

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

DÉPARTEMENT DU TARN-ET-GARONNE

JUILLET 2020

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

DÉPARTEMENT DU TARN-ET-GARONNE

JUILLET 2020

Marie-Christine Bulfone - Conseillère technique

Dr Bernard Ledésert - Médecin de Santé Publique

Nathalie Martinez - Conseillère technique

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

TABLE DES MATIÈRES

1/ Contexte	1
2/ Méthodologie	3
3/ Éléments de cadrage.....	4
> Population	4
> Enfants bénéficiaires de l'AEEH.....	4
> Scolarisation des enfants en situation de handicap	4
> Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé.....	5
> Établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap	6
> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique	7
> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie	7
4/ Principaux résultats de l'enquête auprès des CAMSP, CMPP, CMP	9
> Lieux d'implantation.....	9
> Profil des enfants accueillis	11
> Les conditions d'accueil et de bilan.....	13
> Les modalités de prise en charge	14
> Les sorties et les relais.....	15
> Les partenariats	16
> La place des familles.....	18
> La réponse aux besoins	18
> Les plateformes de coordination et d'orientation	18
> Les perspectives	18
Dans l'avenir, le CMPP souhaite :	18
5/ Synthèse et éléments de prospective	19
> Des spécificités territoriales	19
> Des évolutions des profils	19
> Des difficultés rencontrées.....	19
> Des nouveautés	20
> Prospective	20
6/ Liste des tableaux	21

1/ CONTEXTE

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

Il s'agit notamment de :

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

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

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

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

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.

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

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

Ce rapport :

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

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

2/ MÉTHODOLOGIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3/ ÉLÉMENTS DE CADRAGE

> Population

Le département du Tarn-et-Garonne, huitième département le plus peuplé d'Occitanie, rassemble une population de près de 257 000 habitants. La densité de population est de 69,1 habitants au km², la cinquième plus élevée d'Occitanie. Cette densité est inférieure à la valeur régionale (79,9 hab./km²) ou de France métropolitaine (118,5 hab./km²).

Au sein de la population, près de 65 000 habitants sont âgés de moins de 21 ans (25,3 % de la population).

Au cours de la dernière période quinquennale (2011-2016), la population des habitants du Tarn-et-Garonne âgés de moins de 21 ans a augmenté de près de 3 920 individus, soit une croissance de 1,3 % par an, seconde plus forte croissance de la population des moins de 21 ans d'Occitanie, après la Haute-Garonne et avant l'Hérault. Ce rythme de croissance est un peu supérieur à celui de la période quinquennale précédente (2007-2011) au cours de laquelle cette population avait augmenté de 3 443 personnes soit un rythme de 1,2 % par an.

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

	0 à 6 ans	7 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Population totale
TARN-ET-GARONNE	21 204	17 028	13 389	13 344	64 966	256 897

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

> Enfants bénéficiaires de l'AEEH

Plus de 1 244 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH dans le Tarn-et-Garonne, soit 1,9 enfant pour 100 jeunes de moins de 21 ans, taux inférieur à celui noté au niveau régional (2,2 %) mais supérieur au taux national (1,7 %). C'est le 6^e département d'Occitanie où le taux de bénéficiaires de l'AEEH est le plus élevé.

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

	0 à 5 ans		6 à 11 ans		12 à 15 ans		16 à 20 ans		Moins de 21 ans	
	Nb	Tx	Nb	Tx	Nb	Tx	Nb	Tx	Nb	Tx
TARN-ET-GARONNE	128	0,70	538	2,67	365	2,77	213	1,65	1 244	1,93

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

> Scolarisation des enfants en situation de handicap

À la rentrée scolaire de septembre 2018, 1 808 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire dans le Tarn-et-Garonne : 896 dans le 1^{er} degré et 912 en 2nd degré. À cela, s'ajoute 413 élèves scolarisés en établissement médico-social. Cela correspond à un ratio de 4,4 élèves en situation de handicap scolarisé en milieu ordinaire pour 1 élève scolarisé en établissement médico-social.

Au total, ce sont 2 221 enfants et adolescents en situation de handicap qui sont scolarisés dans le Tarn-et-Garonne. Cela représente 3,4 % des élèves du 1^{er} degré et 4,0 % 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, 36 médecins spécialistes en psychiatrie² sont répertoriés dans le Tarn-et-Garonne début 2019. Parmi eux, on relève que :

- deux sont pédopsychiatres : un ayant un exercice libéral ou mixte et l'autre un exercice salarié ;
- une minorité de psychiatres (moins de un sur six) a une activité libérale ou mixte ;
- la densité de pédopsychiatres (pour 100 000 habitants de moins de 18 ans) dans le Tarn-et-Garonne est inférieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (3,5 vs 5,4) comme celle des psychiatres (pour 100 000 habitants tous âges) (14,4 vs 21,6) ;
- au total, la densité en médecins spécialistes en psychiatrie est inférieure à la moyenne en Occitanie et en France métropolitaine et place le Tarn-et-Garonne au 5^e rang des treize départements d'Occitanie ayant la densité en médecins spécialistes en psychiatrie la plus basse.

Au cours des cinq dernières années, entre 2014 et 2019, le nombre de pédopsychiatres dans le Tarn-et-Garonne est resté stable alors qu'il baissait en Occitanie. Le nombre de psychiatres a augmenté, passant de 30 à 37. Le nombre global de spécialistes en psychiatrie a ainsi progressé, faisant plus que compenser les effets dus à l'augmentation de la population mais sans rejoindre le niveau régional, la densité pour 100 000 passant de 12,7 en 2014 à 15,2 en 2019.

On dénombrait 16 pédiatres (dont neuf à exercice libéral ou mixte) en 2019 dans le Tarn-et-Garonne, soit 30,0 pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans, densité nettement inférieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (57,4) ou la France métropolitaine (58,5). Le nombre de pédiatres en 2019 est cependant supérieur à ce qui était noté en 2014 : ils étaient alors 15 (dont dix à exercice libéral ou mixte).

