiatrie² dans le Lot début 2019. Parmi eux, on relève que :

- deux sont pédopsychiatres : un ayant un exercice libéral ou mixte et l'autre un exercice salarié ;
- une minorité de psychiatres (moins d'un quart) a une activité libérale ou mixte ;
- la densité de pédopsychiatres (pour 100 000 habitants de moins de 18 ans) dans le Lot est supérieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (6,6 vs 5,4) alors que celle des psychiatres (pour 100 000 habitants tous âges) est inférieure (13,3 vs 21,6) ;
- au total, la densité en médecins spécialistes en psychiatrie est inférieure à la moyenne en Occitanie et en France métropolitaine et place le Lot à l'avant-dernier rang (devant l'Ariège) des treize départements d'Occitanie ayant la densité en médecins spécialistes en psychiatrie la plus basse.

Au cours des cinq dernières années, entre 2014 et 2019, le nombre de pédopsychiatres dans le Lot est resté stable alors qu'il baissait en Occitanie. Le nombre de psychiatres a diminué, passant de 27 à 23. Le nombre global de spécialistes en psychiatrie a ainsi régressé, la densité pour 100 000 habitants passant de 16,7 en 2014 à 14,4 en 2019.

On dénombrait huit pédiatres (dont la moitié à exercice libéral ou mixte) en 2019 dans le Lot, soit 29,9 pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans, densité nettement inférieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (57,4) ou la France métropolitaine (58,5). Le nombre de pédiatres en 2019 est cependant supérieur à ce qui était noté en 2014 : ils étaient alors sept (dont deux à exercice libéral).

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

LOT	Pédopsychiatre*			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	Total
Effectif	1	1	2	5	18	23	6	19	25
Densité	3,28	3,28	6,56	2,88	10,38	13,27	3,46	10,96	14,42

* pour 100 000 habitants de moins de 18 ans

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

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

- 62 orthophonistes sont dénombrés. Ils ont principalement un exercice libéral (ou mixte) : cela concerne 76 % d'entre eux. La densité des orthophonistes dans le Lot est inférieure à celle observée dans l'ensemble de l'Occitanie ou en France métropolitaine (35,8 orthophonistes pour 100 000 habitants *versus* 49,2 pour 100 000 en Occitanie et 39,6 en France métropolitaine). C'est le 5^e département d'Occitanie qui présente la densité d'orthophonistes la plus faible après l'Aude, la Lozère, le Gers et l'Aveyron ;
- plus de 170 psychologues sont dénombrés. Il s'agit surtout de professionnels salariés (55 %). La densité des psychologues dans le Lot (98,6 pour 100 000 habitants) est inférieure à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (115,4 pour 100 000) ou en France métropolitaine (106,0). C'est, après l'Aveyron, l'Aude, les Pyrénées-Orientales et le Tarn-et-Garonne, le 5^e département d'Occitanie présentant la plus faible densité de psychologues ;

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

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

- les ergothérapeutes sont au nombre de 29 dans le Lot. Dans plus de huit cas sur dix (83 %), ces ergothérapeutes sont salariés. Rapportée à la population du département, la densité d'ergothérapeutes dans le Lot est inférieure à celle observée sur l'ensemble de la région ou en France métropolitaine : 16,7 ergothérapeutes pour 100 000 habitants dans le Lot contre 21,4 pour 100 000 en Occitanie et 19,3 pour 100 000 en France métropolitaine. C'est, après le Tarn-et-Garonne, l'Ariège, la Haute-Garonne et le Tarn, le 5^e département d'Occitanie présentant la plus faible densité d'ergothérapeutes ;
- 40 psychomotriciens exercent dans le Lot. Un quart a un exercice libéral ou mixte. La densité en psychomotriciens (23,1 pour 100 000 habitants) est supérieure à celle observée en Occitanie (22,7 pour 100 000). Elle est de 20,6 pour 100 000 en France métropolitaine. Le Lot est le 7^e département d'Occitanie ayant la densité de psychomotriciens la plus forte.

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

LOT	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
Effectif	47	15	62	77	94	171	5	24	29	11	29	40
Densité	27,1	8,7	35,8	44,4	54,2	98,6	2,9	13,8	16,7	6,3	16,7	23,1

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

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

Onze établissements pour enfants handicapés sont implantés dans le Lot pour un total de 293 places : six instituts médico éducatifs (IME) pour 215 places, deux établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EAAP) pour 23 places, deux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour 40 places et un établissement expérimental de 15 places. Le taux d'équipement en établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap est de 8,6 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, supérieur à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (7,1 pour 1 000) et sur l'ensemble de la France métropolitaine (6,4 pour 1 000).

Sept SESSAD pour un total de 125 places sont implantés sur le département. Le taux d'équipement est de 3,6 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, supérieur au taux observé sur l'ensemble de la région (3,2 pour 1 000) ou en France métropolitaine (3,2 pour 1 000).

> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique

Un peu plus de 4 650 lotois bénéficient, fin 2017, d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, 195 ont moins de 20 ans.

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

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 42,9 %
- Retard mental 26,5 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte 7,9 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs 7,4 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels..... 7,4 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants 3,2 %

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

Lot	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	10	54	68	63	195
Taux standardisé	141,0	656,7	744,4	754,9	576,6

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

> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie

Plus de 760 séjours hospitaliers en psychiatrie correspondant à un total de près de 5 500 journées d'hospitalisation ont été enregistrés en 2018 pour des enfants de moins de 20 ans domiciliés dans le Lot. C'est parmi les 5-9 ans que le nombre de séjours d'hospitalisation rapporté à la population est le plus important et parmi les 0-4 ans qu'il est le plus faible. La moitié de ces séjours (50 %) correspondent à des hospitalisations à temps partiel, soit un niveau inférieur à ce qui est observé sur l'ensemble de l'Occitanie (68 %). Chez les 0-4 ans, toutes les hospitalisations sont à temps partiel. Au-delà de cet âge, c'est parmi les 5-9 ans que la proportion de journées en hospitalisation à temps partiel est la plus élevée et parmi les 15-19 ans qu'elle est la plus faible : respectivement 79 % et 10 %. Le taux standardisé de séjours hospitaliers en psychiatrie pour les lotois de moins de 20 ans est identique à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie mais supérieur à celui en France métropolitaine : 22,8 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans dans le Lot, 22,8 en Occitanie et 15,2 en France métropolitaine.

Les principaux motifs des séjours hospitaliers sont les suivants :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels..... 28,8 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA)..... 23,0 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 14,8 %
- Conditions socio-économiques et psycho-sociales 11,2 %
- Troubles névrotiques 7,7 %

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

LOT	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	58	334	225	146	763
Taux standardisé	8,2	39,7	24,2	17,0	22,8

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

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

LOT	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	325	2 384	1 235	1 501	5 444

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

Sur la même période, 15 500 séances en CMP pour enfants et adolescents et actes ambulatoires en services de psychiatrie (hors CATTP) ont été enregistrés pour des lotois de moins de 20 ans. C'est parmi les 5-9 ans que, rapportés à la population, ces actes sont les plus fréquents et parmi les 0-4 ans qu'ils le sont le moins. Le taux standardisé de ces actes observé dans le Lot (463,8 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est supérieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie (326,8 pour 1 000) ou la France métropolitaine (338,0 pour 1 000).

