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'AVEYRON

Février 2016

Dr Bernard Ledésert – CREAI-ORS Languedoc-Roussillon
Dr Cécile Mari – ORS Midi-Pyrénées

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

Ancreai - Association nationale des CREAI
3-5, rue de Metz, 75010 Paris
Tél : 01 53 59 60 40

Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées
37 allée Jules Guesde, 31000 Toulouse
Tél : 05 61 53 11 46

CREAI-ORS Languedoc-Roussillon
135 allée Sacha Guitry, 34072 Montpellier cedex 3
Tél : 04 67 69 25 03

Table des matières

1. Contexte 1

2. Méthodologie 3

3. Éléments de cadrage 4

> Population 4
> Enfants bénéficiaires de l'AEEH 4
> Scolarisation des enfants en situation de handicap 5
> Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé 5
> Établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap 8
> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique 8
> Séjours hospitaliers en psychiatrie 9

4. Principaux résultats de l'enquête auprès des CAMSP, CMPP, CMP 10

> Lieux de consultation et file active 10
> Profils des enfants accueillis 13
> Les conditions d'accueil et de bilan 15
> Les modalités de prise en charge 18
> Les sorties et les relais 21
> Les partenariats 22
> La Place des familles 25
> Les territoires, l'accessibilité et la réponse aux besoins 26

5. Synthèse et éléments d'analyse 28

> L'accès aux différents dispositifs 28
> Retards au repérage 29
> Transition et relais entre structures 29
> Collaborations et partenariats 30
> Les perspectives 30

6. Liste des tableaux 32

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 accueillaient 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 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 études de la DREES[1] (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.

[1] 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 pédopsychiatrie), 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 étendu 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'Aveyron. 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, d'une synthèse régionale et des restitutions.

3. ÉLÉMENTS DE CADRAGE

> Population

Le département de l'Aveyron rassemble une population d'un peu plus de 276 200 habitants. Près de 60 000 aveyronnais sont âgés de moins de 21 ans (21,6% de la population).
Le territoire de l'Aveyron est divisé en six bassins de santé et une partie du territoire fait partie d'un autre bassin de santé commun avec le Lot, celui de Figeac. Le bassin le plus important, regroupant près des deux cinquièmes de la population et plus des deux cinquièmes de moins de 21 ans est celui de Rodez. En dehors de la partie du bassin de Figeac située en Aveyron, la population des autres bassins de santé varie entre 25 300 et 42 700 habitants et ces bassins regroupent, selon le cas, entre 8% et 15% des moins de 21 ans. Le bassin le moins peuplé est celui de Saint-Affrique.

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
DECAZEVILLE	2 014	1 527	1 266	1 264	6 071	29 807
ESPALION	1 544	1 238	931	895	4 608	26 533
MILLAU	3 047	2 414	1 914	1 845	9 220	42 665
RODEZ	8 406	6 195	4 945	5 973	25 519	108 407
SAINT-AFFRIQUE	1 659	1 269	1 057	1 300	5 285	25 324
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	2 411	1 924	1 510	1 586	7 431	35 328
FIGEAC*	543	439	360	315	1 657	8 165
TOTAL	**19 624**	**15 006**	**11 983**	**13 178**	**59 791**	**276 229**

* Communes du bassin de santé de Figeac situées dans le département de l'Aveyron
Source : INSEE RP 2012 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-ORS LR

> Enfants bénéficiaires de l'AEEH

749 enfants de moins de 21 ans perçoivent l'AEEH. Ils sont présents sur tous les territoires mais, proportionnellement moins nombreux sur celui de Saint-Affrique et plus nombreux sur celui de Decazeville. C'est dans les classes d'âge des 12-15 ans puis des 6-11 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
DECAZEVILLE	16	38	25	11	90
ESPALION	11	14	23	11	59
MILLAU	21	45	26	28	120
RODEZ	58	132	91	45	326
SAINT-AFFRIQUE	8	16	13	10	47
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	16	27	21	16	80
FIGEAC*	5	11	2	9	27
TOTAL	**135**	**283**	**201**	**130**	**749**

* Communes du bassin de santé de Figeac situées dans le département de l'Aveyron
Source : CAF - CCMSA 2013 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-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
DECAZEVILLE	9,2	21,0	19,7	8,7	14,8
ESPALION	8,4	9,5	24,7	12,3	12,8
MILLAU	8,0	15,8	13,6	15,2	13,0
RODEZ	8,1	17,8	18,4	7,5	12,8
SAINT-AFFRIQUE	5,6	10,6	12,3	7,7	8,9
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	7,8	11,9	13,9	10,1	10,8
FIGEAC*	10,5	21,9	5,6	28,6	16,3
TOTAL	**8,0**	**15,9**	**16,8**	**9,9**	**12,5**

* Communes du bassin de santé de Figeac situées dans le département de l'Aveyron
Source : CAF - CCMSA 2013 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-ORS LR

> Scolarisation des enfants en situation de handicap

Au cours de l'année scolaire 2014-2015, 741 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire en Aveyron : 509 dans le 1er degré (170 en CLIS et 339 en classe ordinaire) et 232 en 2nd degré (69 en ULIS et 163 en classe ordinaire). Cela représente 2,7 % des élèves du 1er degré et 1,8 % des élèves du 2nd degré.
16 élèves étaient en attente d'une affectation en CLIS (9 % de l'effectif des élèves en CLIS) et 4 en attente d'une affectation en ULIS (6 % de l'effectif des élèves en ULIS).

La répartition des élèves par type de troubles est :
- troubles cognitifs : .....25 %
- troubles psychiques : .....14 %
- troubles du langage : .....19 %
- troubles moteurs : .....7 %
- troubles sensoriels : .....5 %
- autres : .....30 %

252 élèves du 1er degré (soit 49,5 % des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire) bénéficient d'un accompagnement par un AVS-I et 65 élèves du 2nd degré (28,0 %). En moyenne, 12 heures d'AVS-I sont prescrites par élèves. 1,4 % des élèves en situation de handicap sont en attente d'une AVS-I en Aveyron.

> Offre de soins : médecins et autres professionnels de santé

Au total, on dénombre 45 médecins spécialistes en psychiatrie. Parmi eux, on relève que :
- 11 sont pédopsychiatres et quatre d'entre eux ont un exercice libéral ou mixte ;
- 2 sont neuropsychiatres dont un a un exercice libéral ou mixte ;
- les 32 autres sont psychiatres et la quasi-totalité d'entre eux sont des médecins salariés ;
- ces spécialistes sont concentrés principalement sur deux bassins de santé : Rodez et, dans une moindre mesure, Millau.

- 3 bassins de santé ne disposent d'aucun médecin spécialiste en psychiatrie : Decazeville, Espalion et Saint-Affrique ;
- la densité en médecins spécialistes en psychiatrie est inférieure à la moyenne Midi-Pyrénées et en fait est la plus basse, après le Tarn-et-Garonne, parmi les départements de ce territoire.