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

TARN-ET-GARONNE	Pédopsychiatre*			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	Total
Effectif	1	1	2	7	30	37	8	31	39
Densité	1,72	1,72	3,45	2,72	11,68	14,40	3,11	12,07	15,18

* pour 100 000 habitants de moins de 18 ans

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

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

- 109 orthophonistes sont dénombrés. Ils ont principalement un exercice libéral (ou mixte) : cela concerne 82 % d'entre eux. La densité des orthophonistes dans le Tarn-et-Garonne est inférieure à celle observée dans l'ensemble de l'Occitanie ou en France métropolitaine (42,4 orthophonistes pour 100 000 habitants

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

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

- vs 49,2 pour 100 000 en Occitanie et 39,6 en France métropolitaine). C'est le 4^e département d'Occitanie qui présente la densité d'orthophonistes la plus élevée après l'Hérault, la Haute-Garonne et le Gard ;
- près de 250 psychologues sont dénombrés. Il s'agit surtout de professionnels salariés (59 %). La densité des psychologues dans le Tarn-et-Garonne (96,5 pour 100 000 habitants) est inférieure à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (115,4 pour 100 000) ou en France métropolitaine (106,0). C'est, après l'Aveyron, l'Aude et les Pyrénées-Orientales, le 4^e département d'Occitanie présentant la plus faible densité de psychologues ;
 - les ergothérapeutes sont au nombre de 24 dans le Tarn-et-Garonne. Dans près de huit cas sur dix (79 %), ces ergothérapeutes sont salariés. Rapportée à la population du département, la densité d'ergothérapeutes dans le Tarn-et-Garonne est inférieure à celle observée sur l'ensemble de la région ou en France métropolitaine : 9,3 ergothérapeutes pour 100 000 habitants dans le Tarn-et-Garonne contre 21,4 pour 100 000 en Occitanie et 19,3 pour 100 000 en France métropolitaine. C'est le département d'Occitanie présentant la plus faible densité d'ergothérapeutes ;
 - 69 psychomotriciens exercent dans le Tarn-et-Garonne. Un tiers a un exercice libéral ou mixte. La densité en psychomotriciens (26,9 pour 100 000 habitants) est supérieure à celle observée en Occitanie (22,7 pour 100 000). Elle est de 20,6 pour 100 000 en France métropolitaine. Le Tarn-et-Garonne est le 5^e département d'Occitanie ayant la densité de psychomotriciens la plus forte.

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

TARN-ET-GARONNE	Orthophonistes			Psychologues			Ergothérapeutes			Psychomotriciens		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
Effectif	89	20	109	103	145	248	5	19	24	23	46	69
Densité	34,6	7,8	42,4	40,1	56,4	96,5	1,9	7,4	9,3	9,0	17,9	26,9

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

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

Huit établissements pour enfants handicapés sont implantés dans le Tarn-et-Garonne pour un total de 365 places : 6 Instituts médico éducatifs (IME) pour 279 places, 1 Institut d'éducation motrice (IEM) pour 26 places et 1 Institut thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour 60 places. Le taux d'équipement en établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap est de 5,7 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, nettement inférieur à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (7,1 pour 1 000) et inférieur également à ce qui est observé sur l'ensemble de la France métropolitaine (6,4 pour 1 000).

Neuf Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) pour un total de 193 places sont implantés dans le Tarn-et-Garonne. Le taux d'équipement est de 3,0 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, également inférieur au taux observé sur l'ensemble de la région (3,2 pour 1 000) ou en France métropolitaine (3,2 pour 1 000).

> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique

Plus de 7 900 habitants du Tarn-et-Garonne bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, 438 ont moins de 20 ans.

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

Les principales pathologies relevées sont détaillées ci-dessous :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 52,4 %
- Retard mental 28,0 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte 8,3 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs 8,3 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels 6,5 %
- Troubles de l'humeur 2,8 %

Le taux standardisé, c'est-à-dire une fois éliminés les effets des différences de répartition par âge de la population entre les territoires, de prévalence des exonérations du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée » parmi les habitants du Tarn-et-Garonne de moins de 20 ans (726,4 pour 100 000 habitants) est inférieur à ce qui est observé pour l'ensemble des occitans de moins de 20 ans (880 pour 100 000) ou en France métropolitaine (800 pour 100 000). En Occitanie, seuls le Lot, l'Ariège et l'Aude présentent des taux inférieurs à celui observé dans le Tarn-et-Garonne.

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

TARN-ET-GARONNE	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	39	127	142	130	438
Taux standardisé	269,4	788,2	877,9	957,4	726,4

Source : CNAMTS – CCMSA - CNRSI 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

> Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie

Plus de 1 000 séjours hospitaliers en psychiatrie correspondant à un total de près de 10 200 journées d'hospitalisation ont été enregistrés en 2018 pour des enfants de moins de 20 ans domiciliés dans le Tarn-et-Garonne. C'est parmi les 15-19 ans que le nombre de journées d'hospitalisation rapportées à la population est le plus important et parmi les 0-4 ans qu'il est le plus faible. Un peu plus des deux cinquièmes de ces séjours (43 %) correspondent à des hospitalisations à temps partiel, soit un niveau inférieur à ce qui est observé sur l'ensemble de l'Occitanie (68 %). Chez les 0-4 ans, 83 % des hospitalisations sont à temps partiel. Au-delà de cet âge, c'est parmi les 10-14 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 55 % et 26 %. Le taux standardisé de séjours hospitaliers en psychiatrie pour les habitants du Tarn-et-Garonne de moins de 20 ans est inférieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie mais supérieur à celui en France métropolitaine : 16,5 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans dans le Tarn-et-Garonne, 22,8 en Occitanie et 15,2 en France métropolitaine.

Les principaux motifs des séjours hospitaliers sont les suivants :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 41,0 %

- Troubles du comportement et troubles émotionnels 17,7 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants 8,7 %
- Troubles de l'humeur 7,6 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA) 7,1 %

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

TARN-ET-GARONNE	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	6	289	314	429	1 038
Taux standardisé	0,4	17,2	18,6	29,4	16,5

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

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

TARN-ET-GARONNE	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	23	1 536	2 734	5 847	10 139

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

Sur la même période, près de 18 300 séances en CMP pour enfants et adolescents et actes ambulatoires en services de psychiatrie (hors CATTP) ont été enregistrés pour des habitants du Tarn-et-Garonne 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-et-Garonne (290,9 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est plus faible que celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie (326,8 pour 1 000) ou la France métropolitaine (338,0 pour 1 000).

