

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

DÉPARTEMENT DU TARN

NOVEMBRE 2020

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

DÉPARTEMENT DU TARN

NOVEMBRE 2020

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

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

TABLE DES MATIÈRES

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.....	5
> Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé	5
> Établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap	7
> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique.....	7
> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie	8
4/ Principaux résultats de l'enquête auprès des CAMSP, CMPP, CMP	10
> Lieux d'implantation	10
> Profils des enfants accueillis	12
> Les conditions d'accueil et de bilan	16
> Les modalités de prise en charge	18
> Les sorties et les relais	22
> Les partenariats.....	24
> La place des familles	27
> Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins	28
> Les plateformes d'orientation et de coordination	30
5/ Synthèse et éléments de prospective	31
6/ Liste des tableaux	33

1/ CONTEXTE

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

Il s'agit notamment de :

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

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

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

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

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.

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 début 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 et leurs restitutions.

3/ ÉLÉMENTS DE CADRAGE

Deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile couvrent le département du Tarn : le secteur Tarn-Nord centré autour d'Albi et le secteur Tarn-Sud organisé autour du centre hospitalier de Lavaur.

> Population

Le département du Tarn rassemble une population de plus de 386 000 habitants. C'est, parmi les 13 départements d'Occitanie, le 5^e département le plus peuplé après la Haute-Garonne, l'Hérault, le Gard et les Pyrénées-Orientales. Cependant, il s'agit d'un département peu densément peuplé : 67,1 habitants au km², densité inférieure à la valeur régionale (79,9 hab./km²) ou à celle de la France métropolitaine (118,5 hab./km²). Cinq départements d'Occitanie sont plus densément peuplés (le Tarn-et-Garonne s'ajoutant à la liste des départements les plus peuplés) et sept le sont moins. La densité de population du secteur Tarn-Sud est, avec 79,7 hab./km², 1,4 fois plus élevée que celle du secteur Tarn-Nord (58,6 hab./km²) alors que le nombre d'habitants est supérieur dans ce dernier (52 % de la population départementale).

Les enfants âgés de moins de 21 ans sont près de 90 100 (23,3 % de la population). La part de cette population dans la population générale est à peine moins élevée dans le secteur Tarn-Nord (23,0 %) que dans le secteur Tarn-Sud (23,7 %).

Au cours de la dernière période quinquennale (2011-2016), la population des habitants du Tarn âgés de moins de 21 ans a progressé : près de 1 810 individus de plus sur la période, soit une croissance de 0,4 % par an. Le Tarn se situe ainsi parmi les départements d'Occitanie qui voient leur population de jeunes croître le plus (5^e rang après la Haute-Garonne, le Tarn-et-Garonne, l'Hérault et les Pyrénées-Orientales). Cette croissance renforce la croissance observée au cours de la période quinquennale précédente (2007-2011) pendant laquelle cette population avait augmenté de 1 526 individus (+0,4 %).

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 6 ans	7 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Population totale
TARN NORD	14 418	11 223	9 309	11 275	46 224	201 208
TARN SUD	13 955	11 010	9 200	9 679	43 845	185 240
TARN	28 373	22 233	18 509	20 954	90 069	386 448

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

> Enfants bénéficiaires de l'AEEH

Les familles de plus de 2 200 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH fin 2017 dans le Tarn, soit un taux de bénéficiaires de 2,4 enfants pour 100 jeunes de moins de 21 ans, taux supérieur à celui noté au niveau régional (2,2 %) ou national (1,7 %). C'est sur le territoire du secteur Tarn-Nord qu'ils sont, rapportés à la population, les plus nombreux, et dans le secteur Tarn-Sud qu'ils sont les moins nombreux. Il faut noter que, dans ces deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, le taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH est supérieur au taux observé sur l'ensemble de l'Occitanie ou en France métropolitaine. C'est dans les classes d'âge des 6-11 ans puis des 12-15 ans qu'ils sont les plus représentés.

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 5 ans		6 à 11 ans		12 à 15 ans		16 à 20 ans		Moins de 21 ans	
	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.	Nb.	Tx.
TARN NORD	141	1,13	492	3,66	325	3,50	243	2,15	1 201	2,58
TARN SUD	92	0,77	450	3,36	257	2,78	211	2,16	1 010	2,28
TARN	233	0,96	942	3,51	582	3,14	454	2,16	2 211	2,44

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 2018, 2 180 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire dans le Tarn : 1 114 dans le 1^{er} degré et 1 066 en 2nd degré. À cela, s'ajoute 514 élèves scolarisés en établissement médico-social. Cela correspond à un ratio de 4,2 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire pour 1 élève scolarisé en établissement médico-social.

Au total, ce sont 2 694 enfants et adolescents en situation de handicap qui sont scolarisés dans le Tarn. Cela représente 3,2 % 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 71 médecins spécialistes en psychiatrie² dans le Tarn début 2019. Parmi eux, on relève que :

- trois sont pédopsychiatres, dont un ayant un exercice libéral ou mixte ;
- deux de ces pédopsychiatres sont présents sur le secteur Tarn-Nord et un seul sur le secteur Tarn-Sud ;
- moins d'un quart des psychiatres a une activité libérale ou mixte ;
- la densité de pédopsychiatres (pour 100 000 habitants de moins de 18 ans) dans le Tarn est inférieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (3,8 vs 5,4), tout comme celle des psychiatres (17,6 vs 21,6 pour 100 000 habitants tous âges) ;
- les disparités de densité de ces deux catégories de professionnels entre secteurs sont fortes : rapporté à la population, on compte à peu près deux fois plus de pédopsychiatres et de psychiatres dans le Tarn-Nord que dans le Tarn-Sud ;
- au total, la densité en médecins spécialistes en psychiatrie dans le Tarn est inférieure à la moyenne en Occitanie et en France métropolitaine (respectivement 18,4, 21,5 et 22,5 pour 100 000) et place le Tarn au 6^e rang des treize départements d'Occitanie ayant la densité en médecins spécialistes en psychiatrie la plus élevée, après l'Hérault, la Haute-Garonne, le Gard, le Tarn-et-Garonne et l'Ariège.

Au cours des cinq dernières années, entre 2014 et 2019, le nombre de pédopsychiatres dans le Tarn est passé de 4 à 3. Le nombre de psychiatres est resté stable. Le nombre global de spécialistes en psychiatrie a légèrement diminué (- 1) et la densité pour 100 000 habitants est passée de 18,7 en 2014 à 18,4 en 2019.

On dénombrait 27 pédiatres (dont dix à exercice libéral ou mixte) en 2019 dans le Tarn, soit 25,9 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 inférieur de qui était noté en 2014 : ils étaient alors 29 (dont onze à exercice libéral ou mixte).

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.

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Pédopsychiatre			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
TARN NORD	1	1	2	9	37	46	10	38	48
TARN SUD	0	1	1	7	15	22	7	16	23
TARN	1	2	3	16	52	68	17	54	71

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

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Pédopsychiatre *			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
TARN NORD	2,53	2,53	5,05	4,47	18,39	22,86	4,97	18,89	23,86
TARN SUD	0,00	2,58	2,58	3,78	8,10	11,88	3,78	8,64	12,42
TARN	1,28	2,55	3,83	4,14	13,46	17,60	4,40	13,97	18,37

* 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 santé³ le plus souvent sollicités pour la population des enfants et adolescents avec troubles psychiques, on observe que :

- 156 orthophonistes sont dénombrés dans le Tarn. Plus des trois quarts d’entre eux (76 %) ont un exercice libéral (ou mixte). La densité des orthophonistes dans le Tarn est inférieure à celle observée dans l’ensemble de l’Occitanie et similaire à celle observée en France métropolitaine (40,4 orthophonistes pour 100 000 habitants *versus* 49,2 pour 100 000 en Occitanie et 39,6 en France métropolitaine). C’est, après l’Hérault, la Haute-Garonne, le Gard, le Tarn-et-Garonne et l’Ariège, le département d’Occitanie qui présente la densité d’orthophonistes la plus élevée. Rapporté à la population, le nombre d’orthophonistes est un peu plus élevé en Tarn-Sud qu’en Tarn-Nord ;
- plus de 400 psychologues sont dénombrés dans ce département. Il s’agit surtout de professionnels salariés (62 %). La densité des psychologues dans le Tarn (103,8 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). Parmi les départements d’Occitanie, le Tarn se situe dans une position médiane (7^e rang) en termes de densité de psychologues. Rapporté à la population, le nombre de psychologues est plus élevé en Tarn-Nord qu’en Tarn-Sud ;
- les ergothérapeutes sont au nombre de 60 dans le Tarn. Dans près de neuf cas sur dix (88 %), ces ergothérapeutes sont salariés. La densité d’ergothérapeutes dans le Tarn est inférieure à celle observée sur l’ensemble de la région ou en France métropolitaine : 15,5 ergothérapeutes pour 100 000 habitants dans le Tarn contre 21,4 pour 100 000 en Occitanie et 19,3 pour 100 000 en France métropolitaine. Après le Tarn-et-Garonne, l’Ariège et la Haute-Garonne, le Tarn est le département d’Occitanie qui présente la plus faible densité d’ergothérapeutes. La densité d’ergothérapeutes est plus élevée dans le secteur Tarn-Nord que dans le secteur Tarn-Sud ;
- 97 psychomotriciens exercent dans le Tarn. Plus des deux cinquièmes (42 %) ont un exercice libéral ou mixte. La densité en psychomotriciens (25,1 pour 100 000 habitants) est supérieure à celle observée en Occitanie (22,7 pour 100 000) ou en France métropolitaine (20,6 pour 100 000). Le Tarn occupe une position médiane (6^e rang) parmi les départements d’Occitanie en termes de densité en psychomotriciens. Cette densité est plus forte en Tarn-Nord qu’en Tarn-Sud.

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.

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total
TARN NORD	59	23	82	94	146	240	5	33	38	26	30	56
TARN SUD	63	15	78	70	119	189	2	21	23	18	28	46
TARN	119	37	156	153	248	401	7	53	60	41	56	97

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

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total	libéral	salaarié	total
TARN NORD	29,3	11,4	40,8	46,7	72,6	119,3	2,5	16,4	18,9	12,9	14,9	27,8
TARN SUD	34,0	8,1	42,1	37,8	64,2	102,0	1,1	11,3	12,4	9,7	15,1	24,8
TARN	30,8	9,6	40,4	39,6	64,2	103,8	1,8	13,7	15,5	10,6	14,5	25,1

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

Quinze établissements pour enfants handicapés sont implantés dans le Tarn pour un total de 736 places : sept instituts médico éducatifs (IME) pour 397 places, six instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour 202 places, un institut d'éducation motrice (IEM) de 42 places et un institut d'éducation sensorielle de 95 places. Le taux d'équipement en établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap est de 8,7 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, supérieur à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (7,2 pour 1 000) et sur l'ensemble de la France métropolitaine (6,6 pour 1 000).

Douze SESSAD, pour un total de 292 places, sont implantés sur le département. Le taux d'équipement est de 3,4 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, légèrement supérieur au taux observé sur l'ensemble de la région (3,3 pour 1 000) et identique à celui de la France métropolitaine (3,4 pour 1 000).

> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique

Près de 14 200 tarnais bénéficient, fin 2017, d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, 877 ont moins de 20 ans.

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

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 48,7 %
- Retard mental 21,1 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs..... 8,8 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels 5,4 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte..... 5,4 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes..... 3,3 %

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 tarnais de moins de 20 ans (1 023 pour 100 000 habitants)

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

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
TARN NORD	36	137	163	161	497
TARN SUD	24	132	113	111	380
TARN	60	269	276	272	877

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

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
TARN NORD	362,6	1 266,7	1 456,1	1 453,7	1 138,9
TARN SUD	252,5	1 227,6	1 026,7	1 091,1	902,1
TARN	308,8	1 247,2	1 243,2	1 280,1	1 023,3

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

> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie

Dans le Tarn, on dénombre en 2018 un peu plus de 2 200 séjours hospitaliers en psychiatrie pour près de 13 700 journées d'hospitalisation pour des enfants de moins de 20 ans domiciliés dans le département. C'est parmi les 5-9 ans et les 10-14 ans que le nombre de séjours hospitaliers rapportés à la population est le plus important et parmi les 0-4 ans qu'il est le plus faible. Moins des deux cinquièmes de ces séjours (39 %) correspondent à des hospitalisations à temps partiel, soit nettement moins, en proportion, que sur l'ensemble de l'Occitanie (68 %). C'est parmi les 0-4 ans que la proportion de journées en hospitalisation à temps partiel est la plus élevée et parmi les 15-19 ans qu'elle est la plus faible : respectivement, 85,0 % et 29,6 %. Le taux standardisé de séjours hospitaliers en psychiatrie pour des tarnais de moins de 20 ans est supérieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie et en France métropolitaine : 25,6 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans dans le Tarn, 22,9 en Occitanie et 15,2 en France métropolitaine. C'est le 4^e taux de séjours le plus élevé observé parmi les départements d'Occitanie après les Hautes-Pyrénées, la Lozère et l'Hérault. Ce taux est plus élevé dans le secteur Tarn-Sud que dans le secteur Tarn-Nord.