Tableau 4 - Médecins - effectifs

Bassin de santé	Neuropsychiatre			Pédopsychiatre			Psychiatre			Ensemble		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
DECAZEVILLE												
ESPALION												
MILLAU	1		1	2	3	5		2	2	3	5	8
RODEZ		1	1	2	4	6	1	25	26	3	30	33
SAINT-AFFRIQUE												
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE								2	2		2	2
FIGEAC*								1	1		1	1
Non déterminé							1		1	1		1
TOTAL	**1**	**1**	**2**	**4**	**7**	**11**	**2**	**30**	**32**	**7**	**38**	**45**

* Communes du bassin de santé de Figeac situées dans le département de l'Aveyron
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	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
DECAZEVILLE												
ESPALION												
MILLAU	2,3		2,3	4,7	7,0	11,7		4,7	4,7	7,0	11,7	18,8
RODEZ		0,9	0,9	1,8	3,7	5,5	0,9	23,1	24,0	2,8	27,7	30,4
SAINT-AFFRIQUE												
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE								5,7	5,7		5,7	5,7
FIGEAC*								12,2	12,2		12,2	12,2
TOTAL	**0,4**	**0,4**	**0,7**	**1,4**	**2,5**	**4,0**	**0,7**	**10,9**	**11,6**	**2,5**	**13,8**	**16,3**

* Communes du bassin de santé de Figeac situées dans le département de l'Aveyron
Source : RPPS 1er janvier 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-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 :

- 76 orthophonistes sont dénombrés, présents sur tous les bassins de santé mais avec des densités qui varient dans un rapport de 1 à 2,4 entre le bassin le moins doté (Decazeville) et le bassin le mieux doté (Millau). La densité des orthophonistes en Aveyron fait partie des plus basses parmi celles observées dans les différents départements de Midi-Pyrénées.

- Plus de 180 psychologues sont dénombrés, présents dans tous les bassins, mais surtout sur ceux de Rodez et Millau. Il s'agit surtout de professionnels salariés (80%). La densité des psychologues en Aveyron est la plus faible parmi les départements de Midi-Pyrénées.
- Les ergothérapeutes sont au nombre de 35 dans l'Aveyron. Ils sont présents surtout dans le bassin de Rodez. Aucun ergothérapeute n'est recensé sur les bassins de santé de Decazeville et Villefranche-de-Rouergue. Seuls deux ergothérapeutes exercent en libéral (à Espalion et à Rodez). La densité en ergothérapeutes dans l'Aveyron est légèrement supérieure à la densité moyenne en Midi-Pyrénées.
- Les psychomotriciens sont au nombre de 41 dont 6 qui ont un exercice libéral (ou mixte). Ils sont présents surtout sur les bassins de Rodez et Millau. Un seul psychomotricien exerce – en salarié – sur le bassin de Saint-Affrique et deux, salariés également, sur les bassins de Decazeville et Espalion. La densité en psychomotriciens en Aveyron est la plus basse, de celles observées dans les départements de Midi-Pyrénées.

Tableau 6 - Autres professionnels – effectifs

Bassin de santé	Orthophonistes			Psychologues			Ergothérapeutes			Psychomotriciens		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
DECAZEVILLE	4	1	5	1	8	9				0	2	2
ESPALION	5	1	6	1	9	10	1	6	7	0	2	2
MILLAU	13	4	17	7	30	37	0	3	3	0	10	10
RODEZ	24	7	31	20	85	105	1	22	23	4	18	22
SAINT-AFFRIQUE	4	1	5	1	6	7	0	2	2	0	1	1
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	7	1	8	5	6	11				2	1	3
FIGEAC*	3	1	4	1	2	3				0	1	1
TOTAL	**60**	**16**	**76**	**36**	**146**	**182**	**2**	**33**	**35**	**6**	**35**	**41**

* Communes du bassin de santé de Figeac situées dans le département de l'Aveyron
Source : Adeli 1er janvier 2015 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-ORS LR

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

Bassin de santé	Orthophonistes			Psychologues			Ergothérapeutes			Psychomotriciens		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
DECAZEVILLE	13,4	3,4	16,8	3,4	26,8	30,2	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	6,7
ESPALION	18,8	3,8	22,6	3,8	33,9	37,7	3,8	22,6	26,4	0,0	7,5	7,5
MILLAU	30,5	9,4	39,8	16,4	70,3	86,7	0,0	7,0	7,0	0,0	23,4	23,4
RODEZ	22,1	6,5	28,6	18,4	78,4	96,9	0,9	20,3	21,2	3,7	16,6	20,3
SAINT-AFFRIQUE	15,8	3,9	19,7	3,9	23,7	27,6	0,0	7,9	7,9	0,0	3,9	3,9
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	19,8	2,8	22,6	14,2	17,0	31,1	0,0	0,0	0,0	5,7	2,8	8,5
FIGEAC*	36,7	12,2	49,0	12,2	24,5	36,7	0,0	0,0	0,0	0,0	12,2	12,2
TOTAL	**21,7**	**5,8**	**27,5**	**13,0**	**52,9**	**65,9**	**0,7**	**11,9**	**12,7**	**2,2**	**12,7**	**14,8**

* Communes du bassin de santé de Figeac situées dans le département de l'Aveyron
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

9 établissements pour enfants handicapés sont implantés en Aveyron (5 IME, 2 ITEP, 1 IEM et 1 IES) pour un total de 556 places (298 en IME, 163 en ITEP, 43 en IEM et 52 en IES). Le taux d'équipement en établissements est de 9,65 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans.
9 SESSAD pour un total de 181 places sont implantés sur le département. Le taux d'équipement est de 3,14 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans.

> Morbidité : prévalence des personnes en ALD pour affection psychiatrique

Plus de 9 200 aveyronnais bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Parmi eux, 467 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 467 personnes de moins de 20 ans sont avant tout des troubles envahissants du développement et des retards mentaux. Les pathologies les plus fréquentes sont présentées ci-dessous :

- Troubles envahissants du développement (TED)[2] ..... 36,0 %
- Retard mental ..... 24,2 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 10,5 %
- Anomalies chromosomiques non classées ailleurs ..... 7,9 %
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ..... 6,9 %

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
DECAZEVILLE	1	18	21	16	56	897
ESPALION	2	3	7	10	22	537
MILLAU	1	4	1	3	9	196
RODEZ	7	15	19	21	62	1 225
SAINT-AFFRIQUE	16	34	63	47	160	3 349
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	1	10	6	18	35	480
FIGEAC*	3	8	21	29	61	885
DECAZEVILLE	1	11	24	26	62	1 645
TOTAL	**32**	**103**	**162**	**170**	**467**	**9 214**

* Communes du bassin de santé de Figeac situées dans le département de l'Aveyron
Source : CNAMTS – CCMSA - CNRSI 2013 – Exploitation : ORS MIP / CREAI-ORS LR

[2] 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.

> Séjours hospitaliers en psychiatrie

Au total, 540 séjours hospitaliers en psychiatrie ont été enregistrés en 2011 pour des enfants de moins de 16 ans domiciliés dans l'Aveyron, dont 133 avant 7 ans. À cela s'ajoutent 206 séjours pour des jeunes de 16 à 20 ans. Parmi ces 540 séjours, 148 correspondent à des hospitalisations à temps plein et 235 à des hospitalisations de jour. Les diagnostics principaux relevés le plus fréquemment sont :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels ..... 41,3 %
- Troubles du développement psychologique (hors TED) ..... 20,7 %
- Troubles envahissants du développement (TED) ..... 13,7 %
- Troubles névrotiques ..... 6,7 %

Sur la même période, 13 733 séances ambulatoires en psychiatrie ont été enregistrées pour des enfants de moins de 16 ans et 2 644 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 81 % des cas et dans 7 % des cas sous forme de séance de groupe. Les diagnostics principaux sont précisés pour 11 587 séances. Ceux retrouvés le plus fréquemment sont :

- Non précisé ..... 32,9 %
- Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ..... 26,9 %
- Troubles névrotiques ..... 14,8 %
- Troubles du développement psychologique (hors TED) ..... 14,4 %

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

> Lieux de consultation et file active

Le CAMSP de l'Aveyron est géré par l'ADAPEI Aveyron – Tarn & Garonne. Il est polyvalent et son territoire d'intervention couvre l'ensemble du département de l'Aveyron. Il est implanté à Rodez avec deux antennes situées à Millau et à Villefranche-de-Rouergue.