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

- Troubles du comportement et troubles émotionnels 14,4 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 13,9 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes 7,7 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA) 5,8 %
- Troubles de l'humeur 5,3 %
- *Manquant ou non précisé* 41,8 %

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

TARN-ET-GARONNE	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
Nombre	1 390	6 363	5 823	4 700	18 276
Taux standardisé	95,7	378,0	344,7	322,5	290,9

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

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

> Lieux d'implantation

Un CAMSP est implanté dans le Tarn-et-Garonne. Situé à Montauban, il est ouvert depuis 2002 et dispose d'une antenne à Castelsarrasin. Il est géré par l'Association Tarn-et-Garonnaise de Coordination des Actions Médico-Sociales Précoces.

Un CMPP est implanté dans le Tarn-et-Garonne. Géré par l'ASEI, il est situé à Montauban et est ouvert depuis 1974. Depuis 1998, il dispose de deux antennes, à Caussade et à Verdun-sur-Garonne.

Il faut noter que le CMPP exerce sur son territoire des activités de sectorisation psychiatrique infanto-juvénile par convention avec le CH de Montauban qui sont complémentaires ou en interaction avec les soins proposés au sein de la structure. Dans ce cadre, il développe des activités de soins et des interventions à domicile ou sur les lieux de vie des enfants et adolescents concernés.

Les CMP pour enfants et adolescents⁴, dépendants du centre hospitalier de Montauban, sont organisés autour de six sites :

- deux sur Montauban, un étant dédié aux enfants (moins de 12 ans) et l'autre aux adolescents ;
- les quatre autres accueillent des enfants et adolescents entre 0 et 18 ans à Beaumont-de-Lomagne, Castelsarrasin, Moissac et Valence-d'Agen.

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs totalisent 2 590 accompagnements d'enfants et d'adolescents (hors activité de psychiatrie infanto juvénile assurée par le CMPP sur son territoire). Certains d'entre eux peuvent être en file active sur deux structures du fait de prise en charge conjointe ou de relais de prise en charge entre les deux structures au cours de l'année, sans qu'il soit possible de le quantifier. Rapporté à la population du département, cela correspond à un taux de 39,9 suivis pour 1 000 enfants de moins de 21 ans, inférieure à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (43,4 suivis pour 1 000) et plaçant le Tarn-et-Garonne au 11^e rang des départements de la région pour cet indicateur, devant la Haute-Garonne et le Gard.

De plus, il faut noter que 431 adolescents de 16 à 20 ans sont suivis par les CMP pour adultes.

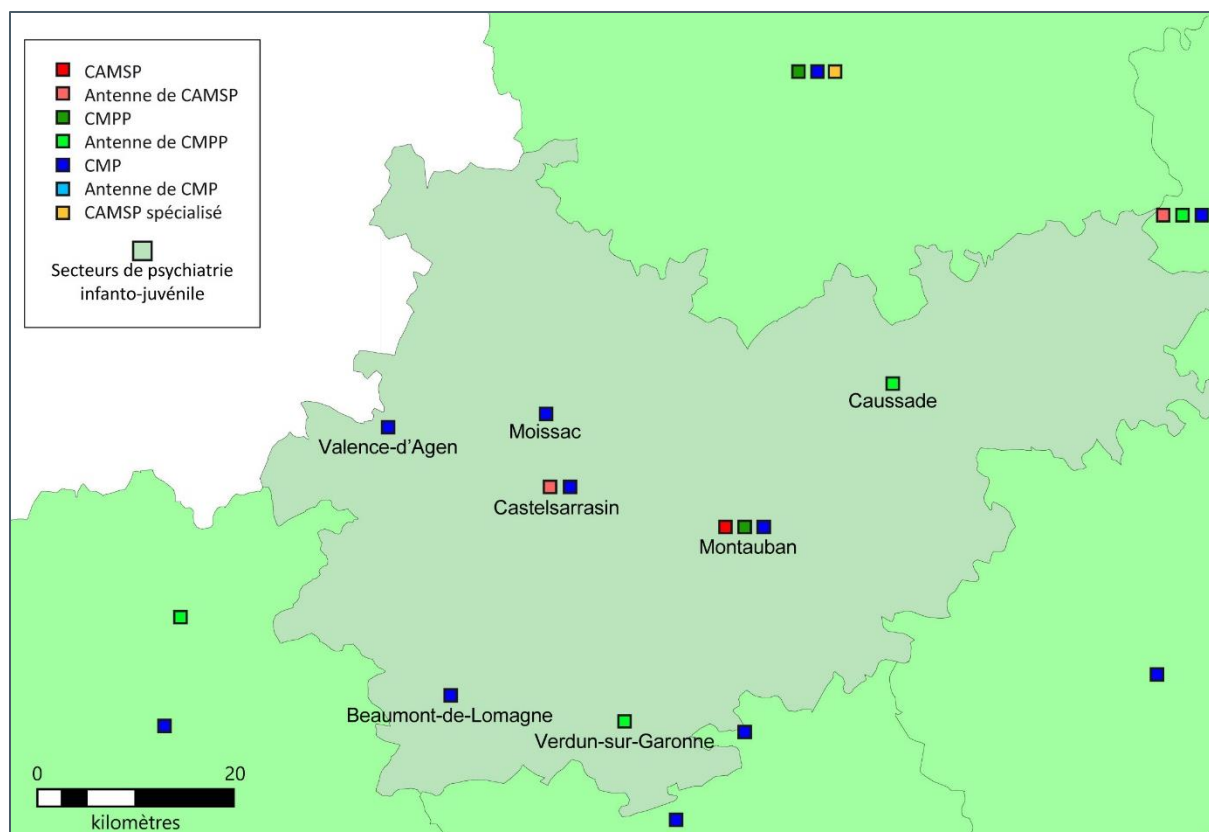
⁴ Dans la suite du document, le terme CMP concernera toujours, sauf mention contraire, les CMP pour enfants et adolescents