Les cinq principaux motifs des séjours hospitaliers sont les suivants :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels 22,5 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 20,7 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA) 13,3 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes 11,2 %
- Troubles de l'humeur 3,7 %

Tableau 9 - Nombre de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
TARN NORD	4	315	313	361	993
TARN SUD	23	564	393	238	1 218
TARN	27	879	706	600	2 212

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

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
TARN NORD	0,4	28,5	27,0	31,8	22,6
TARN SUD	2,4	51,1	35,1	22,7	28,8
TARN	1,4	39,8	31,0	27,4	25,6

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

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
TARN NORD	41	2 544	1 714	3 026	7 326
TARN SUD	252	2 301	1 537	2 258	6 348
TARN	293	4 845	3 252	5 301	13 691

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

Sur la même période, près de 45 800 séances en CMP pour enfants et adolescents et actes ambulatoires en services de psychiatrie (hors CATTP) ont été enregistrés pour des tarnais 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 Tarn (530,1 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est nettement supérieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie (326,8 pour 1 000) et s'approche de celui en France métropolitaine (338,0 pour 1 000). Après la Lozère, c'est le plus élevé observé au sein des départements d'Occitanie. Ce taux est plus élevé sur le secteur Tarn-Nord que sur le secteur Tarn-Sud.

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

- Troubles du comportement et troubles émotionnels 20,0 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes 16,4 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA) 15,4 %
- Mise en observation et examen médical 10,3 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 10,0 %
- *Manquant ou non précisé* 7,5 %

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
TARN NORD	2 844	9 746	7 793	6 124	26 508
TARN SUD	1 253	8 900	5 399	3 703	19 254
TARN	4 102	18 646	13 197	9 834	45 779

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

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

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
TARN NORD	283,9	881,9	672,7	538,2	602,0
TARN SUD	130,5	806,2	482,1	352,9	454,8
TARN	209,1	844,1	579,2	449,6	530,1

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

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

> Lieux d'implantation

Deux CAMSP polyvalents sont implantés dans le Tarn :

- Le CAMSP polyvalent d'Albi est géré par la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Cette fondation gère également un CAMSP spécialisé accueillant des déficients auditifs (non pris en compte dans cette étude). Ce CAMSP polyvalent est implanté à Albi et ne dispose pas d'antenne. Son territoire d'intervention couvre la partie Nord du Tarn.
- Le CAMSP de Castres est géré par l'association ASEI. Il est implanté à Castres et ne dispose pas d'antenne. Il couvre le sud du département du Tarn et accueille également quelques enfants de l'Hérault (autour de Saint-Pons-de-Thomières) et de Haute-Garonne (autour de Revel).

Un CMPP, géré par l'association ASEI, est également implanté dans le Tarn. Il dispose d'un centre à Albi et d'une antenne à Carmaux et couvre ainsi, sur le plan territorial, le nord du département du Tarn.

La psychiatrie infanto-juvénile est organisée en deux secteurs dans le Tarn. Le secteur du Tarn Nord relève du pôle infanto-juvénile de la Fondation Bon Sauveur d'Alby. La couverture de ce territoire est organisée selon une approche populationnelle et une approche territoriale. Les CMP pour enfants et adolescents⁴ rattachés au pôle infanto-juvénile sont :

- sur Albi, un CMP du tout-petit, un CMP pour enfants et adolescents et un CMP pour adolescents et jeunes adultes⁵ ;
- sur le reste du secteur, trois CMP enfants et adolescents implantés à Lacaune, à Carmaux et à Gaillac.

Le secteur du Tarn Sud relève du service de psychiatrie de l'enfant du centre hospitalier de Lavaur. Quatre CMP petite enfance–enfance (0-12 ans) relèvent de ce service, implantés à Castres, Graulhet, Lavaur et Mazamet ainsi qu'un CMP adolescents (12-20 ans) implanté à Lavaur avec une antenne à Castres.

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs concernent 4 929 enfants et adolescents. Certains d'entre eux peuvent être en file active sur deux structures du fait de prises en charge conjointes ou de relais de prises en charge entre les deux structures au cours de l'année, sans qu'il soit possible de le quantifier. Rapporté à la population du département, cela correspond à un taux de 54,7 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 Tarn au 6^e rang des départements de la région pour cet indicateur.

De plus, il faut noter que 499 adolescents de 16 à 20 ans sont suivis par les CMP pour adultes du Tarn.

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

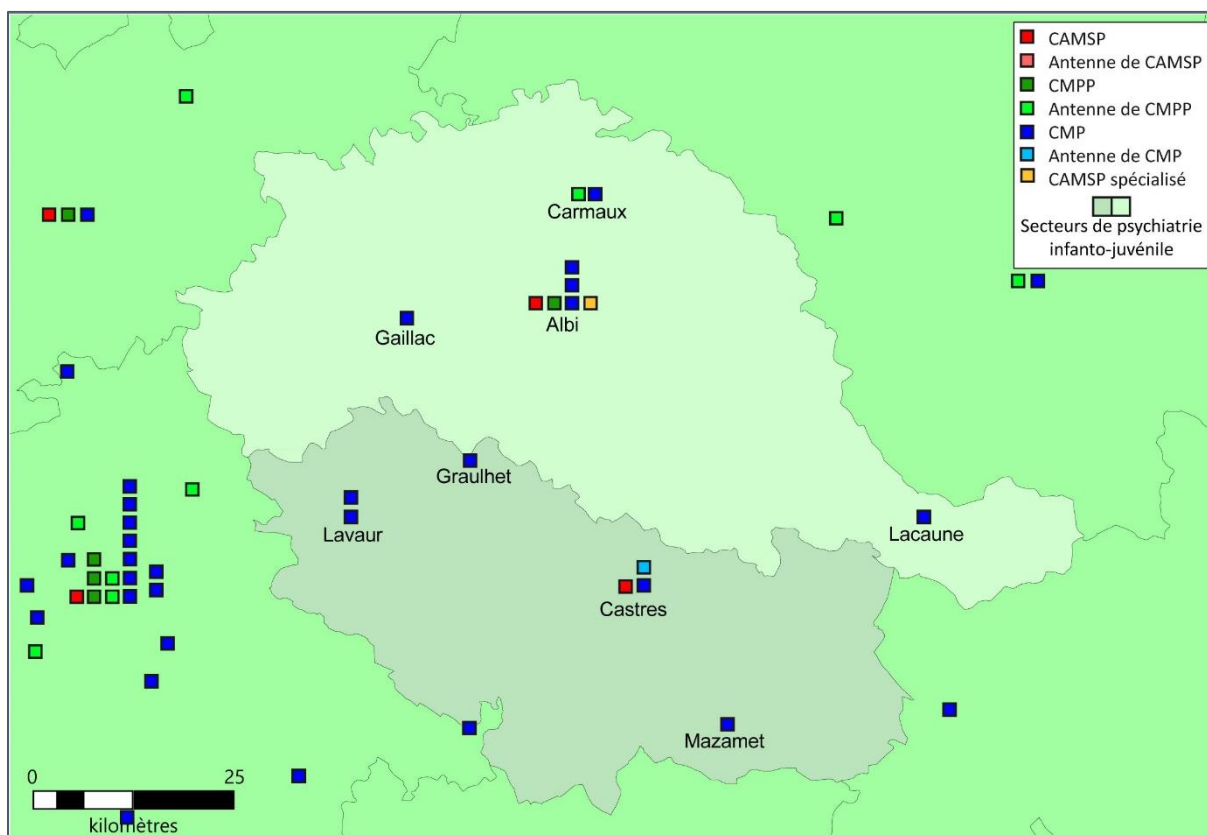
⁵ Jusqu'en 2017, un CMP était également implanté à Réalmont. Le déficit de moyens disponibles sur le secteur Tarn Nord a conduit à sa fermeture et le CMP de Gaillac n'a pas pu bénéficier du redéploiement des personnels de Réalmont

Tableau 14 - Lieux de consultation et file active

Nombre de structures et de lieux de consultation		File Active
CAMSP	<ul style="list-style-type: none"> - 1 CAMSP à Albi ouvert 214 jours par an et 5j/sem de 9h à 17h, sans antenne - 1 CAMSP à Castres ouvert 210 jours par an et 5j/sem de 8h30 à 17h/18h, sans antenne 	<ul style="list-style-type: none"> - Albi : 403 enfants - Castres : 136 enfants <p>Total : 539 enfants</p>
CMPP	<ul style="list-style-type: none"> - 1 à Albi ouvert 5 jours par semaine/210 jours par an et une antenne à Carmaux ouverte 5 jours par semaine/210 jours par an 	<ul style="list-style-type: none"> - Albi : 243 enfants - Carmaux : 111 enfants <p>Total : 354 enfants</p>
CMP	<ul style="list-style-type: none"> - Sur le secteur Tarn-Nord, 3 CMP à Albi (tout petits, enfants et adolescents, adolescents jeunes adultes), 1 CMP enfants et adolescents à Carmaux, 1 CMP enfants et adolescents à Gaillac, , 1 CMP enfants et adolescents à Lacaune - Sur le secteur Tarn-Sud, quatre CMP 0-12 ans à Lavour, Graulhet, Castres et Mazamet, un CMP 12-20 ans à Lavour avec une antenne à Castres 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarn-Nord : 2 263 enfants -Tarn-Sud : 1 773 enfants <p>Total : 4 036 enfants</p>

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

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



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

> Profils des enfants accueillis

Tableau 15 - Répartition par âge

Age des enfants suivis			
CAMSP	Albi :	Moins de 2 ans :	5,3 %
		2 - 3 ans :	23,2 %
		4 - 6 ans :	39,4 %
		plus de 6 ans :	32,1 %
	Castres :	Moins de 2 ans :	9,7 %
		2 - 3 ans :	48,6 %
		4 - 6 ans :	41,7 %
		plus de 6 ans :	0,0 %
CMPP	Moins de 6 ans :	12,3 %	
	6 - 10 ans :	56,6 %	
	11 - 15 ans :	26,8 %	
	16 - 17 ans :	3,8 %	
	18 ans ou plus :	0,4 %	
CMP enfants et adolescents	Tarn-Nord	Moins de 6 ans :	21,9 %
		6 - 10 ans :	31,2 %
		11 - 15 ans :	30,0 %
		16 - 17 ans :	12,7 %
		18 ans ou plus :	4,2 %
	Tarn-Sud	Moins de 6 ans :	14,9 %
		6 - 10 ans :	39,6 %
		11 - 15 ans :	31,1 %
		16 - 17 ans :	12,0 %
		18 ans ou plus :	2,4 %

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

Les deux CAMSP polyvalents prennent en charge des enfants de la naissance jusqu'à 6 ans.

Les éléments principaux caractérisant les enfants accueillis sont :

- le retard global du développement au sens large (mental, d'origine génétique, non étiqueté...);
- les troubles neuromoteurs d'origine génétique ou périnatale, notamment au travers du réseau P'tit MIP. Il s'agit alors principalement d'enfants entre 3 et 6 ans après un suivi qui aura pu être réalisé en lien avec le service de pédiatrie de l'hôpital ;
- les suspicions de troubles des apprentissages repérés en moyenne section de maternelle ou vus au Centre de compétence pour les troubles des apprentissages d'Albi ; certains de ces troubles pouvant être complexes, touchant plusieurs domaines des apprentissages ;
- les troubles du comportements, en particulier les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ;
- les enfants avec TSA.

