

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

**DÉPARTEMENT DE LOZÈRE**

**JUILLET 2020**



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

DÉPARTEMENT DE LOZÈRE

JUILLET 2020

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

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



# TABLE DES MATIÈRES

<b>1/ Contexte .....</b>	<b>1</b>
<b>2/ Méthodologie .....</b>	<b>3</b>
<b>3/ Éléments de cadrage .....</b>	<b>4</b>
> Population .....	4
> Enfants bénéficiaires de l'AEEH .....	4
> Scolarisation des enfants en situation de handicap .....	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
<b>4/ Principaux résultats de l'enquête auprès des CAMSP, CMPP, CMP .....</b>	<b>9</b>
> Lieux d'implantation .....	9
> Profil des enfants accueillis .....	10
> Les conditions d'accueil et de bilan .....	12
> Les modalités de prise en charge .....	14
> Les sorties et les relais .....	15
> Les partenariats .....	16
> La place des familles .....	17
> La réponse aux besoins .....	18
> Les plateformes de coordination et d'orientation .....	18
<b>5/ Synthèse et éléments de prospective .....</b>	<b>19</b>
<b>6/ Liste des tableaux .....</b>	<b>20</b>



# 1/ CONTEXTE

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

Il s'agit notamment de :

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce rapport :

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

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

## 2/ MÉTHODOLOGIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3/ ÉLÉMENTS DE CADRAGE

La Lozère est couverte par un seul secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

#### > Population

Le département de Lozère, le moins peuplé d'Occitanie et de France, rassemble une population d'un peu plus de 76 400 habitants. La densité de population y est la plus faible de l'Occitanie : 14,8 habitants au km<sup>2</sup>, alors qu'en Occitanie, elle est de 79,9 hab./km<sup>2</sup> et de 118,5 hab./km<sup>2</sup> sur l'ensemble de la France métropolitaine.

Plus de 17 000 habitants de ce département sont âgés de moins de 21 ans (22,3 % de la population). Au cours de la dernière période quinquennale (2011-2016) la population lozérienne âgée de moins de 21 ans a diminué de près de 90 habitants soit une décroissance de -0,1% par an. Cette décroissance correspond à un ralentissement de la tendance par rapport à la période quinquennale précédente (2007-2011) au cours de laquelle cette population avait réduit de 175 personnes soit un rythme de -0,2 % par an, la plus forte d'Occitanie à cette période.

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 6 ans	7 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Population totale
LOZÈRE	5 169	4 346	3 437	4 095	17 046	76 422

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

#### > Enfants bénéficiaires de l'AEEH

300 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH en Lozère, soit 1,8 enfant pour 100 jeunes de moins de 21 ans, taux inférieur à celui noté au niveau régional (2,2 %) mais un peu supérieur au taux en France métropolitaine. Seuls trois des treize départements d'Occitanie présentent un taux de bénéficiaires de l'AEEH inférieur à celui observé en Lozère : le Gard, l'Ariège et l'Aveyron. C'est dans les classes d'âge des 6-11 ans puis des 12-15 ans que les bénéficiaires de l'AEEH sont les plus représentés.

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile		0 à 5 ans	6 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans
LOZÈRE	Nombre	30	136	72	53	291
LOZÈRE	Taux	0,69	2,64	2,12	1,30	1,72

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

#### > Scolarisation des enfants en situation de handicap

À la rentrée scolaire de septembre 2017, 356 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire en Lozère : 170 dans le 1<sup>er</sup> degré et 186 en 2<sup>nd</sup> degré. À cela, s'ajoute 136 élèves scolarisés en ULIS (58 dans le 1<sup>er</sup> degré et 78 dans le 2<sup>nd</sup> degré). Cela correspond à un ratio de 2,9 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire pour 1 élève scolarisé en ULIS dans le 1<sup>er</sup> degré et à un ratio de 2,4 dans le second degré. Ces ratios sont respectivement de 2,7 et 3,3 en Occitanie et de 3,9 et 4,2 au niveau national.

Au total, cela concerne 492 élèves et représente 3,3 % des élèves du 1<sup>er</sup> degré et 3,5 % des élèves du 2<sup>nd</sup> degré (respectivement 3,3 % et 3,0 % en région et 2,7 % et 2,5 % au niveau national).

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

- plusieurs troubles associés .....26 %
- troubles du langage et de la parole .....25 %
- troubles intellectuels et cognitifs .....23 %
- troubles du psychisme .....13 %
- troubles moteurs .....7 %
- troubles sensoriels .....3 %
- autres .....3 %

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

Au total, on dénombre 15 médecins spécialistes en psychiatrie<sup>2</sup> en Lozère. Parmi eux, on relève que :

- un seul est pédopsychiatre. Il est installé à Mende et a un exercice salarié ;
- les psychiatres ayant une activité libérale ou mixte représente un cinquième des psychiatres lozériens ;
- la densité de médecins spécialistes en psychiatrie en Lozère est proche de celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (20,9 *versus* 21,5) et un peu inférieure à celle en France métropolitaine(22,5).

Au cours des cinq dernières années, entre 2014 et 2019, le nombre de pédopsychiatres en Lozère est passé de 2 à 1 et le nombre de psychiatres restait stable à 15. Le nombre global de spécialistes en psychiatrie a ainsi globalement diminué, de 17 à 16, et la densité pour 100 000 est passée de 22,3 en 2014 à 20,9 en 2019.

On dénombrait trois pédiatres (dont un à exercice libéral, un à exercice mixte et un salarié) en 2019 en Lozère, soit 23,2 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 nettement inférieur à ce qui était noté en 2014 : ils étaient alors cinq (dont un à exercice libéral et un autre à exercice mixte).