Tableau 9 - Lieux de consultation et file active en 2017

	Nombre de structures et de lieux de consultation	File Active
CAMSP	- 1 CAMSP à Montauban, ouvert 5j/semaine, 232 jours par an avec une antenne à Castelsarrasin ouverte 1j/semaine, 48 jours par an.	- 349 enfants
CMPP	- 1 CMPP à Montauban ouvert 5j/semaine, 250 jours par an, avec deux antennes : Caussade ouverte 3 j/semaine, 153 jours par an et Verdun-sur-Garonne ouverte 2,5 j/semaine, 132 jours par an)	- 260 enfants à Montauban 153 enfants à Caussade 132 enfants à Verdun-sur-Garonne Total : 545 enfants
CMP	- 1 CMP pour enfants de moins de 12 ans à Montauban - 1 CMP pour adolescents à Montauban - 1 CMP pour enfants et adolescents à Beaumont-de-Lomagne - 1 CMP pour enfants et adolescents à Castelsarrasin - 1 CMP pour enfants et adolescents à Moissac - 1 CMP pour enfants et adolescents à Valence-d'Agen	- 1 696 enfants

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

> Profil des enfants accueillis

Tableau 10 - Répartition par âge

Age des enfants suivis		
CAMSP	Moins de 2 ans :	11,1 %
	2 - 3 ans :	48,3 %
	4 - 6 ans :	40,6 %
	plus de 6 ans :	-- %
CMPP	Moins de 6 ans :	11,6 %
	6 - 10 ans :	64,2 %
	11 - 15 ans :	19,8 %
	16 - 17 ans :	3,8 %
	18 ans ou plus :	0,6 %
CMP enfants et adolescents	Moins de 6 ans :	15,1 %
	6 - 10 ans :	34,2 %
	11 - 15 ans :	37,4 %
	16 - 17 ans :	11,4 %
	18 ans ou plus :	1,9 %

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

Au **CAMSP**, une des principales tendances mise en avant est l'augmentation continue de la file active : en un peu plus de 10 ans, elle a doublé pour atteindre maintenant les 350 enfants.

Parmi la population suivie en 2017, 48 % des enfants ont entre 2 et 3 ans et 41 % ont entre 4 et 6 ans. Aucun enfant ne bénéficie d'un suivi au-delà de 6 ans. Un dixième des enfants suivis est âgé de moins de 2 ans.

En 2015, il était noté une relative stabilité des problématiques en lien avec des troubles moteurs ou un retard global de développement. Le nombre d'enfants atteints de troubles psychiques apparaissait en progression, notamment en lien avec le nombre d'enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme.

Dans le cadre de l'actualisation **2019**, il ressort qu'un profil jusque-là minoritaire est en progression : il s'agit des enfants en situation de polyhandicap, au nombre de 6 en 2019. Le CAMSP adapte la prise en charge à leurs besoins notamment par l'intensification des séances de kinésithérapie et les interventions de professionnels spécialisés dans le suivi des appareillages.

Par ailleurs, une augmentation des enfants prématurés ou nouveau-nés à risques est à noter.

Le **CMPP** accueille des enfants de 0 à 20 ans. En 2015, le constat était fait de l'évolution des pathologies chez les jeunes en termes d'accroissement des cas « *d'absence de repères en lien avec les situations de détresse psychosociale et d'instabilité du cadre familial* », voire de graves carences éducatives. Il n'apparaît pas caractéristique d'une catégorie diagnostique structurale ou symptomatique. Pour les trois quarts des enfants, le CMPP intervient comme premier dispositif spécialisé. Les troubles des apprentissages au titre principal de la problématique des enfants reçus représenteraient les deux cinquièmes d'entre eux. Les bilans réalisés permettent au CMPP de saisir selon quelle modalité il y a lieu de suivre ou adresser l'enfant ou ses parents suivant leur demande. Car même si l'école a repéré des troubles de l'apprentissage, ce n'est pas toujours la question qui leur importe.

En 2019, il est noté que la part des petits dans la file active reste faible. Le constat est fait de l'augmentation des enfants ayant des problématiques liées à une situation sociale défavorisée de la famille et des enfants de demandeurs d'asile (cf. existence d'un Centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) et d'une Plateforme des demandeurs d'asile à Montauban). Les professionnels du CMPP constatent également un accroissement des troubles anxieux entraînant un refus scolaire. Enfin, l'impact d'un climat familial délétère est souligné avec des enfants qui deviennent l'enjeu des parents dans des conflits conjugaux.

Le CMPP identifie des publics prioritaires :

- les 6 ans ;
- les refus scolaires ;
- les adolescents à risques ;
- les relais de soins à la sortie du CAMSP ;
- les déménagements.

Les **CMP** reçoivent souvent les enfants en début de scolarité (3-6 ans). Puis, il existe un second temps d'adressage vers le CMP lors de la puberté et de l'entrée en adolescence. Afin de faciliter la représentation de l'activité clinique des CMP dans le cadre de l'étude, on peut tenter de distinguer sommairement plusieurs « *profils cliniques* ».

Les enfants porteurs de troubles du spectre de l'autisme (TSA) : ils pourraient représenter environ un tiers de la file active. Ils sont reçus par les membres de l'équipe pluri professionnelle (progrès sur le dépistage, critères diagnostiques extensifs et troubles du comportement associés avec prescription médicamenteuse fréquente).

Les enfants et adolescents présentant des troubles du comportement dits « extériorisés ». Les enfants et adolescents présentant des troubles oppositionnels avec provocation (TOP), troubles des conduites (TC), Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et personnes présentant une labilité émotionnelle avec extériorisations des symptômes (gestes auto/hétéro-agressifs) sont fréquents et consommateurs de temps dans l'urgence (prise en charge spécifique et travail d'articulation entre partenaires (sanitaire/social/médico-social).