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

- Troubles du comportement et troubles émotionnels..... 28,9 %
- Conditions socio-économiques et psycho-sociales 24,7 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA)..... 15,3 %
- Troubles névrotiques 10,3 %
- Symptômes et signes relatifs à l'humeur, à l'apparence et au comportement 5,9 %
- *Manquant ou non précisé* 1,4 %

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

LOT	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	1 101	6 213	5 215	2 970	15 499
Taux standardisé	154,9	738,5	560,5	345,5	463,8

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



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

> Lieux d'implantation

Il existe un CAMSP à Figeac, géré par l'ARSEAA. Il a ouvert en 1994 et a une capacité autorisée de 15 places. Le CAMSP est intégré dans le pôle lotois de l'ARSEAA qui comprend un IME, un SESSAD, un ESAT et le CAMSP, tous implantés à Figeac et le service d'AEMO et AED couvrant le territoire départemental. Il existe également un CAMSP à Cahors de 30 places, géré par le Conseil départemental, avec un agrément déficience motrice, polyhandicap et retard psychomoteur. Ce CAMSP n'a pas été rencontré compte-tenu de l'agrément de la structure.

Un CMPP est implanté dans le Lot, géré par l'ALGEEI46, implanté depuis 1970 à Cahors avec un déploiement progressif de quatre antennes sur le département : Figeac en 1972, Puy-l'Évêque en 1973, Gourdon en 1974 et Bretenoux en 1976.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile du Lot dépend du Centre hospitalier Jean-Pierre Falret, géré par l'Institut Camille Miret. Les CMP pour enfants et adolescents⁴ sont organisés autour de quatre sites dans le Lot : un CMP avec un centre de consultations pour adolescents à Cahors, un CMP à Figeac, un autre à Souillac et un dernier à Saint-Céré avec une antenne à Gramat. Il existe de plus deux unités d'hospitalisation : l'unité Hôp'ti'môm pour les enfants atteints de troubles envahissants du développement de 4 à 16 ans et l'unité Elan'go pour les adolescents de 12 à 17 ans.

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs concernent 2 334 enfants et adolescents. Certains d'entre eux peuvent être en file active sur deux structures du fait de prise en charge conjointe ou de relais de prise en charge entre les deux structures au cours de l'année, sans qu'il soit possible de le quantifier. Rapporté à la population du département, cela correspond à un taux de 67,4 suivis pour 1 000 enfants de moins de 21 ans, supérieur à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (43,4 suivis pour 1 000) et plaçant le Lot au 3^e rang des départements de la région pour cet indicateur après la Lozère et l'Aveyron.

De plus, il faut noter que 190 adolescents de 16 à 20 ans sont suivis par les CMP pour adultes.

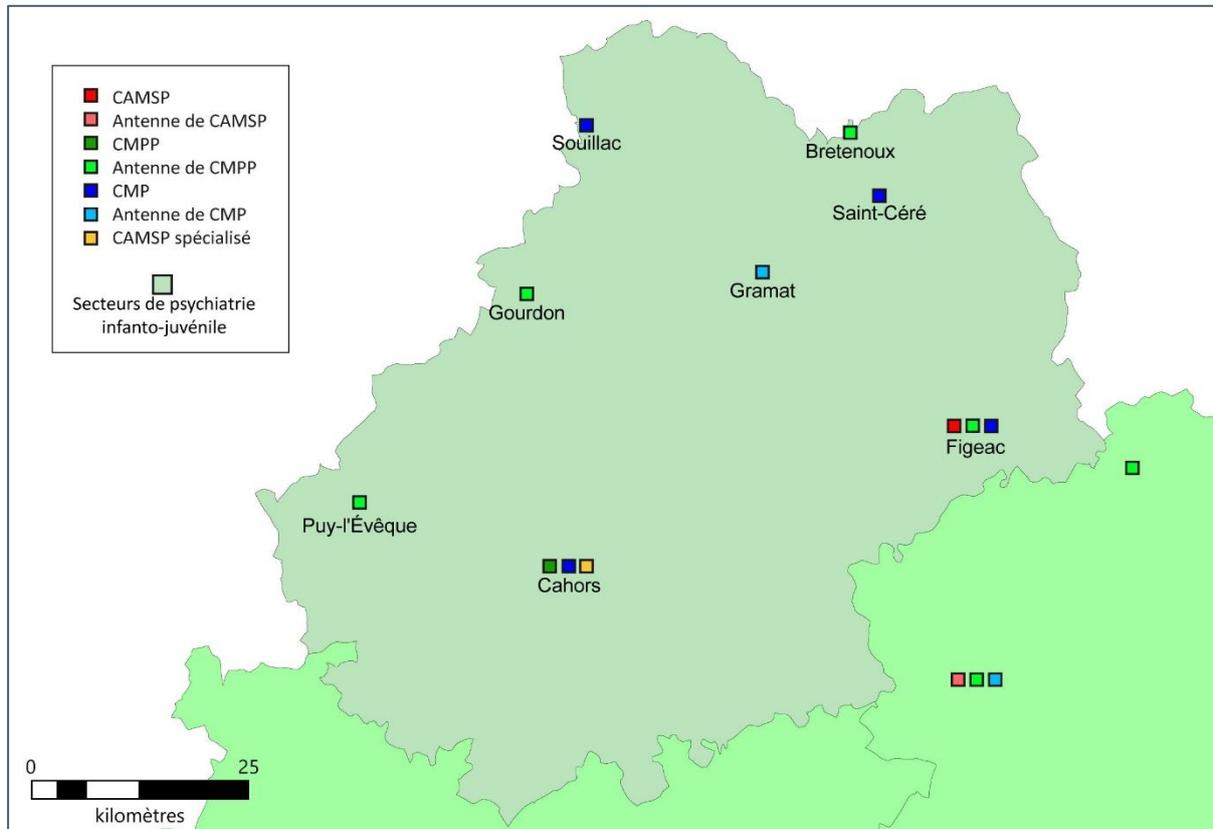
Tableau 9 - Lieux de consultation et file active en 2017

	Nombre de structures et de lieux de consultation	File Active
CAMSP	- 1 CAMSP à Figeac, ouvert 5j/semaine, 230 jours par an.	- 47 enfants
CMPP	- 1 CMPP à Cahors ouvert 5j/semaine, 197 jours par an, avec quatre antennes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Figeac ouverte 5 j/semaine, 197 jours par an ▪ Puy-l'Évêque ouverte 5 j/semaine, 197 jours par an ▪ Gourdon ouverte 4 j/semaine, 159 jours par an ▪ Bretenoux ouverte 5 j/semaine, 197 jours par an 	- 218 enfants à Cahors 158 à Figeac 145 à Puy-l'Évêque 105 à Gourdon 134 à Bretenoux Total : 760 enfants
CMP	- 1 CMP à Cahors et un centre d'accueil pour adolescents (CAA) - 1 CMP à Figeac - 1 CMP à Souillac - 1 CMP à Saint-Céré avec une antenne à Gramat	- 1 527 enfants

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

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

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



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

> Profils des enfants accueillis

Tableau 10 - Répartition par âge

Age des enfants suivis	
CAMSP	Moins de 2 ans : 20,8 %
	2 - 3 ans : 25,0 %
	4 - 6 ans : 54,2 %
	plus de 6 ans : -- %
CMPP	Moins de 6 ans : 4,2 %
	6 - 10 ans : 49,0 %
	11 - 15 ans : 45,8 %
	16 – 17 ans : 1,0 %
	18 ans ou plus : -- %
CMP enfants et adolescents	Moins de 6 ans : 17,3 %
	6 - 10 ans : 36,6 %
	11 - 15 ans : 34,4 %
	16 – 17 ans : 10,9 %
	18 ans ou plus : 0,9 %

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

Le CAMSP de Figeac

Les enfants accueillis sont majoritairement de sexe masculin. Un cinquième des enfants a moins de deux ans et près d'un sur deux a entre quatre et six ans. 16 % des enfants ont un antécédent de prématurité et près de 22 % ont des critères de vulnérabilité. Les deux tiers des enfants ont moins de deux ans à leur entrée au CAMSP.