Les retards au repérage et au dépistage sont de plus en plus rares. Quand ils surviennent, ils sont relevés plutôt dans le champ des troubles psychiques et des TSA, le plus souvent en lien avec un déni des parents : face à un retard de langage, le constat est fait que des parents attendent le début de scolarisation en s'imaginant que les choses vont s'améliorer, entraînant des retards de diagnostic de pathologies qui auraient pu bénéficier d'une intervention précoce et notamment les TSA. Cette attitude est parfois renforcée par le discours de certains médecins généralistes. Dans certains cas, lorsque les signes sont très fins, il peut arriver que les différents praticiens passent à côté du diagnostic pendant un temps. Le troisième élément intervenant dans ces retards est lié au défaut d'accès aux soins et de suivi dans les populations défavorisées.

Au-delà du repérage, des retards de prise en charge sont notés du fait de réticences d'enseignants sur la présence d'accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) auprès des élèves dans certaines classes ou écoles. Au niveau territorial, peu de différences sont relevées. Elles portent principalement sur des niveaux de sensibilisation variables des écoles sur la question des troubles des apprentissages sans que les difficultés qui en résultent soient plus importantes sur un territoire que sur un autre.

Deux éléments ont un impact sur les possibilités de dépistage et de repérage sur le Tarn : le programme « Handicap agir tôt » et la mise en place d'une des deux premières plateformes d'orientation et de coordination en Occitanie. Cela permet de mieux faire connaître aux professionnels de la petite enfance le parcours de soins pour les enfants et la problématique des troubles neurodéveloppementaux. Cela permet également un repérage et une orientation plus précoce et mieux adaptée (principe de guichet unique pour le CAMSP, le CMPP et le CMP) des enfants avec TND. Cependant, il persiste une frange d'enfants pour lesquels un repérage précoce n'est pas fait et qui sont orientés par les médecins scolaires à 5 ans.

Sur le site d'Albi, une extension des locaux a permis d'augmenter les capacités d'accompagnement et d'avoir une file active d'enfants accompagnés avec au moins une prise en charge hebdomadaire plus importante. Cela entraîne un mieux avant 6 ans avec des délais d'attente moins longs mais les professionnels du CAMSP se heurtent toujours au manque de solutions d'aval après 6 ans, d'où l'importance particulière des suivis dits « post CAMSP » dans la file active.

Le CAMSP de Castres a été marqué ces derniers mois par un mode de fonctionnement en mode « dégradé » du fait du départ des médecins (pédiatre et psychiatre) et les vacances de poste qui ont suivi. Un soutien partiel a pu être mis en place assez rapidement en mobilisant des médecins intervenant sur d'autres établissements de la même association gestionnaire mais sur des temps relativement réduits par rapport aux besoins. La situation a aujourd'hui évolué avec la présence de trois médecins (deux pédiatres et un psychiatre). Notons qu'un des pédiatres exerce également sur le CAMSP d'Albi, favorisant ainsi l'articulation entre les deux structures et avec la plateforme de coordination et d'orientation qui vient d'être mise en place. Cela entraîne une nouvelle dynamique au sein de l'équipe du CAMSP. Cette évolution, couplée à des formations qui ont permis aux professionnels de développer leurs connaissances dans le domaine des TSA et la familiarisation avec des outils tels que l'ADI ou l'ADOS, permet de renforcer les compétences diagnostiques du CAMSP. Cette évolution se traduit dans les faits avec la prise en charge diagnostique de plusieurs enfants avec suspicion de TSA ces derniers mois.

Au niveau de la population accueillie par le CAMSP de Castres, le constat est fait que les familles les moins en difficultés s'orientent plus souvent qu'avant vers les professionnels libéraux. Cette évolution nécessite de travailler auprès de ces familles sur les atouts d'un accompagnement en CAMSP, notamment dans la coordination des interventions dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire.

Le CMPP accueille des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Bien qu'il n'y ait pas de particularités caractérisant la population accueillie, les éléments principaux concernant les enfants sont :

- les troubles du comportement graves ;
- les troubles psychiques sévères allant jusqu'à des pathologies sociales (carences graves et impact de l'environnement familial) ;
- l'autisme qui devient de plus en plus prévalent ;
- un volant important de troubles des apprentissages. Le CMPP met en avant la complexité de ce champ du fait d'une terminologie ambiguë. Le repérage et le diagnostic de ces troubles au cours de la petite enfance et de l'enfance sortent du champ de la psychiatrie, alors que des troubles psychiques peuvent s'y intriquer avec également des troubles somatiques. Les champs d'intervention et grilles diagnostiques différentes selon les structures intervenant dans ce domaine ne facilitent pas le dialogue avec les partenaires.

L'équipe du CMPP fait le constat d'une bonne qualité du repérage. Elle met en avant le travail de sensibilisation réalisé auprès des écoles, crèches, maison verte, lieux d'accueil parents-enfants et autres lieux dédiés à la petite enfance à Albi qui fait que les échanges entre celles-ci et le CMPP sont plus importants. Le nombre d'enfants vus

dans ce cadre est élevé, estimé à plus de 1 000 par an. Ce travail nécessite d'être étendu dans les territoires de l'Albigeois subissant une forte précarité sociale en ciblant en premier lieu les maternelles.

Cependant, elle souligne les difficultés pour les parents à s'inscrire dans une démarche de consultation et de suivi. Ainsi, concernant les retards au repérage ou au dépistage, deux éléments ressortent :

- l'impact de l'isolement social entraînant des retards de développement par carence de stimulation avec un recours aux soins limité ;
- des problématiques repérées en crèche mais avec des parents qui sont réticents à venir consulter dans un service. Ceci touche tout type de pathologies. C'est accentué par les phénomènes de précarité sociale, même si ce n'est pas le seul facteur car cela peut également être observé dans des familles sans problèmes d'insertion sociale.

Il faut aussi noter que des déménagements fréquents de certaines familles rendent difficile le maintien d'un suivi et d'un accompagnement.

La précocité d'intervention du CMPP apparaît particulièrement pertinente dans les situations avec intrication de carences sociales et familiales. Cependant, cela est conditionné par la qualité des relais extérieurs permettant le repérage et l'orientation. C'est à ce niveau que les difficultés sont repérées et que la situation est considérée comme compliquée. Cela est particulièrement le cas avec la Justice et peut constituer un point d'achoppement dans les prises en charge : le juge pour enfants statue souvent sur des écrits sans qu'il y ait forcément prise de contact avec les professionnels du CMPP.

Le CMPP accueille maintenant des enfants adressés via la plateforme de coordination et d'orientation. Ces enfants sont généralement adressés après un bilan, ce qui est appréciable, mais l'équipe du CMPP souligne cependant ses difficultés face à l'approche mise en avant. Pour eux, les situations qui leur sont adressées relèvent presque toujours de problématiques mixtes, avec des éléments à leur sens différents de ceux mis au 1^{er} plan des bilans, et qui nécessiteraient un travail plus approfondi sur l'environnement de l'enfant.

Enfin, le CMPP indique ne pas prendre en charge des enfants qui, quand ils lui sont adressés, disposent déjà d'une décision d'orientation vers un ESMS. Il considère que c'est une perte de chance pour ces enfants de leur proposer une prise en charge du niveau permis par un CMPP alors qu'ils nécessitent une prise en charge plus intense.

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

Les éléments principaux concernant les enfants accueillis sont :

- pour les tout-petits :
 - l'éclatement de la parentalité et l'intervention auprès des enfants en amont du CAMSP. Cependant, l'intervention du CMP du tout-petit à Albi est limitée à l'âge de 30 mois ;
 - les troubles du spectre de l'autisme ;
 - les difficultés d'intégration à l'école et d'adaptation aux contraintes de la scolarisation, en recrudescence ;
 - les troubles de l'attention, souvent signe d'appel d'une hyperactivité ;
 - à noter le nombre limité d'enfants de moins de deux ans suivis sur le Tarn Sud du fait du manque de temps de prévention en crèche ou halte-garderie.
- pour les enfants et adolescents :
 - les troubles du spectre de l'autisme ;
 - le développement de troubles psychopathologiques dans un contexte de précarisation d'une partie de la population du territoire et avec un manque de moyens pour assurer un suivi dans ce domaine (moyens limités pour développer cette activité sur Castres alors qu'existe un projet d'équipe mobile et également d'hospitalisation de jour) ;
 - les troubles de l'attention ;
 - les troubles du comportement ;
 - les situations de ruptures, notamment lors de l'adolescence, pouvant aboutir à une déscolarisation ;
 - des conduites auto-agressives ;

- et une progression des situations critiques chez les adolescents avec des interpellations des services sociaux ou de l'aide sociale à l'enfance face à des pathologies installées se manifestant par des troubles du comportement importants.

De plus, quel que soit l'âge, il y a le suivi des problématiques des enfants dont les parents se séparent.

Au niveau du Tarn Nord, l'impact de la mise en place de la plateforme d'orientation et de coordination est souligné, permettant un meilleur repérage et une prise en charge plus précoce des enfants avec TSA.

Le constat est fait qu'il n'est plus vraiment observé de retard au repérage et au dépistage des troubles psychiques. Les seuls éléments pouvant interférer sur ce repérage sont en lien avec la situation socioéconomique des familles et à la paupérisation d'une partie de la population interférant avec l'accès aux soins.

L'existence depuis plusieurs années (avant la mise en place de la démarche Réponse accompagnée pour tous - RAPT) d'une plateforme de prise en charge des situations complexes rassemblant les différents acteurs concernés (éducatifs, justice, social), permet de relancer les prises en charge des enfants et de proposer des accompagnements. Seule l'Éducation nationale est peu présente, la plupart de ces enfants étant déscolarisés.

Sur le secteur du Tarn Sud, le constat est fait de la multiplication des cas lourds et complexes : troubles neurodéveloppementaux avec déficiences dont des TSA combinés à des thématiques sociales nécessitant la mobilisation de nombreux partenaires et leur coordination. Un travail important avec la MDPH est fait sur ces situations.

Les retards au repérage et au dépistage sont considérés comme moins fréquents qu'avant car les diagnostics et les prises en charge sont plus précoces par les services. Des suivis en libéral peuvent être organisés quand la situation clinique et sociale le permet. Ainsi, un réseau de professionnels s'est peu à peu formé permettant un renforcement des liens des CMP avec les médecins traitants et les intervenants paramédicaux.

Depuis début 2019, une maison des adolescents se met en place à Graulhet associant le centre hospitalier et l'association Tarn Jeunes permettant d'élargir les possibilités d'atteindre le public des adolescents en leur proposant des accompagnements adaptés.

Les spécificités territoriales relevées sont :

- l'accès aux soins des personnes résidant en zone de montagne (autour de Lacaune). L'implantation d'une antenne de CMP sur ce territoire a permis de prendre en compte cet aspect des choses car les populations concernées ne se déplacent que peu, voire pas du tout ;
- la précarisation de la population, notamment à Carmaux, mais le travail développé dans le cadre de la politique de la ville et l'implantation du CMP et du CMPP ont permis de proposer des solutions ;
- cette question de la précarisation de la population est retrouvée également au niveau de Graulhet et de Mazamet ;
- la même problématique de précarisation de la population sur un quartier d'Albi en berge du Tarn (Cantepau) : là aussi, il est nécessaire de pouvoir proposer une offre de soins de proximité car la population ne se déplace pas. Lors de la fermeture récente de l'antenne du CMP enfants adolescents qui y était implantée (restructuration interne de la fondation Bon Sauveur), la poursuite du suivi des enfants et adolescents sur les autres CMP d'Albi s'est heurtée au manque de mobilité de cette population ;
- des populations particulières sur certains territoires isolés où le maillage des transports en commun est réduit, marqués par une « fuite des services sociaux » et où on retrouve des enfants ayant des carences éducationnelles dans un contexte d'isolement et de précarité ;
- un territoire qui est une « zone dortoir » pour des personnes travaillant à Toulouse autour de Saint-Sulpice. Les prises en charge des enfants et adolescents sur ces territoires doivent être envisagées sur des horaires compatibles avec ceux imposés par le travail de leurs parents sur la métropole toulousaine. Les CMP sur ce territoire se sont organisés pour proposer des horaires de consultation tardifs (jusqu'à 20h).