Le CMPP s'est développé sur le département de l'Aveyron à partir des années soixante-dix avec l'ouverture progressive d'antennes permettant de couvrir un territoire particulièrement vaste. Cela correspondait au souhait de pouvoir proposer un accompagnement de proximité aux usagers mais cela a un impact sur les professionnels en termes de déplacements et c'est une charge pour la structure (frais de locaux et de déplacements). Aujourd'hui, le CMPP est implanté à Rodez et dispose de 6 antennes : Espalion, Millau, Saint-Affrique, Réquista, Decazeville et Villefranche-de-Rouergue. Sur les sept sites, trois sont ouverts 5 j par semaine, trois sont ouverts entre 3 et 4 j par semaine et un est ouvert un jour par semaine.

Deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile couvrent le département de l'Aveyron. En Nord-Aveyron, les CMP sont rattachés à la pédopsychiatrie du centre hospitalier de Rodez. Une des particularités est que le CH de Rodez est le seul hôpital de France (en dehors de Robert Debré à Paris) qui propose un service de pédopsychiatrie sans psychiatrie adultes. À Rodez, la structure est divisée en un CMP enfants et un CMP adolescents. Des antennes sont également installées à Villefranche-de-Rouergue et à Espalion. En Sud-Aveyron, le CMP est rattaché à la pédopsychiatrie du centre hospitalier de Millau. Une antenne est également installée à Saint-Affrique. Le CMP de Millau couvre tout le Sud-Aveyron ainsi qu'une partie de la Lozère. Cependant, la population de Requista va plutôt consulter sur Albi.

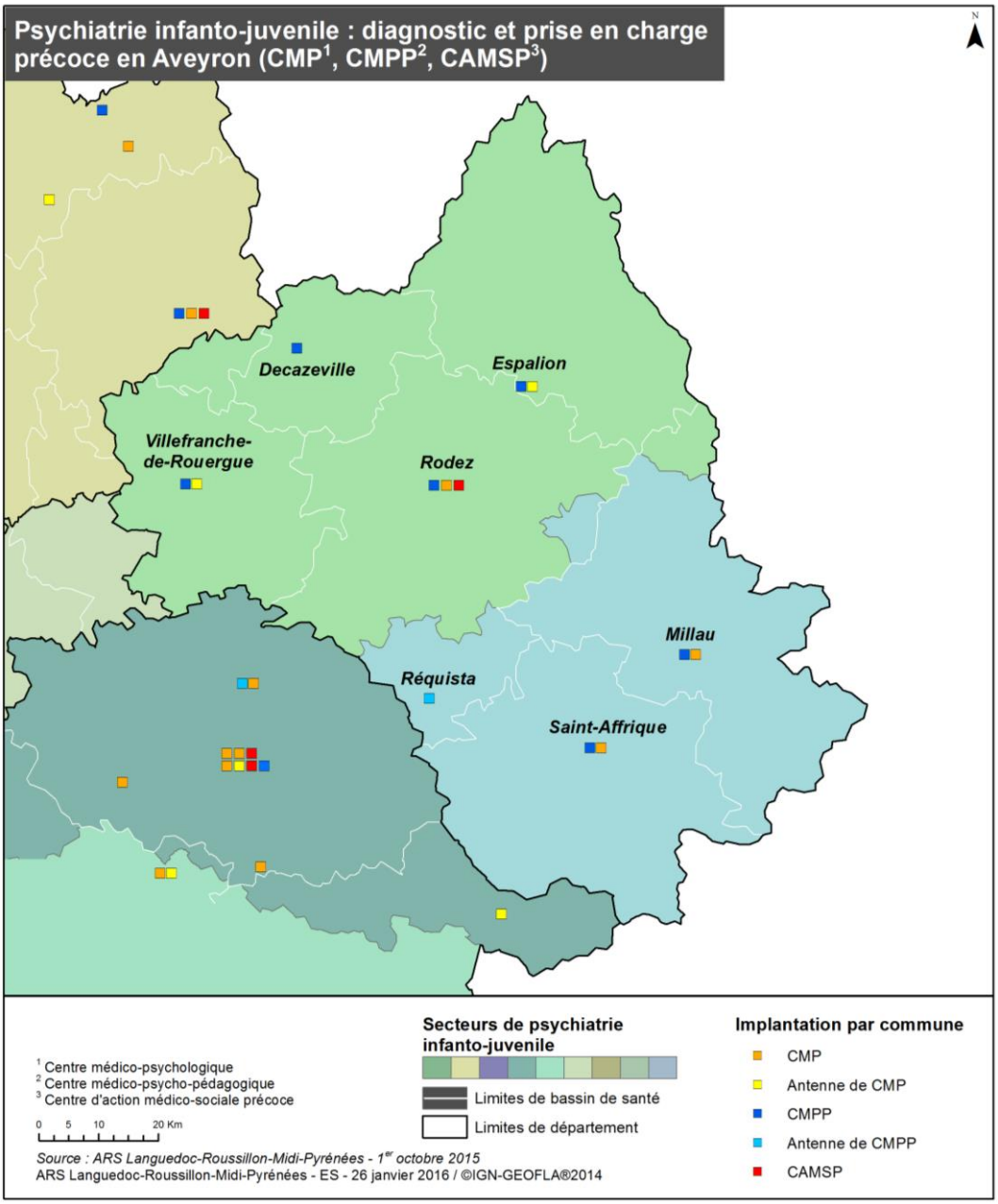
Tableau 9 - Lieux de consultation et file active

	Nombre de structures et de lieux de consultation	Bassin avec lieux de consultation	File Active 2014
CAMSP	1 CAMSP à Rodez ouvert 208 jours par an et 5j / sem de 8h à 18h30 et deux antennes (Millau et Villefranche-de-Rouergue) ouvertes 1 j / semaine	- Rodez : CAMSP à Rodez - Millau : 1 antenne - Villefranche-de-Rouergue : 1 antenne	397 enfants sur les trois sites
CMPP	1 CMPP ouvert 200 jours par an ouvert 5j / sem pendant 8h30 par jour entre 8h30 et 18h et six antennes (Decazeville, Espalion, Millau, Requista, Saint-Affrique et Villefranche-de-Rouergue) ouvertes entre 1 et 5 jours par semaine	- Rodez : CMPP à Rodez et antenne à Requista - Decazeville : 1 antenne - Espalion : 1 antenne - Millau : 1 antenne - Saint-Affrique : 1 antenne - Villefranche-de-Rouergue : 1 antenne	- Rodez : CMPP de Rodez 536 et antenne de Requista 86 - Decazeville : 322 - Espalion : 225 - Millau : 234 - Saint-Affrique : 148 - Villef.-de-Rouergue : 240 Total : 1 791

	Nombre de structures et de lieux de consultation	Bassin avec lieux de consultation	File Active 2014
CMP	- 1 CMP à Rodez ouvert 227 j par an, 6 j / semaine de 9h à 13h30 avec une antenne à Villefranche-de-Rouergue ouverte 3 j / semaine de 9h à 13h30 et une antenne à Espalion ouverte 2 j / semaine de 9h à 13h30 - 1 CMP à Millau ouvert 235 jours par an, 5 j / semaine de 8h45 à 17h45 avec 1 antenne à Saint-Affrique ouverte 3 j/ semaine	- Rodez : 1 CMP avec une section enfants et une section adolescents - Villefranche-de-Rouergue : antenne du CMP de Rodez à Villefranche-de-Rouergue - Espalion : antenne du CMP de Rodez à Espalion - Millau : 1 CMP - Saint-Affrique : une antenne du CMP de Millau	- Rodez : 1 150 (564 enfants & 586 adolescents) - Villefranche-de-Rouergue : 146 - Espalion : 48 - Millau et Saint-Affrique : 672 Total : 2 016

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

Au total, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs totalisent 4 204 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 70,3 suivis pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, le plus élevé des huit départements de Midi-Pyrénées.


