

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

SYNTHÈSE RÉGIONALE

DÉCEMBRE 2020

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

SYNTHÈSE RÉGIONALE

DÉCEMBRE 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/	RÉSULTATS	4
	> Données de cadrage	4
	> Lieux d'implantation et files actives	17
	> La réponse aux besoins	24
	> Le public accueilli dans les CMP et CMPP	25
	> Les modalités d'accueil	26
	> Les modalités de prise en charge	27
	> La dynamique territoriale	29
	> Les plateformes de coordination et d'orientation	30
4/	DES AXES DE TRAVAIL	31
	> Développer la connaissance mutuelle des acteurs, leur mise en réseau et la construction de parcours de prise en charge	31
	> Travailler le positionnement des différentes structures entre elles et le porter à connaissance des acteurs	32
	> Améliorer qualitativement les orientations vers les CAMSP, CMPP et CMP	33
	> Assurer une couverture territoriale et un équilibre entre une offre de proximité et des modes de fonctionnement assurant une qualité de prise en charge	33
	> S'assurer de l'accessibilité financière pour les familles	34
	> Améliorer la réponse aux besoins	35
	> Renforcer les relations entre les CAMSP, CMPP et CMP d'une part, les MDPH d'autre part	36
	> Mettre en place des actions d'information vers les familles	36
	> Développer l'attractivité pour les professionnels	37
5/	LISTE DES ILLUSTRATIONS	38

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 s'intéresse exclusivement aux 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 infanto juvéniles, 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) et 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 présente une synthèse des éléments collectés dans chaque département et vient 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 en 2019 et 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/ RÉSULTATS

> Données de cadrage

■ Population

La population de l'Occitanie dépasse les 5,8 millions d'habitants. C'est la cinquième région la plus peuplée parmi les 13 régions de France métropolitaine après l'Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, les Hauts-de-France et Nouvelle-Aquitaine. La densité de la population est de 79,9 habitants au km², inférieure à la densité en France métropolitaine (118,5 hab./km²). L'Occitanie fait partie des six régions ayant la plus faible densité de population. Au sein de la région, le nombre d'habitants et leur densité par département sont très variables : il y a près de 15 fois plus d'habitants dans le département le plus peuplé, la Haute-Garonne, que dans celui qui est le moins peuplé, la Lozère. Cinq départements comptent moins de 200 000 habitants, cinq comptent entre 250 000 et 500 000 habitants, un en compte près de 750 000 et deux plus d'un million. En termes de densité de population, les écarts sont également importants : on retrouve presque le même rapport entre le département le plus dense et celui qui est le moins dense qu'au niveau du nombre d'habitants : la Haute-Garonne (213,7 hab./km²) est plus de 14 fois plus densément peuplée que la Lozère (14,8 hab./km²). Cinq départements comptent moins de 50 habitants au km², quatre entre 50 et 100, trois entre 100 et 200 et un plus de 200.

Les enfants âgés de moins de 21 ans sont près de 1,4 million dans la région, soit 23,9 % de la population régionale. Cette proportion est inférieure à celle observée en France métropolitaine (25,4 %). Seules la Corse, la Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur présentent des proportions de jeunes de moins de 21 ans dans la population totale inférieures à ce qui est observé en Occitanie. Parmi les départements occitans, cette proportion varie entre 20,0 % dans le Lot et 25,8 % en Haute-Garonne. Ce département est ainsi le seul à présenter une proportion de jeunes de moins de 21 ans dans la population supérieure à la valeur observée en France métropolitaine.

Au cours de la dernière période quinquennale (2011-2016), la population des occitans âgés de moins de 21 ans a augmenté de près de 43 500 individus, soit une croissance de 0,6 % par an. C'est la plus forte croissance démographique des moins de 21 ans parmi les 13 régions de France métropolitaine. Mais cette évolution démographique est très variable d'un département à l'autre : elle a diminué de 1,1 % par an dans le Lot et augmenté de 1,5 % par an en Haute-Garonne. Dans ce dernier département, c'est autour de 5 200 habitants de moins de 21 ans de plus qui sont dénombrés chaque année soit 63 % des jeunes de plus dans la région alors que ce département ne représente que 25 % des moins de 21 ans en Occitanie. Six départements ont vu leur population des moins de 21 ans décroître (Lot, Hautes-Pyrénées, Ariège, Gers, Aude et Lozère). Pour trois départements (Hérault, Tarn-et-Garonne et Haute-Garonne), le rythme de croissance de cette population est supérieur à 1,0 % 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
ARIÈGE	10 550	8 578	6 945	7 276	33 348	153 067
AUDE	26 116	21 602	17 374	18 696	83 789	368 025
AVEYRON	18 671	15 393	12 477	13 473	60 014	278 697
GARD	57 352	45 122	37 051	42 732	182 256	742 006
HAUTE-GARONNE	112 399	79 450	61 678	94 587	348 114	1 348 183
GERS	12 487	10 347	8 758	8 812	40 403	190 664
HÉRAULT	87 088	64 590	51 549	74 104	277 330	1 132 481
LOT	10 326	8 879	7 528	7 896	34 629	173 347
LOZÈRE	5 169	4 346	3 437	4 095	17 046	76 422
HAUTES-PYRÉNÉES	14 268	11 772	10 083	12 226	48 349	227 829
PYRÉNÉES-ORIENTALES	35 047	27 457	22 335	25 512	110 351	474 369
TARN	28 373	22 233	18 509	20 954	90 069	386 448
TARN-ET-GARONNE	21 204	17 028	13 389	13 344	64 966	256 897
OCCITANIE	439 049	336 794	271 114	343 707	1 390 663	5 808 435
FRANCE MÉTROPOL.	5 321 756	3 987 594	3 171 380	3 867 788	16 348 519	64 468 721

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

■ Enfants bénéficiaires de l'AEEH

Près de 31 000 enfants de moins de 21 ans sont concernés par le versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé en Occitanie, soit 2,2 enfants pour 100 jeunes de moins de 21 ans, taux supérieur à celui noté au niveau national (1,7 %). C'est le taux le plus élevé observé parmi les régions de France métropolitaine : il varie entre 1,3 % et 2,0 % dans les autres régions, respectivement dans les Pays de la Loire et en Hauts-de-France pour les extrêmes. Au sein des départements de l'Occitanie, il varie entre 1,3 % dans le Gard et 3,0 % dans le Lot. Seuls trois départements (Gard, Ariège et Aveyron) présentent des taux inférieurs à la valeur nationale, les dix autres présentant des taux supérieurs.

Tableau 2 : Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AAEH 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
ARIÈGE	79	0,88	179	1,76	123	1,77	81	1,12	462	1,39
AUDE	186	0,83	621	2,45	399	2,29	308	1,64	1 514	1,80
AVEYRON	116	0,72	415	2,27	220	1,75	161	1,22	912	1,51
GARD	344	0,70	860	1,60	549	1,50	571	1,36	2 324	1,28
HAUTE-GARONNE	1 018	1,07	4 013	4,27	2 550	4,13	1 513	1,62	9 094	2,64
GERS	60	0,56	324	2,65	264	3,01	162	1,82	810	1,99
HÉRAULT	779	1,05	3 337	4,40	2 408	4,69	1 437	1,98	7 961	2,90
LOT	69	0,77	469	4,46	319	4,16	187	2,36	1 044	2,98
LOZÈRE	30	0,69	136	2,64	72	2,12	53	1,30	291	1,72
HAUTES-PYRÉNÉES	105	0,84	381	2,66	260	2,50	170	1,39	916	1,86
PYRÉNÉES-ORIENTALES	257	0,86	854	2,61	579	2,58	409	1,62	2 099	1,90
TARN	233	0,96	942	3,51	582	3,14	454	2,16	2 211	2,44
TARN-ET-GARONNE	128	0,70	538	2,67	365	2,77	213	1,65	1 244	1,93
OCCITANIE	3 404	0,91	13 069	3,27	8 690	3,21	5 719	1,68	30 882	2,23
FRANCE MÉTROPOL.	34 380	0,75	111 619	2,34	75 288	2,38	55 189	1,43	276 476	1,69

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 2017, 24 834 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire en Occitanie : 14 277 dans le 1^{er} degré et 10 557 en 2nd degré. À cela, s'ajoute 7 334 élèves scolarisés en ULIS (3 807 dans le 1^{er} degré et 3 527 dans le 2nd degré). Cela correspond à un ratio de 2,7 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire pour 1 élève scolarisé en ULIS dans le 1^{er} degré et à un ratio de 3,3 dans le second degré. Ces ratios sont respectivement de 3,9 et 4,2 au niveau national.

Au total, ce sont 32 168 enfants et adolescents en situation de handicap qui sont scolarisés en Occitanie. Cela représente 3,3 % des élèves du 1^{er} degré et 3,0 % des élèves du 2nd degré (respectivement 2,7 % et 2,5 % au niveau national).

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

- troubles intellectuels et cognitifs..... 30 %
- troubles du langage et de la parole 20 %
- troubles du psychisme 19 %
- plusieurs troubles associés..... 14 %
- troubles moteurs..... 5 %
- troubles sensoriels 3 %
- autres 8 %

■ Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé

Deux grandes catégories de médecins spécialistes en psychiatrie² peuvent être répertoriés en Occitanie, les pédopsychiatres et les psychiatres.

Concernant les pédopsychiatres, on relève que :

- 64 sont présents début 2019 dans la région : l'Ariège est le seul département d'Occitanie sans pédopsychiatre répertorié et leur nombre peut aller jusqu'à 13 dans le Gard ;
- deux pédopsychiatres sur cinq ont une activité libérale ou mixte : en dehors de l'Ariège, dans deux départements, il n'y en a aucun et un seul dans cinq autres départements. Dans l'Aveyron, la moitié des pédopsychiatres sont dans ce cas et les trois cinquièmes en Haute-Garonne et dans l'Hérault ;
- la densité en pédopsychiatres est supérieure en Occitanie par rapport à ce qui est observé au niveau de la France métropolitaine (respectivement 5,4 et 4,3 pédopsychiatres pour 100 000 habitants de moins de 18 ans). Des variations importantes de densité sont observées entre les départements : en dehors de l'Ariège, cette densité varie entre 3,4 dans le Tarn-et-Garonne et 15,1 dans l'Aveyron.

Concernant les psychiatres :

- près de 1 200 exercent en Occitanie. C'est dans le département le moins peuplé qu'ils sont les moins nombreux (15 en Lozère) et dans le département le plus peuplé qu'ils sont les plus nombreux (373 en Haute-Garonne) ;
- plus de deux psychiatres sur cinq (45 %) ont une activité libérale ou mixte. Cette proportion est de 12 % dans l'Aveyron et de 56 % en Haute-Garonne. Moins du quart des psychiatres a un exercice libéral ou mixte dans l'Aveyron, le Tarn-et-Garonne, la Lozère, le Lot ou le Tarn et plus de la moitié dans l'Hérault et la Haute-Garonne ;
- la densité de psychiatres (pour 100 000 habitants) en Occitanie est inférieure à celle observée en France métropolitaine (respectivement 20,4 et 21,6 psychiatres pour 100 000 habitants). Cette densité varie en Occitanie entre 11,8 en Aveyron et 27,7 en Haute-Garonne. Elle est inférieure à 15 dans sept départements et supérieure à 25 dans deux départements.

Au total, près de 1 250 médecins spécialistes en psychiatrie sont présents en Occitanie. Rapportés à la population, ils y sont un peu moins nombreux que sur l'ensemble de la France métropolitaine avec 21,5 spécialistes en psychiatrie pour 100 000 habitants dans la région et 22,5 pour 100 000 au niveau métropolitain.

Au cours des cinq dernières années, entre 2014 et 2019, le nombre de pédopsychiatres a diminué de 31 % en Occitanie, passant de 93 à 64. Compte-tenu de l'évolution démographique, la baisse de la densité en pédopsychiatres est un peu plus importante (-32 %), passant de 7,9 à 5,4 pédopsychiatres pour 100 000 habitants de moins de 18 ans. Cette baisse est plus accentuée qu'au niveau national où elle est de 26 % en effectif et en densité.

Dans le même temps, le nombre de psychiatres a légèrement augmenté : ils sont 60 de plus en 2019. Leur densité a également un peu augmenté, passant de 19,6 pour 100 000 habitants à 20,4 pour 100 000.