Le domaine où la précocité des interventions du CMP apparaît la plus souhaitable concerne :

- les troubles du spectre de l'autisme, même si le constat peut être fait que les choses se sont nettement développées et améliorées dans ce domaine ;
- toute la pathologie en lien avec la période périnatale avec un déficit du repérage en crèche ou par les pédiatres, limitant les interventions précoces ;
- les troubles anxieux des enfants.

> Les conditions d'accueil et de bilan

Tableau 16 - Origine des interventions

2017		Médicale	Éducative	Sociale	Médicosociale	Directe	Autre
CAMSP	Albi	64,6 %	8,7 %	0,8 %	7,9 %	1,6 %	16,5 %
	Castres	90,0 %	0,0 %	6,0 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %
CMPP		19,8 %	28,4 %	16,4 %	5,2 %	24,1 %	6,0 %
CMP	Nord-Tarn	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
	Sud- Tarn	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd

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

Tableau 17 - Listes d'attente et délais

Liste d'attente au 31 décembre		Délais d'attente moyens	
CAMSP	- Albi :	57 enfants	- 180 jours pour un premier rendez-vous 365 jours entre le 1 ^{er} rendez-vous et la 1 ^{ère} intervention
	- Castres :	5 enfants	- 43 jours pour un premier rendez-vous 42 jours entre le 1 ^{er} rendez-vous et la 1 ^{ère} intervention
CMPP	- 23 enfants		- 3 mois d'attente ou plus pour un 1 ^{er} rendez-vous : 7,8 % 3 mois ou plus entre 1 ^{er} RV et 1 ^{ère} intervention : 7,8 %
CMP	- Nord-Tarn	Nd	- Nd
	- Sud-Tarn	Nd	- Nd

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

Au CAMSP polyvalent d'Albi, les modalités d'accueil sont restées relativement stables depuis 2016. La prise de rendez-vous est faite par la famille, sur demande le plus souvent du médecin traitant, d'un pédiatre, d'un professionnel de santé libéral (orthophoniste, kiné), de l'école. Dans un certain nombre de cas, c'est à la demande des parents eux-mêmes. Une fiche de renseignements est complétée au téléphone lors de cette prise de rendez-vous et il est demandé qu'un courrier soit adressé par le médecin qui a orienté l'enfant vers le CAMSP. Le délai pour obtenir un rendez-vous apparaît à 180 jours au 31 décembre 2017 dans le rapport d'activité. Depuis lors, une extension du CAMSP a permis de réduire ce délai. Un créneau de consultation est conservé sur le planning des médecins pour voir les enfants plus rapidement en cas d'urgence : le délai est alors de 1 à 2 semaines.

Le premier rendez-vous est systématiquement avec un médecin. Selon les informations disponibles au niveau de la fiche de renseignements, le rendez-vous est donné avec l'un ou l'autre des médecins du CAMSP selon leurs compétences (pédiatre, neuropédiatre ou pédopsychiatre). L'objectif du premier rendez-vous est de comprendre les principaux éléments des problèmes présentés par l'enfant, d'orienter les premiers examens complémentaires et, éventuellement, mettre en place les premiers éléments de prise en charge.

En cas de suspicion de troubles des apprentissages, il est demandé aux parents d'apporter les bilans qui auraient déjà pu être réalisés (orthophonie, psychomotricité).

En cas de besoin de bilan, les délais de rendez-vous avec les différents professionnels concernés (orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute) peuvent être particulièrement longs, ces derniers ayant peu de latitudes dans leur planning pour ces bilans, en sus des suivis et prises en charge en cours.

Une fois le bilan réalisé, la prise en charge est déterminée. Elle commence généralement par une mise en œuvre partielle en collaboration avec le secteur libéral, avec parallèlement une inscription sur liste d'attente.

La mise en place de la plateforme d'orientation et de coordination (portée par le CAMSP d'Albi) doit entraîner une réorganisation des procédures d'accueil. En effet, la plateforme se positionne en particulier comme premier

interlocuteur pour les enfants nécessitant un accompagnement ou une prise en charge ; l'orientation vers une structure comme le CAMSP, le CMPP ou le CMP se faisant dans un deuxième temps.

Au CAMSP de Castres, la prise de rendez-vous est faite par la famille sur demande le plus souvent d'un médecin (médecin hospitalier, médecin de PMI, médecin traitant, médecin scolaire). Un courrier de ce médecin est demandé pour étayer la demande.

Le premier rendez-vous est systématiquement avec le médecin pédiatre sauf en cas de trouble psychique isolé, en quel cas le premier rendez-vous a lieu avec le pédopsychiatre.

Au cours de ce premier rendez-vous, il est déterminé si l'enfant relève d'une prise en charge du CAMSP, c'est à dire d'une prise en charge pluridisciplinaire. Ce rendez-vous dure une heure et permet de faire l'anamnèse, un examen clinique et d'orienter le bilan pour les enfants relevant d'une prise en charge par le CAMSP.

Une réunion d'équipe suit, au cours de laquelle la situation est présentée et le bilan à réaliser est décidé. Celui-ci s'étale sur 2 à 3 mois et peut faire intervenir orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien, éducateur de jeunes enfants et ergothérapeute.

À l'issue du bilan, les différents éléments collectés sont repris en synthèse lors d'une réunion d'équipe. Le projet de prise en charge est alors élaboré et soumis aux parents. Il comprend, un état des lieux de la situation de l'enfant, la détermination de ses besoins, les objectifs fixés et les moyens mis en œuvre.

Au CMPP, la prise de rendez-vous est effectuée par les familles qui sont généralement orientées par l'Éducation nationale, le médecin traitant et, dans certains cas, par les structures d'accueil comme les MECS, la Maison verte ou des services départementaux (PMI, ASE, services d'AEMO). Le premier contact peut se faire également par le biais des assistants de travail social.

Le délai pour un premier rendez-vous varie selon les situations, entre 15 jours et un à trois mois. Un délai supérieur à un mois concerne plus de la moitié de la population suivie.

Le premier entretien est maintenant réalisé de manière conjointe par le médecin et l'assistante sociale. Cette présence médicale permet de faire immédiatement une proposition de prise en charge quand la situation est simple. Dans les autres cas, un bilan initial est organisé. Sa durée est maintenant limitée à 3 mois et associe, suivant la situation, psychologue, orthophoniste... Une fois ce bilan initial réalisé, une prise en charge est proposée au cours d'une réunion de synthèse à partir des éléments apportés ou bien un bilan plus approfondi est mis en place. Cependant, le plus souvent, les délais d'attente avant le début de la prise en charge ou la réalisation de ce bilan approfondi sont longs. Dans ce cas, des temps de consultation permettant de faire un point sont proposés durant ce délai. Il faut noter qu'une partie des familles ne donnent pas suite au projet de prise en charge, notamment du fait de ces délais longs.

Dans les CMP du Tarn Nord, les modalités d'accueil et de bilan sont variables d'un site à l'autre mais répondent peu ou prou au même schéma général. Le premier contact se fait, soit directement par la famille, soit par les partenaires sociaux. Les contacts directs par les médecins sont assez rares en dehors de dispositifs spécialisés (par exemple le réseau P'tit MIP pour les tout-petits).

Le rendez-vous est donné dans un délai qui varie selon les époques de l'année et les structures. Cela va d'une semaine à deux mois. Pour les adolescents, lorsque le délai d'attente apparaît trop long, il est possible de mobiliser l'équipe mobile dépendant du pôle infanto-juvénile. Si le secteur d'intervention de cette équipe mobile est principalement l'Albigeois, l'élargissement de sa zone géographique d'intervention est souhaité. Pour les tout-petits, le délai est inférieur à 15 jours. Certains CMP veillent à conserver sur leur planning des temps de consultation dédiés aux situations urgentes.

Le 1^{er} rendez-vous a lieu, selon les CMP, avec un médecin ou un psychologue, parfois un infirmier. Ce rendez-vous permet de cerner la problématique, d'effectuer une première évaluation et de mettre en place un bilan. Celui-ci est réalisé de façon pluridisciplinaire en 2 à 3 semaines et aboutit à une réunion de synthèse. Cette réunion de synthèse permet de proposer un projet pour l'enfant. Actuellement, ce projet n'est, le plus souvent, pas écrit.

L'existence de listes d'attente n'est pas objectivée au niveau des différents CMP mais des délais d'obtention de rendez-vous pouvant être longs sont relevés. Selon les CMP, le délai pour avoir un rendez-vous avec un médecin varie de deux mois à quatre mois en situation normale. Dans tous les CMP, des rendez-vous peuvent être donnés dans des délais plus brefs en cas d'urgence. Une attention forte des différentes équipes existe face à cette problématique. Le constat est fait d'un allongement progressif de ces délais du fait du départ à la retraite de psychiatres et de la difficulté à les remplacer. Ceci est particulièrement marqué au niveau des CMP adolescents où les délais peuvent atteindre 6 mois à certaines périodes de l'année pour redescendre à d'autres, mais rarement en dessous de 4 mois. La fragilité du nombre de pédopsychiatres et la réduction des moyens ont ainsi un impact important sur les prises en charge.

Des formations à la passation de l'ADOS permettent maintenant au CMP d'être autonome pour le bilan des TSA. Un travail spécifique a été développé concernant les adolescents : un travail de décryptage approfondi des demandes de consultation est fait afin d'éviter de passer à côté de situations pour lesquelles une prise en charge rapide voire urgente est nécessaire. Ainsi, un premier entretien téléphonique est réalisé par le secrétariat. Le contenu de cet entretien est ensuite repris avec un médecin et la famille rappelée en cas de nécessité d'intervention urgente. La mise en place d'une équipe mobile permet de répondre alors en 48h en semaine à la demande. Un pédopsychiatre est d'astreinte de 9h à 17h en semaine et des créneaux sont réservés pour proposer des consultations en urgence dans la semaine.

Dans les CMP du Tarn Sud, le 1^{er} contact est pris par la famille qui, neuf fois sur dix, a été orientée vers le CMP par l'école. Un protocole d'accueil a été mis en place : un recueil d'information est réalisé par le secrétariat qui dispose d'une trame pour cela. Les demandes sont ensuite traitées en réunion clinique. Les urgences sont alors identifiées. En dehors de ces cas, des rendez-vous (entre un et trois) sont alors proposés selon la situation : pédopsychiatre, assistant de service social, psychologue, infirmier... Le projet de soins est ensuite élaboré lors de la réunion de synthèse hebdomadaire, puis proposé aux parents.

L'existence de listes d'attente n'est pas objectivée mais les délais d'obtention de rendez-vous sont documentés. Selon les CMP enfants, le délai pour avoir un rendez-vous avec un médecin est d'environ un mois en situation normale. Dans les CMP adolescents, le délai est généralement plus court. À Graulhet, les consultations peuvent se faire sans pédopsychiatre. Des rendez-vous peuvent être donnés dans des délais plus brefs en cas d'urgence.

> Les modalités de prise en charge

Dans les CAMSP, les modalités de prise en charge sont variables selon les sites.

À **Albi**, des orientations vers d'autres dispositifs peuvent être proposées à l'issue du bilan :

- vers le CMP ou le CMPP en cas de problème psychique ;
- vers les professionnels libéraux en présence d'une pathologie simple ne nécessitant pas de prise en charge pluridisciplinaire ; dans ce cas, un rendez-vous en consultation est proposé à 3/6 mois.

De plus, si, à l'issue du bilan, il s'avère qu'un suivi thérapeutique n'est pas nécessaire, des conseils sont donnés et un rendez-vous à 3/6 mois est proposé.

La prise en charge est basée sur des suivis individuels et des activités de groupe :

- les suivis individuels sont de type éducatifs, de psychomotricité, ou en orthophonie et, ergothérapie et peuvent être complétés par une guidance psychologique en individuel. Dans certains cas (épilepsie, gastrostomie...), une puéricultrice peut également intervenir ;
- les groupes sont organisés autour de déficiences (langage, retard mental) ou bien selon des pathologies (trisomie, TDAH).

Le plus souvent, l'approche éducative est combinée avec une autre approche rééducative aboutissant à des prises en charge doubles, organisées généralement sur une venue hebdomadaire de l'enfant.

Pour les tout-petits, quand le suivi est assuré par la puéricultrice, celui-ci a une fréquence bimensuelle ou mensuelle.

Le dispositif « Handicap agir tôt » a permis de proposer une guidance parentale pour les parents d'enfants de 0 à 3 ans. Des petits groupes associant les familles sont ainsi mis en place.