Tableau 3 - Médecins – effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2019 et densité (pour 100 000 habitants)

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Pédopsychiatre*			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	Total
LOZÈRE Nombre	0	1	1	3	12	15	3	13	16
LOZÈRE Densité	0,00	6,83	6,83	3,93	15,70	19,63	3,93	17,01	20,94

\* pour 100 000 habitants de moins de 18 ans

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

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

- 22 orthophonistes sont dénombrés. Ils ont principalement un exercice libéral : cela concerne 82 % d'entre eux. La densité des orthophonistes en Lozère est nettement plus basse que celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (28,8 orthophonistes pour 100 000 habitants *versus* 49,2 pour 100 000 en

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

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

Occitanie et 39,6 pour 100 000 en France métropolitaine). Après l'Aude, c'est le département d'Occitanie présentant la plus faible densité d'orthophonistes ;

- 102 psychologues travaillent en Lozère. Il s'agit pour plus des trois quarts de professionnels salariés. La densité des psychologues en Lozère (133,5 pour 100 000) est, après le Haute-Garonne et l'Ariège, la plus élevée en Occitanie où la valeur globale est de 115,4 psychologues pour 100 000 habitants (106,0 pour 100 000 en France métropolitaine) ;
- les ergothérapeutes sont au nombre de 40 en Lozère. À l'exception d'un seul, ils sont tous salariés. Rapportée à la population du département, la densité d'ergothérapeutes en Lozère (52,3 professionnels pour 100 000 habitants) est plus du double de celle observée sur l'ensemble de la région (21,4 pour 100 000) ou en France métropolitaine (19,3 pour 100 000) et la plus élevée parmi les treize départements occitans ;
- 23 psychomotriciens exercent en Lozère. À l'exception de deux, ils sont tous salariés. La densité en psychomotriciens en Lozère (30,1 pour 100 000 habitants) est nettement supérieure à celle observée en Occitanie (22,7 pour 100 000) ou en France métropolitaine (20,6 pour 100 000) : la Lozère est, après le Gers, la Haute-Garonne et les Hautes-Pyrénées, le département d'Occitanie où la densité de psychomotriciens est la plus élevée.

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile		Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
		libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
LOZÈRE	Nombre	18	4	22	24	78	102	1	39	40	2	21	23
LOZÈRE	Densité	23,6	5,2	28,8	31,4	102,1	133,5	1,3	51,0	52,3	2,6	27,5	30,1

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

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

Six établissements pour enfants handicapés sont implantés en Lozère pour un total de 318 places : 2 Instituts médico éducatifs (IME) pour 76 places, 1 Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) pour 30 places, 1 Institut d'éducation motrice (IEM) pour 135 places et 2 Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour 77 places. Le taux d'équipement en établissement pour enfants et adolescents en situation de handicap est de 19,9 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, près du triple de la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (7,1 pour 1 000).

Trois Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) pour un total de 44 places sont implantés en Lozère. Le taux d'équipement est de 2,7 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, inférieur au taux observé sur l'ensemble de la région (3,2 pour 1 000).

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

Près de 3 600 habitants de Lozère bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, près de 120 ont moins de 20 ans. Ils sont présents dans tous les territoires. Ils sont, rapportés à la population, plus nombreux parmi les 15-19 ans.

Les pathologies relevées pour ces 2 447 personnes de moins de 20 ans sont avant tout des troubles du spectre autistique ou troubles envahissants du développement, des pathologies en lien avec des anomalies chromosomiques et des retards mentaux. Les principales pathologies relevées sont détaillées ci-dessous :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) ..... 35,1 %
- Retard mental ..... 12,3 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs..... 12,3 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ..... 11,4 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 8,8 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ..... 7,9 %

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 Lozériens de moins de 20 ans (743,2 pour 100 000 habitants) est très nettement inférieur à ce qui est observé sur l'ensemble des occitans de moins de 20 ans (880,4 pour 100 000) ou en France métropolitaine (800,3 pour 100 000).

Tableau 5 - Nombre de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » et taux standardisé (pour 100 000 habitants) au 31 décembre 2016

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
LOZÈRE	Nombre	7	20	43	49	119
LOZÈRE	Taux	204,2	482,7	1 061,0	1 200,4	743,2

Source : CNAMTS – CCMSA - CNRSI 2017 et INSEE RP 2015 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## > Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie

810 séjours hospitaliers en psychiatrie correspondant à un total d'un peu plus de 3 000 journées d'hospitalisation ont été enregistrés en 2018 pour des enfants de moins de 20 ans domiciliés en Lozère. C'est parmi les 10-14 ans que le nombre de séjours hospitaliers rapporté à la population est le plus important et parmi les 0-4 ans qu'il est le plus faible. Un peu plus de la moitié (52 %) de ces séjours correspondent à des hospitalisations à temps partiel, soit un niveau inférieur à 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 chez 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, 97 % et 34 %. Le taux standardisé de séjours hospitaliers pour les habitants de Lozère de moins de 20 ans est supérieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie ou en France métropolitaine : 50,0 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans en Lozère, 22,9 en Occitanie et 15,2 en France métropolitaine. Après les Hautes-Pyrénées, c'est le département d'Occitanie où le taux de séjours hospitaliers est le plus élevé.

Les principaux motifs des séjours hospitaliers sont les suivants :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 51,2 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA) ..... 17,7 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) ..... 10,9 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes ..... 8,0 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ..... 4,0 %

Tableau 6 - Nombre de séjours hospitaliers en psychiatrie, taux standardisé (pour 100 000 habitants) de séjours et nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie en 2018

Bassin de vie		0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
LOZÈRE	Nb de séjours	17	173	423	197	810
LOZÈRE	Taux de séjours	4,8	40,2	100,6	46,8	49,8
LOZÈRE	Nb de journées	114	1 141	990	784	3 028

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

Sur la même période, un peu plus de 17 200 séances en CMP pour enfants et adolescents et actes ambulatoires en services de psychiatrie (hors centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - CATTP) ont été enregistrés pour des lozériens 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 Lozère (1 060,1 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est plus de trois fois plus élevé que 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 ..... 43,9 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA) ..... 14,3 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) ..... 11,8 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes ..... 7,3 %
- Difficultés en lien avec l'environnement psycho-social et socio-économique ..... 5,2 %
- *Manquant ou non précisé* ..... 12,5 %

Tableau 7 - Nombre d'actes en CMP en 2018 et taux standardisé (pour 100 000 habitants)

Bassin de vie		0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
LOZÈRE	Nb d'actes	861	7 399	6 708	2 265	17 233
LOZÈRE	Taux d'actes	243,9	1717,8	1595,4	537,5	1 060,1

Source : ATIH-Rim-P 2018 et INSEE RP 2015 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

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

### > Lieux d'implantation

UN CAMSP est implanté en Lozère, celui de Mende, ouvert depuis 2002 et géré par l'hôpital Lozère .