Les « refus scolaires anxieux » et autres troubles anxieux qui semblent être en augmentation. Un dispositif spécifique a été mis en place, « *Labyrinthe* », avec une enseignante spécialisée et une éducatrice pour des accompagnements à une réinscription sociale au collège Ingres sur le CATT du CAMPA. Sur l'aire géographique de l'UF3, ces troubles sont mieux repérés, en partie grâce au travail partenarial et au groupe de travail à la Maison des adolescents (MDA) avec les médecins scolaires, infirmières scolaires, AS et CMPP. Ce travail mobilise des professionnels de l'Éducation nationale, du social et du soin. Cette symptomatologie recouvre des étiologies variées, allant du syndrome d'Asperger non diagnostiqué de manière précoce aux phobies caractérisées, en passant par les angoisses de séparation et dépression. Les adolescents présentant des troubles anxieux généralisés ou des syndromes de stress post traumatiques, pourtant de plus en plus nombreux, ne peuvent souvent pas avoir accès à une prise en charge psychothérapique adaptée pourtant indiquée (du fait des manques de moyens).

Les troubles dépressifs avec ou sans geste suicidaire nécessitant un accompagnement psychothérapique individuel. Mais les professionnels signalent aussi les troubles réactionnels pour lesquels le CMP ne peut pas répondre car il n'y a pas de réactivité suffisante pour l'ensemble des CMP (UF 0-12 ans à Montauban, UF2 Castelsarrasin-Moissac /UF3), « *Une mission d'ouverture que l'on ne peut pas soutenir...* » dans un contexte de précarité qui impacte fortement sur les besoins et les réponses.

À noter que les enfants présentant un trouble de l'apprentissage, s'il est isolé, ne font pas l'objet d'une prise en charge par les CMP mais sont réadressés en libéral.

En 2019, le constat est fait d'une augmentation du nombre d'enfants âgés de 3 à 4 ans, adressés par l'école ou leurs parents. Globalement, les enfants présentent plus de troubles qui nécessitent des réponses diversifiées. Les professionnels constatent également une augmentation des troubles liés à une précarité grandissante, aux difficultés environnementales. Les troubles de l'attachement assez sévères se multiplient chez des enfants placés dont le nombre est grandissant dans la file active. Il y a des situations à caractère transgénérationnel qui se traduisent par une répétition, avec l'accueil d'enfants dont les parents ont été eux-mêmes suivis par le CMP. Le fait que le département soit assez précaire avec une population toujours grandissante est souligné. Des particularités sont notées à Montauban avec le suivi d'enfants de familles accueillies en CADA avec des histoires traumatiques. Une difficulté rencontrée avec le fait qu'il n'y a pas toujours d'interprète.

Le retard au dépistage ou au repérage est un phénomène contenu grâce à la sensibilisation des professionnels de 1^{ère} ligne et des familles aux différents troubles. Quelques fois, le CMP rencontre des sollicitations à l'excès de parents ou enseignants alors qu'il ne s'agit pas de véritables troubles.

Cependant, quelques enfants arrivent tardivement : des enfants de 6 ans porteurs de TSA qui n'ont pas eu accès aux soins car ils vivent dans des familles très précarisées, sans suivi.

> Les conditions d'accueil et de bilan

Tableau 11 - Origine des interventions

2017	Médicale	Éducative	Sociale	Médicosociale	Directe	Autre
CAMSP	67,1 %	9,7 %	8,4 %	1,9 %	1,3 %	11,6 %
CMPP	28,3 %	0,0 %	38,6 %	8,2 %	23,4 %	1,6 %
CMP	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd

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

ND : Non disponible

Tableau 12 - Listes d'attente et délais

	Liste d'attente au 31 décembre	Délais d'attente moyens
CAMSP	- 21 enfants	- 74 jours pour un premier rendez-vous 92 jours entre le 1 ^{er} rendez-vous et la 1 ^{ère} intervention
CMPP	- 104 enfants	- 3 mois d'attente ou plus pour un 1 ^{er} rendez-vous : 46,0 % 3 mois ou plus entre 1 ^{er} RV et 1 ^{ère} intervention : 8,5 %
CMP	- nd	- Nd

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

ND : Non disponible

Au CAMSP, il apparaît que les délais moyens pour le premier rendez-vous sont en augmentation entre 2015 et 2017, passant de 1,7 à 2,5 mois pour revenir à 2 mois en 2018. En moyenne, les délais pour le début du bilan s'allongent, passant de 91 jours en 2017 à 104 jours en 2018. Ces délais sont raccourcis comme antérieurement dans le cadre du Réseau Périnatalité Occitanie RPO (qui a pris la suite du réseau P'tit MIP dans le cadre de la nouvelle région), pour le créneau « urgence bébé », mais également « pour les enfants placés présentant des carences graves » ainsi que pour ceux atteints d'encéphalopathie grave.

Au **CMPP**, les délais d'accueil sont qualifiés par l'équipe de « *toujours trop longs* ». Pour améliorer cela, les modalités d'accueil ont été réorganisées. Il est maintenant demandé aux professionnels adressant un enfant au CMPP de produire un courrier précisant la situation de l'enfant et motivant la demande de prise en charge. Cette évolution s'inscrit dans la ligne du rapport de l'IGAS. « *C'est un adressage avec motivation ; c'était compliqué au début mais maintenant ça va. Ça a changé les choses avec l'Éducation Nationale, maintenant cela oblige à franchir toutes les strates de l'institution. Les demandes sont plus claires* ». Depuis, les professionnels constatent que les délais d'attente se réduisent : 6 à 7 mois pour le début de la prise en charge.

Dans les **CMP**, les délais pour le rendez-vous d'accueil sont très variables. La moyenne est de 4 mois, sauf s'il y a une absence d'un professionnel ; dans ce cas, le délai peut atteindre 6 mois, mais c'est conjoncturel. Les temps d'accueil sont réalisés par les différents professionnels : psychomotricien, infirmier, assistant de service social, éducateur spécialisé... Malgré la liste d'attente, les professionnels réservent des créneaux afin de pouvoir répondre aux urgences et aux priorités, dans un délai au maximum d'une semaine. La durée maximale du bilan est de 3 mois. Il est pluriprofessionnel et fait l'objet d'une réunion de restitution où sont décidées et présentées à la famille les modalités de la prise en charge globale qui sont proposées.