De plus, dans le même cadre, une information est faite auprès des structures dédiées à la petite enfance (jusqu'à 3 ans) pour mieux repérer les enfants avec TND et les orienter vers la plateforme d'orientation et de coordination. Cela permet de mettre en œuvre un dépistage précoce et de les inscrire dans des parcours de soins adaptés selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : deux situations ressortent plus particulièrement, en lien avec un déficit en moyens de rééducation (psychomotricité, orthophonie, ergothérapie) :

- auprès des enfants prématurés pour lesquels il n'y a pas de psychomotricité précoce possible du fait du manque de temps de psychomotricien au CAMSP et pour lesquels des solutions combinant kinésithérapie au CAMSP et prise en charge par un psychomotricien en ville sont « bricolées » ;
- auprès des enfants avec TED pour lesquels la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques doit se faire en collaboration avec le secteur libéral (impossible de mobiliser le personnel du CAMSP pour des prises en charge à hauteur de 15 h/semaine par enfant).

Par rapport à ce qui serait souhaitable, le CAMSP polyvalent d'Albi met en avant la difficulté à réaliser un travail au domicile des enfants, chose qui était encore possible il y a quelques années, mais qui ne l'est plus du fait du manque de moyens face à l'augmentation de la demande.

À Castres, des orientations vers d'autres dispositifs peuvent être proposées à l'issue du bilan. L'objectif est de réserver les moyens limités disponibles aux enfants nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Dans le cas contraire, les enfants sont orientés vers une prise en charge libérale.

La prise en charge est basée sur des suivis individuels pluridisciplinaires pouvant associer psychomotricité, orthophonie, psychologue, kinésithérapie, orthoptie, ergothérapie et éducatrice de jeunes enfants. Près des deux tiers des enfants suivis au CAMSP bénéficient de 3 à 4 prises en charge par semaine et un tiers de 5 à 7 prises en charge. Dans la pratique, cela se traduit par une à trois venues au CAMSP avec une ou deux interventions par venue. Une attention est portée pour essayer de regrouper les interventions afin de limiter les venues des enfants avec leurs parents, notamment pour ceux qui sont le plus impactés par les distances ou les difficultés de déplacement. En dehors des phases de bilan, une dizaine d'enfants bénéficient de soins partagés avec une autre structure ou avec le libéral.

Le dispositif « Handicap agir tôt » a permis de développer des actions d'appui à la parentalité et d'organiser des ateliers de sensibilisation auprès des parents. L'augmentation des moyens en psychologue possible dans ce cadre a permis de renforcer le travail avec les familles.

Dernièrement, des actions pour répondre au développement des addictions aux écrans ont été également développées.

Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : ils ont trait principalement au manque de temps d'orthophoniste et de psychomotricien.

Plus spécifiquement sur les deux CAMSP, pour la prise en charge des enfants avec TSA, il faut noter que des relations avec le CRA existent. À Albi, elles sont particulièrement développées, le responsable du CRA faisant partie de l'équipe, même si sa présence est actuellement beaucoup plus limitée qu'auparavant. Les TSA représentent environ un tiers de la file active sur Castres. Ces enfants peuvent être adressés au CRA en cas de doute diagnostique ou à la demande des parents, mais les délais d'attente sont longs (6 à 12 mois). Les accompagnements mis en œuvre sont pluridisciplinaires et associent psychologue, psychomotricien, éducateur et orthophoniste. Cependant, du fait des moyens disponibles, il n'est guère possible de proposer plus d'une séance par semaine avec chacun de ces professionnels.

Les retards psychomoteurs et de langage représentent environ un quart de la file active du CAMSP de Castres. La prise en charge proposée associe psychologue, orthophoniste et éducateur associés parfois à de la psychomotricité.

Au CMPP, dans certains cas, des situations cliniques peuvent ne pas nécessiter de prise en charge ou se dénouer en une ou deux consultations. Un suivi en consultation est alors proposé (ou une simple disponibilité de l'équipe à une nouvelle demande qui pourrait s'exprimer).

D'autres situations, simples, peuvent être adressées en libéral pour le suivi mais en se heurtant à deux problèmes : les listes d'attente des professionnels libéraux et le reste à charge pour la famille.

La réorientation vers d'autres structures est qualifiée de très compliquée, notamment si cela doit passer par la MDPH : six mois d'attente minimum sont alors notés pour ces réorientations. Le CMPP est considéré comme la structure de référence de l'enfant par la MDPH ou des dispositifs d'aval, même si l'enfant n'a été vu qu'une fois. Il est ainsi considéré comme ayant un suivi, rendant la demande moins prioritaire.

Les prises en charge proposées sont principalement individuelles de type psychothérapeutique et peuvent associer également orthophonie, psychomotricité, travail avec un éducateur ou intervention de l'assistante de travail sociale.

Des prises en charge de groupe, des thérapies familiales (par l'éducateur) et des thérapies mère-enfant sont également proposées. Les prises en charge sont le plus souvent hebdomadaires par intervenant. Les prises en charge multiples ne sont ni la majorité, ni l'exception.

Aucun enseignant n'intervient sur le CMPP.

Les troubles du spectre de l'autisme sont perçus comme constituant une part importante de la population suivie au CMPP sans qu'il soit possible de la quantifier. Les enfants concernés sont vus globalement dès 2-3 ans. Ils sont adressés généralement vers le CRA pour le diagnostic et le bilan car le CMPP ne dispose pas forcément des outils de diagnostic multidimensionnel. Les relations entre le CMPP et le CAMSP sont un domaine à développer. Un travail autour de l'harmonisation des pratiques, la complémentarité des deux dispositifs et leur articulation a ainsi commencé.

Pour les troubles instrumentaux et des apprentissages au CMPP, la question de l'articulation avec le centre de compétence pour les troubles des apprentissages est posée : le CCTA est perçu comme un lieu de diagnostic qui s'occupe d'enfants pouvant avoir des troubles des apprentissages et qui sont en échec scolaire. Le CCTA adresse ensuite les enfants plutôt vers le libéral, entraînant un suivi travaillé de manière individuelle et isolée par ces professionnels. Les enfants et adolescents avec troubles des apprentissages constituent une part importante de la population suivie au CMPP. Il s'agit d'un motif d'adressage fréquent, mais derrière lequel il est parfois difficile de faire la part de ce qui relève de troubles des apprentissages, de ce qui relève d'autres types de pathologies. Les troubles du comportement des adolescents forment une problématique vue plus souvent à l'antenne de Carmaux qu'à Albi, du fait notamment de l'activité du CMP enfants adolescents d'Albi. À Carmaux, le lien est fait, concernant les troubles du comportement des adolescents, avec les problématiques de difficultés sociales. La question des relations intra familiales à l'adolescence est également posée. À Albi, cette problématique est plus diluée dans le public suivi. L'orientation est alors envisagée vers le CMP ou le lien avec la maison des adolescents où les jeunes peuvent avoir accès à des groupes de parole.

Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : il y a tout d'abord la difficulté à mettre en place une réponse adaptée dans des délais raisonnables. Face à la multiplicité des demandes, il est également difficile de concentrer sur un petit nombre de situations les moyens qui seraient nécessaires pour accompagner l'ensemble des situations. De façon plus large, des situations ne sont pas prises en charge actuellement à la hauteur de ce qui serait nécessaire et que de plus en plus, du « bricolage » est fait. Le manque de moyens n'est pas la seule explication : il y a aussi des défauts d'organisation. Une interrogation des pratiques est nécessaire dans ce contexte.

Aux CMP, une réorientation pour un suivi dans une autre structure à l'issue du bilan est quelque chose de très rare. Cela est plus fréquent vers du libéral mais limité aux situations sans comorbidité, lorsque la famille dispose des capacités à faire face et quand le contexte socio-familial est simple. Elle concerne, par exemple, les enfants présentant uniquement des problèmes de motricité fine et pouvant accéder à de la psychomotricité en libéral. Les prises en charge proposées varient selon l'âge des enfants, les problématiques présentées et les CMP. Cela peut aller de la consultation de suivi, tous les 3 à 6 mois, à des prises en charge intensives avec plusieurs séances par semaine. Il est à noter une évolution forte des pratiques dans ce domaine. Les prises en charge proposées

s'organisent, selon la pathologie, entre séances individuelles (psychologue, psychomotricité, orthophonie, éducateurs, infirmiers, travail social) et séances en groupe (conte, relaxation, psychomotricité, jeux). Les liaisons avec les autres professionnels intervenant auprès de l'enfant ou de l'adolescent viennent en complément. Il faut aussi souligner l'importance du travail social auprès des familles. Ainsi, il n'existe pas de schéma type de prise en charge mis à part pour les enfants avec troubles du spectre de l'autisme pour lesquels un suivi intensif et pluridisciplinaire est mis en place

Les prises en charge sont organisées le plus souvent sur un rythme hebdomadaire et sur une année scolaire. Elles comportent toujours une prise en charge individuelle qui peut être pluridisciplinaire, à laquelle sont associées selon les cas, des activités en groupe. Certains enfants peuvent venir jusqu'à trois fois par semaine au CMP. La mise en place de groupes thérapeutiques sur le CMP s'est faite ces dernières années. Des groupes pour les parents sont également proposés à Albi. Leur mise en place est plus difficile sur les autres sites.

Concernant les troubles du spectre de l'autisme, une formation, des personnels du CMP du tout-petit d'Albi et du CMPP, sur le diagnostic et l'évaluation des enfants avec troubles du spectre de l'autisme a eu lieu il y a quelques années. Une formation au dépistage des TSA a également été réalisée sur le secteur Tarn-Sud. Des pièces dédiées et le matériel nécessaire ont été mis en place à Graulhet et restent à développer à Lavaur. Cette évolution s'inscrit dans le développement d'une unité d'évaluation enfants du Tarn, en lien avec le CRA de Toulouse. Les relations sont particulièrement développées avec les dispositifs intervenant dans l'accompagnement de ces enfants à Albi : une halte-garderie spécialisée, un SESSAD spécialisé et un IME avec un groupe dédié. À Lavaur, si les TSA représentent la moitié de l'activité de l'hôpital de jour, ces pathologies sont peu présentes au CMP. Le constat est fait que, dans de nombreux cas, l'accompagnement est organisé par les parents eux-mêmes avec des professionnels libéraux.

Les troubles instrumentaux et des apprentissages forment un domaine peu développé dans l'activité du CMP, du fait de la place importante des tout-petits et des adolescents dans le public accueilli. Une antenne du centre régional de référence est installée au centre hospitalier mais sans participation, ni du CMP, ni du CMPP. De ce fait, le positionnement du CMP d'Albi dans ce domaine est un peu compliqué actuellement. Sur le Tarn Sud, les troubles des apprentissages isolés ne sont pas suivis au CMP : dans ces situations, les personnes concernées recourent le plus souvent à des prises en charge en libéral. Dans les cas plus complexes, si les parents ne manifestent pas un intérêt pour les questions psychologiques en lien avec ces troubles, le suivi est également effectué en libéral entre orthophonistes et psychomotriciens.

Les troubles du comportement des adolescents correspondent à une activité importante des cinq CMP enfants adolescents ou adolescents jeunes adultes. Autour du pôle infanto-juvénile d'Albi s'est développée une offre de soins spécifique dans ce domaine avec les CMP, l'équipe mobile, les unités d'hospitalisation de jour et d'hospitalisation complète. De plus, la maison des adolescents est également portée par le pôle. Ce domaine est également marqué par l'insuffisance de médecins à Castres et Mazamet.

Le constat d'un bon accès à des familles en difficultés multiples pour les tout-petits est fait au travers de la psychiatrie de liaison en maternité. En revanche, du fait du manque de moyens à leur niveau, la mobilisation de la PMI autour de ces situations peut parfois être difficile. À Albi, un CHRS mère-enfant existe : des professionnels du CMP interviennent dans cette structure ainsi que sur la halte-garderie. Celle-ci fonctionne, une demi-journée par semaine, en « maison verte ». Cela permet d'initier le contact avec ce public et de l'amener peu à peu vers le soin quand cela est nécessaire.

Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : les limites sont posées par le manque de personnel, ne permettant pas toujours de proposer des prises en charge à la hauteur, quantitativement, de ce qui serait souhaitable. Cela retentit aussi, par l'impact sur la disponibilité des différents intervenants, sur les possibilités de coordination entre professionnels autour d'un même enfant. Plus spécifiquement, les manques portent sur :

- la possibilité de voir les familles régulièrement ;
- les moyens de psychomotricien et d'orthophoniste ;
- le temps de pouvoir réfléchir sur les pratiques du fait de l'augmentation des demandes ;
- les moyens pour proposer des prises en charge adaptées en aval du CMP.

D'une manière plus générale, un point d'attention a été souligné lors de la réunion de concertation. Des actions d'appui à la parentalité sont mises en place par différents acteurs tels la PMI ou les CMP. Il apparaît nécessaire de rendre plus lisibles ces différentes actions, leurs objectifs et leurs publics cibles. Certaines se situent plus dans le domaine de la prévention, avant que des troubles ne se manifestent chez les enfants ou adolescents, d'autres dans l'accompagnement une fois ces troubles présents. Cette offre rendue lisible, en particulier au niveau des prises en charge groupales dans un objectif de prévention, serait à diffuser largement auprès des acteurs et professionnels concernés, notamment au niveau de l'Éducation nationale.

> Les sorties et les relais

Au CAMSP, le nombre d'enfants sortis en 2017 est de :

- 101 à Albi dont 52 enfants sortis après bilan et 49 après suivi,
- 64 à Castres dont 23 enfants sortis après bilan et 23 après suivi.

La durée moyenne de prise en charge est de 10 mois à Albi et de 19 mois à Castres.

En dehors des cas où, à l'issue du bilan, il s'avère que les enfants ne relèvent pas du CAMSP, les fins de prises en charge se décident principalement sur le critère d'âge (atteinte de la limite de prise en charge en CAMSP). En dehors de ces cas, la décision est prise en équipe au vu d'une évolution favorable de l'enfant. Les fins de prise en charge sont discutées en équipe (en général, deux synthèses sont organisées par an et par enfant à Albi et au moins une par an à Castres avec des points de suivi intermédiaires) puis avec les parents. Le principe est, en général, de prendre le temps de construire cette proposition avec les parents.

Les orientations en fin de prise en charge CAMSP se font :

- principalement vers un accompagnement par des professionnels libéraux. Cependant, le manque de disponibilité des orthophonistes et de coordination des soins est souligné. Un cabinet pluridisciplinaire s'est implanté mi-2015 à Castres associant psychomotriciens, orthophonistes et ergothérapeutes, pouvant apporter une solution à cette problématique ;
- vers le CMP ou le CMPP ;
- vers les établissements et services médicosociaux (IME, IEM ou SESSAD) mais avec des délais d'attente longs.

Le caractère « complètement embolisé » du réseau d'aval SESSAD/IME est souligné par le CAMSP polyvalent d'Albi. Par rapport à 2016 où les délais d'attente pour une entrée dans ces structures étaient évalués à 2-3 ans, des attentes pouvant atteindre 7 ans sont mentionnées. Un déficit en établissements de type IEM (et SESAD IEM) est en particulier souligné. De ce fait, la pratique actuelle est de commencer à déposer les dossiers (auprès de la MDPH et auprès des structures) dès l'âge de 4 ans (soit 2 ans en amont) avec toutes les difficultés que cela implique dans les relations avec les parents et avec l'enfant. D'une certaine manière, cela revient à dire très en amont aux parents que les progrès de leur enfant vont être très limités.

Au CAMSP de Castres, le même constat de saturation des établissements et services type IME ou SESSAD est fait. Cela nécessite de penser et d'anticiper fortement les sorties. Un travail de recensement a été fait pour identifier des professionnels libéraux ayant développé des compétences adaptées et vers qui les enfants en attente de place en ESMS peuvent être orientés. Cela fait partie des axes de travail soulignés dans le projet l'établissement. Le CAMSP est parfois perçu comme un cocon qui rassure les parents et les empêche de se projeter vers l'avenir. Les accompagnements mis en place sont questionnés et réévalués au moins une fois par an. La question de l'orientation des enfants reste une question majeure et l'arrivée de nouveaux médecins permet une vigilance accrue dans ce domaine et de bénéficier de leur réseau.

Au CMPP, le nombre d'enfants sortis en 2017 est de 119. Plus de la moitié des suivis (56 %) ont duré moins d'un an et 13 % ont duré 3 ans ou plus. Dans les deux tiers des cas, la fin de prise en charge était concertée et dans trois cas sur dix, la fin de la prise en charge était du fait de la famille.

Les fins de prise en charge sont discutées en réunion de synthèse. Le point de vue des familles est pris en compte. Normalement, un travail d'accompagnement des familles est réalisé en partenariat avec les écoles, mais son effectivité est variable selon les personnes.

Des orientations vers d'autres structures sanitaires ou médicosociales peuvent être proposées selon la symptomatologie des enfants : hôpital de jour pour adolescents, ITEP, IME, SESSAD.... Dans ce cas, un tuilage est organisé avec l'équipe qui va prendre le relais. Cependant, les modes de fonctionnement des structures et leurs approches n'étant pas toujours les mêmes, les orientations peuvent s'en ressentir. À titre d'exemple, les grilles d'indication utilisées pour l'admission à l'hôpital de jour pour adolescents sont jugées trop restrictives.

Enfin, des ruptures de prise en charge du fait des familles sont notées.

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

Pour les orientations vers le secteur libéral, celles-ci se font au niveau de chaque CMP en fonction des réseaux développés avec les professionnels du territoire.

Quand une orientation vers une prise en charge en hôpital de jour est décidée, la transmission se fait en interne. S'il s'agit d'une orientation vers une structure médicosociale, une liaison avec l'équipe qui assurera le nouvel accompagnement est proposée pour présenter la situation et transmettre les éléments nécessaires à la continuité du parcours de prise en charge. Les CMP ont développé des relations avec la plupart des ESMS pour personnes en situation de handicap, ce qui facilite les choses et permet un bon travail. Des difficultés d'orientation par manque de place sont cependant notées, en particulier vers les IME, entraînant des « embouteillages » au niveau des hôpitaux de jour. Un travail reste à développer pour les transitions vers la psychiatrie adulte quand elle est nécessaire : il s'agit d'une part de travailler avec la personne concernée et son entourage sur la nécessité de poursuivre un suivi au long cours et, d'autre part, de mieux faire connaître l'activité du CMP adolescents par les CMP adultes pour faciliter les transitions. Un dispositif spécifique pour les 16-25 ans pourrait être à développer.

À Lavaur, quand le suivi est exclusivement en pédopsychiatrie, la fin de prise en charge est décidée par le médecin. Quand la prise en charge associe psychomotricité ou orthophonie, une évaluation est faite en réunion de synthèse. Pour les psychothérapies et les suivis assurés par les psychologues, ce sont ces professionnels qui décident de la fin des prises en charge.

Si l'orientation se fait vers une structure médicosociale (SESSAD, IME ou ITEP), des procédures de présentation des enfants sont mises en œuvre. Cependant, une situation de « blocage » est constatée : par exemple, au moment de l'entretien, trois enfants suivis en hôpital de jour avec un TSA profond étaient en attente de places d'IME pour lesquelles il peut y avoir plusieurs années d'attente. Une dilution des temps de prise en charge est alors notée. Le plus souvent, ces temps ne suffisent plus pour un maintien des acquis.

Il faut également noter que, du fait d'un déficit de pédopsychiatre dans les ESMS, la poursuite d'un suivi en CMP est souvent nécessaire, en particulier pour assurer la coordination des soins. Face à cette situation, un projet d'équipe mobile en Tarn-Sud existe ; il permettrait d'intervenir auprès des enfants en ESMS plutôt que de les suivre en hôpital de jour.

Sur le Tarn Nord, en dehors des orientations vers des structures sanitaires ou médicosociales, un travail est à faire sur l'organisation des fins de prise en charge. Il a été abordé lors des réunions d'évaluation des pratiques professionnelles. Ce travail devrait permettre de caractériser les différents modes de fins de prise en charge, d'identifier les arrêts de prise en charge non voulus et de suivre les « non venues » aux suivis.

> Les partenariats

Avec le secteur médical :

Pour le CAMSP :

À Albi, le souhait est de pouvoir développer les collaborations avec la pédiatrie du centre hospitalier d'Albi, notamment au travers de réunions communes et de la participation des professionnels du CAMSP aux staffs. À Castres, une convention existe entre le CAMSP et le centre hospitalier intercommunal Castres-Mazamet. Celle-ci permet des interventions de psychomotricien auprès des prématurés et, plus largement, à tous les professionnels du CAMSP d'intervenir auprès des enfants en maternité et en pédiatrie. Ce dispositif facilite grandement l'adressage des enfants vers le CAMSP.

Un centre de compétences sur les troubles des apprentissages s'est ouvert à Albi.

Les collaborations avec la PMI sont qualifiées de bonnes : les médecins de PMI adressent les enfants au CAMSP et sont invités aux synthèses concernant ces enfants. Ces professionnels devraient aussi pouvoir participer aux staffs communs avec la pédiatrie qui sont souhaités. Au début du fonctionnement du CAMSP de Castres, les médecins de PMI adressaient au CAMSP des enfants dont les troubles ne relevaient pas du CAMSP (situations simples sans prise en charge pluridisciplinaire) ou relevant plutôt du CMP ou du CMPP. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Avec les médecins libéraux (généralistes et pédiatres), le constat est que les relations sont bonnes et régulières, même si cela se limite souvent aux échanges de courriers lors de l'adressage des enfants.

Au niveau des orthophonistes, les contacts sont développés notamment autour des prises en charge conjointes ou des enfants qui leur sont adressés. Cependant, des listes d'attente longues sont relevées, notamment à Mazamet. Ces professionnels sont invités aux synthèses à Albi. Il n'y a pas de contacts avec les psychologues libéraux sur le secteur du CAMSP de Castres mais des contacts privilégiés ont été développés avec un cabinet rassemblant différentes professionnelles libérales.

À Albi, les liens du CAMSP avec le CMP, étaient qualifiés de complexes : le constat était fait d'une vision et d'une approche différentes des pathologies chez le petit enfant avec des propositions de prise en charge qui peuvent être différentes. De même, l'évaluation de l'enfant n'est pas appréhendée de la même manière : à titre d'exemple, l'absence de pratique de bilans psychométriques par le CMP était avancée. Cependant, les choses étaient considérées comme en évolution. Le point fait récemment confirme cette évolution et le développement de collaborations beaucoup plus importantes avec les CMP, tant du secteur Tarn-Nord que du secteur Tarn-Sud. La mise en place de la plateforme d'orientation et de coordination a permis de renforcer les liens avec l'ensemble des acteurs : CAMSP, CMPP et CMP.

Les relations du CAMSP de Castres avec le CMP de Castres se sont améliorées depuis que le pédopsychiatre du CMP vient consulter au CAMSP. Cela a permis une meilleure définition du profil et des critères d'admission des enfants dans l'une ou l'autre structure. Ceci persiste malgré le départ de ce pédopsychiatre. Plus spécifiquement, dans le cadre des TSA, l'administration de l'ADOS peut se faire en binôme associant professionnels du CAMSP et du CMP.

Pour le CMPP

Il n'y a pas de partenariats avec la maternité. Avec la pédiatrie, les contacts sont limités et sont qualifiés de compliqués du fait d'une différence d'approche des problématiques présentées par les enfants : l'abord neuropédiatrique proposé par la pédiatrie n'est pas toujours partagé au niveau du CMPP.

Avec la PMI, les contacts sont réguliers autour des situations qui sont perçues comme inquiétantes.

Les contacts avec les médecins libéraux sont assez limités. Certains adressent des enfants ou adolescents au CMPP. Avec les autres professionnels libéraux, les contacts sont inexistant, sauf dans quelques cas avec des orthophonistes.

Les relations avec le CMP sont qualifiées de globalement bonnes. Un partenariat existe avec le CMP enfants adolescents d'Albi. Cependant, le constat est fait d'une très grande méconnaissance des structures entre elles, notamment au niveau des professionnels y travaillant, et de l'existence de malentendus.

Pour le CMP

Une activité de liaison avec la maternité du CH d'Albi est réalisée par le CMP du tout-petit. Cette maternité, de niveau 2, est le lieu des 2/3 des accouchements à Albi. Des staffs périnataux associant le CMP sont organisés. Des liaisons existent avec la maternité du CH de Lavaur : une psychologue du service de psychiatrie infantile de Lavaur y est présente un matin par semaine. De plus, elle assiste aux séances de préparation à la naissance. En cas de décès néonatal, la pédopsychiatre est appelée.