Psychiatrie infanto-juvenile : diagnostic et prise en charge précoce en Aveyron (CMP[1], CMPP[2], CAMSP[3])
N
Decazeville
Espalion
Villefranche-de-Rouergue
Rodez
Millau
Réquista
Saint-Affrique
[1] Centre médico-psychologique
[2] Centre médico-psycho-pédagogique
[3] Centre d'action médico-sociale précoce
0 5 10 20 Km
Secteurs de psychiatrie infanto-juvenile
Limites de bassin de santé
Limites de département
Implantation par commune
CMP
Antenne de CMP
CMPP
Antenne de CMPP
CAMSP
Source : ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées - 1er octobre 2015
ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées - ES - 26 janvier 2016 / ©IGN-GEOFLA®2014

> Profils des enfants accueillis

Tableau 10 - Répartition par âge

	Age des enfants accueillis en 2014
CAMSP	Moins de 2 ans : 9,9 % 2 - 3 ans : 36,8 % 4 - 6 ans : 53,3 %
CMPP	0 - 6 ans : 14,3 % 7 - 11 ans : 58,4 % 12 - 15 ans 20,0 % 16 - 18 ans : 3,6 % Plus de 18 ans : 0,3 %
CMP	Non disponible

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

Le CAMSP de Rodez prend en charge des enfants jusqu'à 6 ans.
Les éléments principaux concernant les enfants accueillis sont :

- le suivi des enfants grands prématurés ou ayant présenté une pathologie pendant la période périnatale. Cet accompagnement s'inscrit notamment dans le cadre du réseau P'titMIP, réseau d'aval de la périnatalité. Pour ces enfants, des prises en charge en kinésithérapie et en psychomotricité peuvent être proposées,
- les enfants qui viennent pour retard de langage ou dont les parents s'inquiètent à ce niveau,
- les enfants présentant des « troubles du comportement » à type de troubles du sommeil, cris, violence auto ou hétéro infligée. Ces troubles peuvent être signalés par la famille ou par la crèche ou l'école.

Des retards au repérage et au dépistage sont relevés notamment dans le domaine du langage : des enfants sont vus en 1ère consultation à 3 ans ou 3 ans ½ avec souvent des retards importants qui n'ont pas ou peu été pris en compte par la famille ou les professionnels. Un des éléments qui pourraient expliquer ce retard tient au positionnement du CAMSP ou plus précisément au type de structure porteuse : l'ADAPEI est perçue comme une structure intervenant dans le champ du handicap. De ce fait, l'orientation des enfants vers le CAMSP serait perçue comme une entrée dans une « filière handicap ».
Au niveau territorial, les différences qui sont relevées sont en lien avec les facteurs socio- économiques plus prégnants à Millau ou à Villefranche-de-Rouergue qu'à Rodez.
La précocité de l'intervention du CAMSP apparaît particulièrement pertinente dans le domaine des troubles du langage.

Le CMPP accueille des enfants et des adolescents quel que soit leur âge. Il est ciblé principalement sur les troubles des apprentissages. Ces troubles peuvent être associés à des troubles du comportement et à des troubles anxieux. En cas de troubles de l'humeur ou de la personnalité, les enfants et adolescents sont réorientés vers la pédopsychiatrie avec des réunions passerelles (CAMSP, CMP, CMPP). Ce dispositif permet de présenter les enfants en amont des transferts. Elles sont programmées à partir du début du mois de mars pour préparer la rentrée scolaire de septembre suivante.

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

- les délais pour assurer la transition entre CAMSP – CMP et CMPP. Pendant ces délais d'attente, il se peut qu'aucune prise en charge ne soit proposée. Une réflexion est en cours sur la mise en place de circuits courts / circuits longs différenciés selon les besoins,
- la problématique des enfants ayant des pathologies psychiatriques et suivis en famille d'accueil (l'offre dans ce domaine étant importante en Aveyron).

Des prises en charge tardives sont identifiées sur le secteur de Decazeville. Sur ce secteur, le CMPP est le seul acteur à intervenir (pas d'antenne du CAMSP ni du CMP) alors que l'environnement socio-économique est complexe. À partir du CMPP, un projet est en cours pour proposer une consultation bas-âge qui offrirait les services habituellement dévolus au CAMSP et au CMP. Une prévalence plus importante de problèmes neurodéveloppementaux est évoquée pouvant être en lien avec des syndromes d'alcoolisation fœtale ou des déficiences intellectuelles des parents.

Sinon, le tissu actuel permet de bien couvrir les besoins de dépistage / repérage, notamment avec le CDDS, l'IEM… Le réseau P'titMip permet de structurer les prises en charge et le suivi pour les nouveau-nés vulnérables. De même, l'antenne du CRA (CEA) vient compléter le dispositif ainsi que le centre de compétences sur les troubles des apprentissages monté en partenariat entre la pédiatrie, la pédopsychiatrie et le CMPP.

La précocité d'intervention du CMPP est souhaitable dans les domaines où les besoins en psychomotricité sont avérés avec des équipes formées à la détection des premiers signes de troubles dans l'acquisition des coordinations. Ces interventions combinées avec un accompagnement des familles permettraient d'éviter le développement de dyspraxies.

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 sont plutôt vus à partir de 3 ans. Il s'agit alors de problèmes de pédopsychiatrie générale : comportements, anxiété, troubles de l'attention qui peuvent être à l'origine des troubles des apprentissages ;
  - les TED et de façon plus spécifique sur le CMP de Millau, une augmentation des enfants vus pour troubles du développement de façon précoce (0-3 ans). En hôpital de jour, la majorité des enfants suivis ont entre 2 et 4 ans. Ces troubles neurodéveloppementaux repérés alors peuvent évoluer vers un autisme ou bien s'amender. Il faut noter la croissance du nombre de troubles du comportement autistique sans doute liés à un meilleur repérage et suivi de ces enfants. Les pathologies « simples » des enfants sont sans doute l'objet de plus de suivi par les professionnels libéraux, les cas plus complexes ou plus sévères étant adressés au CMP ;
  - se posent également les problèmes d'agitation ou d'inhibition, d'acquisition de la propreté ;
  - les différents problèmes sont souvent relevés de manière associés chez les enfants.
- pour les 6-11 ans
  - une part importante des enfants sont adressés pour des troubles des apprentissages, de l'adaptation sociale ou scolaire.

- pour les plus de 11 ans
  - les problématiques sont souvent également de type pédopsychiatrie générale avec une part importante de troubles du comportement et la particularité des troubles aigus de l'adolescence,
  - à noter également la question des adolescents à difficultés multiples et celles liées à leur difficulté à aller vers un lieu de soin. La présence d'une équipe mobile à Millau pouvant aller vers les ados est un plus.