Le CMP de Montauban constate une augmentation de la file active pour les 0-12 ans :

- en 2017 : 194 nouvelles demandes et une file active de 398 enfants pour les 0-12 ans ;
- en 2018 : 129 nouvelles demandes et une file active de 413 enfants.

> Les modalités de prise en charge

Au **CAMSP**, fin 2017, les fréquences de prise en charge se répartissent en :

- 32 % : 2 fois/semaine
- 46 % : 1 fois/semaine
- 17 % : entre 1 fois/semaine et une fois tous les 15 jours
- 3,3 % : 2 à 3 fois/mois
- 0,8 % : 1 fois/mois

« *Par rapport à la réalité des besoins, ces fréquences sont en-dessous* » : les enfants présentant des TSA ont besoin d'une prise en charge intensive (autour de 3 fois/semaine) ainsi qu'un soutien aux parents (guidance parentale 1 fois/mois). Ces besoins éducatifs très élevés nécessitent une intervention d'éducateur(trice) spécialisé(e) en libéral à domicile avec une prise en charge de type comportementaliste financée par la MDPH (renforcement de l'AEEH).

Pour tous les parents, une guidance parentale hebdomadaire animée par une psychologue et une éducatrice spécialisée est proposée.

La durée moyenne de la prise en charge est de 21 mois.

Au **CMPP**, la prise en charge est pluriprofessionnelle. Le CMPP rencontre de grosses difficultés à recruter des orthophonistes : « *Le recrutement est impossible, c'est général sur le territoire.* »

Le CMPP arrive à conventionner avec des libéraux, mais depuis le mot d'ordre du syndicat des orthophonistes pour l'arrêt de ces conventionnements, l'inquiétude grandit quant à la poursuite de ce partenariat.

La prise en charge est individuelle ou en groupe et, le plus souvent, bihebdomadaire. Il n'y a plus d'accompagnements à raison de 3 séances par semaine. Les psychothérapies sont majoritaires.

Au **CMP**, les modalités de prise en charge sont :

- individuelles essentiellement psychothérapeutiques et éducatives ;
- depuis 2-3 ans : mises en place de groupes thérapeutiques ;

- de plus en plus de prises en charge multiples bihebdomadaires en psychomotricité/orthophonie, psychothérapie/psychomotricité ;
- de suivi du pédopsychiatre : faute de temps, la pédopsychiatre ne rencontre pas systématiquement les enfants, sauf s'il y a un traitement, ou un problème relevant de ses compétences, ou la sollicitation des professionnels, elle se rend disponible. Elle rencontre les parents et coordonne les soins dispensés par le CMP, mais aussi auprès des libéraux, des ESMS, des services de pédiatrie de l'enfant ; elle assiste aux réunions de synthèse et de présentation de l'enfant qui ont lieu après le premier contact ;
- pour les familles, il y a de la guidance parentale réalisée par le médecin ou la psychologue ou l'assistante de service social, « *Des binômes seraient à développer car plus pertinents* ».

Les prises en charge multiples et « *en groupe se multiplient. On y pense de plus en plus. Peut-être que ça glissera là-dessus* ». Le CMP va devoir créer de plus en plus de groupes. Face aux enfants avec difficultés relationnelles « *Comment être avec les autres ? La prise en charge individuelle ne suffit pas* », la prise en charge doit être complétée par des groupes d'habiletés sociales.

La tendance aux prises en charge longues n'est plus vraiment d'actualité : « *Il faut que ça change, que les professionnels changent, que les structures changent. Le suivi est trop long, les suivis longs sont à réinterroger* ».

> Les sorties et les relais

Le **CAMSP**, en 2017, dénombre 114 sorties dont :

- 55 après 1 suivi ;
- 43 après 1 suivi de surveillance qui peut se traduire par le maintien de rencontres avec le médecin ou l'assistante de service social, ou une seule prise en charge, ou la coordination d'un soin en libéral ;
- 1 après bilan sans suivi.

Les profils et les situations des enfants orientés par le CAMSP vers le CMP ou le CMPPP peuvent être soit

- des enfants présentant des troubles autistiques sévères, nécessitant un suivi médical impératif et/ou un hôpital de jour en attente de places spécialisées en SESSAD ;
- des enfants placés ASE avec des problématiques psycho comportementales et séquelles développementales de carences précoces ;
- des enfants dont les parents présentent des psychopathologies parentales inductrices de troubles.

Depuis janvier 2018, le CAMSP a créé une unité de coordination « *Post CAMSP* » pour assurer un suivi des enfants sortis et de leurs familles.

Au **CMPP**, les sorties se font pour divers motifs :

- une admission en ESMS ;
- la fin de la prise en charge ;
- un suivi en libéral ;
- un déménagement : « *il y en a beaucoup* » ;
- la limite d'âge : atteinte de la majorité ;
- arrêt à la demande des parents : c'est rare, car avant cette décision, l'équipe s'investit pour « *remobiliser les parents* ».

Les professionnels décrivent une « *situation embouteillée pour l'aval, le CMPP est engorgé par le nombre d'enfants qui sont en attente d'une entrée en ESMS : IME, ITEP* ». Ils font référence au rapport de l'IGAS qui décrit

ce constat. Ils s'interrogent et réfléchissent à la manière de gérer cette situation : « *sortie sèche, demande de PAG ?* ». Le CMPP précise qu'un enfant qui a une notification d'orientation en ESMS perd la priorité d'admission en ESMS s'il est suivi en CMPP par rapport à un enfant qui n'a pas ce suivi. Les professionnels s'interrogent : « *Est-ce qu'il faut arrêter la prise en charge en CMPP ? Prononcer la sortie ?* *Devant les difficultés : le CMPP est de plus en plus embouteillé, faut-il refuser certains enfants et se recentrer sur le diagnostic et la prévention comme le suggère le rapport de l'IGAS ?* ». « *Ce questionnement, cette réflexion et les décisions à prendre sont à partager avec les pouvoirs publics* ».