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

	Pédopsychiatre			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	Total
ARIÈGE	0	0	0	7	14	21	7	14	21
AUDE	2	3	5	19	31	50	21	34	55
AVEYRON	4	4	8	4	29	33	8	33	41
GARD	2	11	13	61	65	126	63	76	139
HAUTE-GARONNE	6	4	10	209	164	373	215	168	383
GERS	0	2	2	8	20	28	8	22	30
HÉRAULT	6	4	10	152	137	289	158	141	299
LOT	1	1	2	5	18	23	6	19	25
LOZÈRE	0	1	1	3	12	15	3	13	16
HAUTES-PYRÉNÉES	1	2	3	13	21	34	14	23	37
PYRÉNÉES-ORIENT.	1	4	5	32	56	88	33	60	93
TARN	1	2	3	16	52	68	17	54	71
TARN-ET-GARONNE	1	1	2	7	30	37	8	31	39
OCCITANIE	25	39	64	536	649	1 185	561	688	1 249
FRANCE MÉTROPOL.	242	359	601	5 808	8 119	13 927	6 050	8 478	14 528

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

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

	Pédopsychiatre			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	Total
ARIÈGE	0,00	0,00	0,00	4,57	9,15	13,72	4,57	9,15	13,72
AUDE	2,71	4,06	6,77	5,16	8,42	13,59	5,71	9,24	14,94
AVEYRON	7,57	7,57	15,14	1,44	10,41	11,84	2,87	11,84	14,71
GARD	1,26	6,95	8,22	8,22	8,76	16,98	8,49	10,24	18,73
HAUTE-GARONNE	2,11	1,41	3,51	15,50	12,16	27,67	15,95	12,46	28,41
GERS	0,00	5,57	5,57	4,20	10,49	14,69	4,20	11,54	15,73
HÉRAULT	2,61	1,74	4,36	13,42	12,10	25,52	13,95	12,45	26,40
LOT	3,28	3,28	6,56	2,88	10,38	13,27	3,46	10,96	14,42
LOZÈRE	0,00	6,83	6,83	3,93	15,70	19,63	3,93	17,01	20,94
HAUTES-PYRÉNÉES	2,42	4,85	7,27	5,71	9,22	14,92	6,14	10,10	16,24
PYRÉNÉES-ORIENT.	1,04	4,16	5,20	6,75	11,81	18,55	6,96	12,65	19,60
TARN	1,28	2,55	3,83	4,14	13,46	17,60	4,40	13,97	18,37
TARN-ET-GARONNE	1,72	1,72	3,45	2,72	11,68	14,40	3,11	12,07	15,18
OCCITANIE	2,11	3,29	5,41	9,23	11,17	20,40	9,66	11,84	21,50
FRANCE MÉTROPOL.	1,72	2,55	4,27	9,01	12,59	21,60	9,38	13,15	22,53

* pour 100 000 habitants de moins de 18 ans

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

On dénombrait 601 pédiatres (dont 44 % à exercice libéral ou mixte en 2019 en Occitanie, soit 57,4 pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans, densité un peu inférieure à celle observée en France métropolitaine (58,5). Cette densité varie entre 23,2 pour 100 000 en Lozère et 82,7 pour 100 000 dans l'Hérault. Les pédiatres étaient 575 en 2014, soit 55,2 pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans.

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

- près de 2 900 orthophonistes sont dénombrés en Occitanie. Ils ont principalement un exercice libéral (ou mixte) : cela concerne 82 % d’entre eux. La densité des orthophonistes en Occitanie (49,2 orthophonistes pour 100 000 habitants) est supérieure à celle observée en France métropolitaine (39,6 pour 100 000). Selon les départements, la densité varie entre 28,3 pour 100 000 habitants dans l’Aude et 64,8 pour 100 000 dans l’Hérault ;
- 6 700 psychologues exercent en Occitanie. Il s’agit surtout de professionnels salariés (58 %). La densité des psychologues en Occitanie (115,4 pour 100 000 habitants) est supérieure à la valeur observée en France métropolitaine (106,0). Selon les départements, la densité varie entre 82,9 pour 100 000 habitants dans l’Aveyron et 159,0 pour 100 000 dans la Haute-Garonne ;
- les ergothérapeutes sont au nombre de 1 240 en Occitanie. Le plus souvent, ces ergothérapeutes sont salariés (85 %). Rapporté à la population de la région, la densité d’ergothérapeutes en Occitanie est supérieure à celle observée en France métropolitaine : 21,4 pour 100 000 habitants en Occitanie et 19,3 pour 100 000 en France métropolitaine. Selon les départements, la densité varie entre 9,3 pour 100 000 habitants dans le Tarn-et-Garonne et 52,3 pour 100 000 en Lozère ;
- plus de 1 300 psychomotriciens exercent en Occitanie. Les deux tiers d’entre eux (66 %) ont un exercice libéral ou mixte. La densité en psychomotriciens (22,7 pour 100 000 habitants) est supérieure à celle observée en France métropolitaine (20,6 pour 100 000). Selon les départements, la densité varie entre 15,2 dans les Pyrénées-Orientales et 34,6 pour 100 000 habitants dans le Gers.

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

	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
ARIÈGE	53	11	64	73	132	205	4	17	21	14	20	34
AUDE	88	16	104	106	205	311	29	43	72	23	37	60
AVEYRON	75	17	92	70	161	231	5	54	59	11	46	57
GARD	278	48	326	294	472	766	25	150	175	25	98	123
HAUTE-GARONNE	687	186	873	1 186	958	2 144	38	171	209	208	257	465
GERS	46	14	60	79	119	198	2	35	37	16	50	66
HÉRAULT	680	90	770	615	891	1 506	58	328	386	79	119	198
LOT	47	15	62	77	94	171	5	24	29	11	29	40
LOZÈRE	18	4	22	24	78	102	1	39	40	2	21	23
HAUTES-PYRÉNÉES	59	29	88	65	213	278	2	51	53	12	64	76
PYRÉNÉES-ORIENT.	146	37	183	135	282	417	12	90	102	16	56	72
TARN	119	37	156	153	248	401	7	53	60	41	56	97
TARN-ET-GARONNE	89	20	109	103	145	248	5	19	24	23	46	69
OCCITANIE	2 344	514	2 858	2 806	3 895	6 701	181	1 061	1 242	442	876	1 318
FRANCE MÉTROPOL.	20 628	4 914	25 542	23 460	44 901	68 361	1 647	10 792	12 439	3 172	10 117	13 289

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

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

	Orthophoniste			Psychologue			Ergothérapeute			Psychomotricien		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
ARIÈGE	34,6	7,2	41,8	47,7	86,2	133,9	2,6	11,1	13,7	9,1	13,1	22,2
AUDE	23,9	4,3	28,3	28,8	55,7	84,5	7,9	11,7	19,6	6,2	10,1	16,3
AVEYRON	26,9	6,1	33,0	25,1	57,8	82,9	1,8	19,4	21,2	3,9	16,5	20,5
GARD	37,5	6,5	43,9	39,6	63,6	103,2	3,4	20,2	23,6	3,4	13,2	16,6
HAUTE-GARONNE	51,0	13,8	64,8	88,0	71,1	159,0	2,8	12,7	15,5	15,4	19,1	34,5
GERS	24,1	7,3	31,5	41,4	62,4	103,8	1,0	18,4	19,4	8,4	26,2	34,6
HÉRAULT	60,0	7,9	68,0	54,3	78,7	133,0	5,1	29,0	34,1	7,0	10,5	17,5
LOT	27,1	8,7	35,8	44,4	54,2	98,6	2,9	13,8	16,7	6,3	16,7	23,1
LOZÈRE	23,6	5,2	28,8	31,4	102,1	133,5	1,3	51,0	52,3	2,6	27,5	30,1
HAUTES-PYRÉNÉES	25,9	12,7	38,6	28,5	93,5	122,0	0,9	22,4	23,3	5,3	28,1	33,4
PYRÉNÉES-ORIENT.	30,8	7,8	38,6	28,5	59,4	87,9	2,5	19,0	21,5	3,4	11,8	15,2
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
TARN-ET-GARONNE	34,6	7,8	42,4	40,1	56,4	96,5	1,9	7,4	9,3	9,0	17,9	26,9
OCCITANIE	40,4	8,8	49,2	48,3	67,1	115,4	3,1	18,3	21,4	7,6	15,1	22,7
FRANCE MÉTROPOL.	32,0	7,6	39,6	36,4	69,6	106,0	2,6	16,7	19,3	4,9	15,7	20,6

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

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

224 établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap sont implantés en Occitanie pour un total de 9 609 places :

- 122 instituts médico éducatifs (IME) pour 5 375 places ;
- 57 instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour 2 418 places ;
- 22 établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) ou instituts d'éducation motrice (IEM) pour 1 004 places ;
- 10 instituts d'éducation sensorielle (IES) pour 709 places ;
- 13 établissements expérimentaux pour 103 places.

Le taux d'équipement en établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap est de 7,2 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans en Occitanie, supérieur à la valeur observée sur l'ensemble de la France métropolitaine (6,6 pour 1 000). Ce taux d'équipement varie entre 5,2 dans l'Hérault et 20,2 en Lozère.

168 SESSAD, pour un total de 4 425 places, sont implantés dans la région. Le taux d'équipement est de 3,3 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en Occitanie, très légèrement inférieur à celui en France métropolitaine (3,4 pour 1 000). Il varie selon les départements entre 2,2 dans l'Aude et 3,8 dans le Gers.

■ Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique

Près de 180 000 habitants en Occitanie bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, 11 375 ont moins de 20 ans.

Les pathologies relevées parmi ces personnes de moins de 20 ans sont avant tout des troubles du spectre de l'autisme et des retards mentaux (plus des trois cinquièmes des personnes concernées). Les principales pathologies relevées sont détaillées ci-dessous :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 41,8 %
- Retard mental 21,5 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte 9,3 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs 8,0 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels..... 6,5 %
- Troubles de l'humeur 4,3 %

Le taux standardisé de personnes de moins de 20 ans en ALD pour affection psychiatrique est supérieur en Occitanie (880 pour 100 000 habitants) à celui observé sur l'ensemble de la France métropolitaine (800 pour 100 000). Il varie de façon importante entre départements : 577 pour 100 000 dans le Lot et 1 029 pour 100 000 dans les Pyrénées-Orientales. Ainsi, trois départements présentent des taux inférieurs à 700 pour 100 000 : le Lot, l'Ariège et l'Aude. Six départements présentent des taux supérieurs à 900 pour 100 000 : les Hautes-Pyrénées, le Gers, l'Aveyron, l'Hérault, le Tarn et les Pyrénées-Orientales.

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

	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
ARIÈGE	8	48	70	73	199
AUDE	44	142	175	175	536
AVEYRON	35	136	173	196	540
GARD	89	392	513	527	1 521
HAUTE-GARONNE	254	715	830	745	2 544
GERS	17	77	109	160	363
HÉRAULT	215	630	820	875	2 540
LOT	10	54	68	63	195
LOZÈRE	7	20	43	49	119
HAUTES-PYRÉNÉES	44	142	127	126	439
PYRÉNÉES-ORIENT.	88	258	354	364	1 064
TARN	60	269	276	272	877
TARN-ET-GARONNE	39	127	142	130	438
OCCITANIE	910	3 010	3 700	3 755	11 375
FRANCE MÉTROPOL.	9 883	33 848	38 827	38 871	121 429

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

	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
ARIÈGE	111,4	594,3	828,0	963,6	628,9
AUDE	245,9	702,1	840,0	895,4	673,8
AVEYRON	273,4	937,0	1 135,1	1 419,4	947,8
GARD	228,3	907,2	1 167,3	1 236,8	889,6
HAUTE-GARONNE	331,7	934,6	1 106,9	875,7	812,8
GERS	200,0	788,8	1 041,0	1 708,5	945,4
HÉRAULT	361,7	1 021,7	1 323,4	1 293,4	1 003,8
LOT	141,0	656,7	744,4	754,9	576,6
LOZÈRE	204,2	482,7	1 061,0	1 200,4	743,2
HAUTES-PYRÉNÉES	445,6	1 261,2	1 027,9	1 031,0	942,6
PYRÉNÉES-ORIENT.	366,6	986,2	1 313,5	1 426,7	1 028,6
TARN	308,8	1 247,2	1 243,2	1 280,1	1 023,3
TARN-ET-GARONNE	269,4	788,2	877,9	957,4	726,4
OCCITANIE	303,7	936,5	1 132,3	1 135,7	880,4
FRANCE MÉTROPOL.	269,6	878,1	1 011,1	1 030,4	800,3

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

■ Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie

Plus de 30 000 séjours hospitaliers en psychiatrie correspondant à un total de plus de 211 000 journées d'hospitalisation ont été enregistrés en 2018 pour des enfants de moins de 20 ans domiciliés en Occitanie. C'est parmi les 5-9 ans que le nombre de séjours d'hospitalisation rapporté à la population est le plus important et parmi les 0-4 ans qu'il est le plus faible. Plus des deux tiers de ces séjours (68 %) correspondent à des hospitalisations à temps partiel. 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 99 % et 34 %. Le taux standardisé de séjours hospitaliers en psychiatrie pour les habitants de l'Occitanie de moins de 20 ans est supérieur à celui observé sur l'ensemble de la France métropolitaine : 22,8 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans en Occitanie et 15,2 en France métropolitaine.