Il n'y a pas de CMPP en Lozère.

Les CMP pour enfants et adolescents<sup>4</sup> sont organisés autour de six sites : deux à Mende et les autres à Saint-Chély-d'Apcher, Langogne, Florac Trois Rivières et Marvejols.

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs concernent 1 235 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 72,5 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). Parmi les départements d'Occitanie, la Lozère est celui qui présente, proportionnellement à sa population, la file active d'enfants et adolescents suivis en CAMSP ou CMPP la plus importante.

De plus, il faut noter que 98 adolescents de 16 à 20 ans sont suivis par les CMP pour adultes.

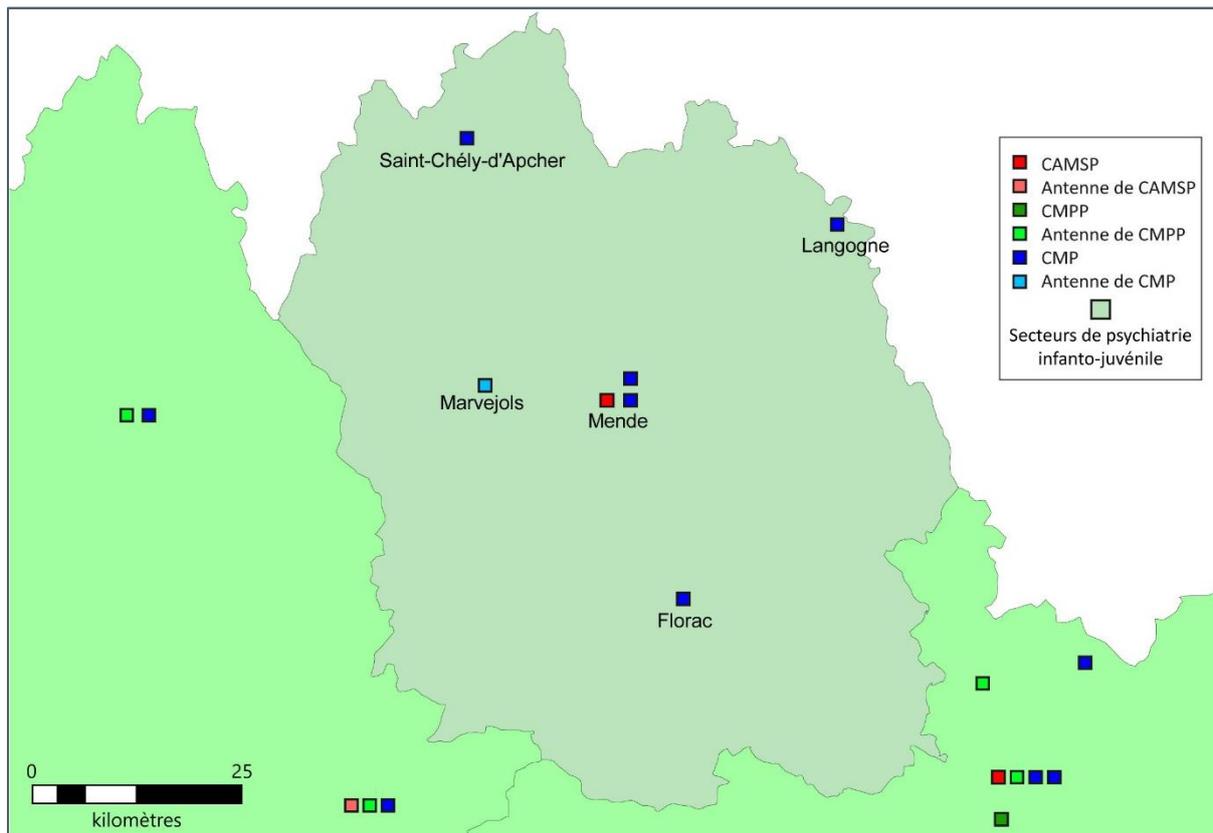
Tableau 8 - Lieux de consultation et file active en 2017

	Nombre de structures et de lieux de consultation	File Active
CAMSP	- 1 CAMSP à Mende, sans antenne, ouvert 5j/semaine, 267 jours par an.	- 110 enfants
CMPP	- Pas de CMPP en Lozère	
CMP	- Pour les enfants, organisé sur six sites : deux à Mende et les autres à Saint-Chély-d'Apcher, Langogne, Florac et Marvejols - Pour les adolescents sur un site unique à Mende, ouvert tous les jours sauf week-end et jours fériés	- 1 125 enfants et adolescents

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

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

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



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

## > Profil des enfants accueillis

Tableau 9 - Répartition par âge

Âge des enfants suivis	
CAMSP	Moins de 2 ans : 28,4 %
	2 - 3 ans : 29,6 %
	4 - 6 ans : 35,8 %
	plus de 6 ans : 6,2 %
CMP enfants et adolescents	Moins de 6 ans : 11,1 %
	6 - 10 ans : 37,3 %
	11 - 15 ans : 36,9 %
	16 – 17 ans : 12,1 %
	18 ans ou plus : 2,6 %

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

### CAMSP

La répartition par âge de la population accueillie au CAMSP de Mende est relativement homogène avec un peu plus d'un tiers d'enfants de 4 à 6 ans et un peu moins des trois dixièmes pour aussi bien les plus petits (moins de 2 ans) et les 2-3 ans. Un certain nombre d'enfants font l'objet d'un « suivi post-CAMSP ». Au-delà de la limite réglementaire des 6 ans, il n'y a pas de restriction d'accès au CAMSP de Mende en fonction de l'âge, en particulier au-delà de 3 ans.

Une des caractéristiques du public accueilli au CAMSP de Mende, en lien avec la configuration démographique du département de la Lozère, est la forte proportion d'enfants résidant à plus de 20 km du CAMSP : 55 %.

