



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

**DÉPARTEMENT DE L'ARIÈGE**

Février 2016

**Dr Bernard Ledésert – CREAMI-ORS Languedoc-Roussillon**

**Dr Cécile Mari – ORS Midi-Pyrénées**

*Étude réalisée à la demande de l'Agence régionale  
de santé Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées*





## Table des matières

<b>1. Contexte.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Méthodologie.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Éléments de cadrage.....</b>	<b>4</b>
> Population.....	4
> Enfants bénéficiaires de l’AEEH .....	4
> Scolarisation des enfants en situation de handicap .....	5
> Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé .....	5
> Établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap .....	7
> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique .....	7
> Séjours hospitaliers en psychiatrie .....	8
<b>4. Principaux résultats de l’enquête auprès des CAMSP, CMPP, CMP .....</b>	<b>9</b>
> Lieux de consultation et file active .....	9
> Profils des enfants accueillis .....	11
> Les conditions d’accueil et de bilan .....	13
> Les modalités de prise en charge.....	15
> Les sorties et les relais .....	17
> Les partenariats .....	19
> La Place des familles .....	21
> Les territoires, l’accessibilité et la réponse aux besoins .....	22
<b>5. Synthèse et éléments d’analyse .....</b>	<b>23</b>
> L’accès aux différents dispositifs .....	23
> Retards au repérage .....	24
> Transition et relais entre structures .....	25
> Collaborations et partenariats .....	26
> Les perspectives.....	26
<b>6. Liste des tableaux .....</b>	<b>27</b>

# 1. CONTEXTE

Une des premières orientations de la politique régionale en faveur des personnes en situation de handicap est « d'améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge précoce des enfants atteints ou présentant un risque de développer un handicap » en Midi-Pyrénées.

En ce qui concerne les prises en charge les plus précocement possibles des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent, trois types de structures peuvent constituer actuellement des portes d'entrée dans le soin en santé mentale pédiatrique : les centres d'action médicosociale précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres médico-psychologiques (CMP) aux côtés des professionnels libéraux.

- Les **CAMSP** sont des structures ambulatoires 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). La majorité des enfants accueillis présentent un handicap psychique : lié à des déficiences intellectuelles (17 %), des déficiences psychiques (20 %), des troubles de l'apprentissage et de la communication (27 %) (CNSA 2009).
- Les **CMPP** sont des services médicosociaux qui assurent le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge de l'enfant tout en le maintenant dans son milieu habituel. Ils accueillent en 2003 (DREES) 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 psychiatrie infanto-juvénile.
- 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 études de la DREES<sup>1</sup> (2007) font état d'une augmentation de 7 % des patients pris en charge entre 2000 et 2003. Le taux de recours global (rapport du nombre de patients suivis dans l'année rapporté à la population) aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile s'établissait à 33 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 2003, alors qu'il n'était que de 16 pour 1 000 en 1991.

---

<sup>1</sup> La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques, DREES, 2007

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 psychiatrie infanto-juvénile), des professionnels intervenants, des lieux d'implantation : urbain/rural.

Dans ce contexte, l'ARS a confié à l'ORS Midi-Pyrénées la réalisation d'un bilan sur le dispositif régional et son fonctionnement à partir des données et informations immédiatement accessibles complété par une étude exploratoire sur un territoire de santé, le Tarn et Garonne, afin de dégager et saisir les caractéristiques propres à la situation départementale à travers une approche plus qualitative et territorialisée. Ce travail exploratoire a permis de dimensionner et valider l'approche méthodologique qui a ensuite été étendue aux autres départements. Cette extension a été mise en œuvre par l'ORS Midi-Pyrénées et le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon.

Ce rapport restitue les éléments collectés au cours de cette démarche dans le département de l'Ariège. Après ce chapitre de contexte, il est organisé en quatre grandes parties :

- un rappel rapide de la méthodologie mise en œuvre ;
- une présentation de quelques données de cadrage sur le département et sur les troubles psychiques des enfants et adolescents ;
- une présentation des caractéristiques du dispositif départemental issue de l'analyse des différents rapports d'activité et des entretiens avec les professionnels de santé ;
- une synthèse des principaux constats et des éléments d'analyse.

Un rapport régional à l'échelle de l'ancienne région Midi-Pyrénées présentant une synthèse des éléments collectés dans chaque département vient compléter les huit rapports départementaux.

## 2. MÉTHODOLOGIE

L'étude a été co-conduite par l'ORS Midi-Pyrénées et le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon (porté administrativement par l'ANCREAI).

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 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 bassins de santé :

- Population
- Données ALD
- Données PMSI
- Données Éducation Nationale
- Taux d'équipement, nombre et types de structures médicosociales de région (+ appels à projets futurs)
- Nombre de professionnels libéraux (psychiatres, psychologues, orthophonistes...)
- Enquête ARS Midi-Pyrénées biannuelle sur les délais d'attente CMP-CMPP.

Une seconde phase a consisté en la réalisation d'entretiens avec les professionnels de chacune des structures dans chaque département. Ces entretiens 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.

Au cours de cette phase, une réunion a été organisée avec les institutions départementales impliquées auprès des enfants et adolescents. Ainsi, outre la Délégation territoriale de l'ARS, Éducation nationale (IEN ASH et/ou Médecin conseiller du DSDEN), la MDPH (directeur et/ou médecin coordonnateur) et le Conseil Départemental (service enfance famille - PMI / ASE) ont été invités à une réunion dans chaque département.

La troisième phase a consisté en l'analyse des informations collectées et la rédaction des situations départementales, puis en la production d'une synthèse régionale et restitutions.

### 3. ÉLÉMENTS DE CADRAGE

#### > Population

Le département de l'Ariège rassemble une population d'un peu plus de 152 000 habitants. Près de 34 000 ariégeois sont âgés de moins de 21 ans (22,2 % de la population).

Le territoire de l'Ariège est divisé en quatre bassins de santé. Le plus important, regroupant plus du tiers de la population et les deux cinquièmes de moins de 21 ans, est celui de Pamiers. Les bassins de santé de Foix et de Saint Girons ont une taille intermédiaire – pour le département – et le bassin le moins peuplé est celui de Lavelanet.

Tableau 1- Population

Bassins de santé	0 à 6 ans	7 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans	Population totale
FOIX	2 627	2 031	1 735	1 867	8 260	38 938
LAVELANET	1 652	1 408	1 174	1 185	5 419	26 371
PAMIERS	4 931	3 586	2 682	2 971	14 170	56 386
SAINT-GIRONS	1 986	1 518	1 251	1 292	6 047	30 670
<b>TOTAL</b>	<b>11 196</b>	<b>8 543</b>	<b>6 842</b>	<b>7 315</b>	<b>33 896</b>	<b>152 365</b>

Source : INSEE RP 2012 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

#### > Enfants bénéficiaires de l'AEEH

352 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH. Ils sont présents sur tous les territoires mais moins nombreux sur celui de Saint-Girons. C'est dans les classes d'âge des 6-11 ans puis des 12-15 ans qu'ils sont les plus représentés.

Tableau 2 - Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH

Bassins de santé	0 à 5 ans	6 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans
FOIX	9	30	24	14	77
LAVELANET	10	30	10	14	64
PAMIERS	34	59	44	30	167
SAINT-GIRONS	9	16	8	11	44
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>135</b>	<b>86</b>	<b>69</b>	<b>352</b>

Source : CAF - CCMSA 2013 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Tableau 3 - Taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH (pour 1 000 enfants)

Bassins de santé	0 à 5 ans	6 à 11 ans	12 à 15 ans	16 à 20 ans	Moins de 21 ans
FOIX	4,1	12,3	13,8	7,5	9,3
LAVELANET	7,1	18,2	8,5	11,8	11,8
PAMIERS	8,1	13,7	16,4	10,1	11,8
SAINT-GIRONS	5,3	8,9	6,4	8,5	7,3
<b>TOTAL</b>	<b>6,5</b>	<b>13,2</b>	<b>12,6</b>	<b>9,4</b>	<b>10,4</b>

Source : CAF - CCMSA 2013 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

## > Scolarisation des enfants en situation de handicap

Au cours de l'année scolaire 2014-2015, 655 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire en Ariège : 345 dans le 1<sup>er</sup> degré (86 en CLIS et 259 en classe ordinaire) et 310 en 2<sup>nd</sup> degré (61 en ULIS et 249 en classe ordinaire). Cela représente 2,8 % des élèves du 1<sup>er</sup> degré et 3,0 % des élèves du 2<sup>nd</sup> degré.

7 élèves étaient en attente d'une affectation en CLIS (8 % de l'effectif des élèves en CLIS) et 25 en attente d'une affectation en ULIS (32 % de l'effectif des élèves en ULIS).