Les relations avec la PMI, à Albi, s'intègrent dans un cadre plus large de coopération autour du CH d'Albi associant le CMP. Des contacts réguliers et anciens sont entretenus par le CMP avec les différentes agences du Département. Ceci est facilité par la spécificité du CMP du tout-petit. En revanche, à Lavaur, les relations avec la PMI sont qualifiées de « fantomatiques », même s'il est clair que ces professionnels connaissent l'existence du CMP car ils savent entrer en contact avec l'équipe en cas de nécessité. Des désaccords peuvent exister sur ce qui peut être proposé ou mis en place auprès des enfants et de leur famille.

Les contacts avec les généralistes libéraux sont limités à quelques professionnels et s'inscrivent dans les réseaux professionnels personnels. Ils sont plus développés avec les pédiatres libéraux sans structuration particulière. Pour le CMP, le développement de la plateforme d'orientation et de coordination devrait permettre une meilleure collaboration avec les médecins généralistes.

À Lavaur, il leur est indiqué que les enfants qu'ils ont orientés vers le CMP ont bien été reçus et qu'ils peuvent contacter le médecin du CMP pour avoir des éléments complémentaires et avoir des réponses à leurs questions éventuelles.

Avec les psychologues, le fait que les 2/3 de ceux qui exercent en libéral travaillent ou ont travaillé avec le CMP à Albi facilite les collaborations. À Lavaur, les relations sont très limitées. Elles se limitent principalement à l'adressage vers le CMP de certains enfants. Avec les orthophonistes, les relations sont impactées par des délais d'attente qualifiés d'« infernaux ». Elles sont plus développées avec certains d'entre eux vers lesquels les enfants peuvent être orientés. En cas de problème nécessitant une prise en charge rapide à Albi, il y a possibilité d'activer les choses, via le réseau professionnel.

Les contacts entre les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Tarn-Sud et les CMP en relevant sont très limités. Cependant, le développement de ces relations est demandé par l'ARS sur ce territoire. Avec les psychologues, les relations sont très limitées. Elles se limitent principalement à l'adressage vers le CMP de certains enfants. Avec les orthophonistes, des relations sont plus développées avec certains d'entre eux vers lesquels les enfants peuvent être orientés.

Les contacts avec l'autre secteur de psychiatrie infanto-juvénile du Tarn, à Albi, sont limités aux projets pouvant couvrir l'ensemble du département.

Avec le médicosocial

Pour le CAMSP

Avec le CMPP, les difficultés étaient liées principalement à une approche et des pratiques d'évaluation très différentes entre le CAMSP d'Albi et le CMPP. Des évolutions nettes sont notées dans ce domaine, et les liens avec le CMPP (et plus largement avec les CMP) se sont développés dans une approche couvrant l'ensemble du département du Tarn.

Les collaborations entre le CAMSP et le CMPP sont très limitées à Castres, le CMPP n'intervenant pratiquement pas sur le territoire couvert par le CAMSP de Castres.

Des contacts peuvent être noués avec d'autres CAMSP lors du déménagement des familles.

Avec les autres ESMS (IME et SESSAD principalement), il n'y a pas de problème particulier de collaboration en dehors de la durée d'attente très longue en amont d'une admission dans ces structures.

Pour le CMPP

Le CMPP se perçoit comme une petite structure qui ne peut répondre à toutes les problématiques. Aussi, il a choisi de développer des partenariats privilégiés avec certaines structures en favorisant les synergies. Des modalités de travail ont également été développées avec d'autres structures au sein de l'association gestionnaire, l'ASEI. En revanche, un tel travail n'existe pas avec les structures des PEP, autre acteur important du territoire.

Les liens avec les autres structures médicosociales sont bons mais impactés par les listes d'attente pour l'entrée en IME, ITEP ou SESSAD.

Pour le CMP

Avec le CMPP, les relations du CMP d'Albi sont régulières avec invitation aux réunions de présentation du bilan d'activité. À une époque, un rapport conjoint d'activité entre le CMP d'Albi et le CMPP était produit. Du point de vue du CMP, il n'existe pas de réelle spécificité de prise en charge entre le CMP et le CMPP, même si le second est plus centré sur les enfants présentant des difficultés scolaires pendant l'enfance. Il n'y a pas de contacts des CMP du Tarn Sud avec le CMPP d'Albi.

Il y a une bonne connaissance des différents établissements et services pour enfants et adolescents en situation de handicap avec des contacts réguliers, permettant d'organiser les relais de prise en charge entre les deux dispositifs.

Avec la MDPH

Pour le CAMSP

Les relations sont qualifiées de difficiles par le CAMSP d'Albi : les professionnels du CAMSP ont l'impression que leur implication dans la réalisation des bilans et la formulation de propositions d'accompagnements en ESMS ne sont pas prises en compte. Il est noté qu'auparavant, le CAMSP pouvait participer aux échanges en CDAPH, permettant une meilleure discussion autour du projet de l'enfant. Pour le CAMSP de Castres, les relations avec la MDPH sont épistolaires. Il n'y a pas de souci particulier concernant les orientations proposées par la CDAPH.

Pour le CMPP

Il n'y a pas de relations directes avec la MDPH. Un certain nombre d'orientations sont décidées au niveau de la MDPH et sont de ce fait rattachées au handicap, ce qui peut être problématique. L'exemple des AESH est cité : l'octroi d'une AESH relève de la CDAPH alors que, pour le CMPP, c'est une mesure scolaire et pas une mesure handicap.

Pour le CMP

Les CMP participent régulièrement (en alternance entre Albi et Lavaur) aux réunions d'évaluation des situations difficiles organisées par la MDPH. Ces réunions préexistaient aux réunions de la commission des cas critiques auxquelles le CMP participe également.

Le CMP de Lavaur regrette de ne plus siéger de droit (comme c'était le cas avec la CDES). La prédominance de l'avis de l'Éducation nationale dans les décisions prises en CDAPH est relevée par le CMP de Lavaur. Le constat est fait d'une augmentation des refus pour des demandes d'AESH, d'AEH ou de PCH.

Avec le secteur social :

Pour le CAMSP

À Albi, quand un enfant est adressé par l'ASE, le médecin du Département est invité aux synthèses le concernant. Sur Castres, des habitudes de travail existent avec les équipes du Département, aussi bien celles relevant de la PMI que celles relevant de l'ASE. L'assistante sociale du CAMSP a, de plus, développé des relations avec les différents acteurs qui peuvent être impliqués dans le domaine social.

Pour le CMPP

Les relations avec l'ASE sont plus développées qu'avec la PMI.

Le CMPP a développé les interventions en crèche : des temps d'observation des enfants in situ peuvent être organisés et des professionnels du CMPP peuvent assurer la supervision des équipes en crèche.

Pour le CMP

La question des relations avec les dispositifs ASE est posée par les CMP enfants adolescents du Tarn Nord. Le constat d'une insuffisance de référents au niveau de l'ASE est fait, impactant de façon négative la qualité et l'inscription des soins dans la durée. Il est très difficile de mettre en place des collaborations avec l'ASE : les référents de l'ASE ne participent pas aux réunions et l'accès au représentant légal de l'enfant est compliqué. Cela constitue un problème majeur dans la qualité du suivi des enfants et adolescents concernés. Il est également noté un retard à l'orientation par le foyer de l'enfance vers le CMP des enfants et adolescents nécessitant une prise en charge.

Sur le secteur du Tarn Sud, le constat est fait que les relations avec l'ASE sont plus développées qu'avec la PMI, notamment au niveau des Maisons du département.

Avec l'Éducation Nationale

Pour le CAMSP

Les relations avec les médecins de l'Éducation nationale sont bonnes, même s'il y a que peu de contacts avec la santé scolaire car elle intervient peu avant 6 ans. Les contacts avec les enseignants se font au travers des équipes de suivi de scolarisation. Des professionnels des CAMSP y assistent et interviennent dans les écoles. Il y a souvent une satisfaction des enseignants pour ce soutien apporté face aux problèmes rencontrés.

Pour le CMPP

Le CMPP a développé les contacts avec les écoles, notamment à Albi. Cela permet une meilleure connaissance mutuelle et améliore les modalités de repérage des enfants devant être pris en charge. L'orientation est ainsi qualifiée de meilleure.

Pour le CMP

Les partenariats entre la psychiatrie infanto juvénile du Nord-Tarn et l'Éducation nationale sont nombreux. Des contacts systématiques avec les infirmiers et les assistants sociaux scolaires ont lieu environ deux fois par an et des contacts avec les médecins scolaires sont organisés tous les trois mois. Cela permet d'avoir une bonne alerte en cas de difficulté repérée chez un enfant et une orientation vers les CMP qui est qualifiée de fiable. Des collaborations plus spécifiques ont été développées avec les collèges et lycées d'Albi pour faciliter l'accès aux soins des adolescents. Une assistante sociale du CMP peut se déplacer sur site si besoin.

Un travail sur les aménagements scolaires des enfants et adolescents suivis a été mené, permettant de favoriser une poursuite de la scolarité en mobilisant le Service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD) plutôt que le Centre national d'enseignement à distance (CNED).

Au niveau du secteur Tarn-Sud, des actions de sensibilisation ont pu être menées en lien avec l'Éducation nationale dans les lycées de Lavaur et Graulhet. La présence d'une enseignante spécialisée dans les locaux de l'hôpital permet de développer les liens avec les établissements et facilite des rescolarisations progressives des enfants ou adolescents.

> La place des familles

Au CAMSP d'Albi, un travail important est réalisé autour de la guidance parentale/familiale quand les enfants sont en suivi au CAMSP. Le souhait de la mise en place d'un groupe de parents est exprimé, mais le constat est fait que le manque de temps disponible fait que cela reste à l'état de projet. Le pédopsychiatre reçoit les parents quand les autres médecins le jugent utile. Initialement, chaque famille devait être vue aussi bien par le pédiatre que par le pédopsychiatre : ceci n'est plus possible aujourd'hui, du fait du manque de temps disponible. Ce

principe persiste mais est ciblé vers les familles les plus fragiles. À Castres, l'éducatrice de jeunes enfants et la psychologue peuvent intervenir en soutien familial (et auprès de la fratrie) si nécessaire et proposer guidance éducative et soutien psychologique.

La spécificité des CAMSP pour les familles est de pouvoir proposer une prise en charge pluridisciplinaire sur un même site.

Une enquête de satisfaction est conduite chaque année sur chacun des CAMSP. Les points qui ressortent le plus concernent, à Albi, les délais de prise en charge, l'insuffisance quantitative de cette prise en charge et les délais de réception des courriers, et à Castres, les avantages d'une coordination de la prise en charge sur un lieu unique, faisant intervenir des intervenants différents.

Au CMPP, le principe est de partir de la demande des familles (et non de l'injonction des uns ou des autres). Il y a une certaine méfiance vis-à-vis des différentes étiquettes qui peuvent être « collées » à telle ou telle famille. L'abord de l'enfant, au CMPP, ne peut pas être conçu en dehors de sa famille. La famille est en effet le partenaire premier qui décide *in fine* ce qui sera fait pour l'enfant.

Enfin, les familles font l'objet de propositions de prises en charge spécifiques comme les thérapies familiales ou les prises en charge mère/enfant. À une époque, un groupe d'observation multifamilial existait, mais a dû être arrêté. Un questionnaire de satisfaction existe au niveau du CMPP mais il est peu complété et n'apporte pas d'éléments particuliers.

Au CMP, la place des familles est variable selon les équipes. Si elle est prise en compte de façon globale dans les propositions de prises en charge qui sont élaborées par les CMP, les limites de temps et de moyens ne permettent pas toujours de proposer un suivi parental associé au suivi de l'enfant ou de l'adolescent. À Lavaur, le constat est fait que les familles ne sont, actuellement, pas assez suivies, notamment dans le domaine de la construction du lien mère-enfant.

Le CMP enfants-adolescents d'Albi, pour sa part, met en place des thérapies familiales. Sur le CMP de Graulhet, la pratique de recevoir de façon systématique l'ensemble de la famille a été posée et, dans le suivi, un référent est proposé pour l'enfant et un pour la famille. Des entretiens psychothérapeutiques avec des familles lors de consultations longues peuvent être proposés.