Les principaux motifs des séjours hospitaliers sont les suivants :

- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 31,3 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels..... 23,5 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA)..... 10,6 %
- Troubles névrotiques 6,3 %
- Troubles de l'humeur 5,2 %

Tableau 9 : Nombre de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018

	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
ARIÈGE	14	149	132	148	443
AUDE	113	358	277	265	1 013
AVEYRON	115	467	468	340	1 390
GARD	114	629	751	814	2 308
HAUTE-GARONNE	182	1 356	1 579	1 907	5 024
GERS	12	54	105	403	574
HÉRAULT	764	3 329	2 739	1 691	8 523
LOT	58	334	225	146	763
LOZÈRE	17	173	423	197	810
HAUTES-PYRÉNÉES	412	2 598	1 165	438	4 613
PYRÉNÉES-ORIENT.	130	465	417	436	1 448
TARN	27	879	706	600	2 212
TARN-ET-GARONNE	6	289	314	429	1 038
OCCITANIE	1 964	11 080	9 301	7 814	30 159
FRANCE MÉTROPOL.	15 923	67 922	60 704	91 945	236 494

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

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

	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
ARIÈGE	1,9	17,9	15,1	19,0	13,7
AUDE	6,3	17,1	12,8	13,2	12,6
AVEYRON	8,9	31,2	30,2	23,4	24,0
GARD	2,8	14,1	16,5	18,2	13,2
HAUTE-GARONNE	2,3	16,8	20,3	21,5	15,4
GERS	1,4	5,4	9,7	42,0	14,7
HÉRAULT	12,5	51,6	42,5	24,0	32,7
LOT	8,2	39,7	24,2	17,0	22,8
LOZÈRE	4,8	40,2	100,6	46,8	49,8
HAUTES-PYRÉNÉES	41,7	230,9	94,0	34,7	100,0
PYRÉNÉES-ORIENT.	5,3	17,3	15,0	16,4	13,7
TARN	1,4	39,8	31,0	27,4	25,6
TARN-ET-GARONNE	0,4	17,2	18,6	29,4	16,5
OCCITANIE	6,4	33,2	27,5	22,7	22,8
FRANCE MÉTROPOL.	4,3	17,0	15,3	23,4	15,2

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

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

	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
ARIÈGE	141	1 590	1 775	2 533	6 038
AUDE	859	4 305	4 117	4 385	13 665
AVEYRON	593	5 669	5 467	3 525	15 253
GARD	1 540	8 028	5 662	9 125	24 355
HAUTE-GARONNE	1 866	11 399	14 329	23 982	51 576
GERS	92	493	743	4 655	5 982
HÉRAULT	2 983	7 457	9 874	17 021	37 334
LOT	325	2 384	1 235	1 501	5 444
LOZÈRE	114	1 141	990	784	3 028
HAUTES-PYRÉNÉES	658	4 264	3 535	4 396	12 853
PYRÉNÉES-ORIENT.	583	3 544	3 103	4 721	11 951
TARN	293	4 845	3 252	5 301	13 691
TARN-ET-GARONNE	23	1 536	2 734	5 847	10 139
OCCITANIE	10 067	56 653	56 813	87 774	211 307
FRANCE MÉTROPOL.	140 863	641 785	538 696	1 085 939	2 407 282

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

Sur la même période, plus de 432 300 séances en CMP pour enfants et adolescents et actes ambulatoires en services de psychiatrie (hors CATTP) ont été enregistrés pour des occitans de moins de 20 ans. C'est parmi les 5-9 ans que, rapportés à la population, ces actes sont les plus fréquents et parmi les 0-4 ans qu'ils le sont le moins. Le taux standardisé de ces actes observé en Occitanie (326,8 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est supérieur à celui observé sur l'ensemble de 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..... 32,1 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA)..... 12,3 %
- Troubles névrotiques 12,1 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA) 9,5 %
- Mise en observation et examen médical 5,2 %
- *Manquant ou non précisé* 11,7 %

Tableau 12 : Nombre d'actes en CMP et actes ambulatoires en psychiatrie (hors CATTP) en 2018

	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
ARIÈGE	998	5 751	5 271	2 742	14 762
AUDE	1 105	5 831	5 700	4 583	17 219
AVEYRON	1 127	7 170	6 801	4 682	19 780
GARD	7 338	21 852	16 462	11 804	57 456
HAUTE-GARONNE	7 887	38 440	28 055	16 015	90 397
GERS	852	4 011	4 976	3 302	13 141
HÉRAULT	7 207	24 739	22 124	14 584	68 654
LOT	1 101	6 213	5 215	2 970	15 499
LOZÈRE	861	7 399	6 708	2 265	17 233
HAUTES-PYRÉNÉES	1 220	6 438	6 211	4 492	18 361
PYRÉNÉES-ORIENT.	3 126	13 827	12 132	6 678	35 763
TARN	4 102	18 646	13 197	9 834	45 779
TARN-ET-GARONNE	1 390	6 363	5 823	4 700	18 276
OCCITANIE	38 314	166 680	138 675	88 651	432 320
FRANCE MÉTROPOL.	549 682	2 042 028	1 602 876	1 081 703	5 276 289

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

Tableau 13 : Taux standardisé (pour 100 000 habitants) d'actes en CMP et actes ambulatoires en psychiatrie (hors CATTP) en 2018

	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
ARIÈGE	135,9	690,2	603,2	351,2	458,2
AUDE	61,3	277,8	264,0	228,1	213,4
AVEYRON	87,6	479,6	438,4	321,6	341,7
GARD	183,4	491,4	361,4	264,0	328,8
HAUTE-GARONNE	98,9	477,1	360,7	180,8	276,7
GERS	99,0	402,8	458,2	344,1	336,8
HÉRAULT	117,6	383,3	343,1	206,6	263,2
LOT	154,9	738,5	560,5	345,5	463,8
LOZÈRE	243,9	1717,8	1595,4	537,5	1060,1
HAUTES-PYRÉNÉES	123,4	572,3	501,0	356,2	397,9
PYRÉNÉES-ORIENT.	127,8	513,1	436,8	250,5	337,9
TARN	209,1	844,1	579,2	449,6	530,1
TARN-ET-GARONNE	95,7	378,0	344,7	322,5	290,9
OCCITANIE	124,8	499,6	410,4	257,4	326,8
FRANCE MÉTROPOL.	147,2	512,3	404,1	275,8	338,0

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

FAITS MARQUANTS

- **Des départements** ayant des populations de taille très variable tant en nombre d'habitants total qu'en densité d'habitants au km² : 15 fois plus d'habitants dans le département le plus peuplé par rapport au moins peuplé.
- **Des territoires divers au sein des départements** avec l'association, dans certains départements, de pôles urbains, voire de métropole importantes, et de territoires très ruraux, voire de moyenne ou haute montagne.
- Une part des **jeunes de moins de 21 ans** dans la population allant de 20 % à 26 % (de 17 000 habitants à 348 100 habitants).
- Des taux de **bénéficiaires de l'AEEH** très variables, allant plus que du simple au double entre les départements extrêmes.
- En milieu ordinaire, une part des **élèves en situation de handicap** parmi l'ensemble des élèves qui diffère sensiblement (du simple au double) entre les départements, encore plus dans le second degré que dans le premier degré.
- Une concentration de **professionnels de santé** dans les territoires les plus peuplés, principalement pour les médecins spécialisés en psychiatrie, les orthophonistes et les psychologues. Des variations de densité de professionnels plus limitées dans les autres territoires.
- Une nette diminution (- 31 % en cinq ans), très variable selon les départements, du nombre de pédopsychiatres et une légère augmentation du nombre de psychiatres.
- Un manque d'orthophonistes souligné dans tous les départements, même dans les mieux dotés.
- Une **prévalence** des troubles psychiatriques approchée à travers les jeunes de moins de 20 ans bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée » variant d'un facteur 1,8 entre les départements extrêmes.
- Des **taux de séjours** en hospitalisation complète ou de jour en psychiatrie très variables d'un département à l'autre.
- Une part prépondérante des **TSA** puis des **troubles du comportement** parmi les pathologies présentées par les enfants et adolescents en hospitalisation complète ou de jour en psychiatrie. Ces deux diagnostics représentent plus de la moitié des séjours
- Des variations très importantes (rapport d'un à cinq entre les départements) des taux de **séances ambulatoires en psychiatrie**.
- Les troubles du comportement, les troubles du développement psychologique et les troubles névrotiques sont les **principales pathologies** retrouvées en ambulatoire (mais dans 12 % des séances, le diagnostic est manquant ou n'est pas précisé).

> Lieux d'implantation et files actives

Dix-neuf CAMSP polyvalents sont implantés en région Occitanie dont cinq disposent d'antennes. Le nombre total de sites est de 27.

On dénombre au moins un CAMSP par département :

- neuf des treize départements d'Occitanie disposent d'un CAMSP polyvalent dont cinq sans antennes (donc avec un seul site sur le département) ;
- dans deux départements, deux CAMSP polyvalents sont implantés, sans antennes ;
- dans deux départements, trois CAMSP polyvalents sont implantés. Un de ces deux CAMSP dispose de deux antennes, soit un total de cinq sites pour ce département.

Vingt-six CMPP sont implantés en région Occitanie dont dix-neuf disposent d'une à six antennes, au total 49 antennes. Le nombre de sites où sont implantés des CMPP en Occitanie est de 75.

Un seul département, la Lozère, est dépourvu de CMPP.

Pour les autres départements, on observe que :

- six de ces douze départements disposent d'un seul CMPP. Ils ont tous des antennes, entre une et six, pour un total de 18 antennes et donc, de 24 sites ;
- dans un département, deux CMPP sont implantés, un sans antenne et un avec une antenne pour un total de 3 sites ;
- dans deux départements, trois CMPP sont implantés avec une à trois antennes chacun pour un total de 13 antennes et 19 sites ;
- trois départements disposent de quatre CMPP chacun. Sur ces douze structures, on identifie 17 antennes : la moitié des CMPP ne dispose pas d'antennes et les autres en ont entre une et quatre. Au total, 29 sites sont présents dans ces départements.

Cinquante-sept CMP pour enfants et adolescents⁴ sont dénombrés en Occitanie auxquels sept antennes sont à ajouter. Ainsi, le nombre de sites où sont implantés des CMP en Occitanie est de 64.

Selon les départements, le nombre de CMP varie entre trois et dix-neuf et le nombre de sites, entre quatre et dix-neuf :

- dans six départements, il y a au plus cinq sites : quatre dans un département et cinq dans les cinq autres ;
- dans trois départements, on dénombre sept (2 fois) ou neuf (une fois) sites ;
- dans trois départements, on dénombre entre 10 et 12 sites ;
- dans un département, dix-neuf sites sont identifiés.

Le tableau suivant récapitule le nombre de sites par type de structure et par département. Les trois cartes qui suivent permettent de visualiser la localisation de ces sites.

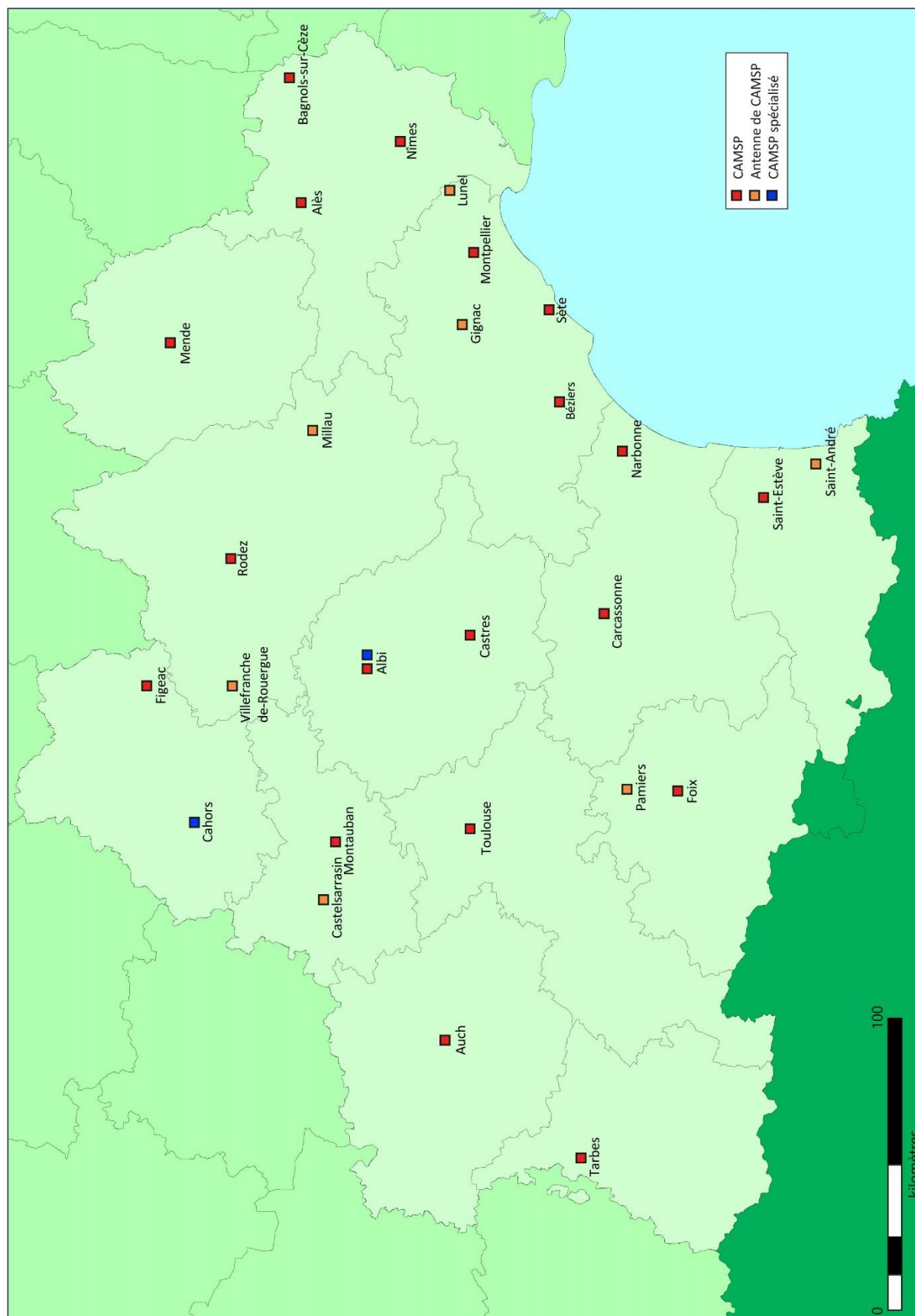
⁴ Dans la suite du document, le terme CMP concernera toujours, sauf mention contraire, les CMP pour enfants et adolescents