Le CAMSP de Mende est un CAMSP polyvalent, prenant en charge des enfants de tous les âges jusqu'à six ans et avec des pathologies extrêmement variées : troubles du neurodéveloppement, troubles des apprentissages, troubles du spectre de l'autisme... Les CMP enfants intervenant de manière relativement limitée en précocité, le CAMSP est la porte d'entrée en Lozère pour tous les enfants nécessitant un bilan et une prise en charge pluridisciplinaire. Ce positionnement est rendu possible par la présence au sein du CAMSP, même si la plupart sont à temps partiel, d'une équipe pluridisciplinaire associant pédiatre, pédopsychiatre, orthophonistes, neuropsychologue, éducatrice de jeunes enfants, psychomotricien, assistante sociale, secrétaire médicale et la possibilité d'avoir recours à un masseur-kinésithérapeute exerçant en libéral. Dans le cadre du programme « handicap agir tôt », l'enveloppe allouée a permis de renforcer l'équipe en orthophoniste, psychomotricien et ergothérapeute afin de réduire les files d'attente pour les prises en charge.

Il faut noter une population importante d'enfants faisant face à des difficultés psycho-sociales. Il s'agit notamment des enfants accueillis au Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) de Langogne et ceux de la Maison d'enfants à caractère social (MECS) La Providence à Mende.

La mise en place de groupes de travail avec les crèches et les écoles maternelles, la sensibilisation au repérage précoce des enfants présentant des troubles ou des difficultés, l'existence sur le département d'un réseau de puéricultrices de PMI sollicitant régulièrement le CAMSP pour un avis et participant aux synthèses organisées par celui-ci fait que les retards au dépistage ou au repérage des jeunes enfants concernés sont rares.

## **CMP**

Au CMP enfants, les enfants accueillis se caractérisent, pour les plus jeunes, par la présence principalement de troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), de troubles du comportement, de troubles de l'attachement ou de troubles du spectre de l'autisme (TSA). Pour les enfants un peu plus âgés (6-11 ans), les mêmes pathologies sont retrouvées mais avec des équilibres entre elles un peu différents. La question des interactions avec les autres enfants intervient également dans les profils cliniques rencontrés ainsi que les troubles de la relation.

Des situations de retard au diagnostic sont principalement en lien avec les difficultés des familles à s'adresser à un service de pédopsychiatrie. Des parents sont ainsi réticents à une prise en charge en hôpital de jour ou peuvent faire part de leur désaccord avec le projet de soins proposé par le CMP. Le refus du diagnostic posé peut également amener les parents à se tourner vers d'autres professionnels. Enfin, un manque de places en hôpital de jour peut également entraîner des retards de prise en charge. Les professionnels du CMP soulignent aussi le défaut d'information des parents et l'insuffisance des conseils qui leur sont donnés pour expliquer ces réticences à consulter ou à accepter les suivis proposés. Ils mettent également en avant leur mauvaise connaissance du rôle des différents acteurs présents sur le territoire (CAMSP, CMP, PMI, CDIFF...). Pourtant, les professionnels du CMP soulignent l'impact positif de la précocité de leur intervention face aux troubles présentés par l'enfant dans son environnement ; ils citent plus particulièrement les troubles du spectre de l'autisme et les troubles de l'attachement sur lesquels des interventions précoces peuvent avoir des effets bénéfiques.

D'un autre côté, la présence de plusieurs sites de consultation répartis sur le territoire du département (Langogne, Florac, Saint-Chély-d'Apcher, Marvejols et Mende) est un élément qui facilite l'accès au dispositif.

Au CMP adolescents, les profils cliniques varient entre les filles et les garçons. Pour les premières, il s'agit surtout de troubles anxieux, de troubles de l'humeur et de troubles de la personnalité ; pour les seconds, la part des troubles du comportement. Une progression des pathologies de type dissociatives est relevée ainsi qu'une plus forte prégnance des situations sociales difficiles et des troubles auto-agressifs avec tentatives de suicide ou automutilations.

Une progression des retards de prise en charge concernant les adolescents est notée. Des prises en charge différentes peuvent être mises en place en amont pouvant avoir des effets bénéfiques en agissant en anticipation ou négatif quand cela amène à temporiser face à certains signes. De plus, des situations qui avaient pu être contenues par les familles pendant l'enfance (et insuffisamment repérées ou prises en charge) « explosent » au moment de l'adolescence. Dans certains cas, les troubles présentés étaient déjà connus et nécessitaient une réévaluation diagnostique et une adaptation de la prise en charge.

L'impact des difficultés sociales est souligné par les professionnels du CMP adolescents. Ainsi, les recompositions familiales peuvent avoir un impact fort à l'adolescence. Ils notent également l'arrivée de nouvelles populations sur le territoire attirées par des loyers peu élevés et l'espérance d'une vie meilleure, mais l'absence de vie sociale pour les adolescents dans les villages peut avoir un impact important.

Un retard à l'accès aux soins est également noté en lien avec le caractère rural et montagneux du territoire. Des antennes du CMP ont été développées sur plusieurs sites (Florac, Marvejols, Langogne, Saint-Chély-d'Apcher) mais elles peuvent être encore à distance pour certaines populations et les temps d'ouverture et moyens disponibles sur ces sites restent limités (par exemple, 2 jours par semaine avec deux professionnels à Langogne).

Ces difficultés d'accès peuvent être renforcées par une démographie médicale déficitaire : sur trois pédopsychiatres exerçant au centre hospitalier François Tosquelles, un part à la retraite et l'autre est en congé maladie au long cours.