La répartition des élèves par type de troubles est :

- troubles cognitifs :..... 23 %
- troubles psychiques :..... 21 %
- troubles du langage :..... 19 %
- troubles moteurs :..... 2 %
- troubles sensoriels :..... 5 %
- autres :..... 30 %

243 élèves du 1<sup>er</sup> degré (soit 70,4 % des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire) bénéficient d'un accompagnement par un AVS-I et 155 élèves du 2<sup>nd</sup> degré (50 %). En moyenne, 14,2 heures d'AVS-I sont prescrites par élèves. 8,5 % des élèves en situation de handicap sont en attente d'une AVS-I en Ariège.

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

Au total, on dénombre 25 médecins spécialistes en psychiatrie. Parmi eux, on relève que :

- Un seul est pédopsychiatre et il a un exercice libéral ou mixte ;
- Tous les autres sont psychiatres et, pour les deux tiers d'entre eux, sont des médecins salariés ;
- Ces spécialistes sont concentrés principalement sur deux bassins de santé : Pamiers et Saint-Girons. Quelques-uns exercent sur le bassin de Foix et aucun n'est recensé sur le bassin de santé de Lavelanet ;
- La densité en médecins spécialistes en psychiatrie est inférieure à la moyenne Midi-Pyrénées et fait partie des plus basses parmi les départements de ce territoire.

Tableau 4 - Médecins - effectifs

Bassin de santé	Neuropsychiatre			Pédopsychiatre			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salaire	total	libéral	salaire	total	libéral	salaire	total	libéral	salaire	total
FOIX							2	2	4	2	2	4
LAVELANET												
PAMIERS				1		1	4	6	10	5	6	11
SAINT-GIRONS							1	9	10	1	9	10
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>25</b>

Source : RPPS 1er janvier 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-ORS LR

Tableau 5 - Médecins - densité (pour 100 000 habitants)

Bassin de santé	Neuropsychiatre			Pédopsychiatre			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarie	total	libéral	salarie	total	libéral	salarie	total	libéral	salarie	total
FOIX							5,1	5,1	10,3	5,1	5,1	10,3
LAVELANET												
PAMIIERS				1,8		1,8	7,1	10,6	17,7	8,9	10,6	19,5
SAINT-GIRONS							3,3	29,3	32,6	3,3	29,3	32,6
<b>TOTAL</b>				0,7	0,0	0,7	4,6	11,2	15,8	5,3	11,2	16,4

Source : RPPS 1er janvier 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREAII-ORS LR

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

- 49 orthophonistes sont dénombrés, présents sur tous les bassins de santé de façon presque équilibrée (seul le bassin de Saint Girons présente une densité moindre de ces professionnels). Ils ont principalement un exercice libéral (ou mixte). La densité des orthophonistes en Ariège est proche – voire un peu supérieure – à celle observée dans les autres départements de Midi-Pyrénées en dehors de la Haute-Garonne.
- Près de 150 psychologues sont dénombrés, présents dans tous les bassins, mais surtout sur ceux de Foix et Saint-Girons. Il s’agit surtout de professionnels salariés. La densité des psychologues en Ariège est la plus forte de Midi-Pyrénées après celle observée en Haute-Garonne.
- Les ergothérapeutes sont au nombre de 15 en Ariège. Ils sont présents surtout dans les bassins de Saint-Girons et de Foix. Un seul professionnel est recensé dans chacun des autres bassins. Un seul ergothérapeute exerce en libéral. La densité en ergothérapeutes en Ariège fait partie des plus basses observées en Midi-Pyrénées.
- Les psychomotriciens sont au nombre de 23 dont 5 qui ont un exercice libéral (ou mixte). Ils sont présents surtout sur les bassins de Saint-Girons et Foix et, dans une moindre mesure – surtout en rapport avec la population de ce bassin – de Pamiers. Un seul psychomotricien exerce – en salarié – sur le bassin de Lavelanet. La densité en psychomotriciens en Ariège est la plus basse, après l’Aveyron, de celle observée en Midi-Pyrénées.

Tableau 6 - Autres professionnels – effectifs

Bassin de santé	Orthophonistes			Psychologues			Ergothérapeutes			Psychomotriciens		
	libéral	salarie	total	libéral	salarie	total	libéral	salarie	total	libéral	salarie	total
FOIX	9	5	14	11	57	68	1	3	4	1	7	8
LAVELANET	9		9	4	6	10		1	1		1	1
PAMIIERS	15	3	18	16	15	31		1	1	3	3	6
SAINT-GIRONS	8		8	4	32	36		9	9	1	7	8
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>8</b>	<b>49</b>	<b>35</b>	<b>110</b>	<b>145</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>23</b>

Source : Adeli 1er janvier 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREAII-ORS LR

Tableau 7 - Autres professionnels - densité (pour 100 000 habitants)

Bassin de santé	Orthophonistes			Psychologues			Ergothérapeutes			Psychomotriciens		
	libéral	salaire	total	libéral	salaire	total	libéral	salaire	total	libéral	salaire	total
FOIX	23,1	12,8	36,0	28,3	146,4	174,6	2,6	7,7	10,3	2,6	18,0	20,5
LAVELANET	34,1	0,0	34,1	15,2	22,8	37,9	0,0	3,8	3,8	0,0	3,8	3,8
PAMIERS	26,6	5,3	31,9	28,4	26,6	55,0	0,0	1,8	1,8	5,3	5,3	10,6
SAINT-GIRONS	26,1	0,0	26,1	13,0	104,3	117,4	0,0	29,3	29,3	3,3	22,8	26,1
<b>TOTAL</b>	<b>26,9</b>	<b>5,3</b>	<b>32,2</b>	<b>23,0</b>	<b>72,2</b>	<b>95,2</b>	<b>0,7</b>	<b>9,2</b>	<b>9,8</b>	<b>3,3</b>	<b>11,8</b>	<b>15,1</b>

Source : Adeli 1er janvier 2015 / INSEE RP 2012 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-ORS LR

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

Huit établissements pour enfants handicapés sont implantés en Ariège (5 IME et 3 ITEP) pour un total de 267 places (212 en IME et 55 en ITEP). Le taux d'équipement en établissement est de 8,16 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans.

Cinq SESSAD pour un total de 129 places sont implantés sur le département. Le taux d'équipement est de 3,94 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans.

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

Près de 3 800 ariégeois bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, 183 ont moins de 20 ans. Ils sont présents dans tous les territoires. Ils sont plus nombreux au-delà de dix ans.

Les pathologies relevées pour ces 183 personnes de moins de 20 ans sont avant tout des troubles envahissants du développement, des retards mentaux et des troubles en lien avec une anomalie chromosomique. Les principales pathologies relevées sont détaillées ci-dessous :

- Troubles envahissants du développement (TED)<sup>2</sup> .....38,3 %
- Retard mental .....16,9 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs .....13,7 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte .....9,8 %
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants .....7,7 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels .....7,7 %

<sup>2</sup> Le terme TED est utilisé dans toute la suite du document pour désigner les enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique (TSA) et pour éviter la confusion avec les troubles spécifiques des apprentissages.

Tableau 8 - Nombre de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée »

Bassins de santé	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans	Population totale
FOIX	2	8	15	14	39	927
LAVELANET	2	14	13	8	37	643
PAMIERS	7	18	24	23	72	1 203
SAINT-GIRONS	4	5	5	8	22	696
Non déterminé	0	4	4	5	13	307
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>49</b>	<b>61</b>	<b>58</b>	<b>183</b>	<b>3 776</b>

Source : CNAMTS – CCMSA - CNRSI 2013 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

## > Séjours hospitaliers en psychiatrie

Au total, 99 séjours hospitaliers en psychiatrie ont été enregistrés en 2011 pour des enfants de moins de 16 ans domiciliés dans l'Ariège dont 8 avant 7 ans. À cela s'ajoutent 66 séjours pour des jeunes de 16 à 20 ans. Parmi ces 99 séjours, 48 correspondent à des hospitalisations à temps plein et 41 à des hospitalisations de jour. Les diagnostics principaux relevés sont :

- Troubles envahissants du développement (TED) ..... 35,4 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 34,3 %
- Troubles du développement psychologique (hors TED) ..... 8,1 %

Sur la même période, 15 395 séances ambulatoires en psychiatrie ont été enregistrées pour des enfants de moins de 16 ans et 2 004 entre 16 et 20 ans. Pour les moins de 16 ans, 87 % de ces séances ont eu lieu en CMP. Les séances ont eu lieu sous forme individuelle avec le patient dans 86 % des cas et dans 2 % des cas sous forme de séance de groupe. Les diagnostics principaux sont précisés pour 8 791 séances et la distribution des plus fréquents est la suivante :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 40,9 %
- Troubles du développement psychologique (hors TED) ..... 24,5 %
- Troubles névrotiques ..... 17,7 %
- Troubles envahissants du développement (TED) ..... 10,1 %

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

### > Lieux de consultation et file active

Le CAMSP de l'Ariège est implanté à Foix et dispose d'une antenne à Pamiers. La présence sur le bassin de Saint-Girons est effective au travers d'une consultation mensuelle. Il n'y a pas de présence du CAMSP sur le bassin de Lavelanet.