Tableau 14 : Répartition des CAMSP, CMPP et CMP pour enfants et adolescents dans la région Occitanie

	CAMSP Polyvalents		CMPP		CMP pour enfants et adolescents	
	Sièges	Antennes	Sièges	Antennes	Sièges	Antennes
ARIÈGE	1	1	1	1	3	4
AUDE	2	--	4	2	7	0
AVEYRON	1	2	1	6	5	0
GARD	3	--	3	7	10	0
HAUTE-GARONNE	1	--	4	12	19	0
GERS	1	--	3	6	5	0
HÉRAULT	3	2	4	3	11	0
LOT	1	--	1	4	4	1
LOZÈRE	1	--	0	0	4	1
HAUTES-PYRÉNÉES	1	--	2	1	4	0
PYRÉNÉES-ORIENT.	1	1	1	2	9	0
TARN	2	--	1	1	11	1
TARN-ET-GARONNE	1	1	1	4	5	0
OCCITANIE	19	7	26	49	57	7

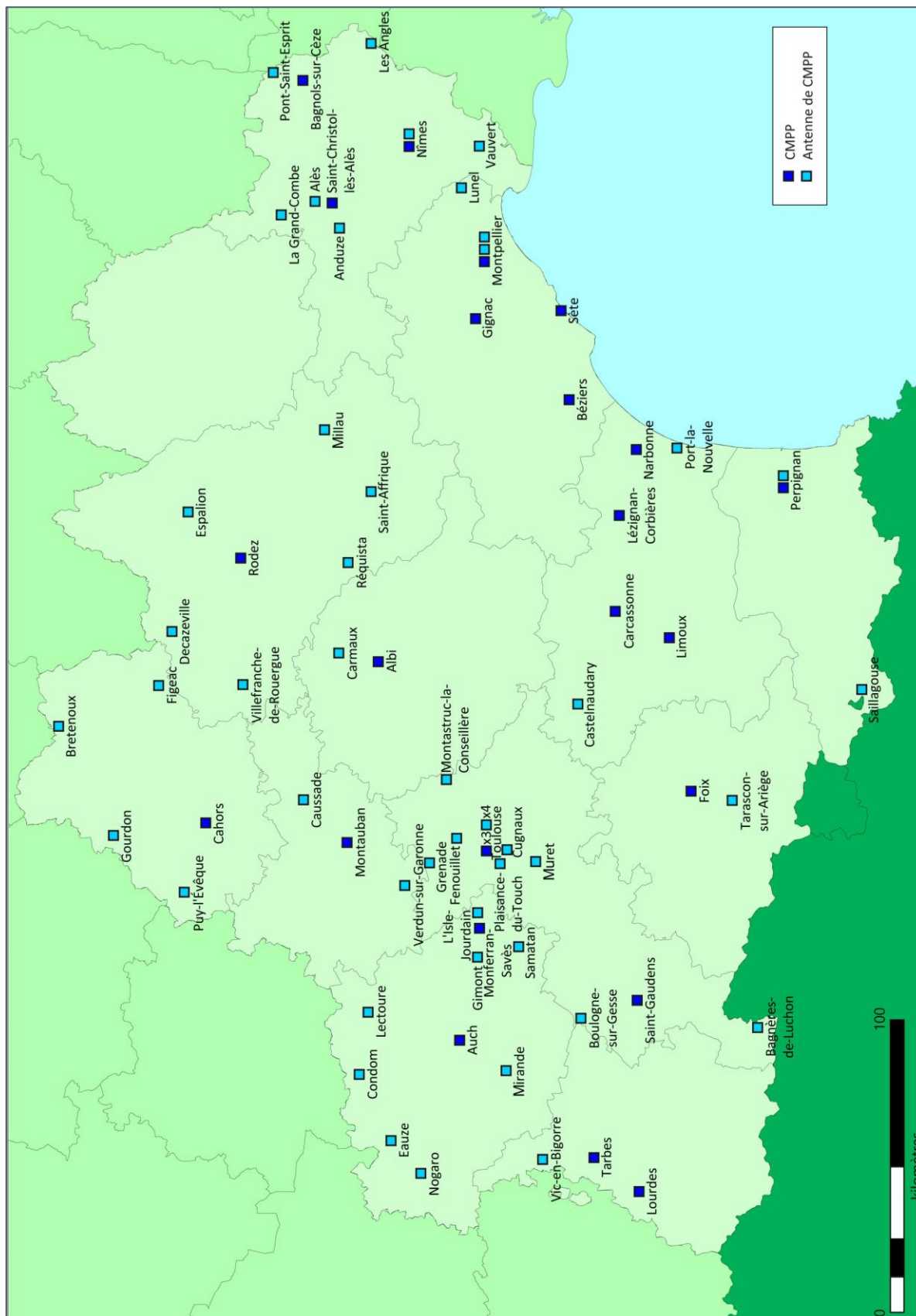
Source : Étude CAMSP-CMPP-CMP Occitanie 2019 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 1 : Implantation des CAMSP dans la région Occitanie



Source : Analyse des rapports d'activité CAMSP 2017 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie
© les contributeurs d'OpenStreetMap sous licence ODbL - Eurostat

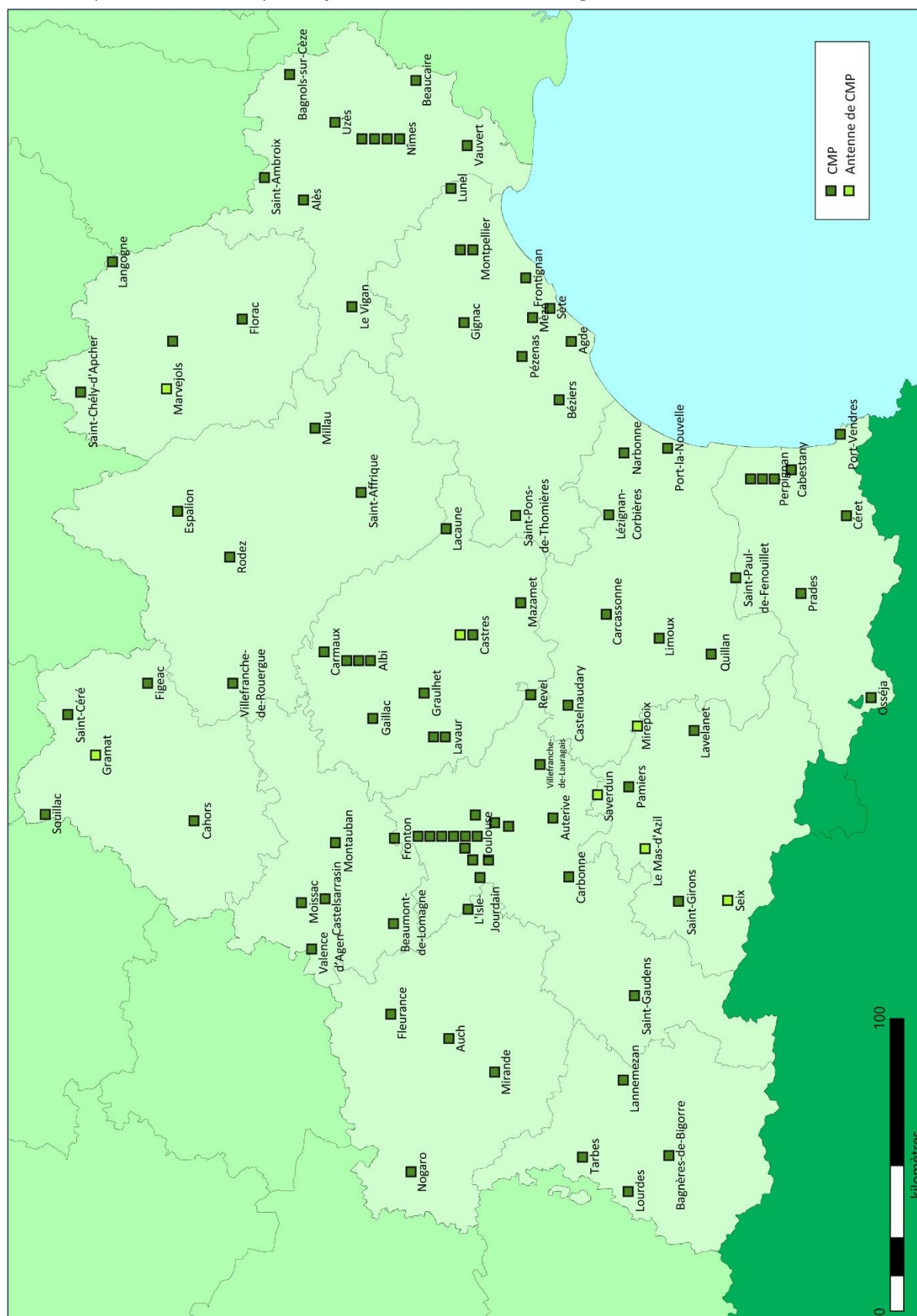
Carte 2 : Implantation des CMPP dans la région Occitanie



Source : Analyse des rapports d'activité CMPP 2017 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

© les contributeurs d'OpenStreetMap sous licence ODbL - Eurostat

Carte 3 : Implantation des CMP pour enfants et adolescents dans la région Occitanie



Source : Enquête CAMSP, CMPP, CMP 2019 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

© les contributeurs d'OpenStreetMap sous licence ODbL - Eurostat

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs totalisent plus de 60 300 accompagnements d'enfants ou adolescents. Certains d'entre eux peuvent être en file active sur deux structures, du fait de prise en charge conjointe ou de relais de prise en charge entre les deux structures au cours de l'année sans qu'il soit possible de le quantifier. Il s'agit également des files actives annuelles, qui comptabilisent de la même manière un enfant venu une seule fois et un enfant avec trois suivis par semaine, ou un enfant suivi quelques mois et un enfant suivi toute l'année. Malgré ces limites, cette approche contribue à apprécier le niveau de réponse aux besoins.

Rapporté à la population de l'Occitanie, cela correspond à un taux de 43,4 suivis pour 1 000 enfants de moins de 21 ans. Ce taux varie sensiblement entre départements : il est de 33,11 pour 1 000 en Haute-Garonne et atteint 72,5 pour 1 000 en Lozère :

- il est inférieur à 40 pour 1 000 dans trois départements : Haute-Garonne, Gard et Tarn-et-Garonne ;
- il est compris entre 40 et 50 pour 1 000 dans quatre départements : Pyrénées-Orientales, Hérault, Ariège et Aude ;
- il est compris entre 50 et 60 pour 1 000 dans trois départements : Tarn, Hautes-Pyrénées et Gers ;
- il est compris entre 60 et 70 pour 1 000 dans deux départements : le Lot et l'Aveyron ;
- il est supérieur à 70 pour 1 000 en Lozère.

Tableau 15 : File active des CAMSP, CMPP et CMP pour enfants et adolescents dans la région Occitanie

	Nombre d'enfants en file active			Total	File active pour 1 000 enfants de 0 à 20 an
	CAMSP	CMPP	CMP pour enfants et adolescents		
ARIÈGE	198	207	1 118	1 523	45,7
AUDE	652	1 496	1 920	4 068	48,6
AVEYRON	480	1 778	1 887	4 145	69,1
GARD	649	1 527	4 631	6 807	37,3
HAUTE-GARONNE	392	3 661*	7 455	11 508	33,1
GERS	352	728	1 311	2 391	59,2
HÉRAULT	953	1 258	9 361	11 572	41,7
LOT	47	760	1 527	2 334	67,4
LOZÈRE	110	0	1 125	1 235	72,5
HAUTES-PYRÉNÉES	161	460	2 057	2 678	55,4
PYRÉNÉES-ORIENT.	467	508	3 562	4 537	41,1
TARN	539	354 *	4 036	4 929	54,7
TARN-ET-GARONNE	349	545	1 696	2 590	39,9
OCCITANIE	5 349	13 282	41 686	60 317	43,4

* Données enquête CMP-CMPP Haute-Garonne 2019

* Données 2018

Source : Rapports d'activité 2017 des CAMSP- CMPP, ATIH-RIMP 2018, Insee RP 2016– Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Il faut noter également que, dans le même temps, 5 872 jeunes de 16 à 20 ans sont accompagnés dans les CMP pour adultes soit 17,1 jeunes de 16 à 20 ans suivis en CMP adultes pour 1 000 habitants de 16 à 20 ans. Ce taux varie entre 8,7 pour 1 000 en Haute-Garonne et 37,9 pour 1 000 en Aveyron. Outre la Haute-Garonne, deux autres départements, le Gard et les Hautes-Pyrénées, présentent des taux de jeunes de 16 à 20 à ans suivis en CMP adultes inférieurs à la valeur régionale. À l'inverse, trois départements présentent des taux supérieurs à 25 pour 1 000 : l'Ariège, le Tarn-et-Garonne et l'Aveyron. Cinq autres présentent des taux compris entre 20 et 25 pour 1 000 : le Gers, l'Aude, le Tarn, la Lozère et le Lot.