Si on s'intéresse aux problématiques présentées par les enfants, on constate que les plus fréquentes portent sur un retard de langage et de la parole avant un retard global, un retard moteur ou des troubles du comportement ; un cinquième des enfants a un trouble du développement.

La plupart des enfants sont domiciliés dans un rayon de 30 mn de trajet autour du CAMSP. Un cinquième est domicilié dans un autre département de la région (Aveyron).

Une dizaine d'enfants ont un dossier MDPH ouvert pour des besoins d'AVS ou en raison de pathologies génétiques ou neurologiques.

Peu d'enfants sont en situation de précarité (2 ou 3 enfants). De même, peu d'enfants ont des mesures de type éducatif.

En 2019, le profil des enfants reste le même. Les enfants présentant de grosses difficultés de comportement sont orientés vers le CMP.

Le CMPP

La file active annuelle 2017 du CMPP est de 760 enfants.

La part des enfants âgés de 6 à 10 ans représente près de la moitié de la file active, les jeunes adolescents représentent une autre part importante de cette file active. Les enfants les plus jeunes et les adolescents les plus âgés sont moins représentés. La plupart des enfants suivis sont issus de milieux sociaux défavorisés ou sont dans des situations familiales compliquées (familles décomposées, recomposées ou parents en cours de séparation).

Les motifs de consultation au CMPP sont majoritairement liés aux apprentissages scolaires avec des retards d'apprentissages scolaires, avant les troubles du comportement et les difficultés d'ordre psychologique. Les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme ne sont pas orientés vers le CMPP.

Quelques enfants sont scolarisés en ULIS et une centaine d'enfants ont un dossier ouvert auprès de la MDPH.

La majorité (deux tiers) des enfants et jeunes suivis sont des garçons, « *même si la proportion tend à s'équilibrer à l'adolescence* ». Les profils des 6-11 ans présentent moins de difficultés que les moins de 6 ans. L'évolution du profil des 6-11 ans et des plus de 11 ans est plus stable que celui des moins de 6 ans. Le CMPP constate que : « *les troubles sont de plus en plus importants chez des enfants de plus en plus jeunes* ».

En 2019, il est noté que les enfants et jeunes suivis présentent pour :

- moitié des troubles de l'apprentissage : problèmes d'attention, troubles praxiques, quelques retards de langage...
- une autre moitié des difficultés comportementales, très rarement des troubles du comportement.

Les enfants de familles dans la précarité sont prioritaires. À Gourdon, ces situations sont nombreuses et complexes, la moitié des enfants suivis viennent en véhicule sanitaire léger (VSL). Le CMPP rencontre des difficultés pour mobiliser les parents en situation de précarité.

Les CMP

Le CMP est bien identifié comme porte d'entrée de la psychiatrie. Du fait de l'absence de CAMSP polyvalent sur Cahors, le CMP reçoit des enfants très petits et assure parfois des suivis anténataux.

Les enfants pris en charge sont majoritairement des garçons sauf au Centre d'accueil pour adolescents (CAA) où la proportion de filles est plus importante. Les moyennes d'âge sont aux alentours de 9 ans à l'antenne de Gramat, de 10 ans aux CMP de Cahors, Saint-Céré et Souillac, de 11 ans au CMP de Figeac et de 15 ans au CAA. D'une manière un peu globale, les troubles des conduites et des émotions concernent presque deux enfants sur trois. Le deuxième grand groupe de pathologies est représenté par les troubles du spectre autistique.

Les enfants de moins de 3 ans présentent le plus souvent des troubles du comportement ou des troubles des interactions. Les médecins constatent depuis environ deux ans, une augmentation du nombre d'enfants âgés de

2 à 3 ans présentant des troubles du comportement, des problèmes de langage et/ou des troubles du développement.

Chez les adolescents, les principales pathologies rencontrées sont les phobies scolaires avec des difficultés de séparation, des passages à l'acte avec des scarifications ou des tentatives de suicide. Il s'agit souvent d'enfants très déstructurés avec parfois des éléments persécutifs.

En 2019, le profil des enfants et jeunes varie en fonction de l'âge :

- les moins de 6 ans sont adressés le plus souvent pour un diagnostic face à des troubles du développement importants « *mais pas précis* », des difficultés dans la mise en place du développement, des angoisses mal contenues, des problèmes qui agissent sur le fonctionnement cognitif souvent repérés en milieu scolaire face à des difficultés de concentration. Leur fonctionnement social en est impacté : difficultés avec les autres, troubles massifs « *avec des comportements trop impulsifs* » ;
- les 6-11 ans : les profils se précisent avec des troubles de l'apprentissage, pour lesquels l'Éducation nationale est le principal adresseur, des troubles réactionnels dans des contextes familiaux difficiles, des difficultés relationnelles à l'école avec des enfants et jeunes qui se plaignent de harcèlement, des difficultés scolaires associées avec des troubles du comportement et, par période, des phobies scolaires, qui se déclarent à cet âge-là et peuvent se réactiver à l'adolescence ;
- les plus de 11 ans : profils variés avec des troubles émotionnels : état anxieux avec dépression, des troubles du comportement de plus en plus de type borderline, avec des passages à l'acte : automutilation, fugues... Peu de cas de psychose franche sont rapportés.

> Les conditions d'accueil et de bilan

Tableau 11 - Origine des interventions

2017	Médicale	Éducative	Sociale	Médicosociale	Directe	Autre
CAMSP	81,8 %	9,1 %	4,5 %	0,0 %	4,5 %	0,0 %
CMPP	13,3 %	55,5 %	5,5 %	5,5 %	19,7 %	0,5 %
CMP	Nd*	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd

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

Nd : Non disponible

Tableau 12 - Listes d'attente et délais

	Liste d'attente au 31 décembre	Délais d'attente moyens
CAMSP	- 2 enfants	- 50 jours pour un premier rendez-vous 42 jours entre le 1 ^{er} rendez-vous et la 1 ^{ère} intervention
CMPP	- 43 enfants	- 3 mois d'attente ou plus pour un 1 ^{er} rendez-vous : 3,7 % 3 mois ou plus entre 1 ^{er} RV et 1 ^{ère} intervention : 28,0 %
CMP	- nd	- Nd

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

Nd : Non disponible

Au CAMSP

Le CAMSP a beaucoup travaillé sur son recrutement et les indications de prise en charge. La structure réoriente une partie des demandes dès le 1^{er} appel téléphonique. Ainsi, les enfants avec des troubles du comportement et des besoins éducatifs sont réorientés vers le CMP, ceux avec des difficultés d'apprentissages vers le CMPP, ceux qui ont un besoin de prise en charge unique (type trouble du langage) sont adressés au secteur libéral, à l'exception des besoins en psychomotricité. Un critère d'âge est également appliqué : un enfant qui présente un retard global de développement à 4 ans ½ est réorienté vers le CMP. Enfin, il existe un critère géographique : les enfants habitant à plus de 40 minutes de trajet sont adressés vers les structures plus proches de leur domicile (ex : les enfants habitant au-delà de Capdenac dans l'Aveyron sont pris en charge par l'antenne du CAMSP de Rodez à Villefranche de Rouergue).