Historiquement, le CMPP était rattaché à la psychiatrie avant d'être repris par les PEP09. Une répartition des territoires d'intervention du CMPP et des CMP sur l'Ariège est en lien avec cet historique : le CMPP intervient sur le bassin de Foix. De ce fait, il n'y a pas de CMP sur le bassin de Foix et il n'y a pas de CMPP sur les bassins de Lavelanet, Pamiers et Saint-Girons.

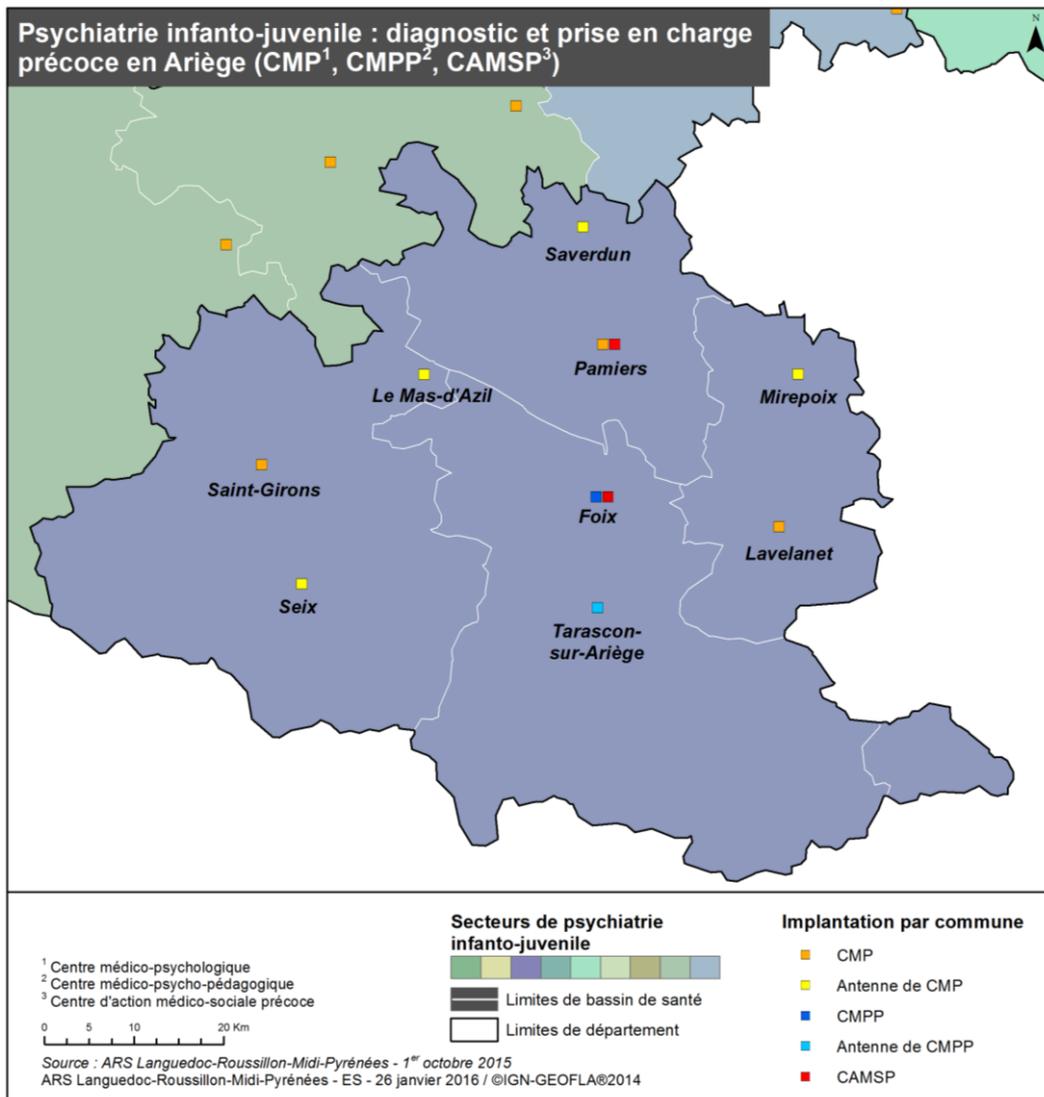
Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile de l'Ariège relève du pôle de pédopsychiatrie du centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC) situé à Saint Girons et gère donc les CMP couvrant les trois autres bassins de santé de l'Ariège : trois CMP sont implantés à Saint Girons, Pamiers et Lavelanet avec des antennes à Mirepoix, Seix, Le Mas d'Azil et Saverdun.

Tableau 9 - Lieux de consultation et file active

	Nombre de structures et de lieux de consultation	Bassin avec lieux de consultation	File Active 2014
CAMSP	1 CAMSP ouvert 255 jours par an, 5 jours par semaine de 8h30 à 18h et 1 antenne ouverte 242 jours par an, 5 jours par semaine de 8h30 à 18h	- Foix : CAMSP - Pamiers : Antenne - Saint Girons : consultation mensuelle	- Ariège : 223
CMPP	1 CMPP avec une antenne Ouvert 250 jours par an : 3 jours par semaine de 8h30 à 19h30 et 2 jours par semaine de 8h30 à 18h30	- Foix : 1 CMPP à Foix et une antenne à Tarascon-sur-Ariège	- Foix : 227
CMP	3 CMP et 4 antennes	- Lavelanet : 1 CMP à Lavelanet et une antenne à Mirepoix - Pamiers : 1 CMP à Pamiers et une antenne à Saverdun - Saint Girons : 1 CMP à Saint Girons et 2 antennes au Mas d'Azil et à Seix	- Lavelanet : 292 - Pamiers : 456 - Saint Girons : 361  Total : 1 109

Source : Enquête CAMSP-CMP-CMPP 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Au total, les files actives des trois dispositifs totalisent 1 559 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. Rapporté à la population du département, cela correspond à un taux de 46,0 suivis pour 1 000 enfants de moins de 20 ans. Cela place ainsi l'Ariège – en ordre de taux de suivi décroissant - au 5<sup>e</sup> rang des départements de Midi-Pyrénées, devant les Hautes-Pyrénées, le Tarn-et-Garonne et la Haute-Garonne. Cependant, ce taux est supérieur à la moyenne de l'ensemble des huit départements de Midi-Pyrénées.



## > Profils des enfants accueillis

Tableau 10 - Répartition par âge

Age des enfants accueillis en 2014	
CAMSP	Moins de 2 ans : 21 %
	2 - 3 ans : 35 %
	4 - 6 ans : 44 %
CMPP	4 - 6 ans : 7 %
	7 - 11 ans : 54 %
	12 - 15 ans : 31 %
	16 - 18 ans : 8 %
CMP	Non disponible

Source : Enquête CAMSP-CMP-CMPP 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREAL-ORS LR

**Le CAMSP de Foix** prend en charge des enfants jusqu'à 6 ans.

Les éléments principaux concernant les enfants accueillis sont :

- le suivi des enfants grands prématurés, notamment dans le cadre du réseau P'titMIP, réseau d'aval de la périnatalité. L'accueil de ces enfants est organisé dans les 15 jours qui suivent la prise de contact. Le CAMSP a la possibilité de proposer de la kiné pour ces enfants et une prise en charge en libéral en psychomotricité pour 20 séances (avec un relais par le CAMSP si nécessaire),
- les suspicions de TED adressés par la crèche ou l'école maternelle. Le diagnostic étant ensuite posé soit par le CAMSP, soit par le CRA,
- les pathologies d'origine génétique,
- les encéphalopathies épileptogènes.

Des retards au repérage et au dépistage sont relevés notamment dans le champ des TSA, sans doute du fait d'une attitude attentiste des parents se disant que les choses vont s'améliorer, parfois renforcés en ce sens par des médecins leur disant que les choses allaient rentrer dans l'ordre avec le début de l'école.

Quelques enfants nés prématurés ou à risque du fait de pathologies néonatales « échappent » à P'titMIP. Cela est parfois favorisé par un suivi enclenché à Toulouse et que les parents ont du mal à tenir dans la durée du fait de la distance.