FAITS MARQUANTS

- Des **CAMSP polyvalents** présents dans tous les départements. Dans plus du tiers des départements (cinq sur treize), il existe un seul site de consultation et seulement deux sites dans cinq autres départements, ce qui pose la question de la proximité, surtout pour des enfants très jeunes et avec parfois des distances d'accès très importantes. Ceci est particulièrement vrai dans le Lot où le CAMSP polyvalent, basé à Figeac, dessert uniquement le bassin de Figeac. De plus, dans les Hautes-Pyrénées, le CAMSP de Tarbes n'est agréé que pour les enfants de 0 à 3 ans.
- Une **couverture par les CMPP** qui laisse des territoires non pourvus : pas de CMPP en Lozère, une vaste zone couvrant l'Est du Tarn et l'Ouest de l'Hérault non pourvue, de même que l'Ouest du Tarn-et-Garonne, une accessibilité limitée dans une large part des Pyrénées...
- Une **couverture des CMP** presque complète sur l'ensemble du territoire mais avec quelques zones peu pourvues : les hauts cantons de l'Hérault et la haute Ariège notamment.
- Des **recours aux dispositifs** très variables d'un territoire à un autre : pour les CAMSP, une file active qui varie de 3,5 pour 1 000 enfants de 0 à 6 ans en Haute-Garonne à 28,2 pour 1 000 dans le Gers ; pour l'ensemble des dispositifs, une file active qui varie de 33,1 pour 1 000 enfants de moins de 21 ans en Haute-Garonne à 72,5 pour 1 000 pour la Lozère. Ces différences posent la question du dimensionnement de l'offre face aux besoins de la population.

> La réponse aux besoins

Une situation paradoxale ressort des différents entretiens menés au cours de ce travail et est retrouvée dans la plupart des territoires :

- d'une part, les personnes rencontrées soulignent une amélioration assez nette ces dernières années de l'identification des situations pouvant nécessiter une évaluation et une prise en charge. Ces améliorations sont aussi bien notées chez les professionnels de la petite-enfance que chez ceux intervenant auprès d'enfants plus âgés et, en particulier des adolescents ;
- d'autre part, amplifiée sous l'effet des évolutions démographiques et socio familiales, une difficulté de plus en plus grande à répondre aux besoins et à offrir une réponse aux enfants et adolescents qui leur sont adressés.

Ainsi, la plupart des structures rencontrées mettent clairement en avant les spécificités de leur organisation, à savoir la possibilité d'offrir une prise en charge ou un accompagnement **multi disciplinaire et coordonné** aux enfants et adolescents et à leur parents. Lors des entretiens, ils ont été très nombreux à souligner qu'ils réadressaient presque systématiquement vers une prise en charge libérale les enfants nécessitant un accompagnement « mono disciplinaire ». Cette réorientation se fait souvent avec discernement selon la situation sociale et économique de la famille : quand les professionnels identifient des situations qui laissent craindre des difficultés d'accès au libéral (avance de frais, reste à charge, gestion des rendez-vous dans le temps...), une prise en charge dans l'une des structures concernées peut être proposée.

L'orientation vers des professionnels libéraux dans ces situations dites « simples » se heurte à un autre obstacle, celui de la saturation du secteur. Des délais de plusieurs semaines, voire de près d'un an, sont mentionnés. Sur certains territoires, les professionnels libéraux concernés se tournent plutôt vers la prise en charge des personnes âgées que vers l'accompagnement des enfants et adolescents. Dans d'autres cas, c'est l'absence des processus de réévaluation régulière des prises en charge qui entraîne des prises en charge qui se poursuivent sur des temps longs, parfois de plusieurs années, empêchant que de nouveaux enfants ou adolescents soient pris en charge.

Malgré l'amélioration des capacités d'identification des situations par les professionnels de la petite enfance, à plusieurs reprises les personnes rencontrées ont souligné que les orientations ne se faisaient pas de manière différenciées selon les structures. Les consignes données aux parents sont parfois de contacter le CAMSP, le CMPP et le CMP et de voir lequel répondra en premier ; dans d'autres cas, malgré un repérage pertinent en amont, l'orientation se fait vers la mauvaise structure et les professionnels sont obligés de réorienter les enfants dans un second temps. Enfin, dans de nombreux cas, aucun élément clinique en appui à la demande n'est apporté par le professionnel qui adresse l'enfant. Parfois, ces erreurs d'orientation ne sont pas détectées lors du 1^{er} contact et ne sont identifiées que lors de la 1^{ère} consultation, plusieurs semaines ou mois après la prise de rendez-vous.

Au sein de chaque territoire, la réponse aux besoins et sa répartition entre les différents secteurs va s'organiser en fonction de l'offre disponible, qu'elle soit libérale, ambulatoire, hospitalière ou médicosociale et des forces et des faiblesses de chacun des secteurs.

Selon les configurations et les organisations mises en place pour pallier les manques d'un ou plusieurs secteurs, les parcours des enfants seront plus ou moins fluides. On observe ainsi des situations très différentes et il est possible de regrouper les départements d'Occitanie en deux grands groupes :

- D'une part, des départements où les besoins sont insuffisamment couverts :
 - Ariège : des difficultés d'accès aux professionnels libéraux, une file active limitée en CMPP et CMP, mais un taux d'équipement en ESMS pour enfants et adolescents en situation de handicap un peu supérieur à la moyenne régionale ;

- Aude : une faible densité en professionnels libéraux, une file active limitée en CMP et un taux d'équipement en ESMS inférieur à la valeur régionale, notamment en places de SESSAD ;
 - Gard : une faible densité en psychiatres libéraux et dans la moyenne pour les autres professionnels avec des files actives plutôt limitées en CAMSP, CMPP et CMP et un taux d'équipement en ESMS inférieur à la valeur régionale ;
 - Haute-Garonne : une offre libérale importante mais inégalement répartie, les plus faibles files actives en CAMSP et CMP, un peu plus importantes en CMPP, qui se dégrade sous les effets de l'évolution démographique, avec une situation tendue sur les places d'aval ESMS ;
 - Hérault : une offre libérale importante mais inégalement répartie, des files actives limitées en CAMSP et CMPP, plus importantes en CMP, avec une offre limitée de places en ESMS ;
 - Pyrénées-Orientales : une faible densité en professionnels libéraux et en places en ESMS, avec des files actives dans la moyenne pour les CAMSP et CMP mais plus faible pour les CMPP ;
 - Tarn-et-Garonne : une insuffisance de professionnels libéraux et de places en ESMS, une file active relativement importante en CAMSP mais plus limitée en CMPP et CMP ;
- d'autre part, des départements où les besoins semblent mieux couverts mais avec une graduation et des disparités selon les territoires :
- Aveyron : une insuffisance de professionnels libéraux compensée par une forte activité du CAMSP et du CMPP malgré un déficit croissant en professionnels médicaux et un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale ;
 - Lot : très peu de professionnels libéraux compensés par une activité importante du secteur CMP et CMPP, mais une file active réduite en CAMSP et sur un bassin limité, et des taux d'équipement plutôt supérieurs à la moyenne régionale ;
 - Lozère : une offre libérale limitée compensée par une forte activité du CAMSP et des CMP sur un territoire dépourvu de CMPP, avec une offre importante en établissements médico-sociaux mais limitée en SESSAD ;
 - Gers : très peu de professionnels libéraux (à part les psychomotriciens mais non remboursés) compensés par une activité très importante du secteur CAMSP et CMPP et, dans une moindre mesure CMP, et des taux d'équipement bien supérieurs à la moyenne régionale.
 - Hautes-Pyrénées : un manque de professionnels libéraux (psychiatres, orthophonistes surtout) compensé par une forte activité des CMP, dans la moyenne pour les CMPP mais réduite pour le CAMSP, et un taux d'équipement élevé par rapport à la moyenne régionale
 - Tarn : un manque de professionnels paramédicaux libéraux (orthophonistes et psychomotriciens) compensé par des files actives du CAMSP et des CMP supérieures à la moyenne régionale, un CMPP intervenant sur une partie limitée du territoire et une offre d'aval médicosociale un peu supérieure à la moyenne régionale mais avec des délais d'attente très longs.

> Le public accueilli dans les CMP et CMPP

Plusieurs situations ont été rencontrées dans les départements :

■ Des partages de territoire

Dans certains départements, plutôt dans l'ouest de l'Occitanie (Ariège, Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne, plus particulièrement), il existe, historiquement, une répartition du territoire entre les CMPP et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile afin d'améliorer la couverture et d'éviter les doublons.

Dans trois CMPP, une convention de délégation de service public avec le secteur de psychiatrie infanto-juvénile encadre cette situation, le CMPP assurant des missions sanitaires (CMPP Le Nébouzan et CMPP

Saint-Simon en Haute-Garonne et CMPP Ingres dans le Tarn-et-Garonne). Pour deux d'entre eux, il existe une contrepartie financière pour l'exercice de ces missions.

Dans d'autres bassins, il s'agit d'une répartition de fait, le CMPP (ou plus rarement le CMP) ne s'étant pas déployé sur tous les bassins, par choix ou par manque de moyens. C'est le cas notamment en Lozère où il n'y a pas de CMPP, dans le Tarn où le CMPP n'intervient que sur le Nord du département, dans les Hauts-cantons de l'Hérault où les CMPP (et les CAMSP) ne disposent pas d'antennes.

Ainsi, l'orientation généraliste des CMP ou des CMPP dans ces territoires est obligatoire du fait de l'absence de professionnels libéraux ou d'autres structures (ex : CMPP autour de Foix, de Decazeville, de Saint-Gaudens et Gourdon et CMP en Lozère ou dans une partie de l'Ariège, du Lot, des Hautes-Pyrénées, du Tarn, du Tarn-et-Garonne).

■ Des partages de public

Certains CMPP souhaitent garder une orientation généraliste, même si un CMP est présent sur le territoire, et déclarent prendre en charge tous les enfants, et inversement. De ce fait, le public de l'une ou l'autre structure sur un même territoire ne se différencie pas de façon nette.

Dans d'autres territoires, les files actives des CMP et des CMPP sont complètement différentes, les structures s'étant accordées, explicitement ou non, sur le champ de compétences de chacune : les CMPP sur le versant des apprentissages et les CMP sur les troubles psychiques. Cette situation est retrouvée dans l'Aveyron, le Gard, le Gers, l'Hérault, le Lot, les Pyrénées-Orientales et les Hautes-Pyrénées. Il faut souligner que l'Ariège, l'Aveyron, le Gard, l'Hérault, le Lot et les Pyrénées-Orientales sont les derniers départements où il reste des personnels (enseignants ou psychopédagogues) mis à disposition par l'Éducation Nationale. Dans ces départements, comme le champ de compétence de chaque structure est bien connu par les acteurs, les enfants sont en règle générale orientés au bon endroit, même s'ils doivent attendre. Cela est également retrouvé chez les plus petits où, d'une manière générale, les CAMSP de l'Est de l'Occitanie réorientent fréquemment les enfants présentant des problématiques psychiatriques vers les CMP, notamment pour les TSA, alors que ceci est moins marqué pour les CAMSP de l'Ouest de la région.

L'expérience gersoise est à noter : dans ce département, un conventionnement entre la psychiatrie infanto juvénile et le CMPP d'Auch permet de confier, avec mise à disposition de personnel, l'évaluation et la prise en charge initiales des enfants avec TSA au CMPP.