En ce qui concerne la procédure d'accueil, lors de la réception de l'appel téléphonique, la secrétaire prend des informations qui sont présentées en réunion d'équipe avec le médecin. Un rendez-vous d'accueil est proposé, il s'agit d'une consultation conjointe pédiatre et psychologue. Un après-midi par mois est consacré à ces entretiens d'accueil (3 à 4 enfants). Au terme de cette consultation, un bilan est proposé à l'enfant.

Le délai d'attente entre la demande et le rendez-vous d'accueil est de l'ordre d'un à deux mois.

Le bilan peut s'étendre sur une durée assez longue selon la disponibilité des professionnels, mais cela permet de débiter les accompagnements. Une fois le bilan terminé, après une réunion de synthèse, une restitution est organisée avec la famille, avec une proposition de prise en charge. Un document individuel de prise en charge (DIPC) est signé avec les parents, en général, c'est le professionnel le plus impliqué dans la prise en charge de l'enfant qui s'en charge.

22 enfants sont entrés au CAMSP en 2017.

Les enfants sont principalement adressés par le secteur médical : 41 % par les médecins et paramédicaux libéraux, 27 % par les services hospitaliers, 14 % par la PMI. Le secteur éducatif (Éducation nationale et crèches) adresse environ 14 % des enfants. Les parents, eux, sont à l'origine de 5 % des recours au CAMSP.

Il existe peu de situations qui arrivent trop tardivement au CAMSP. Les enfants avec des retards de développement sont bien repérés par la PMI, les pédiatres et les médecins généralistes libéraux.

Quelques enfants, suivis en libéral par le pédiatre du CAMSP, sont en attente d'une prise en charge pluriprofessionnelle au CAMSP.

En 2019, les constats sur les conditions d'accueil et de bilan restent les mêmes. Les professionnels indiquent que l'enfant adressé à l'âge de 5 ans sera réorienté avec une aide apportée aux parents dans ses démarches de recherche d'une prise en charge hors CAMSP.

Au CMPP.

L'enfant est reçu en première intention par le médecin qui réalise une évaluation globale de sa situation à l'école, à la maison, de ses apprentissages et de ses capacités opératoires. Sur cette base, le médecin prescrit un bilan complémentaire (orthophonie, psychomotricité, psychologique, scolaire...). À la fin du bilan, la situation est présentée en synthèse afin de définir un projet de soins.

Il se passe environ 3 mois entre la demande et le début du bilan. Il peut s'écouler 6 mois entre la demande de bilan du médecin et le diagnostic établi à l'issue de la synthèse, en particulier à Cahors et Figeac. Les soins sont ensuite plus ou moins longs à se mettre en place, selon le site et la discipline concernée, notamment en psychomotricité où le délai peut atteindre 9 mois. Le médecin peut être amené à réaliser des consultations d'attente dans l'intervalle.

64 % des enfants accueillis sont adressés par le secteur scolaire (enseignants ou RASED).

En 2019, le médecin psychiatre reçoit l'enfant en première intention, à deux reprises, dans le but de bien cibler et analyser la problématique présentée par l'enfant. Ensuite, des bilans pluriprofessionnels seront effectués pour déterminer les modalités de prise en charge.

Au CMP

Certaines demandes sont réorientées en amont du premier entretien : les demandes de parents concernant un avis psychologique à la suite d'une séparation parentale sont adressées vers le secteur libéral. Concernant les demandes portées sur les difficultés scolaires, une évaluation est réalisée pour identifier une éventuelle problématique sous-jacente avant une réorientation vers le CMPP.

À Saint-Céré et Souillac, du fait de l'absence de psychiatre en libéral et du non-remboursement des consultations des psychologues et psychomotriciens libéraux, toutes les demandes sont évaluées au CMP avant une éventuelle réorientation. Il n'existe pas non plus d'orientation des troubles de l'apprentissage isolés vers le CMPP, compte-tenu du délai d'attente du CMPP.

Chaque CMP a sa propre organisation. Dans les CMP hors Cahors, le médecin du CMP analyse les demandes et les oriente vers les professionnels en fonction des besoins pressentis. Le premier entretien est en général réalisé par un psychologue ou une infirmière.

À la suite du premier entretien, la situation est présentée en équipe (cadre de santé, médecin, psychologue et personne ayant accueilli) et la décision de mettre en place ou non des soins est prise. Le médecin ne voit plus systématiquement toutes les situations. Un projet de soins est mis en place et présenté aux parents par un professionnel référent.

Sur Cahors, compte-tenu du manque de temps médical, le fonctionnement du CMP repose sur une délégation importante des tâches et les infirmières et psychologues sont en première ligne. Ce sont eux qui analysent les premières demandes et reçoivent les patients. Le médecin n'est informé que des situations problématiques ou des situations nécessitant une prescription médicale (ex : médicaments, groupe, rééducation orthophonique). Il existe des temps de supervision par groupe, des réunions de synthèse et des réunions cliniques afin de réguler le dispositif et d'apporter un soutien aux professionnels.

Le délai entre la demande et le 1^{er} rendez-vous est d'environ 15 jours. Il est souvent plus long en fin d'année civile, du fait des difficultés scolaires relevées en fin de premier trimestre.

En ce qui concerne les urgences, les professionnels s'organisent pour recevoir les enfants rapidement, entre 24/48h et une semaine.

Les enfants sont adressés principalement par l'école. Pour les adolescents, les parents sont en général à l'origine de la demande. La pédiatrie et la maternité peuvent adresser quelques enfants sur le CMP de Cahors.

Les CAMSP et autres structures partenaires (IME, MECS...) peuvent aussi être à l'origine des demandes.

Il existe une liste d'attente sur Gramat et Figeac. À Cahors, des listes d'attente existent pour les suivis des différents professionnels du CMP (rééducateurs, psychologues...), pour les différents bilans (orthophonie, psychomotricité, neuropsych...), pour les groupes (d'observation...) et pour le CATTP et l'hôpital de jour.

En 2019, les délais d'accueil, de bilan et de prise en charge varient en fonction des sites et dépendent de plusieurs facteurs : le nombre de demandes, la taille et la composition de l'équipe. Néanmoins, chaque site libère des créneaux de consultation en cas d'urgence. Le délai pour le premier rendez-vous est qualifié de « *raisonnable* ». Les modalités de consultation tendent à être harmonisées entre le site de Souillac et celui de Cahors. Les médecins rencontrent des difficultés car « *partagés entre plusieurs sites, sollicités par les urgences, par la pédopsychiatrie* », ce qui entraîne que « *beaucoup de choses sont demandées aux infirmier(ières)* » et pose la question de leur montée en compétences et de leur formation.

> Les modalités de prise en charge

Au CAMSP

La psychologue assure des suivis plus espacés (tous les 15 jours) et réalise des accompagnements parentaux, cela lui donne plus de souplesse pour accueillir les enfants rapidement en bilan et ensuite en prise en charge. La psychomotricienne a des créneaux de prise en charge en début d'année, mais ensuite les délais s'allongent.

L'orthophoniste a les délais les plus longs. En libéral, il faut 6 à 8 mois d'attente avant d'avoir une prise en charge en orthophonie.

Le CAMSP propose des séances individuelles avec les professionnels et des séances de groupe animées par deux professionnels (dont les puéricultrices de la PMI) avec deux ou trois enfants. Il existe des groupes pour les troubles autistiques, pour les trisomiques, les prématurés, les retards de développement sans diagnostic, les problèmes organiques. La psychologue anime aussi un groupe de parents.