Les situations qui sont identifiées témoignant d'un retard au dépistage ou au repérage concernent le langage ou la psychomotricité : plusieurs situations ont été adressées au CMP suite à un redoublement du CP ou face à des difficultés scolaires majeures, sans qu'un bilan orthophonique ait été réalisé. En dehors de ces situations, le constat est que le réseau est structuré entre les différents intervenants, ce qui permet une bonne homogénéité d'action et des bonnes possibilités d'identification des situations. Le dispositif est réactif malgré les lourdeurs administratives.

Quand des retards de repérage sont relevés, il s'agit surtout de négligence (des familles ou des professionnels qui estiment que la symptomatologie va s'améliorer) ou bien d'enfants venant de l'extérieur et pour lesquels le diagnostic n'a pas été posé. Est noté également l'impact des situations de précarité sociale et, chez cette population, une certaine crainte de la « consultation » et un accès limité aux dispositifs classiques de diagnostic et de suivi. Cette exclusion sociale est perçue comme en augmentation par le CMP de Millau.

Les spécificités territoriales relevées par le CMP de Rodez concernent les bassins de Decazeville et de Villefranche-de-Rouergue où les situations sociales retardent le repérage. Une moindre réactivité du dispositif est relevée sur ce secteur, notamment à Decazeville où seul le CMPP est présent. Celles relevées par le CMP de Millau sont deux éléments territoriaux qui concernent plus particulièrement les adolescents : la présence sur le territoire d'un lycée professionnel agricole recrutant des élèves sur toute la France (notamment pour la filière équine) ; une offre en familles d'accueil et lieux de vie particulièrement importante avec des adolescents venant de toute la France (et également d'Allemagne).

La précocité d'intervention du CMP, aussi bien à Rodez qu'à Millau apparaît particulièrement souhaitable pour les TED, les retards / difficultés de développement (notamment neurodéveloppementaux) et dans les troubles carentiels (affectifs). Dans le domaine des TED, l'évaluation pluridisciplinaire est indispensable permettant de mettre en place (ou d'orienter vers) des prises en charge adaptées. La capacité de faire en association des bilans sensoriels est importante.

> Les conditions d'accueil et de bilan

Tableau 11 - Origine des interventions

2014	Médical	Educatif	Social	Médico-social	Direct	Autre
CAMSP	62 %	26 %	0 %		7 %	5 %
CMPP	11 %	50 %	4 %	5 %	22 %	8 %
CMP		25 à 50 %			25 %	0 %

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

Tableau 12 - Listes d'attente et délais

	Liste d'attente	Délais d'attente
CAMSP	Oui : 13 enfants au 31/12/2014	46 jours au 31/12/2014
CMPP	Oui : fin janvier, 762 enfants étaient en liste d'attente pour 827 enfants suivis	- avec un psychiatre : entre 1 et 2 mois - avec un autre professionnel : entre 15 j et plus de 2 mois - pas de réponse aux demandes urgentes ou non programmées
CMP	Oui : - à Rodez, évaluée au moment de l'entretien à environ 50 pour le CMP enfants et 40 pour le CMP adolescents - non quantifiée aussi à Millau	à Rodez - en situation normale avec un médecin : entre un et deux mois - en situation d'urgence avec un médecin : dans les 24h - en situation normale avec un autre professionnel : plus de deux mois - en situation d'urgence avec un autre professionnel : dans les 48 heures à Millau : - en situation normale avec un médecin : entre un et deux mois - en situation d'urgence avec un médecin : moins de 7 jours - en situation normale avec un autre professionnel : entre 15 jours et 1 mois - en situation d'urgence avec un autre professionnel : moins de 7 jours

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

Au CAMSP, la prise de rendez-vous est faite par la famille à la suite d'un repérage des difficultés qui est fait essentiellement en PMI, par les médecins libéraux ou hospitaliers ou à l'école.
Le délai pour obtenir un rendez-vous est d'un mois et demi (46 jours fin 2014). Le délai entre le 1er rendez-vous et la première intervention est d'un peu moins de deux mois (57 jours fin 2014).
Le premier rendez-vous a lieu le plus souvent avec le médecin pédiatre sauf quand, lors de la prise de rendez-vous, il est constaté que la demande porte sur des troubles comportementaux ou relationnels. Dans ce cas, le rendez-vous est pris avec le pédopsychiatre. Ce rendez-vous permet d'identifier une première orientation diagnostic et d'organiser le bilan en fonction.
Le bilan demandé est fonction de cette orientation diagnostique : il pourra intégrer une recherche de surdité, l'évaluation des compétences intellectuelles, praxiques, relationnelles ou visuelles. En l'absence d'orientation diagnostique particulière, un bilan orthophonique et psychomoteur sera demandé. Pour les enfants les plus grands, des tests de niveau psychologique pourront être pratiqués. Une observation peut être mise en œuvre au travers du groupe d'observation : quatre séances avec orthophoniste, psychomotricien, psychologue, éducateur. Cela peut être couplé avec une consultation longue avec le pédopsychiatre. Le contenu du bilan peut être décidé en synthèse.
Pour les enfants du réseau P'titMIP, le bilan a généralement été réalisé en amont de l'orientation vers le CAMSP.
Une fois le bilan effectué, la synthèse est effectuée en équipe et des propositions d'accompagnement sont alors formulées auprès de la famille, avant mise en place du suivi. À Millau, des

réunions de concertations avec les partenaires (pédopsychiatrie, ASE, PMI, pédiatres libéraux) ont lieu trois fois par an : cela peut-être le lieu où un suivi est organisé.
La prise en charge dépend des éléments du bilan.

Au CMPP, le premier contact est dans la moitié des cas à l'initiative de la famille, parfois sur le conseil de l'Éducation Nationale. Dans 15% des cas, ce sont les médecins traitants qui sont à l'origine du 1er contact et dans les autres cas, c'est l'Éducation nationale ou le secteur médicosocial.
Avant le 1er rendez-vous médical, il est demandé qu'une fiche de liaison soit complétée par l'enseignant assortie d'une échelle de CONNERS complétée.
Un 1er rendez-vous administratif est donné dans un délai de 15 jours. Deux à trois mois d'attente sont ensuite nécessaires pour le 1er rendez-vous médical qui permet de faire l'anamnèse de la situation et un examen clinique, puis de déterminer le contenu du bilan à réaliser. Celui-ci est ensuite réalisé mais avec 1 an à 18 mois d'attente.
Le bilan de base comprend a minima une évaluation des apprentissages, un bilan psychomoteur. Les autres éléments sont déterminés en fonction de l'évaluation initiale.
Une fois le bilan effectué, la proposition d'accompagnement est définie par les professionnels avec des objectifs spécifiques à atteindre avant d'être présentée à la famille. La qualité du suivi dépend de la qualité du bilan et de sa restitution.
En complément des éléments présentés dans le tableau ci-dessus, les effectifs en liste d'attente au 31 décembre 2014 sont détaillés dans le rapport d'activité :

- orthophonie : 105 personnes pour bilan diagnostic et 40 pour traitement,
- psychomotricité : respectivement 192 et 57,
- psychologie : respectivement 186 et 50,
- psychopédagogie : respectivement 30 et 14.

Lors de l'entretien, le délai pour obtenir un premier rendez-vous administratif est estimé à 15 jours, puis 2 à 3 mois pour le 1er rendez-vous médical. L'attente ensuite pour le bilan et l'accompagnement peut être de 12 à 18 mois.