Au niveau territorial, peu de différences sont relevées par le CAMSP mis à part celles en lien avec les facteurs socio-économiques (secteur de Lavelanet par exemple avec l'arrivée de personnes précaires en recherche de logements bon marché) et les effets de la désertification médicale

La précocité de l'intervention du CAMSP apparaît particulièrement pertinente dans deux domaines : le suivi des grands prématurés et les retards de développement qui ont tendance à être adressés plutôt tardivement.

**Le CMPP** accueille des enfants et adolescents de plus de 6 ans, avec leur famille. Dans la pratique, des enfants sont accueillis dès 4 ans.

Les éléments principaux concernant les enfants accueillis sont :

- pour les moins de 6 ans :
  - principalement des troubles des apprentissages, souvent suite à des conseils des enseignants,

- également des suspicions de TED, parfois après bilan au CRA (ou par l'équipe associée au CRA).
- pour les 6-11 ans :
  - troubles du comportement, troubles anxieux et troubles du comportement. Un centre de diagnostic des troubles des apprentissages a été mis en place au centre hospitalier Val d'Ariège (CHIVA). Les articulations avec ce centre sont à développer notamment pour déterminer et mettre en œuvre les prises en charge à mettre en place et enclencher à partir de là le travail avec les familles.
- pour les plus de 11 ans :
  - la déscolarisation de certains adolescents est une problématique émergente,
  - les troubles dépressifs.

Concernant les retards au repérage ou au dépistage, deux éléments ressortent :

- la capacité à repérer et à amener vers les soins des jeunes collégiens ayant des troubles anxieux ou bien des troubles du comportement (mais plutôt de type repli sur soi),
- la problématique des enfants ayant des pathologies psychiatriques et suivis en famille d'accueil (l'offre dans ce domaine étant importante en Ariège).

Les facteurs pouvant expliquer ces difficultés sont principalement le manque de capacités d'adaptation du collège pour accueillir et accompagner ces jeunes avec difficultés, pouvant aboutir à une déscolarisation et par la suite à une désocialisation avec décrochage, mal-être, addictions... d'une part, le manque de continuité des soins entre les différents acteurs d'autre part. Sur ce dernier point est mis en avant le manque d'hospitalisation de jour des adolescents avec des discours contradictoires, l'ARS indiquant que les moyens existent et le CHAC (qui gère l'hospitalisation de jour existante pour les enfants) qui souhaite un dispositif, ne mélangeant pas les enfants et les adolescents.

Globalement, sur le territoire, les besoins pour le diagnostic sont perçus comme couverts alors que les moyens apparaissent insuffisants ou mal coordonnés pour le suivi et la prise en charge.

La caractérisation du territoire se fait principalement par rapport à la métropole Toulousaine : les possibilités d'initier des prises en charge et des accompagnements y apparaissent moins développées et les possibilités de sortir du cadre offert par le collège sont limitées pouvant impacter le développement ou l'expression de certains troubles.

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

Les éléments principaux concernant les enfants accueillis sont :

- pour les moins de 6 ans :
  - les enfants adressés par le CAMSP quand la problématique repérée relève plus de la psychiatrie (notamment les problèmes de relation parents-enfants),
  - les troubles du sommeil ou de l'alimentation repérés directement par les familles avec un accès direct, notamment sur St Girons,
  - les troubles du langage pour lesquels on observe souvent une prise en charge orthophonique préalable,
  - les TED.
- pour les 6-11 ans :
  - une part importante des enfants sont adressés par les écoles pour des troubles des apprentissages, des troubles de l'attention ou des troubles du comportement.

▪ pour les plus de 11 ans :

- les problématiques sont souvent également en lien avec la scolarisation : recul des résultats scolaires, attitudes de retrait, troubles du comportement actifs...
- d'autres problématiques sont également repérées : troubles anxieux, psychoses, troubles de l'humeur.

Du fait d'une bonne mobilisation des différents acteurs, notamment au niveau de l'Éducation nationale, il n'est pas vraiment repéré de retard au dépistage ou au repérage, notamment chez les enfants d'âge élémentaire (6-11 ans).

À partir de 12 ans, les retards viennent plus de la difficulté à faire adhérer les adolescents à la démarche de soins. Si des retards sont notés, quel que soit l'âge, ils sont principalement en lien avec les difficultés socio familiales.

Les spécificités territoriales relevées sont :

- sur le bassin de Lavelanet, une forte précarité de personnes installées depuis assez longtemps sur le territoire. Une expression des troubles plus sur le versant déficitaire et psychotique.
- Sur le bassin de Pamiers, des problèmes de précarité sont également notés mais ils touchent une population installée de façon plus récente. Au niveau des troubles, ceux-ci seraient plus de type troubles du comportement actifs, avec en plus l'impact de nombreuses recompositions familiales.
- Sur le bassin de Saint Girons, l'accueil concerne le tout venant avec des demandes assez élevées vers un hôpital inscrit depuis longtemps dans le paysage.

Le CMP n'intervient actuellement qu'à la demande des familles. De ce fait, peu d'actions de prévention sont menées. Notamment, il manque actuellement des possibilités d'interventions en maternité. Des problèmes de repérage des vulnérabilités en lien avec la PMI, la maternité et l'hôpital seraient à développer. De même, on observe peu d'interventions en amont des placements des enfants à l'ASE.

## > Les conditions d'accueil et de bilan

Tableau 11 - Origine des interventions

2014	Médical	Educatif	Social	Médicosocial	Direct	Autre
CAMSP	50 %	10 %	25 %		7 %	8 %
CMPP	9 %	35 %		16 %	34 %	0%
CMP		25 à 50 %			25 %	0%

Sources : Enquête CAMSP-CMP-CMPP 2015 / Enquête délais d'attente CMP-CMPP (ARS MP) 2015  
Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

Tableau 12 - Listes d'attente et délais

Liste d'attente		Délais d'attente
CAMSP	Oui : 16 enfants au 31/12/2014	42 jours au 31/12/2014
CMPP	Oui : fin janvier, 81 enfants étaient en liste d'attente pour 110 enfants suivis	en situation normale avec un médecin : supérieur à 4 mois en situation normale avec un autre professionnel : supérieur à 4 mois pas de réponse aux demandes urgentes ou non programmées
CMP	Une liste d'attente existe mais le mode de fonctionnement / organisation des CMP ayant évolué récemment, il est difficile de la quantifier actuellement, le nouveau dispositif n'étant pas encore complètement stabilisé. Les délais d'attente sont par contre identifiés comme longs.	en situation normale avec un médecin : supérieur à 2 mois en situation normale avec un autre professionnel : entre 15 jours et un mois en situation urgente avec un médecin : plus de 7 jours en situation normale avec un autre professionnel : entre 48 heures et 7 jours selon les sites

Sources : Enquête CAMSP-CMP-CMPP 2015 / Enquête délais d'attente CMP-CMPP (ARS MP) 2015  
Exploitation : ORS MIP / CREA-ORS LR

**Au CAMSP**, la prise de rendez-vous est faite par la famille, mais souvent à partir d'un avis médical donné en amont.

Le délai pour obtenir un rendez-vous est dans les situations sans urgence de 3 mois. Pour les grands prématurés et les urgences, le rendez-vous est donné dans les 15 jours.

Le premier rendez-vous est systématiquement avec un médecin permettant de reprendre l'anamnèse de l'enfant et de réaliser un examen clinique. À partir de là, des premiers éléments de prise en charge peuvent être mis en place si nécessaire pendant qu'un bilan médico éducatif adapté à chaque situation est réalisé (combinant orthophonie, évaluation psychomotrice et évaluation sociale). Le délai de réalisation de ce bilan est de 1,5 à 3 mois.

Une fois le bilan réalisé, la prise en charge est déterminée. Deux grands schémas émergent : kiné et psychomotricité pour les atteintes motrices, orthophonie, psychomotricité, éducatif et suivi psychologique des parents pour les enfants avec TSA.

**Au CMPP**, la procédure de 1<sup>ère</sup> visite est en cours de refonte. Actuellement, la prise de rendez-vous est effectuée principalement par les familles qui sont généralement orientées par le médecin traitant ou la santé scolaire. Un dossier de préadmission est complété.

Le délai pour un premier rendez-vous est estimé à 6 mois.

Le premier entretien est réalisé par un psychiatre ou un psychologue, cette deuxième possibilité étant de plus en plus fréquente. Six consultations sans accord préalable de l'Assurance Maladie sont possibles et sont consacrées au diagnostic et au bilan avant de déterminer le projet de soins. Au bout de la phase de diagnostic et de bilan, le projet de soins est élaboré en réunion de synthèse. Celui-ci consiste majoritairement en une prise en charge pluridisciplinaire avec un lien étroit avec le lieu de scolarisation effectué par les enseignants du CMPP.