Une réunion de synthèse a lieu une fois par semaine. Ce temps d'échange permet d'analyser les demandes, de faire les retours de bilans et de réévaluer les situations des enfants pris en charge. Ainsi, le dossier d'un enfant est discuté en équipe deux fois par trimestre en général.

La majorité des enfants a deux prises en charge par semaine, et quelques-uns ont trois prises en charge par semaine. Un tiers des enfants a une prise en charge par semaine au CAMSP, mais dans près de la moitié des cas, ces enfants ont également une prise en charge en libéral.

Le CAMSP n'a pas les moyens d'assurer plus d'une séance par semaine par professionnel pour un même enfant, d'où des difficultés pour répondre aux besoins de certains enfants avec des prises en charge très lourdes.

Il n'y a pas d'éducateur dans l'équipe pluridisciplinaire, cette compétence manque beaucoup dans les prises en charge lourdes. Un temps d'assistante sociale serait utile aussi ; actuellement, c'est la secrétaire qui assure le suivi administratif des dossiers.

Les troubles du spectre de l'autisme

La prise en charge dépend du niveau de l'enfant. Le CAMSP propose des séances individuelles et une séance de groupe animée par la psychomotricienne ou l'orthophoniste pour travailler autour des interactions avec deux ou trois enfants. Les professionnels ont été formés à la réalisation des ADOS.

Les enfants avec des gros troubles autistiques, ou qui nécessitent plus de 3 prises en charge par semaine, sont réorientés très tôt, soit vers l'hôpital de jour, soit vers les IME. Les enfants qui peuvent être gardés au CAMSP jusqu'à 6 ans sont plutôt orientés vers l'IME de Fons. Ceux pour qui les possibilités de prise en charge du CAMSP sont dépassées vont vers l'IME de Cransac (dans l'Aveyron) qui a un agrément pour les enfants plus jeunes. Le CAMSP réalise un accompagnement familial important pour certaines familles, notamment autour du « cheminement » avant l'annonce diagnostique.

Le CAMSP avait conventionné avec l'équipe diagnostic de proximité associée au CRA de l'Aveyron, pour mettre à disposition ses locaux, afin que des dépistages puissent être réalisés à Figeac pour les enfants du territoire. Environ cinq ou six dépistages par an étaient réalisés pour les enfants en âge d'être au CAMSP. Cette convention s'est arrêtée car cela demandait trop de temps de mobilisation du personnel du CAMSP compte-tenu de leur temps de travail. La directrice souhaiterait réactiver ces liens.

Les troubles des apprentissages

Les enfants avec des troubles des apprentissages ne sont pas vus au CAMSP mais réorientés dès la 1^{ère} demande vers le CMPP.

En 2019, un changement est à noter au niveau de l'équipe avec le recrutement d'un mi-temps d'éducateur(trice) qui répond au manque constaté en 2015 et enrichit les modalités de prise en charge. Le temps d'orthophoniste salarié a également été augmenté, il peut être complété par des conventionnements avec les orthophonistes en libéral.

Au CMPP

Un certain nombre de situations ne sont pas prises en charge au CMPP après une évaluation médicale :

- les enfants avec des troubles envahissants du développement et les troubles psychiatriques avérés car le CMPP n'est pas « outillé » pour les prendre en charge,
- les troubles ayant une dimension réactionnelle (« enfants rois », petite hyperactivité) quand les parents sont à l'écoute et en mesure de prendre en charge financièrement des soins en libéral.

Les enfants ont en général deux prises en charge par semaine (psychologue et orthophonie) au minimum. Depuis peu, un professionnel référent est désigné pour chaque situation, mais cette organisation a du mal à se mettre en place au quotidien.

Le CMPP développe l'utilisation de la pratique en groupe afin de tenter de réduire ses listes d'attente. De plus, cela génère des interactions entre pairs, constructives pour certains patients. Il existe ainsi des groupes orientés sur les apprentissages (mathématiques, écriture) ou autour de médiations (contes, peinture-terre, etc.).

Pour les enfants présentant des TDAH, le médecin du CMPP travaille en collaboration avec le service de neuropédiatrie de Rodez. Mais la pertinence de ce syndrome est encore en discussion au sein des professionnels. Sur le site de Cahors, il existe un dispositif « troubles des apprentissages » destiné aux enfants ayant des troubles fortement pénalisants. Le CMPP positionne ce dispositif comme un intermédiaire entre une prise en charge CMPP classique et un SESSAD, car une partie des soins a lieu directement sur le lieu de scolarisation de l'enfant ou à proximité.

Il serait souhaitable, pour le médecin, d'avoir des professionnels formés à différentes approches théoriques afin de pouvoir proposer une offre de soins diversifiée aux enfants, à adapter en fonction de leurs besoins. Le CMPP à l'origine appuie son action sur un support analytique, qui s'est complété par une approche neuropsychologique et une approche systémique. D'autres modes d'investigation et de réponse sont envisagés pour compléter son action (formation, recrutement...).

Le dispositif « trouble des apprentissages » expérimenté à Cahors est en phase de développement sur les autres sites.

En 2019, il est précisé que le changement de l'équipe dirigeante de l'association a apporté des évolutions, notamment par « *le recrutement de neuropsychologues, pas uniquement pour effectuer des bilans, mais aussi pour diversifier l'offre thérapeutique dans les modalités de prise en charge* ».

Aux CMP

Les enfants qui nécessitent une rééducation pure en orthophonie sont réorientés vers le libéral, ce n'est pas systématique pour la psychomotricité. Tous les enfants ont un projet de soins revu annuellement et un référent. Les CMP proposent des prises en charge individuelles (infirmières, éducatives ou psychologiques) et des prises en charge groupales autour de médiations variées ou structurées selon les cas. Les médecins voient régulièrement les familles des situations complexes, mais le travail avec les parents n'est pas réservé aux médecins ; psychologues ou référents y participent également. Quelques visites à domicile peuvent être réalisées.

Il existe des psychologues avec des approches théoriques différentes, ce qui permet d'orienter les enfants en fonction des besoins.

Pour les enfants présentant des troubles envahissants du développement, le service assure une prise en charge globale des enfants, très structurée et en lien avec l'environnement. Tous les professionnels sont formés au PECS. La plupart de ces enfants sont non communicants ou mal communicants et sont pris en charge majoritairement en hôpital de jour.

Le centre d'accueil pour adolescents a mis en place des groupes d'entraînement aux habiletés sociales, des groupes coopératifs et des groupes à médiation.

Les relations sont compliquées avec l'association de parents d'enfants porteurs d'autisme (CRI46) et avec le SESSAD spécialisé de Martel géré par le CERESA.

En 2019, les modalités de prise en charge restent les mêmes. La mise en place de groupes parents est en réflexion. La plupart des prises en charge sont pluridisciplinaires, mais il n'y a pas de position stricte sur le fait de ne pas faire de « *mono prise en charge* », car, selon les sites, les délais pour un suivi en libéral sont trop longs ; c'est le cas à Souillac. La fréquence des prises en charge reste hebdomadaire pour les suivis en individuel. Pour les consultations, les fréquences sont très variables et dépendent des besoins de l'enfant et des objectifs de la prise en charge. Il peut également y avoir des consultations en attendant une prise en charge thérapeutique ou rééducative.

> Les sorties et les relais

Au CAMSP

Pour les enfants qui nécessitent une prise en charge au-delà de l'âge de 6 ans, le CAMSP commence à préparer les orientations près de 18 mois avant la sortie « théorique » de l'enfant, notamment pour les CMP et CMPP.