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

Au CAMSP d'Albi, la difficulté à mettre en place des prises en charge en adéquation avec les besoins des enfants et les recommandations est notée. C'est particulièrement marqué pour les troubles spécifiques du langage et les troubles du spectre de l'autisme ; les temps mobilisables des différents professionnels concernés n'étant pas suffisants. À titre d'exemple, il est rapporté que des enfants avec des troubles du langage peuvent n'avoir aucun accompagnement par un orthophoniste au cours de leur prise en charge par le CAMSP. Ceci est accentué par la position actuelle des orthophonistes libéraux qui refusent de conventionner avec le CAMSP suite à un mot d'ordre syndical.

À Castres, il n'est pas vraiment identifié de moyens non couverts par le CAMSP. Tous les enfants adressés au CAMSP sont vus au moins une fois en consultation. Au-delà, le problème principal tient dans les délais de réponse pour mettre en œuvre une prise en charge si nécessaire. Toutefois, le problème de l'offre en pédopsychiatries sur le territoire peut entraîner des difficultés de prise en charge.

Les besoins émergents portent sur les maladies rares et sur les pathologies métaboliques. L'augmentation du nombre de grands prématurés est le point notable relevé.

Les orientations et perspectives pour le CAMSP d'Albi sont de trois ordres :

- la prise en charge précoce des enfants avec TSA ;
- la prise en charge des troubles des apprentissages après leur diagnostic ;
- le suivi et la prise en charge des anciens prématurés.

À Castres, les orientations et perspectives portent sur :

- l'augmentation des moyens paramédicaux ;
- la pérennisation des ressources en pédopsychiatrie au travers de la collaboration avec le CMP.

Le CAMSP de Castres souligne l'absence de CMPP et de PCPE (Pôles de compétences et de prestations externalisées) sur le secteur Tarn Sud (mis à part un PCPE spécialisé pour les personnes avec TSA à partir de 16 ans) a un impact sur les possibilités d'accueil et d'accompagnement des enfants et adolescents.

Pour le **CMPP**, les domaines peu ou pas couverts actuellement concernent la prise en charge de la toute petite enfance avec du personnel formé. De gros besoins en orthophonistes sont notés. Le constat est également fait du manque de temps de psychologue et de psychomotricien.

Des difficultés sont également rapportées en lien avec un développement de la demande émanant des écoles pour des troubles des apprentissages. Cette demande pour résoudre des problèmes scolaires n'est pas forcément faite en lien avec les familles, sans prise en compte des problématiques familiales spécifiques.

Un manque de dispositif permettant, au sein de l'Éducation nationale, d'apporter un soutien aux enseignants accueillant des enfants en situation de handicap est noté. Un travail est à développer dans ce domaine.

Pour le CMPP, le développement des approches neurodéveloppementales peut aboutir à un surdiagnostic des « dys » avec un impact sur les capacités de prise en charge.

Les questions émergentes portent sur la pathologie des réfugiés (enfants victimes de traumatismes) face à laquelle le CMPP est peu formé. Albi est en effet un centre important d'accueil de réfugiés.

Les perspectives portent sur le développement des capacités dans le diagnostic des TSA et des troubles neurodéveloppementaux mais, étant un CMPP généraliste, les moyens pour développer une prise en charge spécialisée dans ce domaine pour certains enfants sont insuffisants. Il s'agit également de favoriser les partenariats entre le CMPP et les autres partenaires (CAMSP, CMP...) ainsi qu'avec la Justice, la PMI et l'ASE.

Pour le CMP, le problème principal porte sur les délais de prise en charge, faute de moyens. Cela entraîne des difficultés d'accès à certains soins dans des délais raisonnables, orthophonie et psychothérapies de groupe notamment. Plus spécifiquement, de gros problèmes sont notés dans le champ de l'orthophonie avec des postes non pourvus et des problèmes de recrutement. Cela peut entraîner à sélectionner les enfants présentant des pathologies particulières ou des situations complexes. Les délais de prise en charge en libéral sont de plus particulièrement longs, le plus souvent supérieurs à un an.

Le réseau de soins pour adolescents à Albi et sur le Tarn Nord est à développer pour avoir plus la capacité d'aller vers les adolescents les plus en difficultés et qui n'ont pas la capacité de faire eux-mêmes la démarche de s'adresser aux dispositifs de soins. Le dispositif doit également être étendu géographiquement.

Les besoins émergents concernent le domaine éducatif pour les parents de petits enfants souvent isolés. Des groupes de parents seraient à développer pour eux. Cela permettrait d'y associer une préparation des enfants à la vie en collectivité et à la scolarisation.

Les perspectives actuelles sur le Tarn Nord sont de développer les capacités d'évaluation des actions mises en place.

Sur le Tarn Sud, les perspectives portent sur :

- le développement d'un CMP Ouest en lien avec le Bon Sauveur d'Alby permettant de répondre aux besoins des familles en difficultés sur ce territoire et à l'augmentation des besoins liés à l'évolution démographique autour de Saint-Sulpice (installation de personnes travaillant sur Toulouse) ;
- le travail en collaboration avec les autres partenaires ;
- la formation au repérage des troubles par les intervenants de 1^{er} niveau (médecins généralistes, crèches, halte-garderie...).

> Les plateformes d'orientation et de coordination

Le Tarn est le territoire d'implantation d'une des deux premières plateformes d'orientation et de coordination en Occitanie.

Ce projet, porté par le CAMSP d'Albi, est basé sur une collaboration avec les CMP des deux secteurs de psychiatrie infanto juvénile, les deux autres CAMSP du département (CAMSP spécialisé d'Albi et CAMSP de Castres), l'ASEI, les SESSAD et des professionnels libéraux. Des liens avec le service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents à Toulouse sont favorisés dans ce cadre. Ce dispositif a permis de développer des formations communes, notamment à l'ADOS, aux groupes d'habiletés parentales de type Barkley. Il doit permettre une meilleure orientation des enfants vers les différentes structures et une mobilisation des professionnels libéraux, voire de mobiliser des professionnels paramédicaux non identifiés jusqu'ici. La problématique des trajets est cependant soulignée sur le secteur Tarn-Sud.

Le CMPP indique ne pas être associé à ce projet. Il le perçoit comme un maillon de plus pour des enfants qui, selon lui, auraient de toute manière été reçus par le CMPP. Il attire l'attention sur le fait d'éviter d'étiqueter le CMPP comme structure de dépistage car il ne dispose pas des moyens pour cela. Il perçoit cette plateforme plus comme une complication qu'une simplification des parcours et ne se retrouve pas dans la logique et l'état d'esprit qui la sous-tend. Il constate que des moyens importants sont mis en œuvre pour que les enfants concernés aient accès à une procédure diagnostique mais que la question des moyens pour assurer un suivi de qualité une fois le diagnostic fait reste posée. Le CMPP souligne notamment l'absence de moyens pour des prises en charge spécifiques pour les enfants avec TSA. Les difficultés d'orientation des enfants vers des établissements ou services pouvant les accompagner persistent.

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 3 novembre 2020 en visio conférence.

Des spécificités territoriales

Le département du Tarn présente un certain nombre de spécificités territoriales :

- une population des moins de 21 ans qui augmente régulièrement (+0,4 % par an, soit près de 350 jeunes de plus chaque année) ;
- un territoire contrasté sur les plans géographique, démographique et social ;
- certains territoires ou quartiers qui sont marqués par des situations de précarité économique et une pauvreté des relations sociales d'une partie de la population, pouvant avoir un impact sur le développement de l'enfant et le repérage suffisamment précoce des troubles ;
- des problématiques de transports retentissant sur l'accès aux soins, non seulement dans les zones rurales mais aussi dans des zones périurbaines ;
- une démographie médicale avec une diminution du nombre de pédopsychiatres et une stabilité du nombre de psychiatres. Cela se traduit par une baisse de la densité de médecins spécialisés alors qu'elle est déjà inférieure à la valeur régionale ou nationale ;
- une densité dans la médiane régionale pour les autres professionnels de santé (orthophonistes, psychologues ou psychomotriciens), mais avec une des plus faibles densités en ergothérapeutes.

Les points de vigilance

- des situations complexes qui semblent plus fréquentes ;
- un déficit de moyens qui a amené à la fermeture d'un CMP renforçant les problèmes d'accès aux soins d'une partie de la population ;
- un défaut de prise de conscience des troubles, du déni, des difficultés à effectuer des démarches... par les familles entraînant des retards au dépistage ;
- des difficultés de repérage par les professionnels de 1^{ère} ligne face à de la symptomatologie fine ;
- des réticences d'enseignants sur la présence d'accompagnants dans leurs classes limitant les recours aux structures spécialisées ;
- une précarité, financière, géographique, familiale et sociale, qui peut entraîner des difficultés pour les familles à s'inscrire dans une démarche de bilan et d'accompagnement ;
- des listes d'attente importantes et des délais d'attente qui peuvent être longs ;
- un impact important de la raréfaction des pédopsychiatres, impliquant des réorganisations des parcours ;
- un travail à poursuivre au niveau du CMPP sur les « suivis longs » ;
- bien que plus rare qu'auparavant, la persistance de différences d'approche des situations cliniques des enfants entraînant des incompréhensions entre les professionnels et des défauts de coopération entre les structures ;
- des délais d'attente très longs pour les orientations en ESMS nécessitant des anticipations de plusieurs années et avec des accompagnements qui ne sont pas optimaux pendant ces délais.

Des évolutions récentes positives :

- un impact positif du programme « handicap agir tôt » dans le repérage des enfants et l'appui aux familles ;
- les effets positifs des actions et interventions de sensibilisation menées dans les différents lieux de vie des enfants ;
- les premiers effets de la plateforme de coordination et d'orientation sur le parcours des enfants et leur accompagnement ;
- le développement des actions d'appui à la parentalité mais la nécessité de rendre plus claire l'offre existante dans ce domaine ainsi que les objectifs et public cibles des différents groupes mis en place ;
- les effets positifs des équipes mobiles permettant d'aller, de manière réactive, vers les enfants et les adolescents et de les amener vers le soin quand c'est nécessaire, avec le souhait de pouvoir élargir le territoire couvert.

Les plateformes de coordination et d'orientation

- la première plateforme mise en place en Occitanie
- portée par le CAMSP polyvalent d'Albi en lien étroit avec les autres CAMSP et la psychiatrie infanto juvénile, aussi bien en Tarn Nord qu'en Tarn Sud ;
- en lien étroit avec le CRA et le service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Toulouse ;
- avec un développement de formations communes basées sur les recommandations de l'HAS ;
- qui vise une meilleure orientation des enfants et un soutien aux structures de niveau 2 ;
- avec un positionnement en retrait des professionnels du CMPP mais avec, cependant, une volonté de développer les relations avec les autres acteurs de la plateforme.

Les perspectives

- le développement de temps de rencontres entre professionnels pour renforcer les liens et bénéficier de formations communes ;
- l'élargissement des territoires d'intervention des équipes mobiles.

6/ LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1-	Population au 1 ^{er} janvier 2016.....	4
Tableau 2 -	Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AAEH au 31 décembre 2017 et taux départemental (pour 100 enfants de même âge)	5
Tableau 3 -	Médecins – effectifs au 1 ^{er} janvier 2019.....	6
Tableau 4 -	Médecins – densité (pour 100 000 habitants) au 1 ^{er} janvier 2019.....	6
Tableau 5 -	Autres professionnels – effectifs au 1 ^{er} janvier 2019	7
Tableau 6 -	Autres professionnels – densité (pour 100 000 habitants) au 1 ^{er} janvier 2019.....	7
Tableau 7 -	Nombre de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017.....	8
Tableau 8 -	Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017	8
Tableau 9 -	Nombre de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018	8
Tableau 10 -	Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018	9
Tableau 11 -	Nombre de journées d’hospitalisation en psychiatrie en 2018.....	9
Tableau 12 -	Nombre d’actes en CMP en 2018 (pour 100 000 habitants)	9
Tableau 13 -	Taux standardisé (pour 100 000 habitants) d’actes en CMP en 2018	9
Tableau 14 -	Lieux de consultation et file active	11
Tableau 15 -	Répartition par âge	12
Tableau 16 -	Origine des interventions	16
Tableau 17 -	Listes d’attente et délais.....	16