## > Les conditions d'accueil et de bilan

Tableau 10 - Origine des interventions

		Médicale	Éducative	Sociale	Médicosociale	Directe	Autre
CAMSP	Mende	62,2 %	4,4 %	17,7 %			15,6 %
CMP		Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd

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

Nd : Non disponible

Tableau 11 - Listes d'attente et délais

	Liste d'attente au 31 décembre	Délais d'attente moyens
CAMSP	Mende : 9 enfants	- 61 jours pour un premier rendez-vous 28 jours entre le 1 <sup>er</sup> rendez-vous et la 1 <sup>ère</sup> intervention
CMP	Nd	- Au CMP adolescents, un créneau quotidien d'une heure est dédié pour l'accueil des situations d'urgence et une permanence d'accueil est organisée pendant les vacances scolaires

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

Nd : Non disponible

### CAMSP

La prise de contact des familles avec le CAMSP se fait avec le secrétariat médical. Le motif et le mode d'adressage sont alors recueillis et reportés dans un cahier « contact ». Un certain nombre d'informations sont recueillies également à cette occasion, en particulier concernant les antécédents de l'enfant. La secrétaire médicale dispose d'une grille d'entretien pour effectuer ce recueil d'information.

La situation est ensuite présentée au pédiatre ou au pédopsychiatre : deux fois par mois, une réunion de synthèse est organisée au cours de laquelle les nouvelles demandes sont étudiées. Dans quelques cas, une réorientation vers le médecin traitant peut avoir lieu pour éclairer la demande mais, le plus souvent, un rendez-vous de consultation est donné sauf si l'enfant a atteint les 6 ans.

Le 1<sup>er</sup> rendez-vous se fait soit avec le pédiatre et la psychologue, soit avec la pédopsychiatre, selon les éléments recueillis lors du 1<sup>er</sup> contact et il est donné dans les deux mois qui suivent celui-ci. Pour les plus petits (avant deux ans) ou en cas d'éléments évocateurs de troubles importants, ce rendez-vous peut être donné dans un délai plus bref.

À l'issue de ce 1<sup>er</sup> rendez-vous, une évaluation pluridisciplinaire de l'enfant est proposée aux parents. Cette évaluation se fait au sein du CAMSP et, si nécessaire, sur les lieux de vie de l'enfant (domicile, crèche, école...). Un contact est pris avec l'école lorsque l'enfant est scolarisé. Si nécessaire, quand la ressource n'est pas disponible sur Mende, des examens spécialisés peuvent être programmés à Montpellier (neuropédiatrie, génétique...).

À la fin de ce temps d'évaluation, la situation est présentée lors de la réunion de synthèse pluridisciplinaire au cours de laquelle chaque professionnel y ayant participé présente ses observations et participe à la définition du projet de soins personnalisé qui sera proposé à la famille pour son enfant. Les mêmes personnes qui ont vu les parents lors du 1<sup>er</sup> rendez-vous les revoient alors pour proposer et discuter avec eux ce projet avant sa finalisation.

Fin 2017, neuf enfants étaient sur liste d'attente pour un 1<sup>er</sup> rendez-vous, soit 8,2 % de la file active.

## **CMP**

Le premier contact avec le CMP enfants se fait généralement par les parents. Parfois, cela peut passer d'abord par un tiers : enseignant, médecin du CAMSP... Face à une demande de consultation, une fiche est complétée permettant de recueillir les coordonnées de l'enfant, des éléments de contexte familial, l'objet de la demande et une description des problèmes rencontrés.

Ces éléments sont traités en équipe chaque lundi et une orientation vers un premier professionnel est proposé : médecin, infirmier, éducateur, psychologue. Les délais pour un 1<sup>er</sup> rendez-vous avec un médecin sont en général d'environ un mois et demi. Pour une 1<sup>ère</sup> consultation avec un autre professionnel, les délais sont plus courts, d'une à deux semaines.

Plusieurs consultations peuvent être organisées pour évaluer la situation avant que celle-ci soit reprise en réunion de synthèse et qu'un projet de prise en charge soit défini et proposé aux parents.

Au niveau du CMP adolescents, le contact est pris par une personne détentrice de l'autorité parentale. La prise de rendez-vous est effectuée auprès de la secrétaire qui recueille à ce moment-là un certain nombre de renseignements (motif du recours, situation de l'adolescent...). Le premier rendez-vous est donné dans la semaine ou les 15 jours et a lieu sans les parents avec une psychologue, une éducatrice ou une infirmière pour une 1<sup>ère</sup> évaluation. Aucune liste d'attente n'est rapportée. Ce 1<sup>er</sup> rendez-vous permet de retracer principalement l'histoire de l'adolescent et de décrire la problématique présentée. Si une impression de complexité ressort lors de la prise de rendez-vous, celui-ci a lieu plutôt avec une psychologue. Le 2<sup>e</sup> rendez-vous a lieu avec le pédopsychiatre, si nécessaire dans un délai relativement court. Celui-ci est consacré à une évaluation diagnostique. Si le diagnostic peut être posé dès cette consultation, la situation est reprise en réunion d'équipe (le lundi) pour l'élaboration d'un projet de soins. Si le diagnostic n'a pas pu être posé, une proposition d'hospitalisation sur une durée de deux semaines d'affilée pour observation est faite et la situation est reprise ensuite en équipe pour l'élaboration du projet de soins.

Des bilans peuvent être demandés : psychologiques avec évaluation psychométrique, test de personnalité et tests projectifs ou orthophoniques. Ces bilans viennent ensuite souvent en appui aux demandes effectuées auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

## > Les modalités de prise en charge

### CAMSP

Quand, à l'issue de l'évaluation, il s'avère que l'enfant nécessite une prise en charge mono disciplinaire (par exemple uniquement de l'orthophonie), une réorientation vers un professionnel libéral peut être proposée. Dans d'autres situations, une observation régulière à l'école peut être simplement organisée en attendant de voir les effets de la socialisation sur la problématique présentée par l'enfant. Dans ce cas, un point est fait à nouveau six mois plus tard.

Selon le projet de soins propre à chaque enfant, les prises en charge peuvent être organisées autour de séances individuelles ou collectives. Les séances individuelles peuvent faire appel à l'intervention de deux professionnels simultanément si besoin. Pour les enfants résidant à distance du CAMSP, les séances individuelles peuvent être organisées en recourant à des professionnels exerçant en libéral plus à proximité (orthophoniste, masseur kinésithérapeute...).