26 enfants ont quitté le CAMSP en 2017, dont 13 à l'issue du bilan.

La durée moyenne de prise en charge est de 530 jours (un peu moins de 18 mois).

Des problématiques de sortie existent qui nécessitent une préparation très en amont de l'orientation.

Les fins de prise en charge sont décidées en réunion de synthèse. Plusieurs situations se présentent :

- quand l'enfant a atteint l'âge limite et que l'équipe pressent qu'une prise en charge sera nécessaire après 6 ans, l'orientation est préparée en cours de 5^e année ;
- les enfants avec des pathologies lourdes pouvant être réorientés avant l'âge limite ;
- les enfants ne nécessitant plus de prise en charge.

En 2019, toujours confronté au délai d'attente des structures en aval, le CAMSP continue à anticiper les sorties. Par ailleurs, les professionnels peuvent, le cas échéant, quand l'enfant n'est pas orienté vers une autre structure, proposer aux parents de maintenir une surveillance de l'enfant et un lien avec eux. La limite d'âge est respectée avec un arrêt de la prise en charge prononcé aux 6 ans de l'enfant.

Au CMPP

Il est souvent difficile d'arrêter une prise en charge car cela suppose d'avoir fixé des objectifs précis au début : « *comment définit-on que l'enfant va mieux ?* ». Les situations sont examinées régulièrement en synthèse, mais cela n'est pas suffisant pour prendre une décision de fin de prise en charge. Bien souvent, les soins s'arrêtent à la demande de la famille ou quand les professionnels « *sont épuisés* ».

En 2019, le CMPP continue de s'interroger sur la durée des prises en charge, particulièrement pour « *les enfants suivis de façon prolongée* ». L'objectif est de réduire cette durée et de prévoir des prises en charge de 2 ans maximum. Pour ce faire, comme il était précisé en 2015, il s'agira de fixer des objectifs de prises en charge précis en début de suivi.

Au CMP

À l'issue d'une prise en charge en CMP, peu d'enfants sont orientés vers le secteur médicosocial. Aucun enfant n'est pris en charge à temps plein en psychiatrie, les soins sont toujours complémentaires à une autre structure (école, ESMS, MECS) ou à la famille. En hôpital de jour, la prise en charge ne peut excéder 3 demi-journées par semaine à Cahors.

Le passage à l'âge adulte est une étape parfois difficile car les prises en charge sont différentes ; la pédopsychiatrie travaillant beaucoup en lien avec les familles et l'environnement, alors qu'une fois que les jeunes sont majeurs, le travail avec la famille n'est plus autant au centre de la prise en charge.

En 2019, les sorties des enfants et jeunes sont dues :

- majoritairement à une amélioration du comportement de l'enfant ou du jeune,
- à une orientation vers une autre structure,
- à l'envie d'arrêter car « *ras le bol, c'est un grand classique au moment de l'adolescence* » ponctué par « *je ne veux plus venir je ne suis pas fou* »,
- à un déménagement,
- à la demande de la famille car « *la prise en charge interfère trop avec le scolaire* »,
- parfois au fait « *que l'on n'a pas l'impression que les parents se saisissent de la prise en charge* » ; dans ce cas le CMP propose l'arrêt des soins,
- à l'absentéisme, qui est assez important.

Le pédopsychiatre explique qu'il est difficile d'arrêter la prise en charge pour absentéisme ou manque d'implication. La décision est complexe. L'arrêt peut permettre de mettre des limites. S'adapter pose la question : « *Est-ce que j'entretiens la difficulté ou je me sur adapte ?* ».

La pratique de la visite à domicile (VAD) est en réflexion, mais sa mise en œuvre paraît difficile à cause des distances : « *Tout est un peu loin, pour un acte à domicile, il faut compter une demi-journée avec le déplacement* ». Mais il y a des exceptions voire des urgences ; c'est le cas « *d'un jeune incapable de sortir de chez lui, car présentant une phobie scolaire et sociale. Après les VAD, il vient maintenant au CMP* ». La VAD peut être également nécessaire pour observer l'enfant dans son milieu. L'hôpital de jour pratique plus la VAD car il a « *des moyens et un comptage différents du CMP* ».

Les relais après les sorties en ESMS ne sont pas toujours évidents : « *il est difficile d'avoir les professionnels des ESMS au téléphone* ».

> Les actions de prévention et de repérage précoce

Le CMPP a mis en place une action pérenne sur Puy-l'Évêque avec le dispositif petite enfance et une convention avec une crèche, à laquelle il faut associer des actions ponctuelles : cinq interventions (psychologue et psychomotricienne) sur une crèche – quatre interventions (psychomotricienne et enseignante spécialisée) en école maternelle.

Pour la pédopsychiatrie, des actions seraient à mettre en place autour de la prévention : reprendre le travail de liaison à la maternité, développer le lien avec les écoles, développer la prévention pour les adolescents, mais le service manque de moyens.

> Les partenariats

Avec le secteur médical

Pour le CAMSP

Avec la PMI, des puéricultrices de la PMI sont mises à disposition au CAMSP depuis peu. Le cadre de leurs interventions a été défini : participation aux groupes en binôme avec un autre professionnel, participation aux synthèses, intervention au domicile des familles qui le souhaitent pour réaliser un étayage familial.

Le lien avec la pédiatrie se fait facilement du fait de l'installation en libéral du pédiatre.

Avec la pédopsychiatrie, les liens se font bien avec les professionnels sur le secteur de Figeac car les personnes se connaissent et qu'il existe une relation de confiance.

Pour le CMPP

Le CMPP participe depuis 2012 à l'équipe bi départementale de proximité 46-82 associée au CRA en mettant à disposition du personnel (psychomotricienne) pour la réalisation des bilans diagnostic autisme.

Il n'existe quasiment aucun contact avec la pédopsychiatrie.

Pour le CMP

Deux réunions institutionnelles par an se tiennent avec la PMI, le CMS, la MDPH, le RASED, le médicosocial et les CMP de Saint-Céré, de Souillac et de Figeac. À Cahors, les échanges se font de manière formelle ou informelle.

À Cahors, un staff périnatal est organisé entre la PMI et la maternité auquel la pédopsychiatrie ne participe plus depuis qu'elle a arrêté son activité de psychiatrie de liaison à la maternité faute de moyens médicaux.

Avec le médicosocial

Pour le CAMSP

Pour les enfants ayant des problèmes moteurs, le CAMSP travaille avec le Centre Paul Dottin à Toulouse, qui peut aussi réaliser des bilans d'ergothérapie.

Pour le CMP

Il y a une dizaine d'années, des réunions afin de définir le champ de compétence des CMP et CMPP avaient débuté. Depuis, il n'existe pas de réelles relations ou de travail en commun en dehors de relais autour de situations individuelles.

Avec le CAMSP de Cahors, il n'existe pas de réel partenariat du fait du champ de compétence du CAMSP.

Le secteur de pédopsychiatrie a peu de liens avec les IME ou l'ITEP du territoire à part l'IME Génuyer.

Avec la MDPH

Du fait de l'absence de médecin à la MDPH, le médecin conseiller technique de l'Éducation nationale siège à toutes les équipes pluridisciplinaires de la MDPH et peut donner un avis médical sur les dossiers. Environ 15 dossiers par semaine concernent des troubles des apprentissages. Depuis 2015, les équipes mettent en place de manière réglementaire un Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) avant un Projet personnalisé de scolarisation (PPS) et les réponses positives aux demandes d'aide humaine vont diminuer. Il y a environ deux à trois dossiers examinés par semaine pour des enfants avec des troubles envahissants du développement.