> Les modalités d'accueil

Plusieurs modalités d'accueil se dégagent des entretiens :

- un premier accueil rapide (dans les 2 à 3 semaines), parfois par un professionnel seul, médecin pour certains ou autre professionnel (assistant de service social, psychologue, infirmier en général), parfois en binôme associant un médecin et un autre professionnel, qui permet d'évaluer la demande, juger du caractère d'urgence de celle-ci, d'un besoin éventuel de réorientation immédiate ou d'un bilan plus approfondi... Mais fréquemment, l'enfant et sa famille doivent ensuite attendre un certain temps, le plus souvent plusieurs mois, avant le début du bilan et des soins ou pour pouvoir bénéficier de la totalité de la palette de soins nécessaires ;
- des structures accueillent un nombre fixe d'enfants par semaine, prévus dans les plannings des professionnels. Ce nombre est fixé en fonction de la capacité de la structure à répondre ensuite à la demande de bilans et de prises en charge, ce qui permet d'avoir un flux continu, même s'il y a des périodes d'attente entre chaque étape. Ce mode d'organisation est souvent retrouvé dans les CAMSP. Le rendez-vous d'accueil est donné dès le contact (ou dans la semaine après analyse de la demande) avec un délai

d'attente plus ou moins long selon les territoires, mais les parents ont une « date ». Dans ce cas, on observe des variations importantes des délais d'attente, courts au moment de la rentrée scolaire de septembre et allant en s'allongeant jusqu'à un pic autour de la fin de l'année civile et un autre vers la fin de l'année scolaire ;

- d'autres enfin, prennent les informations concernant la demande et les familles sont invitées à attendre. Soit un rendez-vous est alors fixé dans un délai de plusieurs mois, soit aucune date n'est proposée et la famille est recontactée pour le 1^{er} entretien quand un créneau se libère. L'inscription en liste d'attente ne se fait qu'à ce moment-là pour certaines structures, rendant les comparaisons difficiles. L'attente peut parfois durer jusqu'à un an. En général, après cette attente, le bilan et la prise en charge peuvent s'enchaîner de manière assez fluide. Dans certaines structures, le dispositif est tellement saturé que même après huit mois d'attente, des enfants peuvent encore attendre autant de temps pour tout ou partie de leur prise en charge. Ces situations s'accompagnent plus fréquemment d'un abandon de suivi par les parents. Quand ces derniers ont l'ensemble des capacités leur permettant de le faire, ils organisent alors eux-mêmes la prise en charge pluridisciplinaire de leur enfant mais sans la coordination et la réévaluation périodique de la situation qu'offrent les structures concernées par l'étude.

Alors qu'auparavant, les CMPP, à de rares exceptions près, n'assuraient pas l'accueil des enfants et adolescents en urgence, ceci n'est plus le cas actuellement : presque toutes les structures (CAMSP, CMPP et CMP) indiquent conserver des créneaux de consultations libres chaque semaine pour accueillir un enfant ou un adolescent en urgence : ce caractère d'urgence est évalué à partir du recueil d'information mis en place de façon quasi généralisée et repris lors d'une réunion ou temps de travail au moins hebdomadaire en présence d'un médecin. Les critères d'urgence les plus souvent cités sont l'âge (les plus petits et les adolescents), certaines pathologies évolutives et les facteurs sociaux et familiaux.

Soulignons le dispositif mis en place par les CMP du secteur de Sète où le 1^{er} contact est organisé sans rendez-vous. Chaque semaine et sur chaque site, des temps d'accueil sans rendez-vous sont organisés, assurés par rotation par plusieurs catégories de professionnels du CMP (médecin, infirmier, psychologue...). Cela permet de réaliser une première évaluation de la situation, de répondre aux premières questions de la famille, parfois de simplement la rassurer, dans d'autres cas, d'organiser une prise en charge plus rapide, et le plus souvent d'organiser le temps d'attente en vue du bilan ou de la prise en charge.

> Les modalités de prise en charge

Dans le domaine des prises en charge, des évolutions nettes sont notées. Jusqu'il y a quelques années, les prises en charge étaient engagées sans limite temporelle dans un certain nombre de CMPP et, moins souvent, en CMP. Cela se traduisait par des prises en charge qui se prolongeaient sur plusieurs années. La non-systématisation de la révision régulière, au moins annuelle, de ces prises en charge faisaient qu'il n'y était pas clairement mis fin et que les phénomènes d'absentéisme se multipliaient. Ceci limitait la possibilité d'accueil et de prise en charge de nouveaux enfants. Lors de la rencontre des différentes équipes, la plupart ont signalé avoir engagé un travail dans ce domaine. Sauf de rares exceptions, une réévaluation périodique de la situation des enfants accompagnés est réalisée de manière régulière, au minimum annuelle. Certaines structures annoncent d'emblée aux familles et aux enfants ou adolescents que la prise en charge est de durée limitée, au plus de deux ans. On constate également que, de plus en plus, en particulier dans les CMP mais aussi dans des CMPP, les programmes de prises en charge sont construits sur des durées relativement courtes avec des objectifs précis : pour certains, cette durée est de six mois, pour d'autres d'un trimestre, ou pour d'autres par séquences de six semaines environ. À la fin de chacune de ces séquences, un point est fait permettant de vérifier si les objectifs poursuivis sont atteints et de décider d'une fin de prise en charge, d'une modification du programme de prise en charge ou de la poursuite de celui-ci.

Cette évolution notable des modalités de prise en charge se heurte cependant aux éléments de déficits de moyens rapportés par les différentes structures. Presque toutes, tant au niveau des CAMSP, des CMPP que des CMP, indiquent avoir des difficultés à répondre aux demandes qui leur sont adressées comme déjà indiqué. Cette évolution est à mettre en lien, pour plusieurs territoires, avec une très forte dynamique démographique et, plus largement, à une évolution des situations socio-économiques et familiales de la population avec un impact sur les situations présentées par les enfants qui apparaissent plus complexes.

Cette évolution a un premier impact sur les délais d'attente dans les structures. Plusieurs structures indiquent leurs difficultés à maintenir des délais d'attente qui pourraient être qualifiés de « raisonnables » malgré les efforts faits, comme cela vient d'être indiqué, sur la durée des prises en charge. Il faut souligner que la traduction de cette situation au travers d'indicateurs chiffrés dans les rapports d'activité est parfois biaisée. Plusieurs structures ont indiqué n'inscrire en liste d'attente les enfants que lorsqu'une date de 1^{er} rendez-vous est disponible dans un délai d'un à deux mois. De ce fait, le nombre d'enfants en liste d'attente et les délais de 1^{er} rendez-vous qui en résultent sont sous-estimés.

Pour faire face à cette problématique de « délais d'attente », les stratégies mises en place sont variables. Au niveau des CMPP principalement, mais aussi de CMP dans les territoires les plus en tensions, certains ont fait le choix de réduire le nombre de prises en charge par semaine par enfant (en se limitant à deux séances en général) afin de pouvoir accueillir un nombre plus important d'enfants et de leur proposer des soins, même s'ils ne sont pas conformes, en intensité, aux recommandations. Dans plusieurs structures, les professionnels indiquent ainsi mettre en place des « prises en charge dégradées ». D'autres proposent aux enfants qu'ils accueillent des prises en charge plus intensives (de l'ordre de 3 à 4 séances par semaine), mais avec des répercussions sur le nombre d'enfants accueillis et des listes d'attente en amont qui augmentent. Ces prises en charge intensives sont généralement organisées sur des durées plus courtes, limitant un peu l'impact sur les listes d'attente. Ces deux modalités de prises en charge sont vécues comme insatisfaisantes par les professionnels, car dans les deux situations, ils ne répondent pas aux besoins des enfants et des familles qui les sollicitent. En revanche, on observe également un net développement des prises en charge en groupe. Il s'agit souvent de prises en charge reposant sur des protocoles codifiés et validés permettant une réelle plus-value dans la prise en charge des enfants. Il est cependant assez clair que le développement de ces prises en charge en groupe est également vu comme un moyen de proposer des prises en charge plus intensives à un nombre plus élevé d'enfants.

Même si de nombreux CMP sont confrontés à ces choix, la situation est un peu différente car les services de psychiatrie infanto-juvénile développent en général plusieurs dispositifs avec les CATTP et les hôpitaux de jour. Si un enfant nécessite des soins plus intenses, dans la mesure du possible, il sera orienté vers un CATTP ou un hôpital de jour, plus ou moins facilement selon les territoires compte-tenu de la fréquente saturation de ces dispositifs. Ainsi, les CMP peuvent être vus comme une porte d'entrée dans un dispositif de soins psychiques qui est gradué : CMP, CATTP, hôpital de jour, hospitalisation complète. Les CMPP sont un dispositif de soins psychiques et pédagogiques à part entière. Si des soins plus intenses doivent être dispensés à un enfant, soit le CMPP s'organise en interne, soit il passe le relais vers d'autres structures (hôpital de jour ou établissement et service médicosocial).

Pour les troubles du spectre de l'autisme, tous les CMP, suivis maintenant par la quasi-totalité des CMPP, s'approprient ou se sont approprié les recommandations de bonnes pratiques et se forment aux outils de diagnostic et aux méthodes de prise en charge préconisées. Des professionnels avec différentes compétences ou approches théoriques sont présents dans quasiment tous les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Les CAMSP sont en général les structures qui se sont le plus appropriées les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La participation des CAMSP et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile aux équipes de diagnostic associées au CRA est très certainement un des moteurs de ce changement de pratiques, plus particulièrement dans l'ouest de la région.

Au niveau des CMPP, le niveau d'appropriation de ces recommandations est moindre mais est en nette progression. Les limites en lien avec les approches théoriques d'une partie des équipes se sont atténuées. À une exception près, tous les CMPP ont intégré dans le programme de formation de leurs personnels, l'appropriation des recommandations et la formation aux outils de diagnostic. Il n'est pas rare qu'une partie des équipes ait la capacité de réaliser une ADOS ou une ADI.

Pour les **troubles des apprentissages**, on observe que plusieurs CMPP, plutôt sur l'ouest de la région, sont impliqués dans la mise en place des CCTA. Cependant, force est de constater que les diagnostics et recommandations formulés par les équipes des CCTA ne sont pas toujours pris en compte, les équipes des CMPP (voire des CMP) souhaitant se faire par eux-mêmes, et en lien avec leurs référentiels, une « idée » des troubles présentés par les enfants ou adolescents. De plus, les moyens disponibles sont difficilement compatibles avec les prescriptions (ex : plusieurs séances d'orthophonie par semaine).

> La dynamique territoriale

Nous avons pu observer des dynamiques territoriales extrêmement différentes qui, dans certains territoires, peuvent permettre l'ébauche de parcours de prises en charge et une certaine fluidité dans le passage d'une structure à l'autre à partir de l'entrée de l'enfant au CAMSP, voire des repérages des professionnels de la petite enfance et du réseau de périnatalité Occitanie (RPO).

Dans les Hautes-Pyrénées, les différentes institutions ont mis en place des protocoles avec les structures afin de fluidifier les parcours et d'apporter de la cohérence (ex : les SESSAD sont territorialisés avec le même découpage que les circonscriptions de l'Éducation Nationale, un protocole précisant les situations pour lesquelles le CMPP ou le CMP doivent être présents auprès des équipes éducatives, etc.).

Dans l'Aveyron, des réunions « passerelles » ont commencé à être organisées de manière informelle à partir du printemps 2016 pour être ensuite formalisées au travers d'une convention multipartite. Elles permettent d'organiser la transition des enfants d'une structure à une autre. Ce type d'initiative, qui permet de créer ou de renforcer une dynamique territoriale, est complété par l'organisation de journées multi partenariales.

Dans d'autres départements, on observe des parcours en tuyaux d'orgue selon le type de pathologie (plutôt versant apprentissage ou versant trouble psychique) avec des structures (CMP et CMPP) qui communiquent peu entre elles.

Dans quelques départements, des réunions régulières entre les directeurs ou responsables des différentes structures se tiennent même si, parfois, l'organisation des concertations départementales dans le cadre de cette étude ont mis en évidence la nécessité de les redynamiser.

Mais il est nécessaire de souligner aussi que, de telles dynamiques n'existent pas dans d'autres départements ou territoires : si, le plus souvent, un certain niveau de connaissance existe entre les équipes des CAMSP et des CMP, ceci est moins vrai entre CAMSP et CMPP (même parfois pour des structures relevant du même organisme gestionnaire) ou entre CMPP et CMP. Dans ce dernier cas, cela repose assez souvent sur des approches théoriques différentes entre les équipes. Cependant, les entretiens qui ont été conduits dans le cadre de ce travail ont mis en relief que ces différences d'approches théoriques, très nettes il y a encore quelques années, le sont beaucoup moins actuellement dans la plupart des cas.

Il faut enfin noter la place particulière des CAMSP dans ces dispositifs. Il est très souvent positionné comme une porte d'entrée, un lieu de diagnostic, de prise en charge puis d'orientation. Il travaille de fait en réseau avec l'ensemble des acteurs du département. Cependant, le positionnement du CAMSP peut varier d'un endroit à un autre. Dans certains cas, il se pose principalement comme lieu de diagnostic et d'évaluation : les relations avec les autres structures sont alors celles d'un CAMSP avec un dispositif d'aval et les difficultés inhérentes. Dans d'autres cas, il investit principalement le champ du suivi et des limites peuvent alors être observées en termes d'évaluation des petits sur leur territoire.

> Les plateformes de coordination et d'orientation

Au cours de cette étude, on a observé le début du déploiement des plateformes de coordination et d'orientation prévues dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement.

Les plateformes de l'Aude et du Tarn ont été mises en place en fin d'année 2019, suivies progressivement par d'autres. Fin 2020, des plateformes sont ouvertes dans dix des treize départements de la région, le dispositif devant être complété début 2021 dans les autres départements.