Des séances collectives sont également proposées à certains enfants. Ces séances se font avec l'intervention de deux professionnels différents (éducatrice de jeunes enfants et psychomotricienne par exemple) et concernent à chaque fois un petit nombre d'enfants. Les activités organisées lors de ces séances peuvent se faire au sein du CAMSP ou en extérieur (par exemple, poney, piscine...).

Les séances individuelles, comme les séances collectives, peuvent se faire en présence des parents selon les objectifs poursuivis.

En général, les interventions ont une fréquence hebdomadaire. L'organisation du projet de soin est faite pour que les interventions auprès de chaque enfant soient regroupées afin de limiter le nombre de venues.

Du fait de déficit en psychomotriciens ou en orthophonistes, les prises en charge ne sont pas toujours organisées à la hauteur ou dans le délai escompté. Il est parfois nécessaire d'attendre la rentrée scolaire suivante pour mettre en place l'intervention de ces professionnels. Dans les cas où le besoin d'une intervention urgente apparaît, il peut y avoir priorisation de ces interventions.

Malgré la configuration géographique du département, il est noté qu'il y a très peu d'absentéisme des enfants. Parfois des transports en véhicule sanitaire léger (VSL) ou en ambulance peuvent être organisés.

### CMP

Au CMP enfants, dans un certain nombre de cas, une simple consultation ou deux permettent de rassurer (et réassurer) les parents. Dans ce cas, un suivi en CMP n'est pas proposé. Pour d'autres enfants dont la situation est plus complexe, une orientation « directe » en hôpital de jour peut être décidée.

Les prises en charge proposées par le CMP sont adaptées en fonction de chaque situation. En général, elles sont organisées autour d'une venue par semaine au cours de laquelle sont le plus souvent associées des prises en charge individuelles et des prises en charge en groupe. Parfois, plusieurs venues par semaine peuvent être nécessaires.

Les séances de groupe, rassemblant 4 à 6 enfants, sont organisées sous forme d'ateliers thérapeutiques (contes, jeux de rôles...). Elles sont toujours coanimées par deux professionnels et, parfois, un autre professionnel peut également être présent, en observation. Ces ateliers de groupe sont le plus souvent organisés en séquence d'une dizaine de séances avant réévaluation des besoins de l'enfant.

Les prises en charge individuelles sont également organisées sous forme de séquences avec reprise régulière en équipe pluridisciplinaire.

Pour chaque enfant, un bilan des prises en charge au CMP est fait au moins une fois par an.

Au CMP adolescents, le constat est fait que très peu d'orientations sont faites lors de la prise de contact : il s'agit toujours de répondre, *a minima*, à une inquiétude des parents ou des partenaires. La réponse qui est alors apportée est plus ou moins longue et intense selon les situations et les besoins même s'il ne s'agit que de rassurer parents ou partenaires.

Les prises en charge proposées sont adaptées en fonction de chaque situation et de la gravité perçue. La prise en charge par le 1<sup>er</sup> interlocuteur rencontré au sein du CMP est favorisée, le plus souvent en individuel ou en CATTP. Si une prescription médicamenteuse s'avère nécessaire, un suivi médical est mis en place. Des propositions de suivi parental peuvent être faites si nécessaire, permettant souvent d'avoir de meilleurs résultats. Le plus souvent, les adolescents bénéficient d'une séance par semaine en individuel. Les prises en charge de groupes sont organisées au niveau du CATTP à raison d'une par semaine également.

Des limites sur les prises en charge peuvent être observées car elles ne se font que sur le site de Mende. Des demandes d'affection de longue durée peuvent alors être faites pour favoriser l'accès au CMP en taxi. Ces ALD sont toujours accordées même s'il s'avère que des structures de soins plus proches existent.

## > Les sorties et les relais

### CAMSP

Les fins de prises en charge sont discutées en équipe, lors de réunions de synthèse. Si une orientation vers un établissement ou service médicosocial (ESMS) pour enfants ou adolescents en situation de handicap apparaît nécessaire, celle-ci doit être anticipée en amont des 6 ans de l'enfant, les délais d'attente étant de un à deux ans. Dans ces cas, l'orientation est pensée tôt et un accompagnement en libéral est mis en place le temps que l'admission en ESMS soit effective.

46 enfants ont quitté le CAMSP en 2017, dont :

- 10 à l'issue du bilan initial ;
- 10 à l'issue d'un suivi thérapeutique ;
- 5 de manière non concertée (perdus de vue, rupture de soins...).

La durée moyenne de prise en charge est d'un peu plus de deux ans (25 mois).

Les orientations vers le CMP, quand cela est nécessaire, se font sans difficultés majeures, des prises en charge communes pouvant être mises en place pour les plus petits. S'il n'y a pas de souci particulier de relations entre les équipes, le manque de temps médical en CMP limite cependant ces échanges.

### CMP

Une vérification de l'atteinte des objectifs thérapeutiques qui ont été fixés est organisée régulièrement au CMP enfants. Selon leur degré d'atteinte et la situation de l'enfant, la poursuite de l'accompagnement, son arrêt ou une réorientation peuvent être décidés. Une restitution est alors faite au famille.

Les orientations peuvent se faire :

- vers le CMP adolescents. Dans ce cas, les situations sont présentées par l'équipe du CMP enfants à l'équipe du CMP adolescents ;
- vers des ESMS. Trois enfants ont été orientés en IME ou en ITEP en 2019.

Des échecs de prise en charge peuvent également être constatés, notamment face à des situations familiales complexes ou lorsque les enfants relèvent de l'aide sociale à l'enfance d'autres départements. Il s'agit souvent de situations à la limite du social et du médicosocial pour lesquelles l'orientation est particulièrement difficile.

Au CMP adolescents, les évaluations de situation des adolescents pris en charge sont faites lors de la réunion hebdomadaire à la demande des professionnels. Les fins de prises en charge sont le plus souvent décidées d'un commun accord avec l'adolescent et sa famille. Un entretien de fin de prise en charge est organisé par le pédopsychiatre et la possibilité de revenir en cas de besoin est indiquée.

Des « patients qui disparaissent » sont parfois notés. Cela survient plutôt dans des contextes difficiles sur le plan social et avec des histoires de relations complexes avec la famille.