Il existe des échanges entre les équipes du CAMSP et de la MDPH. Le Pôle lotois de l'ARSEEA a mis à disposition trois personnes afin de participer à l'équipe technique de la MDPH.

Avec le secteur social

Pour le CAMSP

Il existe une réflexion avec le Conseil Départemental autour de la création d'un poste d'assistante sociale dédiée aux deux CAMSP afin d'avoir un interlocuteur identifié pour les familles pour constituer les dossiers d'ouverture de droits des enfants.

Le Pôle lotois, du fait de sa mission de service d'Action éducative en milieu ouvert (AEMO) et d'Aide éducative à domicile (AED), est porteur de toutes les mesures éducatives du département.

Pour le CMP

Il existe un très bon partenariat avec l'ASE. Les services du Conseil Départemental organisent des Commissions d'étude et d'intervention (CEI) où sont invités tous les partenaires. Pour les situations compliquées qui nécessitent des « montages » dans la prise en charge, il existe des CEI spécialisées où les acteurs sont invités (y compris le niveau décisionnel). La pédopsychiatrie est présente dans ces réunions. De même, le référent ASE est invité aux synthèses de pédopsychiatrie.

Avec l'Éducation nationale

Pour le CAMSP

Un travail avec l'Éducation nationale est fait en amont de la scolarisation des enfants avec des échanges avec l'enseignant référent. Le CAMSP peut être amené à participer à des équipes de suivi de scolarisation en amont d'un suivi au CAMSP, si l'enseignant référent a travaillé avec la famille sur une éventuelle prise en charge au CAMSP.

Pour le CMPP

Le CMPP travaille très en lien avec l'école et la santé scolaire. Il a élaboré un document de présentation des troubles de l'apprentissage, labellisé par la médecine scolaire, que des praticiens du CMPP utilisent comme support dans des actions de formation destinées au public enseignant (actions inscrites pour partie dans le plan de formation de la direction départementale des services de l'Éducation nationale du Lot) ; des interventions communes (enseignant spécialisé du CMPP et médecin scolaire du secteur) sont réalisées dans les écoles. Les équipes du CMPP participent aux équipes éducatives et aux équipes de suivi de scolarisation.

Pour le CMP

Sur le site de Cahors, un professionnel du CMP a été désigné « référent » pour les écoles. Il est connu des partenaires et est chargé d'organiser la participation du CMP aux équipes éducatives.

Sur les sites de Saint-Céré, Souillac, Figeac, les réunions Éducation nationale et CMP sont formalisées.

Autres

Il existe dans le Lot le « Groupe 46 » qui réunit le pôle enfance du Conseil Départemental, les directeurs des établissements sociaux et médicosociaux, l'Aide éducative en milieu ouvert, l'ARS, la justice et la pédopsychiatrie. Ce groupe a permis aux différents acteurs de se rencontrer, de se connaître et d'améliorer leur travail en commun.

Une équipe mobile multi partenariale pour les adolescents en grande difficulté s'est mise en place récemment, sur un financement multi-partenarial, qui devrait renforcer le lien entre les acteurs.

Un centre de compétence pour les troubles spécifiques des apprentissages va se mettre en place prochainement à Cahors, les diagnostics sont déjà réalisés par le service de pédiatrie. Une soixantaine de dossiers sont déjà en attente. L'Éducation nationale a été associée à sa mise en place. Un protocole commun d'aiguillage et de prise en charge a été mis en place. Le rectorat a organisé une réunion des partenaires de l'académie pour informer sur les outils du PAP, PAI et PPS. La démarche a été très bien reprise dans le département pour mettre en œuvre des PAP. Le médecin scolaire est en première ligne, à la fois pour le repérage des troubles et pour la mise en place des moyens de remédiation pédagogiques pour les enfants.

En 2019

Le CAMSP confirme la dynamique partenariale qui est favorisée par le fait que « Figeac est une petite ville ». Il continue d'inviter les professionnels libéraux aux réunions de synthèse des enfants.

Le CMPP poursuit le partenariat existant en 2015.

Le CMP continue à travailler avec les acteurs du territoire. Il essaie de renforcer le partenariat avec la médecine hospitalière en pédiatrie, périnatalité, psychiatrie de liaison et avec les structures du secteur de la petite enfance. Le CMP travaille à un nouveau partenariat avec la Maison des adolescents.

Le partenariat avec les ESMS est freiné par l'attente importante pour l'admission des enfants ou jeunes. Les prises en charge en commun sont compliquées au regard des distances géographiques. Le département n'est pas doté des mêmes types de structures partout ; par exemple, dans le Nord du Lot, il n'y a pas de SESSAD. Il y a une volonté de travailler en partenariat : « *Devant la complexité des situations, on ne peut pas travailler tout seul* ».

Est relevé le problème de la double prise en charge concernant les séances d'orthophonie en libéral qui amènent des parents d'enfants ayant une prise en charge orthophonique en libéral, à devoir, soit l'arrêter pour l'entrée au CMP, soit refuser le CMP.

> La place des familles

Au CAMSP

Le psychologue est à la disposition des parents quand ils sont en souffrance ou en difficultés avec leurs enfants. Le médecin essaie de voir les familles une fois par an, mais étant installée en libéral, elle suit beaucoup de familles à son cabinet.

Les professionnels font le lien avec les familles lors des prises en charge de l'enfant, avant ou après la séance. Quand il y a des prises en charge taxi pour les enfants, le CAMSP demande que les parents viennent une fois par mois, afin de rencontrer les professionnels.

En 2019, le CAMSP fait le constat que des groupes de paroles ont été proposés mais que les parents ne venaient pas : « *On est à la campagne avec des problèmes de déplacements* ». Des goûters familles sont organisés 3 fois par an ; une bibliothèque, accessible aux familles, se met en place. Afin de prendre en compte les contraintes professionnelles des parents, les professionnels se rendent disponibles pour des rendez-vous en fin de journée.

Au CMPP

Le CMPP a le projet, en partenariat avec l'école, de proposer des groupes de psychoéducation aux familles, sur le mode Barkley, à Figeac et à Gourdon. Le CMPP s'inscrit dans une démarche proactive dans le partenariat avec les parents en termes d'information et de soutien.

En 2019, les professionnels du CMPP continuent à se rendre disponibles pour les familles, ils sont attentifs à employer « *un discours audible, compréhensible pour les familles* ». Ils reconnaissent le savoir expérimentiel des parents et les considèrent comme « *les pilotes du soin* ».

En 2019, le CMP poursuit sa démarche de soutien aux parents dans le cadre de la guidance parentale.

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

Le CAMSP

Le CAMSP répond à un besoin local. Sa force est d'être une structure polyvalente. Globalement, sur le bassin de Figeac, il existe un bon réseau de structures : CAMSP, CMP et CMPP, mais il manque des moyens afin de faire face à la demande. Le réseau est performant mais saturé. Le relationnel entre les professionnels des différentes institutions permet d'éviter que le système soit trop bloqué.

Pour la prise en charge des tout-petits, malgré le faible nombre de structures de prises en charge, il n'y a pas trop d'attente.

Ce qui est compliqué, ce sont plus des difficultés d'organisation liées au faible temps de travail des professionnels. Les locaux sont très bien adaptés.

Le CAMSP est confronté à de nouveaux besoins. Beaucoup de demandes concernent des demandes de type éducatif ou pour des enfants qui ont des pathologies lourdes afin de soutenir les parents qui sont très démunis et ont besoin de soutien éducatif. Actuellement, cet accompagnement éducatif est effectué par la psychologue. Dans le Lot, les domaines d'intervention de chacun sont connus. Les promoteurs sont bien repérés et les professionnels savent à qui faire appel en fonction des besoins des enfants. Il existe beaucoup de liens directs et les parcours restent assez fluides.