Les structures porteuses et la dynamique d'élaboration des projets sont différentes d'un territoire à un autre mais, dans presque tous les cas, on constate que la totalité ou quasi-totalité des structures concernées sont associées.

Les axes de travail de ces plateformes portent généralement sur la fluidité des parcours lors de la phase de diagnostic et de prise en charge initiale des enfants, sur la mise en réseau des professionnels et sur le développement de formations communes.

Des points d'attention sont cependant soulignés par de nombreux acteurs, notamment sur la poursuite de l'accompagnement des enfants au-delà de ce temps de diagnostic et de prise en charge.

4/ DES AXES DE TRAVAIL

> Développer la connaissance mutuelle des acteurs, leur mise en réseau et la construction de parcours de prise en charge

Un des constats qui peut être fait à l'issue de ce travail et des entretiens menés auprès de chaque CAMSP, CMP et CMPP est le niveau de connaissance assez limité des acteurs entre eux, même si des progrès sont notés dans ce domaine dans l'ouest de la région par rapport au constat de 2016. Les rencontres entre les structures, que ce soit au niveau de l'encadrement ou bien des équipes elles-mêmes, ne sont sans doute pas assez développées. Les contacts se nouent facilement au niveau individuel, par connaissance construite lors des parcours de formation ou dans des pratiques professionnelles antérieures.

Plusieurs éléments viennent tempérer ce constat :

- sur plusieurs sites, des professionnels d'un dispositif assurent des consultations dans un autre. C'est particulièrement le cas entre CMP et CAMSP, des pédopsychiatres de CMP assurant des consultations et des suivis d'enfants dans des CAMSP ;
- il y a une réelle prise de conscience de ce manque de relations entre dispositifs. En effet, lors de nombreux entretiens, les professionnels eux-mêmes, et de façon spontanée, ont souligné ce fait. Dans plusieurs cas, ils ont mis en avant que cette méconnaissance pouvait entraîner des *a priori* qui étaient un obstacle à une bonne coordination entre eux et à des transitions aisées pour les enfants et adolescents entre les dispositifs. Ceci est d'autant plus vrai qu'ils soulignent également que ces *a priori* sont le plus souvent basés sur une connaissance ancienne des structures, sans prise en compte des évolutions qui ont pu avoir lieu au sein des équipes et de la façon d'appréhender les situations présentées par les enfants et les adolescents ;
- des initiatives se développent pour amplifier ces contacts, notamment dans le cadre de la mise en place des plateformes de coordination et d'orientation. Les retours formulés par les professionnels rencontrés sont alors positifs.

Un autre point à souligner est que, dans plusieurs territoires ou départements, des évolutions nettes se sont produites dans le sens d'une meilleure connaissance mutuelle à l'occasion d'un changement au niveau de l'encadrement des structures.

Dans le domaine de la petite enfance, sur plusieurs lieux, des staffs au niveau de la maternité ou des services de pédiatrie permettent de mettre en relation autour de situations concrètes les différents professionnels, qu'ils soient du CAMSP ou du CMP, avec les professionnels hospitaliers, libéraux ou de PMI. Cependant, les CMPP sont plus rarement associés à ces dispositifs, intervenant moins souvent dans le champ de la petite enfance.

Les centres de référence et les centres de compétences sont aussi des lieux permettant le développement de relations entre professionnels. C'est le cas, par exemple, des centres de référence autisme, en particulier au travers d'actions de formation sur la question des TSA ou des centres de compétences sur les troubles des apprentissages qui, dans certains centres hospitaliers, associent les CMP et les CMPP.

Enfin, le troisième lieu autour duquel les relations peuvent se développer est constitué par les réseaux : réseau périnatalité Occitanie, issu de la fusion de P'tit Mip et de Grandir en Languedoc-Roussillon, centré principalement sur la petite enfance couvrant l'ensemble de la région et les réseaux adolescents (et également les maisons des adolescents) dans plusieurs départements.

La mise en place de lieux ou d'opportunités autour desquels les professionnels des dispositifs étudiés, et plus largement les professionnels hospitaliers, libéraux et des services du Département, puissent se rencontrer est à favoriser : formations communes (comme cela se met en place en de nombreux lieux autour de l'évaluation des TSA, réunions « passerelles » pour préparer les transitions d'un dispositif à un autre (comme cela fonctionne

dans l'Aveyron), études de cas et reprises de cas, analyse des pratiques...). La mise en place de ces rencontres, sur une base régulière, est un préalable indispensable à la mise en réseau, de façon formelle ou non, des professionnels entre eux, pour permettre une prise en charge coordonnée répondant aux besoins des enfants et des adolescents et de leurs familles. En effet, dans l'état actuel des choses, le constat est fait, sur la majorité des territoires, de transitions complexes d'un CAMSP vers un CMP ou CMPP, entre CMP et CMPP ou entre CMPP et CMP du fait de ce défaut de connaissance mutuelle et d'*a priori* sur les modalités de travail des uns et des autres.

La fluidité des parcours entre dispositifs nécessite également de développer des outils et des procédures permettant :

- une transition préparée en amont entre professionnels et avec la famille quand un enfant, à l'issue d'un suivi par un dispositif, est orienté vers un autre dispositif ;
- une transition pouvant être organisée de façon rapide quand, à l'issue d'un bilan dans un dispositif, il s'avère qu'un enfant ou adolescent relève d'un autre dispositif. Il devrait alors être possible que, sans que cela réponde forcément à une situation urgente, l'admission dans le nouveau dispositif puisse se faire sans imposer à nouveau à l'enfant et à sa famille des délais d'attente longs.

Une particularité est à souligner concernant les CAMSP : ceux-ci étant, d'une certaine manière, plus concernés par les limites d'âge, celles-ci intervenant à 6 ans pour la plupart d'entre eux, ils ont généralement développé une bonne connaissance du réseau d'aval et essayent d'anticiper le plus possible les orientations quand elles sont nécessaires.

Notons que, à plusieurs reprises, les professionnels ont souligné que le temps de concertation départementale organisé dans le cadre de ce travail a été l'occasion pour eux de se retrouver tous ensemble pour la 1^{ère} fois. Dans plusieurs départements, le souhait de renouveler ces rencontres, au moins annuellement, a été exprimé.

> Travailler le positionnement des différentes structures entre elles et le porter à connaissance des acteurs

Une fois l'étape de connaissance mutuelle franchie, il conviendrait de clarifier le positionnement des structures entre elles au sein d'un même territoire en identifiant les spécificités de chacune dans la réponse aux besoins (en termes de public, de modalités de prise en charge et d'approche théorique). En le communiquant aux professionnels « adresseurs », ce travail permettrait d'améliorer l'orientation des enfants en évitant des effets « ping-pong » entre les structures et des délais d'attente parfois très longs entre chaque 1^{er} entretien. Sur certains territoires, comme sur le secteur de Sète par exemple, des réunions d'informations ont été organisées par le CAMSP, le CMPP et le CMP vers les professionnels de la petite enfance et de l'enfance. Cependant, il faut clairement avoir en tête que ces temps d'information sont à répéter régulièrement du fait du turn-over des professionnels.

Les actions développées par les CAMSP dans le cadre du programme « Handicap Agir Tôt » ont également permis de faire mieux connaître ces dispositifs aux professionnels de terrain. La pérennisation de ce dispositif est demandée par plusieurs acteurs car elle permet aux professionnels de la petite enfance de mieux repérer et orienter les enfants et aussi, dans un certain nombre de cas, d'avoir une action de simple réassurance vis-à-vis des professionnels ou des familles pour certaines situations qui leur paraissent inquiétantes.

Le positionnement des structures est également variable selon l'offre de soins libérale du territoire et sa capacité à prendre en charge des enfants. Les densités en professionnels exposées plus haut concernent l'ensemble des professionnels qu'ils prennent en charge des adultes ou des enfants. Dans beaucoup de territoires, les orthophonistes libéraux sont peu nombreux et ont des délais d'attente très longs (supérieurs à 6 mois) ; de plus, un certain nombre d'entre eux ne prennent pas en charge les enfants. Ainsi, chaque structure va chercher

à repérer des professionnels libéraux à qui elle peut adresser les enfants, soit dans le cadre d'une réorientation, soit pour des compléments de prise en charge (ex : kinésithérapie pour un enfant en CAMSP). Le développement des plateformes d'orientation et de coordination peut contribuer à cela, au-delà de la phase de diagnostic et de prise en charge initiale et au-delà de la limite des 6 ans.

> Améliorer qualitativement les orientations vers les CAMSP, CMPP et CMP

Plusieurs structures ont mis en avant les difficultés rencontrées face à des orientations, par des professionnels de santé, peu précises et peu documentées vers leur structure. Cela rend complexe la perception de la gravité ou complexité de la situation ainsi que de son caractère urgent ou non. Les premières mesures à mettre en œuvre dans l'attente d'un premier rendez-vous sont alors difficiles à déterminer.

Ces professionnels pensent nécessaire de développer des actions incitant les professionnels « adresseurs » à motiver leur demande d'orientation et à l'accompagner des éléments sur l'histoire des troubles présentés, d'éléments observationnels ainsi que des tests, bilans et examens déjà effectués. Dans certains centres, notamment de type CMP, les professionnels envisagent de ne plus prendre en compte les orientations émanant de professionnels de santé qui ne soient pas accompagnées de ces éléments.

> Assurer une couverture territoriale et un équilibre entre une offre de proximité et des modes de fonctionnement assurant une qualité de prise en charge

En dehors des métropoles et dès que l'on s'éloigne du littoral ou des chefs-lieux de départements, les densités de population diminuent. La plupart des structures en zone rurale sont confrontées à un difficile équilibre entre assurer un service de proximité à la population et avoir des équipes en capacité de fonctionner. Au-delà du recrutement des professionnels (cf. *infra*), les équipes pluridisciplinaires sont constituées de fait de petits temps de professionnels (des tiers temps ou des mi-temps) comme par exemple au CAMSP de Figeac ou sur le site de Gignac dans l'Hérault pour l'antenne du CAMSP et le CMPP. Ces petites équipes sont fragiles et le départ d'un professionnel, ou même ses vacances, rendent difficiles la continuité des soins.

Dans certains cas, quand l'enfant réside à distance, le choix peut être fait de déléguer une partie du suivi à des professionnels libéraux de proximité afin de limiter les déplacements (et leur impact en termes de temps pour les enfants concernés et de coût des transports). Ceci est expérimenté en CAMSP notamment, celui-ci assurant la coordination de la prise en charge entre les différents professionnels concernés et associant les professionnels libéraux aux synthèses. Cependant, notamment pour les CAMSP et les CMPP, ceci nécessite une dérogation de l'Assurance Maladie afin que les soins effectués par les professionnels libéraux soient pris en charge.

Dans plusieurs départements, le CMPP a fait le choix de développer plusieurs antennes pour assurer une bonne couverture territoriale. Cela se fait cependant au prix de temps de trajets importants dans des départements étendus ou de moyenne montagne pour les différents intervenants, ceux-ci pouvant exercer sur plusieurs lieux à la fois.

Le CH du Gers, mais ce n'est pas le seul, a mis en place un dispositif intéressant pour répondre à cette problématique : chaque équipe pluridisciplinaire travaille à la fois sur le site d'Auch et dans un CMP périphérique. Ce système permet d'avoir des équipes plus étoffées et moins soumises à l'isolement que les toutes petites.

Des contraintes de ressources obligent certaines structures (CMPP ou CMP) à fermer des antennes pour recentrer les moyens sur certains sites comme cela a été observé dans la Haute-Garonne, le Tarn ou le Tarn-et-Garonne.

Dans d'autres territoires, au contraire, le développement de nouvelles antennes est envisagé. C'est le cas, par exemple, dans les Pyrénées-Orientales où l'association gestionnaire, à la fois du CAMSP et du CMPP, envisage de

développer une antenne du CAMSP sur un site où existe déjà une antenne du CMPP en profitant d'une optimisation des moyens humains et matériels sur ce lieu.

La question se pose aussi beaucoup pour les CAMSP dont très peu disposent d'antennes. Rappelons que cinq départements (dont le plus peuplé de la région) ne disposent que d'un site de CAMSP polyvalent et que cinq autres disposent de deux sites seulement. Les enfants, très jeunes par définition dans ces structures, sont confrontés à des déplacements importants, parfois plusieurs fois par semaine. S'il est difficile de mettre en place une antenne fixe, puisque les besoins varient dans le temps en fonction des enfants accueillis, le déplacement des équipes, associé à un conventionnement avec des professionnels libéraux qui existe déjà, pourrait être une solution dans les locaux mis à disposition.

Dans cet esprit, à plusieurs reprises et en ne se limitant pas aux seuls CAMSP, le développement d'équipes mobiles a été évoqué, permettant de projeter des moyens sur des sites variables en fonction des besoins en utilisant des locaux mis à disposition par des établissements médicosociaux ou la PMI par exemple. Quelques dispositifs de ce type commencent à se développer, principalement portés par des secteurs de psychiatrie infanto juvénile ; les retours qui en ont été faits lors des entretiens et des réunions de concertation mettent en avant l'effet positif en termes d'accès aux soins pour des personnes qui ont des difficultés à se rendre sur les lieux de consultation habituels. L'intérêt de ces équipes mobiles est aussi de proposer des évaluations, voire des prises en charge sur les lieux de socialisation des enfants, permettant ainsi d'adapter au mieux les soins apportés aux besoins.