Une limite apparaît dans la détermination du projet de soins : il n'est pas possible d'associer une prise en charge en libéral à la prise en charge au CMPP. Si c'est le cas, les actes libéraux ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

Une liste d'attente existe : fin janvier 2015, elle était de 81 enfants. La durée moyenne en liste d'attente qui était estimée à 6,5 mois dans le rapport d'activité 2014 apparaît plus longue sur l'antenne de Tarascon-sur-Ariège (8 mois) qu'à Foix (5 mois).

**Au CMP**, la prise de rendez-vous se fait dans la quasi-totalité des cas par la famille. Quand cette demande est faite par une autre personne (médecin traitant ou PMI par exemple), il leur est demandé que les parents contactent également eux-mêmes le CMP (sauf pour les enfants de l'ASE).

Le premier entretien est réalisé le plus souvent par un infirmier qui évalue la situation, identifie les partenaires engagés auprès de l'enfant et de son environnement et le degré d'urgence de la demande.

Lors de la réception de la demande, un premier entretien infirmier d'accueil et d'orientation est donné dans un délai de deux à trois semaines, afin d'évaluer l'urgence et la lourdeur du cas. Si des éléments particuliers justifiant l'intervention directe d'un psychiatre sont identifiés lors de la prise de contact pour le 1<sup>er</sup> rendez-vous, celui-ci a lieu avec un médecin.

L'infirmier présente la situation lors d'une réunion de synthèse hebdomadaire. Un entretien avec un psychiatre est alors programmé dans un délai de 15 j à 2 mois. Les évaluations psychométriques sont ensuite lancées en tant que de besoin. Celles-ci sont particulièrement ciblées en fonction de la pathologie.

Le délai pour la mise en place d'un suivi peut être long.

## > Les modalités de prise en charge

**Au CAMSP**, une orientation vers une autre modalité de prise en charge est proposée essentiellement sur des critères d'âge :

- pour les tout-petits, une prise en charge est quasiment systématiquement mise en place. Si ce n'est pas le cas, c'est qu'une prise en charge n'est pas justifiée et qu'un simple suivi clinique peut suffire.
- à partir de 4 ans, a priori, aucune prise en charge n'est proposée par le CAMSP. Une orientation vers des professionnels libéraux est alors proposée avec mise en place de l'AAEH ou de la PCH si nécessaire, et dans l'attente d'une éventuelle place en ESMS (qui ne prennent qu'à partir de 6 ans) si nécessaire.

La prise en charge est basée sur des suivis individuels : kiné, éducatif, orthophonie, psychomotricité, psychologue, médecin et des activités de groupe :

- éveil sensoriel pour les moins de 2 ans (2 professionnels + adultes),
- EPIS – évaluation, préparation, intégration scolaire (éducateur + enseignant) ; ce groupe est également décliné de façon spécifique pour les enfants avec TSA en pré scolarisation ou au début de celle-ci,
- contes (orthophoniste et psychomotricien),
- GPS – groupe de préparation à la scolarité (enseignant),

- habiletés sociales (à Pamiers – psychologue et éducateur).

Les associations les plus fréquentes de suivis individuels combinent orthophonie et psychomotricité avec, selon les cas, également de la kiné.

Les suivis sont mis en œuvre en 1 à 2 séances hebdomadaires, plusieurs prises en charge pouvant être combinées au cours d'une séance

Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : par rapport à ce qui serait souhaitable, le CAMSP met en avant la difficulté à réaliser un travail au domicile des enfants, chose qui était encore possible il y a quelques années mais qui ne l'est plus, du fait du manque de moyens pour faire face à l'augmentation de la demande.

Pour les enfants avec TED, si des capacités diagnostiques se sont développées avec le CRA et l'équipe associée, la difficulté tient au manque de solutions pour proposer un accompagnement adapté. Les recommandations de bonnes pratiques apparaissent difficiles à mettre en place compte-tenu des moyens actuels : la mobilisation de moyens pour atteindre la densité d'intervention multidisciplinaire recommandée se ferait forcément au détriment d'autres situations. L'intérêt de pouvoir développer des prises en charge conjointes avec des libéraux est particulièrement important à ce niveau.

**Au CMPP**, les réorientations vers un suivi en libéral à l'issue de la phase d'évaluation et de bilan sont extrêmement rares voire inexistantes.

La prise en charge est pluridisciplinaire associant :

- des accompagnements individuels (psychologie, psychomotricité, orthophonie),
- des ateliers collectifs organisés principalement par tranche d'âge (conte, écriture, philo,...),
- des entretiens parentaux et / ou un suivi familial,
- un lien avec le lieu de scolarisation de l'enfant, principalement mis en œuvre par les enseignants détachés au CMPP.

Les associations de prises en charge les plus fréquentes sont psychologue et orthophoniste ou psychologue et suivi pédagogique en association ou non avec des ateliers de groupe.

La fréquence des séances est le plus souvent hebdomadaire (en une seule venue pour les suivis individuels).

Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : Il y a souvent une limitation quantitative des interventions pouvant être mises en place, particulièrement pour les médecins.

Il serait souhaitable de pouvoir développer les actions de prévention en milieu ouvert : avec les collèges, les centres locaux du Conseil départemental, avec les différentes structures de l'environnement des enfants et adolescents.

Dans le domaine particulier des troubles des apprentissages, la spécificité de l'accompagnement proposé par le CMPP tourne principalement autour du développement du partenariat avec l'école. Parallèlement, un lien existe mais serait à développer avec le Centre de diagnostic des troubles des apprentissages qui vient d'être mis en place au CHIVA à Foix : l'attente des familles dans ce domaine est de pouvoir accéder à des prises en charge très rapide donnant des résultats rapidement ce qui est difficile à rendre effectif.

Dans le domaine des troubles du comportement des adolescents, un décroisement du social, du sanitaire et du pédagogique est nécessaire afin de pouvoir développer des prises en charge en

commun répondant aux besoins. Un des points à travailler tourne autour de l'articulation avec le sanitaire lors des retours d'hospitalisation (notamment au CHIVA). Des situations de mise en danger de l'adolescent sont observées, pouvant poser problème et nécessiter une demande d'intervention en urgence qu'il est actuellement difficile à mettre en place.

**Au CMP**, une réorientation vers un suivi en libéral à l'issue de la phase d'évaluation est rare : elle n'est proposée que si la pathologie est simple et avec des manifestations modérées et si la famille apparaît en capacité sociale et financière de mettre en place ce suivi.

Quelques orientations peuvent être décidées directement vers l'hôpital de jour (qui est inclus dans le même pôle).

Si une orientation vers du médicosocial apparaît nécessaire d'emblée ou dans les premiers temps du suivi, ce point est discuté en équipe et avec les parents et l'école, avant dépôt d'un dossier auprès de la MDPH.

Le CAMSP peut être sollicité pour les plus petits si des troubles somatiques associés sont repérés. L'absence d'orthophoniste au CMP nécessite l'orientation vers des professionnels libéraux ou une prise en charge coordonnée avec eux, quand d'autres troubles sont intriqués.

L'accompagnement est basé principalement sur du suivi individuel, le plus souvent à raison d'une fois par semaine, parfois moins, parfois plus. Il s'agit de suivi effectué principalement par un psychologue ou un infirmier. Dans certains cas, un suivi en psychomotricité peut être associé.

Quand le suivi individuel apparaît peu adapté, des ateliers médiatisés (contes, relaxation, écriture...) sont mis en place, animés par des binômes. Le rythme est alors généralement bimensuel pendant les périodes scolaires.

En dehors de l'absence d'orthophoniste, on note également l'absence d'ergothérapeutes et d'éducateurs.

Parfois, un travail familial est mis en place par le pédopsychiatre mais assez rarement actuellement du fait du déficit en médecins.

## > Les sorties et les relais

**Au CAMSP**, le nombre d'enfants sortis en 2014 est de 85 dont 8 sortis après bilan et 53 après suivi.

La durée moyenne de prise en charge est de 19 mois (45 % moins de un an, 27,1 % de 13 à 24 mois, 28 % plus de 24 mois).

Orientation des enfants sortis :

- Pas besoin de prise en charge ..... 23,5 %
- Vers prise en charge libérale ..... 7,1 %
- Vers un CMP ..... 17,6 %
- Vers un CMPP ..... 9,4 %
- Vers une structure médicosociale ..... 8,2 % vers un service  
.....& 5,9 % vers un établissement
- Sortie du fait des parents ..... 23,5 %
- Autres (déménagement...)..... 5,9 % (vers un autre CAMSP)

La fin de la prise en charge se décide essentiellement sur des critères d'âge (atteinte de la limite de prise en charge en CAMSP).