En 2019, le CAMSP rappelle les difficultés de places dans les structures en aval, « *On sait où orienter, mais il n'y a pas de place. Tout existe, mais il faudrait augmenter les capacités d'accueil* ».

Le CMPP apporte une vraie réponse aux populations les plus défavorisées.

Il serait nécessaire de pouvoir fédérer les acteurs autour des prises en charge des enfants, en tenant compte de l'avancée des connaissances et des recommandations des bonnes pratiques.

En 2019, le CMPP fait ressortir les difficultés d'accès aux soins orthophoniques.

Pour le CMP, Le département du Lot est un territoire où très peu de professionnels libéraux sont installés, d'où une sollicitation du secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour des demandes qui pourraient relever du libéral. Compte-tenu des moyens, le secteur doit se recentrer sur la psychiatrie et non la santé mentale, mais les professionnels sont inquiets de ce virage car la prévention permet de limiter une évolution vers une pathologie mentale.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile va être confronté à une diminution de son temps médical (départ d'un médecin sur Cahors pour lequel aucun remplaçant n'est trouvé à ce jour) et va devoir se réorganiser pour répondre aux demandes. Une réflexion doit s'engager autour des situations à prioriser, et de la présence des CMP sur le territoire.

Une Maison des adolescents va être créée prochainement. Une réflexion est en cours sur le montage du projet et son portage.

En 2019, le CMP souligne les difficultés d'accès à la prise en charge en orthophonie et le problème de disponibilité des médecins devant les multiples sollicitations. « *Il serait nécessaire de faire évoluer les compétences pour mieux répondre à l'évolution des profils des patients, mais sur quel temps ? C'est chronophage* ».

Pour le CMP, le grand changement c'est le passage d'un intersecteur à la création de deux pôles. « *Le bassin de vie ne change pas, mais c'est un changement d'organisation* ». Des projets plus cliniques sont en réflexion par rapport aux enfants ou jeunes atteints de TSA, aux « *incasables* », à la période périnatale et à celle de l'adolescence.

> Les plateformes de coordination et d'orientation

Pour le CMPP, seul le médecin psychiatre a participé à l'entretien ; il n'a pas exprimé de point de vue sur ce sujet, précisant qu'il était « dans le domaine du médical ».

Le CMP a répondu à l'appel à manifestation d'intérêt. Il se propose comme structure porteuse de la plateforme en collaboration avec les autres acteurs du département. Dans un premier temps, le projet n'a pas été retenu, mais une réunion de travail est prévue avec l'ARS.

5/ SYNTHÈSE ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Cette dernière partie a été élaborée à partir des résultats quantitatifs, qualitatifs et de la concertation qui s'est déroulée le 14 janvier 2020 à la délégation départementale de l'ARS du Lot à Cahors.

Des spécificités territoriales

Le territoire du Lot présente quelques spécificités territoriales :

- une population des moins de 20 ans qui décroît (- 1,1 % par an) ;
- une évolution contrastée de la démographie médicale et une densité basse avec une stabilité des pédopsychiatres, une diminution des psychiatres et une augmentation des pédiatres ;
- une démographie en autres professionnels généralement limitée avec une des plus faibles densité en orthophonistes, psychologues et ergothérapeutes, une densité en psychomotriciens dans la moyenne régionale ;
- un des deux CAMSP est spécialisé dans les enfants en situation de handicap moteur, l'autre ne peut pas couvrir les besoins de enfants porteurs de TND du département.

L'évolution des profils

Peu d'évolution des profils des enfants accueillis :

- une part importante des retards de développement et des troubles des apprentissages ;
- un impact de plus en plus fort des situations de précarité, en particulier sur certains secteurs ;
- des troubles de plus en plus importants chez des enfants de plus en plus jeunes (CMP).

Les points de vigilance

Des listes d'attente relativement limitées et des délais d'attente moyens mais :

- Des adressages non effectués compte tenu des délais d'attente pour la prise en charge ;
- Des enfants considérés comme pris en charge, alors « *qu'ils sont bloqués dans le dispositif* » ;
- Des besoins qui semblent couverts, alors que les prises en charge peuvent être « *en mode dégradé* », c'est-à-dire en dessous des besoins ;
- Des délais d'attente pour le premier rendez-vous raccourcis mais ensuite une attente pour la mise en œuvre qui reste conséquente ;
- L'exemple d'absence d'orthophoniste au CMPP qui a pour conséquence que des enfants ne soient pas orientés vers le CMPP ;
- Pour ne pas laisser des enfants dans la liste d'attente, ils sont intégrés dans la file active
- et à 5 ans ils sont réorientés (CAMSP).

« Il faut bien visibiliser les manques car si les enfants ne sont pas dans la liste d'attente, on ne les voit pas. »

Des situations de retard au repérage ou à la prise en charge rarement mentionnées, cependant :

- Le repérage précoce concerne les enfants « *"cas critique", pas les autres* » ;
- des améliorations sont à réaliser : « *il y a un vrai travail à faire* » ;
- Il faut avoir des outils de repérage ;
- 30 % des enfants confiés à l'ASE ont une notification MDPH ; face à l'urgence des « *cas complexes* », l'accès aux soins semblent trop long.

Des dispositifs :

- qui font preuve d'adaptation ;
- avec des partenariats nombreux et contrastés selon les dispositifs ;
- confrontés aux délais d'attente vers les structures d'aval (ESMS enfants ou dispositifs adultes) ;
- et à une complexité des situations qui rend souvent indispensable le travail en partenariat.

Les plateformes de coordination et d'orientation

À la suite de sa réponse à l'appel à manifestation d'intérêt, le CMP reste au travail en tant que porteur du projet de plateforme de coordination et d'orientation du Lot. Celle-ci permettrait :

- de développer les rencontres entre les trois dispositifs : CAMPS, CMP, CMPP, le Conseil Départemental et l'ARS ;
- de mieux identifier les acteurs ;
- de mieux caractériser leur plateau technique ;
- de bien repérer leurs périmètres d'intervention ;
- d'améliorer la lisibilité de l'ensemble des professionnels du triptyque : CAMSP/CMPP/CMP ;
- de mieux évaluer la couverture des besoins du département ;

en prenant en compte « *les textes qui régissent les trois dispositifs et les adaptations faites par le territoire* ».

Un rapprochement avec les acteurs des deux plateformes créées, l'une dans l'Aude, à Narbonne (CMP) et l'autre dans le Tarn à Albi (CAMSP) est envisagé.

Les perspectives

- démarrage d'une réflexion sur l'évolution du CAMSP de Cahors vers la polyvalence car il y a un manque sur le Sud du Lot, qui est « *en plus sur la partie du département où la population est la plus dense* » et il y a des demandes pour des prises en charge autres que celle de la déficience motrice ; il reste à estimer les besoins et développer les compétences des professionnels ;
- travailler la coordination des interventions sur les « *cas complexes* » afin de permettre une action synchronique pour, en amont prévenir la crise, en aval gérer la crise : « *Comment répondre au moment de la crise, comment maintenir le suivi ?* ». Il s'agirait de mobiliser, dans des délais rapprochés, une réponse synchrone « *monter l'intensité de la prise en charge* » ;
- aller plus loin dans le partenariat et le maillage.

6/ LISTE DES TABLEAUX

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