## > Les partenariats

### CAMSP

Des staffs sont organisés à la maternité chaque vendredi matin autour des situations à risque psychosocial ; la psychologue du CAMSP y participe.

Une intervention précoce du CAMSP en service de néonatalogie est effective depuis 2008. Le kinésithérapeute intervient également en pédiatrie auprès des enfants « fléchés », en particulier les enfants en retour d'hospitalisation en réanimation néonatale à Montpellier ou Nîmes.

Les contacts avec les puéricultrices de PMI sont réguliers : ces professionnelles participent au repérage et à l'orientation vers le CAMSP des enfants et peuvent participer aux réunions de synthèse.

La collaboration avec les deux pédiatres libéraux exerçant sur le département est bonne. L'un d'eux étant médecin référent du réseau « Grandir », il peut adresser directement des enfants pour bilan au CAMSP. Les collaborations avec les généralistes sont moins développées et ils adressent peu d'enfants au CAMSP à l'exception de ceux étant plus sensibilisés à la pédiatrie.

On peut noter l'absence de contact avec le service de santé scolaire mais des contacts avec les enseignants qui, selon les besoins de l'enfant, peuvent être plus importants.

Des collaborations sont également en place avec la MDPH pour organiser l'orientation et les aides nécessaires pour les enfants. Cependant, il est souligné que, dans certains cas, il peut y avoir des difficultés à faire reconnaître par la MDPH certains besoins des enfants, en particulier pour ceux présentant des troubles des apprentissages.

### CMP

Le CMP enfants indique fait le constat d'un manque de travail construit et formalisé en périnatalité faisant que les possibilités d'observation de la mère et de l'enfant en périnatalité sont limitées. Cependant, une psychologue de l'hôpital de jour exerce également à mi-temps à la maternité et en pédiatrie à l'Hôpital Lozère depuis deux ans dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) faisant que des passerelles entre ces services et la pédopsychiatrie sont possibles et plus faciles.

La collaboration avec les services de PMI se fait au cas par cas avec le CMP, les orientations ayant pour origine la PMI se faisant préférentiellement vers le CAMSP. Un manque de liens est noté avec la PMI une fois une orientation faite à partir du CMP. Les liens avec les médecins traitants des enfants sont également insuffisants. Ils sont perçus par le CMP comme des sentinelles mais l'absence prolongée de médecin au sein du CMP enfants a entraîné des difficultés pour entretenir des relations avec les professionnels de santé libéraux. Un travail sur la circulation de l'information avec ces professionnels est nécessaire.

Les collaborations avec les psychologues et les orthophonistes sont qualifiées de bonnes mais deux points sont cependant relevés : le manque de disponibilité de ces professionnels libéraux pour ces réunions d'une part, la nécessité de clarifier les choses autour des questions de secret médical et de secret partagé pour faciliter les collaborations d'autre part.

Un manque de lien avec les infirmières de l'Éducation nationale est relevé, limitant les possibilités de travailler en commun autour des situations le nécessitant. L'absence de médecin de l'Éducation nationale est notée. En revanche, les contacts se font bien avec les équipes éducatives malgré un manque de réactivité pour signaler les problèmes rencontrés par les enfants. Plus en amont, un psychologue et une psychomotricienne de l'hôpital de jour interviennent dans les crèches de Mende.

Les relations avec le CAMSP sont qualifiées de bonnes par le CMP mais le travail sur les orientations d'enfants du CAMSP vers le CMP devrait se faire plus en amont qu'actuellement.

Les relations avec la MDPH sont qualifiées de « pragmatiques » et se sont développées dans le cadre de l'élaboration des Plans d'accompagnement global (PAG).

Le CMP souligne que, le week-end, il n'y a pas de pédopsychiatre de disponible et la PMI n'est pas accessible non plus. Même si une astreinte existe, un manque d'organisation est noté dans ce domaine pouvant avoir un impact important sur la sécurisation des familles d'accueil.

Au CMP adolescents, le constat est fait de la rareté des contacts avec les médecins traitants libéraux. Ces contacts sont même qualifiés de moins en moins nombreux. Les médecins libéraux adressent peu ou le font sans courrier d'accompagnement. Un compte-rendu de prise en charge est adressé par le CMP au médecin traitant quand la famille en désigne un.

Les relations avec les psychologues libéraux sont limitées. Peu de contacts existent mais, parfois, la prise en charge d'un adolescent peut se faire avec eux à l'initiative de la famille « *quand il n'y a pas de feeling avec le psychologue de la structure* ». Concernant les orthophonistes libéraux, le constat est fait de l'impossibilité d'orienter des adolescents vers ces professionnels du fait des listes d'attente.

Une absence de contact est notée avec la santé scolaire. Les contacts avec les enseignants passent par les infirmiers et les assistants en travail social de l'Éducation nationale qui peuvent conseiller aux familles de venir consulter. Le référent thérapeutique de l'adolescent participe aux réunions éducatives.

Des liens sont développés avec les ITEP avec souvent des doubles prises en charge mais ces relations partenariales sont parfois difficiles. Le CMP peut jouer un rôle de référent pour les prescriptions médicales.

Une problématique spécifique est soulignée au niveau des relations avec la MDPH. Les réunions autour des PAG font l'objet « d'invitations tout venant ». Une association sous-traitante de l'ASE participe de façon systématique à ces réunions. La question de la confidentialité des informations échangées est donc posée face à ce mode de fonctionnement. De ce fait, le pédopsychiatre n'y participe plus, seul le référent de l'adolescent concerné est présent. Au-delà des PAG, des exigences de la MDPH sur le contenu des dossiers de demande sont jugées parfois inadaptées.

## > La place des familles

### CAMSP

Des enquêtes de satisfaction sont organisées auprès de familles par le service qualité de l'hôpital une fois par an et les résultats sont affichés en salle d'attente. Une boîte à idées est à disposition des familles en salle d'attente ; le contenu de celle-ci est présenté une fois par trimestre en réunion d'équipe.

Des actions spécifiques en direction des familles peuvent être mises en place : temps d'écoute particulier par la psychologue ou la pédopsychiatre, intégration dans certaines séances, intervention des rééducateurs pour guider les parents dans les actes de prises en charge de leur enfant (portage, installations spécifiques...).