Au **CMP**, les sorties sont prononcées pour :

- un relais vers une structure ados ;
- un relais du CAMSP qui se met en place en attente d'une entrée en EMS ;
- une entrée en IME ou ITEP après suivi ;
- un arrêt de prise en charge posé par les parents ;
- un déménagement ;
- un changement de famille d'accueil.

De plus en plus de relais sont pris en libéral dès 4 ans/4 ans et demi quand les enfants relèvent d'une seule prise en charge et d'une guidance parentale.

> Les partenariats

Le **CAMSP** participe à de nombreuses réunions de concertation avec la maternité, la pédiatrie, la pédopsychiatrie, la PMI, l'ASE, l'EN, la MDPH, les EMS, le CMPP. Les enfants scolarisés, particulièrement les enfants avec des TSA, font l'objet d'une préparation à la scolarisation et d'un suivi régulier : rencontres avec les AESH, la participation à des réunions et la présence ponctuelle sur le temps scolaire. Des enfants sont socialisés dans les structures de la petite enfance : suivis par des liens réguliers, une aide au PAI et la présence ponctuelle d'un(e) éducateur(trice) spécialisé(e). Le CAMSP met du personnel à disposition de l'Unité bi-départementale du CRA et participe aux groupes de travail sur les troubles du langage et des apprentissages.

Le CAMSP s'inscrit dans une dynamique partenariale :

- la création du Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE), à Montauban, géré par l'ASEI, OPTEO et l'ARSEAA ;
- le renforcement du partenariat avec les ergothérapeutes ;
- la redynamisation du partenariat avec la pédopsychiatrie de l'hôpital ;
- la participation à la plateforme de santé mentale ;
- les liens avec les libéraux qui sont invités aux synthèses.

De plus, le CAMSP réalise des actions de sensibilisation, formation, soutien :

- avec la CAF : sensibilisation et formation des personnels des crèches et des haltes garderies du département : information, présentation de films, reprise de cas cliniques ;
- en projet : formation des assistantes maternelles ;
- demande de la PJJ pour une sensibilisation sur le développement normal et sur les facteurs de risques de troubles psychiques ;
- avec l'Éducation Nationale : « *La question du PIA pour les enfants en situation de handicap* », formation animée par un(e) enseignant(e) référent(e) un(e) psychologue et un(e) éducateur(trice) ;
- dans le cadre de « *Handicap agir tôt* » : sensibilisation des médecins généralistes et des maisons médicales.

Pour le **CMPP**, le partage et le travail commun avec les acteurs du milieu de l'enfant se font dans le cadre de réunions de synthèse et de rencontres avec les partenaires institutionnels : services scolaires, sociaux et médicaux, commissions. Une réunion annuelle a lieu entre CAMSP et CMPP pour assurer une continuité. Certains enfants peuvent être suivis dans le cadre de « réseaux de soins » associant par exemple : hôpital de jour, ITEP, professionnel libéral. Le CMPP renforce les partenariats existants et en crée de nouveaux avec :

- les réunions avec les CAMSP, rencontres entre les médecins ;
- sa présence à la MDPH ;
- son réseau avec les enseignants ;
- les liens avec les libéraux, qui ont des difficultés d'emploi du temps pour se rendre disponibles ;
- les rencontres avec le SESSAD sur les troubles de l'apprentissage ;
- pour les adolescents : la participation à RESADO, partenariat avec la Maison des adolescents, avec les ESMS ;
- le PCPE est géré par le CMPP ; il comprend des professionnels divers et variés ; il s'adresse à un nombre de 15 enfants et se situe dans les locaux du CMPP : « *Il crée une dynamique entre tous les partenaires* » ;
- la CAF : avec le Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP).

Le partenariat est décrit comme « *marchant bien* », cependant « *ce qui marche moins bien, ce sont les conventions surtout avec le sanitaire* ».

Au **CMP** :

Le lien est très fort avec la maternité :

- un staff prénatal existe depuis 20 ans avec l'ensemble des partenaires (maternité, PMI, éducateur du CMPP, et pédopsychiatre du CMP) : évaluation des situations des parents vulnérables et élaboration de projets de fin de grossesse et de postpartum immédiat.

À noter aussi le staff post natal :

- instance clinique une fois par mois pour les professionnels du champ de la petite enfance qui souhaitent parler des situations à problème.

Le lien est également fort avec l'Éducation Nationale avec :

- des dispositifs spécifiques à chaque CMP en articulation avec les partenaires ;
- ce lien est par ailleurs facilité par les enseignant(e)s spécialisé(e)s inscrit(e)s dans le secteur par le biais d'une convention entre le CH de Montauban et l'Éducation Nationale. À noter une évolution de leur mission afin de renforcer leur rôle de coordination avec les structures de l'Éducation Nationale.

Le partenariat avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE), le secteur social et les établissements médico-sociaux (EMS) se fait particulièrement :

- au cours des réunions de travail spécifiques dans les CMS, les CMP ou les EMS. Certains CMP ont formalisé des temps spécifiques d'articulation.

Plus spécifiquement, concernant les adolescents, la culture du partenariat est forte avec :

- l'apport spécifique de RESADO 82 et de la Maison des adolescents qui contribuent à la coordination, la prévention et la réflexion autour de situations cliniques.

Cependant, il n'y a pas de réunion formelle régulière avec le CMPP, notamment concernant la place du CMP comme référent de parcours ainsi que sur le découpage territorial. Toutefois, les échanges informels entre les médecins sont réguliers.

Le CMP essaie de s'ouvrir aux ESMS, au CAMSP, aux professionnels de l'enfance. Il a beaucoup de sollicitations de partenaires comme les libéraux ou l'Éducation Nationale. Le CAMSP travaille avec les centres experts : le CRA ou celui sur les troubles du langage et de l'apprentissage ainsi qu'avec des centres plus spécialisés comme celui portant sur le syndrome de Gilles de la Tourette.

Ce qui est nouveau : le CMP sollicite de plus en plus le libéral car beaucoup d'enfants y sont suivis, plus particulièrement par les orthophonistes, puisqu'actuellement l'orthophoniste du CMP est absente.