Au CMP de Rodez, la prise de rendez-vous se fait pour les tout-petits principalement à l'initiative des parents et un peu par la PMI. Pour les enfants un peu plus grands, les parents restent principalement à l'initiative du contact avec les CMP mais avec une part plus importante d'adressage par l'école, les rééducateurs libéraux ou les généralistes.
Il faut compter environ 3 mois d'attente pour un premier rendez-vous au CMP enfants et 1,5 à 2 mois au CMP adolescents.
Le premier entretien est réalisé le plus souvent par un médecin pour une évaluation de la situation et une première orientation diagnostique. Celle-ci permet de déterminer le bilan d'évaluation complémentaire à mettre en place, pour lequel le délai d'attente est d'environ 1 mois. Des premiers conseils aux parents sont prodigués lors de ce premier entretien. S'il s'avère, lors de la prise de contact et de rendez-vous, que la problématique est de type troubles anxieux isolés, le premier entretien est alors réalisé par un psychologue.
Le bilan réalisé est généralement global et neurodéveloppemental associant le plus souvent tests psychométriques et évaluation psychomotrice.
Le compte-rendu du bilan est élaboré de manière transversale. Des créneaux de consultation « mixtes » associant psychiatre et rééducateur sont organisés pour présenter les propositions de

prise en charge à la famille et faciliter les prises en charge pluridisciplinaires qui sont en développement. Cela permet également un meilleur ajustement des accompagnements.

Au CMP de Millau, la prise de rendez-vous se fait principalement par les familles sur conseil des médecins traitants ou des médecins d'institutions (PMI ou Éducation Nationale.).
Le délai pour un premier rendez-vous est évalué à 2 mois au moment de l'entretien. Il est plus court pour l'équipe mobile adolescents : environ deux semaines.
Le premier rendez-vous a lieu avec un médecin (sauf en équipe mobile où ce premier contact est réalisé par un infirmier ou un éducateur après avis médical).
Le premier rendez-vous sert à sérier la problématique et à engager un bilan diagnostic qui est pluridisciplinaire. Dans certains cas, cette évaluation peut être menée en commun avec le CRA. Pour les troubles des apprentissages, des liens avec les centres de référence de Montpellier ou Toulouse existent. Le bilan peut être réalisé en libéral ou par le CMPP (antenne à Millau). Pour les troubles des comportements et les phobies scolaires, le bilan est pluridisciplinaire (observation, bilan psychologique, psychomoteur, orthophonie…).
Les propositions de prise en charge sont faites en réunion de synthèse hebdomadaire.

> Les modalités de prise en charge

Au CAMSP, une orientation vers une autre modalité de prise en charge est proposée face à certaines déficiences :

- les enfants présentant une déficience sensorielle ou une dysphasie sont orientés vers le Centre Départemental pour Déficients Sensoriels ;
- les enfants présentant des troubles des praxies sont orientés vers le CMPP ;
- les enfants pour lesquels un Trouble envahissant du développement est suspecté, sont orientés vers la pédopsychiatrie et le centre d'évaluation autisme et autre TED (antenne du CRA MP) ;
- les enfants ayant une déficience intellectuelle peuvent être orientés vers un SESSAD.

La prise en charge assurée par le CAMSP est basée sur des suivis individuels : kiné, éducatif, orthophonie, psychomotricité, psychologue, médecin) et des activités de groupe (langage, conte).
Les enfants avec suspicion de TED sont vus en priorité par le pédopsychiatre. Celui-ci étant par ailleurs en charge du centre d'évaluation autisme et du CMP, ces enfants sont rapidement orientés vers le dispositif de pédopsychiatrie.
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 déployer les moyens suffisants pour assurer le suivi des enfants avec le niveau d'intervention souhaitable.

Au CMPP, les réorientations vers un suivi en libéral à l'issue de la phase d'évaluation sont limitées aux déficiences isolées ou limitées. Le maintien d'un lien régulier avec le CMPP est proposé.
Les enfants avec TED sont réorientés vers la pédopsychiatrie et le centre d'évaluation autisme.
La prise en charge par le CMPP est pluridisciplinaire associant :

- une consultation médicale annuelle au minimum. Si un traitement médicamenteux est prescrit, l'enfant est revu à 1 mois / 1 mois et demi puis à un an ;
- des suivis individuels : psychologue, psychomotricien, orthophoniste ;
- la spécificité du CMPP : l'accompagnement psychopédagogique.

Des prises en charge de groupe peuvent être également proposées.
Le rythme est généralement hebdomadaire pour des séances de ¾ d'heure.
Les adolescents avec troubles du comportement nécessitent une prise en charge psychologique avec supervision par un psychiatre. Le plus souvent, ils se présentent initialement avec des troubles associés aux troubles des apprentissages mais ils peuvent aussi être le motif principal de consultation quand ils se développent sur des troubles des apprentissages. Ces situations peuvent alors être orientées vers d'autres professionnels. Elles représentent une part limitée de la patientèle.
L'assistante sociale est amenée à intervenir dans la moitié des situations. Cette proportion est en progression, notamment du fait de l'évolution de la cellule familiale. La part éducative peut être prédominante dans l'accompagnement et, pour cela, les relais avec la PMI ou l'ASE sont plus fréquents.
Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : il serait souhaitable de pouvoir multiplier les séances d'orthophonie (plusieurs fois par semaine) face aux troubles graves du langage. Ce serait bien de faciliter également les collaborations avec le libéral bien que celui-ci soit déjà saturé.

Au CMP à Rodez, des orientations peuvent être proposées dès la fin de la phase de bilan :

- vers les dispositifs propres de prises en charge de la pédopsychiatrie (hôpital de jour ou CATTP) ;
- vers des orthophonistes libéraux en cas de troubles du langage isolés ;
- vers un établissement ou service pour enfants en situation de handicap si les déficiences apparaissent au 1er plan (et en fonction des agréments des ESMS) ;
- vers le CMPP si un accompagnement psychopédagogique ou des matériels spécifiques sont nécessaires et que les troubles associés sont modérés.

Quand il s'agit de troubles anxieux, notamment ceux en lien avec des évènements de vie, des conseils sont prodigués et un suivi médical est proposé.
Des suivis individuels sont proposés : psychothérapie, psychomotricité, assistant en travail social, infirmière (pour les adolescents).
Des accueils de groupes sont organisés en sessions de 5 mois avec deux sessions par an. Les groupes sont organisés par âge : graphomotricité, troubles de l'attention, contes, observations des tout- petits, troubles spécifiques du langage… Pour les adolescents, un groupe de parole et un groupe d'affirmation de soi. La taille des groupes est généralement limitée à 5 enfants.
Les suivis sont le plus souvent hebdomadaires et combinés entre eux.
Les TED représentent une part relativement limitée de la population suivie en CMP car si le CMP est une voie d'entrée pour le diagnostic (en lien avec l'antenne locale du CEA coordonnée par un pédopsychiatre du service), la prise en charge se fait ensuite plutôt au niveau du CATTP ou de l'hôpital de jour.
Les troubles instrumentaux et des apprentissages sont un motif de recours fréquent au CMP, soit isolés, soit associés avec d'autres troubles. Cela représente une part importante de l'activité d'évaluation. C'est en train d'évoluer avec la mise en place du CCTA.
Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : le constat est fait d'un manque de personnel formé pour mettre en œuvre des thérapies cognitives telles que proposées dans les différentes recommandations de bonnes pratiques.
Il y a aussi une utilisation pas assez développée des outils psychothérapeutiques.