En fin de prise en charge, l'orientation se fait souvent vers du libéral. Face à cela se posent deux problèmes :

- le manque d'orthophoniste avec des délais d'attente pouvant atteindre 9 mois (voire des refus). La mise en place d'une association départementale des orthophonistes peut faciliter les choses ;
- la nécessité de l'attribution de l'AEEH ou de la PCH quand de la psychomotricité s'avère nécessaire.

En cas de nécessité d'orientation en ESMS, cette question doit être travaillée entre 12 et 18 mois en amont, afin de tenir compte des délais de traitement des dossiers en MDPSH (9 mois) et des problèmes de places.

L'orientation vers la pédopsychiatrie, quand cet accompagnement est nécessaire est problématique du fait du manque de moyens dans le département.

**Au CMPP**, le nombre d'enfants sortis en 2014 est de 70.

Les éléments permettant de détailler les fins d'accompagnement sont encore parcellaires, les informations n'étant pas jusqu'à maintenant recueillies de façon systématique. Un travail en ce sens est en cours.

La question de la définition et de la détermination des critères d'accompagnement est encore en travail dans la structure avec la mise en parallèle de la temporalité de la clinique et la temporalité administrative et financière.

Ainsi, l'arrêt d'un accompagnement peut être décidé en équipe pluridisciplinaire, mais on peut également observer un délitement progressif de l'accompagnement de la part de l'enfant ou de sa famille, pas toujours identifié, au moins jusqu'à peu).

Une orientation vers une autre structure médicosociale concerne environ 10 % des fins de prises en charge.

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

En dehors de celles à l'initiative de la famille, les fins de prise en charge sont de fait de décisions collégiales.

En cas d'arrêt, celui-ci est mis en place de façon progressive. Quelquefois, il s'agit d'une suspension.

Quand la sortie se fait vers un établissement ou service médicosocial, un « tuilage » est mis en place. Un relais est fait avec le psychiatre de la structure et une présentation de l'enfant est souvent effectuée.

Les fins de prises en charge se décident :

- en fonction de la demande des parents / de la famille,
- quand une amélioration clinique suffisante est observée permettant de suspendre ou d'arrêter l'accompagnement,
- quand une orientation vers un ESMS (en lien avec la famille) est envisagée et devient effective.

## > Les partenariats

### **Avec le secteur médical :**

#### **Pour le CAMSP :**

Une convention formalise les partenariats avec le CHIVA (maternité et pédiatrie). Cependant, il est clair que le développement de ces collaborations dépend également de l'implication des personnes et des moyens disponibles. Une neuropédiatre de l'hôpital intervient sur le CAMSP « quand elle peut ».

Les liens avec la PMI sont très étroits avec des réunions régulières sur des situations particulières. Le maintien d'un bilan en moyenne section de maternelle est une bonne chose pour le repérage des situations à suivre.

Avec les médecins libéraux, le constat est que les relations avec les pédiatres sont bonnes et régulières. Avec les médecins généralistes, elles sont variables : une information est systématiquement adressée au médecin traitant de l'enfant, mais les contacts sont ensuite très variables.

Au niveau des orthophonistes, le problème est principalement marqué par la pénurie. Ils consacrent une grande part de leur activité au suivi des adultes et personnes âgées si bien que certains refusent des enfants et pour d'autres il peut y avoir des délais d'attente très longs (9 mois). La mise en place d'une association départementale des orthophonistes devrait permettre de disposer d'un lieu où cette problématique pourrait être abordée. Côté psychologues, un réseau existe et il y a la possibilité d'orienter des enfants ou leur famille vers des psychologues cliniciens.

Avec les CMP, les liens sont peu développés du fait du manque de moyens en pédopsychiatrie. Ils sont un peu plus importants à Pamiers, le CMP et le CAMSP partageant les mêmes locaux. Avec Saint Girons, les contacts ne sont que téléphoniques sur des situations particulières. Le manque de moyens au niveau du CMP fait que la PMI de Saint Girons adresse les enfants à Foix avant retour sur le CMP.

#### **Pour le CMPP :**

Il n'y a pas de partenariats avec la maternité. Avec la pédiatrie, les partenariats sont développés autour des hospitalisations des adolescents en pédiatrie et la nécessité de mettre en place des articulations entre les temps de prise en charge à l'hôpital et les temps d'accompagnement au CMPP.

Avec la PMI, les relations sont en développement, notamment en lien avec le rajeunissement de la population accueillie.

Les contacts avec les médecins libéraux se font surtout dans l'urgence face à une situation difficile à gérer. Le lien avec les médecins traitants est perçu comme devant être développé.

Pour les autres professionnels libéraux, les contacts sont variés : l'absence de possibilités de prise en charge conjointe par l'Assurance maladie fait qu'il n'y a pas ou peu de contacts avec des orthophonistes libéraux. Avec les psychologues, cela dépend principalement du souhait des parents ou d'une orientation par les psychologues vers le CMPP face à des situations qui apparaissent trop complexes.

Les relations avec le CMP sont quasi inexistantes, en lien notamment avec le manque de personnel médical à leur niveau. Le CMPP souhaiterait pouvoir conventionner avec le CHAC pour assurer une meilleure collaboration / coordination avec la pédopsychiatrie sur le département.

**Pour le CMP :**

Une pédopsychiatrie de liaison est mise en place avec la maternité et la pédiatrie au CH de Foix. Par contre, il n'y a pas de suivi à domicile organisé avec la psychiatrie.

Avec la PMI, des réunions régulières ont lieu. En Ariège, il existe un service unique enfance famille couvrant PMI et ASE. Les contacts sont qualifiés de très bons avec une bonne orientation et une prise en charge rapide des enfants. Les demandes émanant de ce partenaire sont souvent jugées prioritaires car correspondant le plus souvent à des situations complexes.

Les contacts avec les médecins libéraux sont plus limités mais en progression. Ils orientent peu vers le CMP. Les problèmes de troubles de l'humeur et de risque suicidaire sont le plus souvent adressés aux urgences. Si la famille ne souhaite pas que le médecin traitant soit informé, aucun lien n'est fait.

Pour les autres professionnels libéraux, les contacts sont variés : les psychologues libéraux sont perçus comme de plus en plus nombreux et de moins en moins connus par les CMP. Ils n'adressent les enfants que quand les situations deviennent trop complexes pour eux, avec risque de passage à l'acte. Pour les orthophonistes, la problématique est double : le manque global d'orthophoniste, le manque de temps pour présenter les enfants et faire le point régulièrement et de façon satisfaisante avec ces professionnels.

***Avec le médicosocial :***

**Pour le CAMSP :**

Avec le CMPP, les difficultés sont liées principalement au délai d'attente pour que les enfants puissent être vus et accompagnés. Si l'enfant est déjà accompagné par le CAMSP, il faut anticiper le relais d'un an environ. Le problème est plus aigu quand un enfant est vu au CAMSP, n'en relève pas, et doit être orienté vers le CMPP : se pose alors la question de la continuité des soins et des parcours.

Avec les autres ESMS (IME et SESSAD principalement), la problématique est liée au fait qu'ils n'admettent pas d'enfant avant 6 ans et que les délais d'admission sont très longs.

**Pour le CMPP :**

Avec le CAMSP (opéré par la même association), se pose la question de la continuité des soins. Cela est vrai entre le CAMSP et la totalité des structures mais plus particulièrement avec le CMPP du fait des délais d'attente très longs. Il apparaît nécessaire de pouvoir travailler sur l'adaptation des prises en charge et l'articulation entre les différentes structures.

Les liens avec les autres structures médicosociales sont développés lorsque des orientations / admissions dans ces structures sont mises en œuvre.

**Pour le CMP :**

Avec le CAMSP, les partenariats sont mis en place quand des pathologies somatiques sont identifiées. Se pose également la question des distances pour certaines familles.

Avec le CMPP, il y a un partage de territoire (cf supra). Les contacts avec le médecin du CMPP sont qualifiés de réguliers. Des protocoles de prise en charge conjointe sont mis en place quand l'enfant relève des deux territoires (lieu de vie sur l'un et lieu de scolarisation sur l'autre).

Les interventions dans les autres ESMS (IME, ITEP, SESSAD) se font au coup par coup.

***Avec la MDPH :***

**Pour le CAMSP :**

Les contacts sont très réguliers. La limite se situe au niveau du délai de traitement des dossiers et à l'absence d'équipe dédiée aux enfants.

**Pour le CMPP et le CMP :**

Les contacts se font principalement au travers de la commission des situations critiques.

***Avec l'Éducation Nationale :***

**Pour le CAMSP :**

Les contacts avec le médecin scolaire sont très limités : pas d'examen médical avant 6 ans, un seul médecin sur le département.