## **CMP**

Un questionnaire de satisfaction a été développé au niveau du centre hospitalier François Tosquelles (CHFT) mais celui-ci n'est pas utilisé au niveau des CMP. Cependant, les parents et les familles sont en capacité d'exprimer leur contentement (amélioration de l'état de l'enfant « *cela lui a fait du bien* ») ou leur mécontentement (le manque de médecin ou le fait que le CMP pointe parfois là où cela fait mal en questionnant leur place de parents).

### **> La réponse aux besoins**

Le CMP enfants met en avant le manque récurrent de médecin au niveau du CMP ainsi que le manque d'orthophonistes pour assurer le suivi et la prise en charge des enfants. Un manque d'éducatrice de jeunes enfants et de puéricultrice est également noté.

Le CMP adolescents souligne l'insuffisance de la couverture du territoire dans le champ de la pédopsychiatrie tant quantitative que qualitative. Les différences de formation entre les psychiatres intervenant peuvent entraîner un manque d'homogénéité dans les approches et les prises en charge proposées. Plus largement, au niveau du personnel intervenant auprès des adolescents, une nécessité de remise à niveau et de formation est notée, notamment face à un « *vernus psychanalytique* » s'accompagnant d'une utilisation à mauvais escient de termes psychanalytiques.

Une offre extra « établissement de psychiatrie » de temps d'écoute pour les adolescents est développé. Un point écoute adolescents permet ainsi un premier accueil et, si nécessaire, l'orientation vers le soin. Il fait fonction de maison des adolescents.

### **> Les plateformes de coordination et d'orientation**

En amont de l'inscription des plateformes de coordination et d'orientation dans la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, un projet d'équipe d'évaluation des TSA enfants et adolescents en Lozère associée au centre de ressources autisme (CRA) de Montpellier avait été élaboré. Ce projet associe l'hôpital Lozère, le centre hospitalier François Tosquelles et l'association « Le Clos du Nid » (pour le groupement de coopération médicosociale du handicap en Lozère).

L'objectif de ce projet qui, dans sa forme actuelle, fait référence à la stratégie nationale autisme, est de mettre en place un dispositif de diagnostic et d'orientation des enfants et adolescents avec TSA et d'accompagner les familles et les aidants. En cela, elle se positionne à l'interface entre les structures de niveau 2 présentes sur le département et la structure de niveau 3 qu'est le CRA de Montpellier.

L'équipe est pluridisciplinaire et ce projet permet de mobiliser les compétences existantes chez chacun des partenaires du projet. Cette équipe peut faire appel, en tant que de besoin, à des professionnels libéraux.

Au-delà de ses compétences dans le domaine du diagnostic et du bilan, cette équipe se positionne également dans l'annonce du diagnostic aux familles et dans la mise en place de prises en charge précoces.

Le CMP enfants souligne qu'il y a eu, au niveau médical et au niveau de la direction du CHFT, un souci d'accompagnement des équipes autour de ce projet. Cela passe en particulier par des propositions de formations identiques autour de TSA au CHFT et au Clos du Nid. Ces formations peuvent être ouvertes aux puéricultrices de PMI et les professionnels de l'Éducation nationale peuvent être associés.

Le CMP adolescents souligne l'intérêt et la pertinence du projet mais le juge insuffisant s'il ne se limite qu'à l'évaluation des situations sans proposition de prise en charge d'aval.

## 5/ SYNTHÈSE ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

### Des spécificités territoriales

Le département de la Lozère présente un certain nombre de spécificités territoriales :

- une densité de population très faible, la plus faible de la France métropolitaine, dans un territoire de montagne avec un impact fort de ces deux éléments sur les déplacements ;
- une population des moins de 20 ans qui diminue mais de manière moins marquée que les années précédentes ;
- une absence de CMPP sur le territoire et un CAMSP positionné sur un seul site mais des CMP maillant le territoire, contribuant à limiter, partiellement, les difficultés d'accès à ces dispositifs d'une partie de la population ;
- un nombre de pédopsychiatres qui diminue et un nombre de psychiatres qui stagne, pouvant rendre difficile l'accès à ces spécialistes ;
- une densité en autres professionnels de santé contrastée avec peu d'orthophonistes d'une part, un nombre plus élevé de psychologues, ergothérapeutes ou psychomotriciens mais en lien avec le taux d'équipements important en établissements ou services pour personnes en situation de handicap.

### L'évolutions des profils

Les professionnels rencontrés mettent en avant plusieurs points ayant un impact sur le profil des enfants et des adolescents qu'ils accompagnent :

- une place de plus en plus importantes des situations sociales complexes ;
- les effets des migrations vers la Lozère de ménages, attirés par le faible coût de l'immobilier dans des petits villages, limitant la vie sociale des adolescents des familles concernées ;
- des retards aux diagnostics qui sont perçus comme encore fréquents du fait du manque de repères des familles et du manque de sensibilisation et de formation dans ce domaine des professionnels de la petite enfance ou des médecins libéraux.

### Les points de vigilance

L'action de ces structures est freinée par :

- les difficultés à maintenir une offre médicale sur les différents sites de consultation des CMP ;
- le lien avec les professionnels de santé qui sont limités par l'absence récurrente de pédopsychiatre au CMP pour enfants ;
- l'importance des situations complexes alliant problématiques psychologiques, sociales et économiques ;
- les difficultés à assurer un lien régulier pour les enfants suivis par l'ASE d'autres départements ;
- l'impact sur la file active des enfants et adolescents pouvant relever d'une intervention des CMP de la présence d'un centre d'accueil pour demandeurs d'asile d'une part, d'une maison d'enfants à caractère social d'autre part.

### Les points d'appui

- les collaborations qui se développent entre professionnels du CAMPS et des CMP ainsi qu'avec ceux des établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap, les formations organisées de façon transversale et la mise en place d'une équipe d'évaluation des TSA associée au CRA de Montpellier, pouvant faire fonction de plateforme de coordination et d'orientation.

## 6/ LISTE DES TABLEAUX

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