Dans le domaine de la psychomotricité, si les accompagnements proposés sont jugés de qualité, il s'avère que quantitativement, ils sont insuffisants par manque de personnel. Un manque de personnel (orthophonistes, éducateurs) est également noté.
Les capacités de formation du personnel sont également peu satisfaisantes : face à un besoin exprimé, le choix du formateur est réalisé par l'administration de l'hôpital et pas toujours par les professionnels, d'où des décalages entre les attentes et les formations obtenues.

Au CMP à Millau, comme peu de solutions alternatives existent sur le territoire, les orientations en dehors du CMP à l'issue de la phase diagnostique sont rares : quand les troubles des apprentissages ne sont pas associés à d'autres troubles (ou à des troubles limités) une orientation vers le CMPP est possible. Une coordination entre le CMP et le CMPP est proposée quand une prise en charge associant orthophonie, psychomotricité et suivi psychologique est nécessaire.
Des suivis individuels sont proposés par le CMP : consultations médicales, suivi psychologique, psychomotricité. Un suivi orthophonique n'est pas possible actuellement, le poste n'étant pas pourvu depuis deux ans.
Des groupes sont également proposés (mais que sur Millau). Trois à quatre groupes existent organisés par âge, animés par un psychologue ou un psychomotricien.
La fréquence du suivi est hebdomadaire pour la psychologie, la psychomotricité et les groupes. Il peut être bihebdomadaire en psychologie. Le suivi médical est généralement mensuel mais peut être plus fréquent (jusqu'à une fois par semaine).
Les TED concernent environ un tiers des enfants suivis. Les délais d'évaluation sur les CRA de Toulouse ou de Montpellier (ainsi qu'en neurologie ou neuropédiatrie) sont considérés comme longs. Ils sont plus courts avec le CEA. Le manque de places en SESSAD et IME limite les possibilités d'accompagnement. Il y a aussi un déficit en AVS : quantitatif (moyens de l'Éducation Nationale et manque de professionnels) et qualitatif (manque de formation).
Les troubles des apprentissages sont le domaine dans lequel se sont développées les collaborations avec le CMPP. Un tiers des enfants suivis auraient des troubles des apprentissages (à l'origine ou conséquences d'autres troubles dans un certain nombre de cas). En cas de dyslexie ou dyspraxie, un bilan en CMPP ou en centre de compétence / référence est souvent demandé mais les délais sont longs.
Pour les troubles du comportement des adolescents, c'est principalement l'équipe mobile qui intervient dans ce domaine. Des consultations au CMP peuvent être enclenchées à partir de là. Le manque d'hospitalisation sur Millau se fait sentir, nécessitant de faire appel à l'unité de Rodez (ou aux établissements héraultais : CHU ou clinique La Lironde). On note un rajeunissement des situations avec des troubles graves du comportement, sans doute en lien avec des difficultés psycho familiales et sociales plus importantes. Les adolescents sont souvent un peu seuls au monde dans certaines situations.
Écarts entre ce qui serait souhaitable et ce qui est proposé actuellement : le manque de temps médical, de psychologue et de psychomotricité limite la possibilité à mettre en place un suivi adapté.
Dépister des troubles du développement atteint ses limites quand on n'est pas en mesure de mettre en place une prise en charge pluri hebdomadaire. L'hôpital de jour accueille 22 à 24 enfants pour 6 places : le suivi proposé est donc limite en termes d'intensité. Trois ou quatre enfants sont en liste d'attente. Fin octobre, il n'y a plus de disponibilité d'accueil en hôpital de jour et les plannings de professionnels sont « à bloc ».

> Les sorties et les relais

Au CAMSP, le nombre d'enfants sortis en 2014 est de 67.
La durée moyenne de prise en charge est de 18 mois (36 % moins de un an, 36 % de 13 à 24 mois, 28 % plus de 24 mois).
Orientation des enfants sortis (données incomplètes) :

- Vers prise en charge libérale..... 17 %
- Sortie du fait des parents..... 3 %

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).
Elle est fortement en lien avec la problématique présentée par les enfants et s'organise alors comme pour les orientations après bilan.
Un cas particulier est souligné : il porte sur les enfants lourdement handicapés du fait d'un pluri handicap ou de troubles du comportement. Une structure d'accueil de jour a été développée par l'ADAPEI permettant d'accueillir les enfants entre 1 et 5 jours par semaine dans l'attente de l'effectivité d'une orientation de la CDAPH vers un IEM ou un IME. Cela permet d'apporter une réponse aux petits sans solution. Cet accueil intègre des prises en charge en kinésithérapie, psychomotricité et orthophonie.

Au CMPP, le nombre d'enfants sortis en 2014 est de 727 dont 127 sans suite après le 1er rendez-vous médical et 67 après bilan.
La durée moyenne de prise en charge par le CMPP est de 18 mois.
Un tiers de la file active est renouvelée chaque année :

- Sur les 799 sorties, celles-ci sont décidées de façon concertée entre le CMPP, l'usager et sa famille dans 27 % des cas.
- 17 % des situations sont sans suite après le 1er rendez-vous médical et 9 % après le diagnostic.
- 15 % des familles n'ont pas donné suite aux propositions formulées.
- Dans seulement 6 % des cas, une réorientation est nécessaire à la sortie du CMPP.

Quand un suivi est nécessaire en fin d'accompagnement :

- vers le libéral : le contact est pris avec celui-ci avec envoi de courrier et transmission des informations nécessaires,
- avec le CMP, le lien fonctionne correctement,
- avec les ESMS : une rencontre des équipes est organisée sur un temps de synthèse une fois la notification MDPH obtenue. L'arrêt de la prise en charge est organisé en amont de l'entrée en ESMS.

Les fins de prises en charge sont décidées en réunion de synthèse, le plus souvent en fonction de l'atteinte des objectifs fixés. Si cela intervient en cours d'année scolaire, le suivi est prorogé avec une fréquence moindre.

Au CMP de Rodez, les données sur le nombre d'enfants sortis ne sont pas disponibles.
Les relais se font beaucoup en interne à la pédopsychiatrie : du CMP petits vers le CMP adolescents, du CMP vers le CATTP ou l'hôpital de jour.

Les propositions d'orientation vers des ESMS sont à travailler en tenant compte des délais d'attente (un délai d'attente de 2 à 3 ans pour une place en SESSAD d'ITEP est évoqué).
Des relais entre CAMSP et CMP sont travaillés.
Les fins de prises en charge se décident le plus souvent en réunion de synthèse après avis médical.

Au CMP de Millau, les données sur le nombre d'enfants sortis ne sont pas disponibles.
Les relais se font beaucoup vers le médicosocial et sont à anticiper fortement : délai de traitement des dossiers MDPH, plus délai d'attente en ESMS (évalué à 2 ans pour les SESSAD). Un accompagnement doit être proposé pendant ce délai.
Des liaisons avec l'ASE sont parfois faites en cas de suspicion de mauvais traitement ou lors de refus de soins (2 à 3 fois par an).
Les arrêts de soins sont parfois du fait de la famille par lassitude, peu de vision de l'apport, difficultés sociales ou nomadisme médical.
La réunion de synthèse hebdomadaire permet d'évaluer les différentes situations. Les décisions d'arrêt du suivi sont prises à ce niveau. Souvent l'enfant est alors revu avec ses parents (parfois conjointement médecin, rééducateur). Il s'agit le plus souvent des cas où les objectifs fixés ont été atteints.