> S'assurer de l'accessibilité financière pour les familles

L'ensemble des éléments collectés lors des entretiens, tant avec les professionnels des différents dispositifs étudiés qu'avec les institutionnels, font émerger des possibilités de prise en charge des enfants et des adolescents pour lesquelles l'accessibilité financière et l'existence d'un reste à charge peuvent être un obstacle.

- Il s'agit en premier lieu de situations qui peuvent être considérées comme simples et ne nécessitant pas de prise en charge pluri disciplinaire. Dans ce cas, en l'absence de problématique socio familiale pouvant être un obstacle à une prise en charge de qualité dans la durée et au-delà des problèmes posés par l'avance de frais pour certains ménages aux ressources limitées, la question des prises en charge en libéral non remboursées par l'Assurance maladie se pose comme c'est le cas, par exemple, quand un suivi par un psychomotricien est nécessaire. Une des solutions parfois mise en œuvre consiste au recours à la prestation de compensation du handicap (PCH). Ceci nécessite cependant le dépôt d'une demande auprès de la MDPH et la notification de droits par la CDAPH. Toutes les situations ne relèvent pas d'un tel dispositif. De ce fait, certains enfants ne bénéficient pas du suivi nécessaire et d'autres mobilisent des personnels en CAMSP, en CMPP ou en CMP alors qu'une prise en charge en libéral serait adaptée.
- Le deuxième cas de figure est lié à l'insuffisance de moyens dont disposent certains CAMSP, CMP ou CMPP. Des professionnels peuvent être manquants (notamment des orthophonistes pour lesquels les conditions d'exercice offertes en établissement ne sont pas suffisamment attrayantes) ou bien en nombre insuffisant. C'est également le cas face à certaines situations nécessitant des prises en charge intensives (par exemple lorsqu'on veut assurer une prise en charge d'un enfant avec TSA en conformité avec les recommandations actuelles). Le recours à des professionnels libéraux en substitution ou en complément est alors envisagé. La question de la prise en charge de ces soins libéraux par l'Assurance Maladie pour les enfants et adolescents suivis dans des structures relevant du médicosocial se pose. Des possibilités de dérogations existent pour permettre une prise en charge par l'Assurance Maladie d'actes en libéral concernant des enfants pris en charge en CAMSP ou CMPP. Cependant, l'obtention de ces dérogations est très variable d'un territoire à un

autre, assez facile dans l'Hérault par exemple, très difficile au contraire à obtenir en Ariège. Quoiqu'il en soit, ceci est également vécu par les professionnels comme une lourdeur administrative face à des situations auxquelles les moyens dont ils disposent ne permettent pas de construire des réponses satisfaisantes. Comme précédemment, se pose aussi la question du reste à charge pour les familles pour certains actes non pris en charge par l'Assurance maladie et la possibilité ou non de mobiliser la PCH en ce sens.

- Le troisième cas de figure est constitué par les situations d'attente entre dispositifs, alors que la prise en charge dans l'un est terminée et la prise en charge dans l'autre pas encore commencée. C'est le cas par exemple lors d'une transition entre un CAMSP et un CMPP ou entre l'une ou l'autre de ces structures et un établissement pour enfant en situation de handicap. C'est également le cas dans le délai qui sépare la fin d'un bilan en CAMSP ou CMPP et le début du suivi dans cette structure. Pendant ces délais de quelques mois, voire un à deux ans, la prise en charge est alors assurée en libéral avec les mêmes difficultés que pour les deux cas de figure précédents. Soulignons que plusieurs CMPP ont indiqué ne pas admettre un enfant ayant déjà une orientation de la CDAPH vers un établissement ou service car ils ont constaté que les enfants concernés n'étaient plus prioritaires dans ces structures, celles-ci considérant qu'ils bénéficiaient déjà d'une prise en charge, même si celle-ci n'est pas adaptée à la situation de l'enfant.

La solution passe certes par une meilleure utilisation des moyens au niveau de chacun des dispositifs, l'allocation de moyens supplémentaires là où cela est nécessaire et une meilleure fluidité des parcours. Il est cependant nécessaire de réfléchir à des dispositifs permettant d'assurer une accessibilité financière aux soins pour les enfants et adolescents concernés et en limitant les inégalités entre territoires qui existent actuellement. Il s'agit notamment d'harmoniser les pratiques entre départements, tant au niveau des MDPH que des caisses d'assurance maladie pour que les doubles prises en charge Assurance maladie/médicosocial possibles dans certains lieux le soient également dans les autres.

> Améliorer la réponse aux besoins

L'examen des files actives fait apparaître de très fortes variations de recours d'un territoire à un autre : la file active en Lozère est 2,2 fois plus importante que dans la Haute-Garonne. Ceci contribue à illustrer que, sur un territoire, les possibilités d'accéder aux dispositifs ne sont pas les mêmes que sur un autre, et ceci en dehors des distances.

Au-delà de cette approche par les différences de file active, il faut rappeler que de très nombreuses structures ont indiqué ne pas pouvoir répondre aux besoins de chaque enfant et mettre en place des réponses dégradées. D'autres ont souligné ne pas pouvoir assurer, par exemple, une présence lors des réunions des équipes de suivi de scolarisation, limitant la qualité de la prise en charge proposée.

La question des moyens dont disposent les différentes équipes pour assurer leurs missions – ou de leurs modes d'organisation – est ainsi posée. Un travail devrait donc être mené afin que les moyens alloués à chaque structure, et les organisations de celle-ci, puissent permettre d'apporter une réponse équivalente aux enfants et adolescents, quel que soit leur lieu de résidence. Il est également nécessaire que cette approche soit dynamique et intègre de manière réactive les évolutions de la population. Rappelons que deux départements voient augmenter la population des enfants et adolescents de plusieurs milliers d'individus chaque année et que, dans deux autres, c'est autour de 800 enfants et adolescents de plus qui sont dénombrés chaque année. À cela, s'ajoutent les évolutions socio familiales, maintes fois mentionnées lors des entretiens et des concertations, et qui entraînent une augmentation du nombre et de la complexité des situations adressées aux structures concernées.

L'amélioration de la réponse aux besoins passe aussi par une adaptation de celle-ci aux problématiques présentées. La quasi-totalité des structures rencontrées concentrent leur action autour des situations nécessitant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée, considérant que la plus-value de l'accompagnement qu'elles proposent se situent dans la conjonction de ces deux éléments, multi disciplinarité et coordination. Sauf exception, chaque fois que possible, les enfants nécessitant des prises en charge « simples » sont orientés vers des professionnels libéraux en s'assurant de la capacité des familles à assumer ces soins. Mais, face à la complexité de certaines situations, tant sur le plan clinique que socio familial, les structures ont la nécessité de compléter la prise en charge qu'elles proposent par d'autres soins. Dans quelques territoires, des plateformes de coordination pour les cas complexes (différentes des commissions sur les situations critiques prévues dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » - RAPT) commencent à se mettre en place de manière plus ou moins formelle. Ce développement qui apparaît répondre à un réel besoin mérite d'être accompagné et étendu.

> Renforcer les relations entre les CAMSP, CMPP et CMP d'une part, les MDPH d'autre part

Dans plusieurs départements, la question des relations entre les professionnels rencontrés et les services des MDPH a été signalée comme étant complexe. Les professionnels éprouvent le sentiment que la connaissance particulière des situations présentées par les enfants n'est pas suffisamment prise en compte, se traduisant par des refus des orientations ou des aides demandées par les CDAPH ou des orientations ou attribution d'aides qui ne sont pas adaptées à la situation des enfants ou adolescents. Certaines demandes de complément d'information leur semblent également inutiles ou redondantes.

Ce point a été plus particulièrement discuté lors d'une concertation départementale et, le constat qui a été fait conjointement par les professionnels des structures concernées et de la MDPH qui étaient présents, est que ces difficultés sont liées principalement à une méconnaissance réciproque des modalités de travail des uns et des autres. Plus largement, lors de plusieurs concertations départementales, la nécessité de renforcer les contacts avec les MDPH a été soulignée.

Ainsi, la mise en place de temps réguliers, sans doute annuels, de rencontres entre les équipes des CAMSP, CMPP et CMP d'une part, les équipes de la MDPH de leur département d'autre part, apparaît nécessaire. Ils auraient comme objectif de développer la connaissance mutuelle entre les professionnels concernés, faire le point sur les procédures mises en place par les uns et les autres avec leur finalité pour une meilleure compréhension de celles-ci et, enfin, de contribuer à la fluidification des parcours et à une meilleure prise en charge des enfants et adolescents.

> Mettre en place des actions d'information vers les familles

Les professionnels ont plusieurs fois fait le constat, lors des entretiens ou les réunions de concertation, d'évolutions au niveau des familles qui leur apparaissent inquiétantes pour le développement des enfants. Ils leur semblent nécessaire de développer des actions d'information et de sensibilisation à destination des familles. Trois axes sont particulièrement mis en avant.

- En premier lieu, redonner aux parents, en particulier ceux qui ont peu de liens avec le reste de leur famille ou de liens sociaux, des éléments simples sur le neuro développement des enfants et les signes d'alerte devant les amener à s'adresser à un professionnel de santé.

- Dans un second lieu, banaliser les lieux de consultation pour les enfants présentant des troubles du neuro développement, perçus souvent comme des lieux d'entrée dans la psychiatrie ou le handicap. L'expérience positive dans ce domaine de la localisation d'une antenne de CMP au sein d'une maison médicale en Ariège plaide en ce sens.
- Enfin, mettre en place des actions de sensibilisation sur les effets néfastes de l'utilisation des écrans chez les enfants : impact sur le développement des liens entre les parents et les enfants quand l'écran (manipulé par les uns ou les autres) vient s'interposer entre eux, impact sur la socialisation des enfants en diminuant les temps de jeux collectifs avec d'autres enfants.

> Développer l'attractivité pour les professionnels

Les évolutions de la démographie des professionnels de santé ont un impact fort sur l'accompagnement des enfants : le nombre de pédopsychiatres a diminué de près d'un tiers au cours des cinq dernières années et la densité en psychiatres n'a que peu progressé ; les déficits en professionnels de rééducation sont maintes fois mentionnés avec, en particulier, la question du difficile accès aux orthophonistes mentionnée dans tous les départements. Ces difficultés ne sont pas rencontrées dans les seuls départements où la densité des orthophonistes est inférieure à la moyenne régionale ou nationale ; elles ont été pointées comme très problématiques également dans l'Hérault, département présentant la plus forte densité en orthophonistes de la région. Le mot d'ordre de grève du conventionnement avec les ESMS lancé par les syndicats d'orthophonistes a également impacté cet accès.

Les questionnements posés de façon globale par l'évolution de la démographie des professionnels de santé et son impact sur les territoires se retrouvent au niveau des CMP et des CMPP et, dans une moindre mesure, des CAMSP. Des postes vacants, principalement de médecins ou d'orthophonistes, ont été signalés par plusieurs structures lors des entretiens. Une réflexion sur l'attractivité du travail en CMP ou CMPP doit être menée, cette attractivité passant sans doute par le développement et la valorisation du travail en équipe dans les structures et entre les structures.

5/ LISTE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 :	Population au 1 ^{er} janvier 2016.....	5
Tableau 2 :	Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH au 31 décembre 2017 et taux départemental (pour 100 enfants de même âge)	6
Tableau 3 :	Médecins – effectifs au 1 ^{er} janvier 2019.....	8
Tableau 4 :	Médecins – densité (pour 100 000 habitants) au 1 ^{er} janvier 2019	8
Tableau 5 :	Autres professionnels – effectifs au 1 ^{er} janvier 2019	9
Tableau 6 :	Autres professionnels –densité (pour 100 000 habitants) au 1 ^{er} janvier 2019	10
Tableau 7 :	Nombre de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017.....	11
Tableau 8 :	Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017.....	12
Tableau 9 :	Nombre de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018	13
Tableau 10 :	Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018	13
Tableau 11 :	Nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie en 2018.....	14
Tableau 12 :	Nombre d'actes en CMP et actes ambulatoires en psychiatrie (hors CATTP) en 2018	15
Tableau 13 :	Taux standardisé (pour 100 000 habitants) d'actes en CMP et actes ambulatoires en psychiatrie (hors CATTP) en 2018.....	15
Tableau 14 :	Répartition des CAMSP, CMPP et CMP pour enfants et adolescents dans la région Occitanie	18
Tableau 15 :	File active des CAMSP, CMPP et CMP pour enfants et adolescents dans la région Occitanie	22
Carte 1 :	Implantation des CAMSP dans la région Occitanie.....	19
Carte 2 :	Implantation des CMPP dans la région Occitanie.....	20
Carte 3 :	Implantation des CMP pour enfants et adolescents dans la région Occitanie	21