> La place des familles

Le **CAMSP** s'inscrit dans l'information, la sensibilisation et le soutien aux familles au travers de diverses actions :

- le café-parents bimensuel : lieu convivial qui permet aux parents de se connaître;
- depuis septembre 2018, l'atelier des parents d'enfants avec TSA où plusieurs thématiques sont abordées comme : comportement défi, colère, alimentation...

Pour le **CMP**, le soutien des familles se situe à un niveau individuel, en rapport avec la prise en charge de l'enfant. Par ailleurs, des projets sont en réflexion pour : des groupes de parents, parents/enfants, groupes grands-parents, grands-parents/enfants. Se pose la question des moyens, notamment en termes de locaux.

> La réponse aux besoins

Le **CMPP** constate des besoins non couverts :

- il est difficile d'accompagner les enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages sans orthophoniste ;
- si un enfant ou jeune a besoin d'hospitalisation : « *L'hôpital de jour est saturé* » ;
- pour l'activité propre au CMPP, les besoins sont grandissants, « *Il y aurait besoin de plus de professionnels* ».

Les **CMP** rencontrent des difficultés dues au manque d'orthophoniste : il y a 2 ans d'attente à Montauban. L'hôpital n'arrive pas à recruter d'orthophonistes. Au CMP de Castelsarrasin, le poste est vacant depuis 2 ans, avec impossibilité de recruter faute de candidats, d'où la transformation du poste en temps de psychologue.

Le Tarn et Garonne est un département avec la densité en médecins généralistes la plus faible de la région. Cela a pour conséquence un retard dans l'accès aux soins. Les familles et enfants des zones très précaires ont des difficultés à se rendre au CMP. À Montauban, il existe deux quartiers prioritaires où 15 % de la population a moins de 15 ans. Le CMP constate un absentéisme dû aux problèmes de déplacements des enfants et familles : absence de véhicules, manque de transports en commun. Est en questionnement la solution des visites à domicile, mais sans que le CMP dispose des moyens nécessaires.

> Les plateformes de coordination et d'orientation

Pour le **CAMSP**, la pertinence du territoire pour la création d'une plateforme de coordination et d'orientation serait l'échelle départementale. Le **CMP** rejoint cet avis. Le **CMPP** retient le niveau local pour plus de proximité.

Chacune des trois structures est prête à participer à cette plateforme en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés.

> Les perspectives

Dans l'avenir, le **CMPP** souhaite :

- se recentrer sur les missions de diagnostic dans la ligne des recommandations du rapport de l'IGAS ;
- se centrer sur le territoire : « *trop éparpillé* » ; aujourd'hui il existe 3 antennes au lieu de 4 en 2015 ;
- réduire les durées de prise en charge : 2 ans renouvelable 1 fois.

Une équipe mobile pour les adolescents va se mettre en place, appuyée par le Centre hospitalier et le Conseil départemental.

5/ SYNTHÈSE ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

> Des spécificités territoriales

Des spécificités du territoire du Tarn-et-Garonne interfèrent avec les prises en charge :

- une démographie très dynamique ;
- la plus faible densité régionale en médecins généralistes ;
- des situations de précarité pouvant retentir sur les situations rencontrées ;
- la problématique spécifique des demandeurs d'asile ;
- un déficit en professionnels pouvant intervenir dans les prises en charge ;
- une capacité d'accueil en structures pour enfants et adolescents en situation de handicap inférieure aux moyennes régionale et nationale pour les établissements et également pour les SESSAD.

> Des évolutions des profils

Chaque structure connaît une évolution dans les profils des enfants et jeunes :

- en **CAMSP** : une augmentation des enfants en situation de polyhandicap et des nouveau-nés à risque, dont les prématurés ;
- en **CMPP** : un accroissement des enfants présentant des carences éducatives ou des troubles anxieux entraînant un refus scolaire ;
- en **CMP** : une augmentation du nombre d'enfants âgés de 3 à 4 ans et de ceux atteints de troubles liés à la précarité et aux difficultés environnementales.

> Des difficultés rencontrées

Face aux délais d'attente vers les structures d'aval (ESMS enfants ou dispositifs adultes) :

- qui « embouteillent » les structures ;
- qui obligent le CAMSP à demander très tôt l'orientation à la MDPH, avec deux difficultés :
 - c'est trop tôt pour les professionnels qui manquent d'éléments pour étayer leur demande ;
 - cette prématurité est lourde de conséquences pour les parents qui auraient besoin de plus de temps pour s'y préparer ;
- le CMP et le CMPP sont également confrontés à cette anticipation précoce.

Face aux problématiques spécifiques concernant les enfants avec une orientation de la CDAPH :

- perte de la priorité d'admission si l'enfant ou jeune est pris en charge en CMPP ;
- questionnement à partager avec les pouvoirs publics : Faut-il prononcer la sortie ? Faut-il refuser l'enfant ?

Face aux modalités de prise en charge :

- une fréquence de prise en charge en-dessous de la réalité des besoins ;
- des prises en charge en orthophonie « empêchées » par les impossibilités de recrutement de salariés ou les difficultés de conventionnement avec le libéral.

Face à un partenariat freiné par :

- le manque de professionnels du soin ;
- l'insuffisance de places en structures d'aval.

> Une nouveauté

- La création, depuis janvier 2018, d'une unité de coordination post CAMSP pour assurer un suivi après la sortie.

> Prospective

Perspectives à l'issue des échanges lors de la concertation avec les acteurs concernés (décembre 2019) :

- Initier des rencontres annuelles entre CAMSP, CMP, CMPP, sous l'égide de l'ARS.

Avec pour objectifs de :

- faciliter la communication mutuelle des acteurs ;
- organiser les parcours de diagnostic et de prise en charge ;
- préciser le positionnement de chacun des acteurs en termes de territoire couvert, public accueilli ;
- travailler sur les prises en charge proposées ;
- réaliser des actions d'information et de formation en direction des acteurs de 1^{ère} ligne pour réaffirmer le positionnement des CAMSP, CMP, CMPP comme acteurs de 2^e ligne et préciser le public visé et les modalités d'adressage.

6/ LISTE DES TABLEAUX

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