Le lien avec les enseignants en milieu ordinaire se fait par les enseignants du CAMSP. Cependant, ceci est en perte de vitesse, l'IEN ASH demandant à ce que le travail en présentiel auprès des enfants soit privilégié. L'ouverture d'une classe autiste est programmée pour la rentrée 2016.

**Pour le CMPP :**

Il apparaît souhaitable de pouvoir repenser le cadre des interventions respectives de la santé scolaire et du CMPP. Une régulation progressive doit être mise en place sur les modalités d'adressage au CMPP et sur les modalités de suivi.

Avec les enseignants, une attention particulière est portée aux partenariats avec eux. Ces liaisons sont effectuées par les enseignants spécialisés détachés au CMPP. Cet élément différencie le CMP et le CMPP.

La question du maintien des moyens en enseignants au CMPP est régulièrement posée. Ce maintien apparaît nécessaire pour le lien avec le pédagogique à l'école.

**Pour le CMP :**

Des réunions trimestrielles étaient organisées régulièrement mais elles ont dû être suspendues du fait du manque de pédopsychiatres. Cependant, les contacts entre professionnels sont réguliers, notamment par les infirmiers.

Les problématiques principales sont liées aux enfants déscolarisés du fait de troubles du comportement ou de pathologies psychiatriques.

## > La place des familles

**Au CAMSP**, une enquête de satisfaction existe mais peu de retours sont enregistrés. Il y a peu de retours sur les insatisfactions. La problématique qui revient le plus, concerne la difficulté à mettre en place des prises en charge conjointes associant CAMSP et libéraux.

**Au CMPP**, aucune particularité sur ce point n'est mise en avant, en dehors de l'implication des parents dans le suivi des enfants : présentation au projet de manière à s'assurer d'une bonne adhésion de ceux-ci.

**Au CMP**, peu d'éléments sont apportés, à part une satisfaction globale exprimée par les familles et une attention portée à s'adapter le plus possible aux situations familiales, celles-ci impactant le suivi de l'enfant.

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

**Le CAMSP** apparaît actuellement comme la seule structure proposant bilan et accompagnement pluridisciplinaires aux tous petits : les IME et SESSAD ne prennent pas d'enfants avant 6 ans, le CMPP et les CMP ont des délais d'attente très importants.

Les manques actuels portent sur le manque de temps d'éducateurs pour les accompagnements à domicile. Est également marqué le manque d'ergothérapeute pour les enfants IMC. Il manque des structures spécifiques (SESSAD dédiés) pour leur proposer un accompagnement adapté après le CAMSP. Il y a aussi un manque de moyens en psychomotriciens et en orthophonistes pour répondre aux besoins de la population en s'approchant des recommandations des bonnes pratiques.

Les besoins émergents portent sur le développement du travail avec les parents (toutes pathologies confondues).

Les orientations et perspectives sont de quatre ordres :

- un recentrage vers les tous petits et trouver la possibilité d'orienter les enfants vers des structures adaptées à partir de 4 ans,
- l'accès aux autres ESMS avant 6 ans,
- l'organisation du travail en continuité entre les différentes structures : de ce fait se pose la question du pilotage des politiques médicosociales par l'ARS et la nécessité de disposer d'une ligne de conduite claire et stable.

La spécificité actuelle du **CMPP** repose sur le pédagogique et sa capacité à faire le lien avec les enseignants en milieu ordinaire, grâce aux enseignants spécialisés qui y sont détachés.

Le CMPP dispose d'une capacité de prise en charge d'une population très large, mais en étant sans doute moins pointue sur des pathologies et des soins spécifiques.

Les difficultés de travail pouvant limiter les actions sont principalement liées aux problèmes d'articulation entre les différents acteurs qui disposent le plus souvent de peu de ressources (voire de ressources inexistantes).

La question émergente principale est celle de la déscolarisation de certains adolescents au collège.

**Pour le CMP**, il manque actuellement une hospitalisation de jour pour adolescents. Le projet a été approuvé mais ne peut se mettre en place actuellement, le CHAC étant en procédure de retour à l'équilibre. Le manque de médecins limite aussi ce projet.

Il faudrait également développer l'intervention précoce en maternité et le suivi en périnatalité.

Au niveau des besoins émergents, le premier constat est la croissance du nombre de demandes et les difficultés à les satisfaire. Les moyens sont limités pour assurer un suivi adapté. Une autre problématique est en lien avec les différents centres de référence qui aboutissent à des diagnostics sans prise en charge à leur niveau et du manque de moyens pour assurer les suivis proposés.

Les orientations et perspectives sont de quatre ordres :

- la mise en place effective de l'hospitalisation de jour pour adolescents,
- le développement d'une équipe en périnatalité,
- la mise en place de la maison des adolescents,
- la mise en place d'une équipe mobile pour le médicosocial (avec des moyens de visioconférence).

## 5. SYNTHÈSE ET ÉLÉMENTS D'ANALYSE

### > L'accès aux différents dispositifs

Le constat est fait de façon assez unanime, tant au niveau des différentes structures que des institutions rencontrées (ARS, Conseil Départemental, Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap) d'une difficulté d'accès à chacun des dispositifs étudiés ici.

Le CAMSP est qualifié de « saturé » avec des délais d'attente de près de 3 mois. De plus, il n'assure plus la mise en place d'un accompagnement à son niveau pour les enfants qui lui sont adressés à 4 ou 5 ans (les enfants vus à un âge plus jeune continuent à être suivis jusqu'à 6 ans). Ainsi, comme l'ont souligné certains de nos interlocuteurs, il y a une réelle problématique pour les familles qui n'ont pas su ou pu faire la démarche d'aller consulter auprès du CAMSP suffisamment tôt : ces enfants de 4 ou 5 ans sont alors trop « vieux » pour être accompagnés par le CAMSP et pas assez « vieux » pour être pris en charge par le CMP ou le CMPP. À travers cela se pose aussi la question des capacités de repérage des situations qui nécessiteraient une prise en charge par le CAMSP et d'accompagnement des familles, pour les amener à faire la démarche de consulter au CAMSP.

Ces difficultés d'accès aux dispositifs pour les plus petits se retrouvent pour les enfants plus âgés au niveau du CMPP et des CMP : les délais d'attente peuvent être particulièrement longs – de plusieurs mois – avant une première consultation médicale dans l'une ou l'autre de ces structures, un peu plus courts quand la consultation a lieu avec un autre professionnel, mais que sur les CMP (et donc que sur une partie du territoire Ariégeois du fait de la répartition territoriale des secteurs d'intervention du CMPP et des CMP actuellement en vigueur). Les difficultés d'accès aux dispositifs sont actuellement accrues auprès des CMP du fait d'un déficit chronique de praticiens au niveau du pôle de psychiatrie infanto juvénile du Centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC) dont relèvent les CMP Ariégeois.

En termes de couverture territoriale, il n'apparaît pas vraiment de zones peu couvertes. La question se pose cependant de la répartition territoriale actuelle entre zone couverte par le CMPP (bassin de santé de Foix) et zones couvertes par les CMP du CHAC (bassins de santé de Lavelanet, Pamiers et Saint-Girons). Est-ce que l'offre d'accompagnement proposée aux enfants de ces territoires et à leurs familles est équivalente du fait de la spécificité du CMPP et des CMP ?

L'accès aux dispositifs peut aussi être vu pour des populations spécifiques : les différents interlocuteurs ont mis en avant l'existence de populations en Ariège pour lesquelles l'accès aux soins est difficile, du fait de leur situation de précarité sociale : le secteur de Lavelanet est ainsi mis en avant avec des populations précarisées, soit présentes depuis longtemps, soit arrivées plus récemment sur ce territoire du fait d'un immobilier très accessible financièrement, mais dans une situation d'isolement social ; le secteur de Pamiers apparaît également touché par ce phénomène de familles précaires installées récemment.

## > Retards au repérage

De façon globale, l'ensemble des personnes rencontrées, tant au niveau des dispositifs étudiés qu'au niveau institutionnel s'accordent pour dire que les retards au repérage et à la prise en charge sont aujourd'hui beaucoup moins marqués. Cependant, certains retards persistent. Leurs origines peuvent être multiples.

- Les familles en situation de précarité sociale et économique déjà signalées se caractérisent par une difficulté à aller consulter pouvant entraîner des retards de repérage. Ces difficultés peuvent être accentuées par les effets de désertification médicale, une partie de ces familles pouvant être installées dans des secteurs où la densité médicale est faible comme celui de Lavelanet. L'isolement social avec le peu de liens avec des familles ayant des enfants du même âge ou avec les grands-parents limitent également les capacités de ces familles à identifier l'existence d'un problème, du fait du peu de références qu'elles ont du développement « normal » d'un enfant.
- Les différents interlocuteurs mettent également en avant les attitudes de « déni » des familles pouvant également expliquer les retards au repérage. Ces attitudes ne sont pas l'apanage des seules familles en situation de précarité et peuvent toucher l'ensemble des familles. Il s'agit de la difficulté pour ces familles à accepter que leur enfant présente des difficultés et que celles-ci ne vont pas s'amender dans le temps, notamment avec l'entrée à l'école. La démarche d'aller consulter auprès du CAMSP, du CMP ou du CMPP n'est pas évidente pour ces familles. Ces structures véhiculent pour elles des représentations en lien avec le handicap ou les troubles psychiques auxquelles ces familles ne sont pas toujours en capacité à faire face. À l'opposé, il est parfois nécessaire de temporiser avec certaines familles dont les inquiétudes ne sont pas en proportion avec la situation réelle des enfants.
- Au-delà de l'accès aux professionnels de santé rendu difficile dans des zones de désertification médicale et pouvant entraîner des retards au repérage, l'attitude de certains d'entre eux est mise en avant : dans certains cas, ils sont perçus comme contribuant au retard de repérage, en confortant l'attentisme des parents et l'espoir d'une amélioration des troubles avec l'avancée en âge et la scolarisation.
- Si une nette amélioration des capacités de repérage par l'Éducation nationale des situations nécessitant une évaluation et une prise en charge est notée, des problèmes sont cependant relevés par nos interlocuteurs. Il y a ainsi une grande disparité d'un endroit à un autre, voire entre professionnels, au sein de la même école ou du même établissement. Si certains ont développé de bonnes capacités d'identification des problèmes nécessitant une orientation vers un des dispositifs étudiés, d'autres ont tendance à « sur » signaler des enfants ou, au contraire, à « sous » signaler les difficultés des élèves. La connaissance des enseignants et des professionnels de l'Éducation nationale par les professionnels de santé les amène à porter un crédit variable aux informations qui leur sont communiquées avec les risques qui en découlent. Un point particulier est noté autour des collégiens : le constat est fait de difficultés d'amener ces jeunes à sortir de leur repli sur soi et d'aller consulter auprès du CMPP ou du CMP du fait des troubles qu'ils présentent.

## > Transition et relais entre structures

De façon générale, les personnes rencontrées signalent des difficultés de transitions et de relais entre structures.

- Bien que gérée par la même association, la situation apparaît ainsi relativement complexe entre le CAMSP et le CMPP. Les orientations vers le CMPP à partir du CAMSP doivent être prévues environ un an à l'avance pour que celles-ci puissent être effectives dans de bonnes conditions. Si un enfant est vu au CAMSP, notamment pour les plus âgés, et qu'il s'avère qu'il nécessite une prise en charge par le CMPP, ceci ne peut pas être organisé dans des délais jugés comme raisonnables et une prise en charge associant des intervenants libéraux doit être mise en place pendant plusieurs mois avec les problèmes de coordination des professionnels entre eux, d'avance de frais et de reste à charge pour les familles. La question de la continuité des soins entre CAMSP et CMPP est ainsi posée. Les articulations et transitions du CAMSP avec les CMP et la pédopsychiatrie sont principalement impactées par le manque de personnel médical au niveau du CHAC.
- Les relations et transitions entre le CMPP et la pédopsychiatrie sont limitées par la répartition territoriale existant entre CMPP et CMP. Cependant, cette question existe quand il s'agit d'orienter un enfant ou un adolescent vers l'hôpital de jour ou un CATTP. Le fait que l'hospitalisation de jour en pédopsychiatrie au CHAC soit dédiée aux enfants fait qu'il y a un manque net, souligné par tous les interlocuteurs, d'un dispositif d'hospitalisation de jour pour adolescents. Notamment, dans le domaine des troubles du comportement des adolescents (et de façon plus large l'ensemble des troubles psychiques à cet âge) un décloisonnement entre les différentes structures et en particulier entre le sanitaire et le médicosocial est souhaité.
- Les transitions vers les autres établissements et services médicosociaux (SESSAD, IME et ITEP principalement) sont perçues comme difficiles par l'ensemble des acteurs. Les délais d'attente sont très longs (entre un et deux ans) et l'accès avant 6 ans à ces dispositifs n'est pas possible. Au-delà de la question du nombre de places, certains interlocuteurs mettent également en avant des problématiques d'organisation pour expliquer ces difficultés. Ainsi, d'autres points sont rapportés mettant en relief les difficultés de transitions vers ces ESMS : il est relevé que certains ESMS renverraient vers les familles les enfants considérés comme « trop difficiles » avec une prise en charge ambulatoire et une intégration scolaire en milieu ordinaire ; des places occupées par des enfants qui sont hors de l'établissement une partie importante du temps et qui pourraient être occupées pour des accueils séquentiels d'enfants ; des capacités d'accompagnement au sein des équipes qui seraient insuffisantes tant sur le plan quantitatif que qualitatif, pouvant mettre en difficultés les équipes face à certaines situations. L'ensemble de ces éléments se conjuguent pour accentuer les délais d'attente et rendre complexes les transitions entre les dispositifs étudiés et les autres ESMS.

## > Collaborations et partenariats

Malgré le nombre relativement limité d'interlocuteurs en Ariège autour de ces trois types de structures, CAMSP, CMP et CMPP, le constat d'une connaissance mutuelle insuffisante est noté et d'un manque de relations régulières. Du fait du manque de personnel médical au niveau des CMP, les contacts avec le CAMSP et le CMPP sont maintenant très rares, voire inexistants. Lorsque ceux-ci ont lieu de façon un peu plus développée, c'est en lien avec les opportunités qui se présentent plus que dans un cadre organisé : ainsi, les liens entre le CAMSP et le CMP à Pamiers sont plus développés du fait de l'utilisation de locaux communs.

Cependant, autour de situations difficiles ou complexes, des collaborations et des partenariats se mettent en place de manière pluridisciplinaire : professionnels de santé des différents dispositifs de prises en charge, référents à l'Éducation nationale ou à la MDPH, éducateurs et travailleurs sociaux du département (PMI et ASE)... Lors du travail autour des situations critiques, du temps est généralement consacré à d'autres situations, afin de prévenir une évolution défavorable vers une situation critique.

La plupart des interlocuteurs rencontrés, de même que les institutionnels, mettent en avant la nécessité de développer les contacts et les partenariats entre les différents acteurs, ceci pour pouvoir développer une offre de service adaptée aux besoins de la population et une bonne fluidité des parcours des enfants et adolescents avec troubles psychiques. Ceci est particulièrement vrai avec l'Éducation nationale : au niveau des écoles afin d'avoir un repérage adapté des enfants pouvant bénéficier de ces accompagnements, au niveau des collèges pour aboutir à une mobilisation des personnels en vue d'aider les jeunes à prendre conscience de leurs difficultés et les amener vers le soin.

## > Les perspectives

Le développement de nouvelles perspectives en Ariège se heurte fortement au manque de professionnels, particulièrement criant au niveau des médecins psychiatres ou pédopsychiatres mais existant aussi pour d'autres professions comme les orthophonistes ou les ergothérapeutes.

La nécessité de pouvoir développer une offre d'hospitalisation de jour en direction des adolescents est un élément souligné par de nombreux acteurs. De façon plus large, il s'agit de développer un dispositif en direction de cette population avec, notamment une équipe mobile et le démarrage d'une maison des adolescents, ainsi qu'une meilleure collaboration entre les acteurs.

L'intérêt des interventions à domicile des différentes structures que la plupart d'entre elles ont été amenées à abandonner faute de moyens est souligné. La reprise de ce travail pourrait sans doute permettre d'éviter la dégradation de certaines situations d'enfant et d'adolescents, notamment par son action facilitatrice dans l'accès aux soins.

Au-delà, un travail de mise en réseau des différents acteurs apparaît indispensable pour permettre à chacun d'agir à sa juste place et de favoriser une meilleure coordination de la prise en charge des enfants et des adolescents.

## 6. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1- Population.....	4
Tableau 2 - Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH .....	4
Tableau 3 - Taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH (pour 1 000 enfants) .....	4
Tableau 4 - Médecins - effectifs.....	5
Tableau 5 - Médecins - densité (pour 100 000 habitants).....	6
Tableau 6 - Autres professionnels – effectifs.....	6
Tableau 7 - Autres professionnels - densité (pour 100 000 habitants).....	7
Tableau 8 - Nombre de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » .....	8
Tableau 9 - Lieux de consultation et file active.....	9
Tableau 10 - Répartition par âge .....	11
Tableau 11 - Origine des interventions.....	13
Tableau 12 - Listes d'attente et délais .....	14