> Les partenariats

Avec le secteur médical :

Pour le CAMSP :
Il n'y a pas de collaboration avec la maternité mais il y en a avec la pédiatrie : des réunions sont organisées toutes les six semaines entre Pédiatrie, PMI, et CAMSP à Rodez. Ceci permet de faciliter le parcours des enfants et de définir des objectifs communs et de se coordonner. Ce dispositif permet qu'il y ait moins de blocage qu'auparavant. Les contacts se font également via le réseau P'titMIP, notamment avec la PMI, permettant des relations très fréquentes autour des situations des enfants.
Les médecins libéraux sont peu nombreux à orienter des enfants vers le CAMSP. Il y a sans doute de leur part une méconnaissance de la structure et une difficulté à identifier réellement les accompagnements qui y sont proposés.
Le CAMSP a une bonne connaissance des orthophonistes. Des orientations vers des orthophonistes sont organisées à partir du CAMSP en ciblant les professionnels selon les troubles présentés par l'enfant.
Les relations avec les psychologues libéraux sont inexistantes.

Pour le CMPP :
Il n'y a pas de partenariats avec la maternité. Avec la pédiatrie, les collaborations sont limitées par le temps disponible des praticiens. Elles portent essentiellement sur la réalisation de bilans en mobilisant l'expertise neuropsychologique du CH.
Avec les services de PMI, les contacts sont réguliers. Ils interviennent dans l'orientation des jeunes enfants vers le CMPP. Ces contacts passent également au travers d'une « plateforme de

réunions mensuelles » regroupant libéraux, CAMSP, PMI, pédiatrie, IEM… sur les enfants qui sortent de néonatalogie.
Avec les médecins libéraux, le contact passe essentiellement par l'envoi systématique des comptes rendus. Avec les autres professionnels libéraux (orthophonistes et psychologues), le travail se concentre surtout avec ceux qui ont le même état d'esprit et les mêmes manières de travailler afin d'assurer une continuité des prises en charge.
Les relations avec le CMP passent par des échanges de personnel. Des conventions formalisent le partage de certains locaux pour des antennes (Espalion & Villefranche-de-Rouergue).

Pour les CMP :

À Rodez, un psychologue du CMP est détaché auprès de la maternité (0,1 ETP) permettant de faire les liaisons avec la pédopsychiatrie (pas de psychiatrie adulte sur l'hôpital).
La mise en place d'un centre de compétences troubles des apprentissages (CCTA) sur l'hôpital a permis de dynamiser les équipes et de renforcer les liens avec la pédiatrie.
La PMI adresse des enfants au CMP sans que des problèmes particuliers de partenariat soient notés. Le maillage avec l'assistante sociale est particulièrement bon.
Avec les médecins libéraux, les contacts se font principalement au travers de la FMC avec des thèmes comme les TRED ou les dépressions des adolescents. En dehors de cela, le constat est fait des difficultés à communiquer avec les médecins généralistes. Les bilans effectués au CMP leur sont adressés.
Très peu de liens sont notés avec les psychologues libéraux. Avec les orthophonistes, les collaborations sont qualifiées de bonnes : adressage des enfants au CMP pour bilan, participation aux synthèses… Les difficultés identifiées sont liées à des listes d'attente longues, surtout à Decazeville et Villefranche-de-Rouergue. Un risque de manque d'orthophoniste au CMP est noté : difficultés probables de remplacement d'une professionnelle qui va quitter le service.

À Millau, le service de pédopsychiatrie est impliqué dans la psychiatrie de liaison avec la maternité. Un staff hebdomadaire a lieu à la maternité ainsi qu'un staff interdisciplinaire. Le service y participe (éducateur de jeunes enfants ou pédopsychiatre). Il n'y a pas de service de pédiatrie à l'hôpital. Le lien se fait donc avec les pédiatres libéraux qui interviennent à la maternité.
Au niveau de l'hôpital, l'obstétrique, les urgences, la pédiatrie et la pédopsychiatrie sont réunis dans un même pôle Des réunions de pôle permettent de traiter les situations critiques et faciliter l'articulation entre acteurs. Y sont invités outre les hospitaliers, les pédiatres libéraux, la PMI/ASE, le CAMSP, …
En dehors de ces temps, des réunions du CMP avec la PMI et l'ASE sont organisées deux fois par trimestre. Pendant une période, ces réunions n'ont pas pu se tenir (vacance de poste à la PMI).
Les relations avec les médecins libéraux sont qualifiées de bonnes quoique limitées.
Les liens avec les psychologues libéraux sont limités. Il y a peu de visibilité sur leurs pratiques. Le profil de ces psychologues libéraux est qualifié de varié avec parfois des orientations « exotiques ». Le travail se fait principalement avec les psychologues connus du CMP.
Avec les orthophonistes, les collaborations sont impactées par le fait que le poste au CMP est vacant depuis 2 ans. Le travail avec le libéral est donc indispensable mais cette absence retentit sur la qualité des contacts.

Avec le médicosocial :

Pour le CAMSP :
Des contacts réguliers avec le médicosocial existent, notamment du fait que le médecin directeur du CAMSP intervient également dans les différents IME du département.

Pour le CMPP :
Avec le CAMSP, les contacts sont en cours de développement suite au changement de médecin directeur au niveau de chacune des deux structures. Des réunions passerelles (associant également le CMP) sont prévues à partir du printemps pour préparer les transitions des enfants entre les structures lors de la rentrée prochaine.
Les liens avec les autres structures médicosociales sont qualifiés de très bons avec contact systématique pour chaque enfant orienté vers un ESMS une fois la décision de la CDAPH prise.

Pour les CMP :

À Rodez, avec le CAMSP, l'histoire commune est importante. Un des médecins du CMP intervient au CAMSP. La transition des enfants entre les deux structures est le point qu'il est nécessaire de travailler. Notamment, les informations données aux enfants et à leur famille doivent être renforcées.
Avec le CMPP, il y avait peu de contact jusqu'à maintenant au niveau médical. Cela devrait évoluer avec le changement de directeur médical. Les contacts sont plus développés entre les professionnels non médicaux. Une rencontre est prévue pour travailler sur les collaborations.
Les contacts sont développés pour les bilans avec le CDDS (centre départemental pour déficients sensoriels). LE CMP intervient en soutien sur les problématiques psychiatriques auprès du CDDS et de l'IEM. Les interventions avec les autres ESMS (IME, ITEP, SESSAD) se font au coup par coup pour préparer les admissions dans ces structures.

À Millau, il y a une antenne du CAMSP avec des temps d'intervention limités. L'arrivée d'un nouveau médecin directeur au CAMSP a permis de renforcer les liens. Des surveillances observations sont de ce fait menées au CMP. Les liens sont également développés avec le CAMSP de Montpellier et avec le réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon.
Avec le CMPP, les contacts sont facilités du fait qu'un médecin du CMP intervient sur l'antenne locale du CMPP.
Des contacts ont lieu avec l'IME de la Roquette. Des prises en charge en commun entre IME ou SESSAD et hôpital de jour ont pu être mises en œuvre.

Avec la MDPH :

Pour le CAMSP :
Des difficultés de relations avec la MDPH sont relevées. L'approche de cette dernière est jugée rigide avec peu de contacts entre les médecins. Les contacts se font essentiellement via l'assistante sociale.

Pour le CMPP et le CMP :
Le souhait d'une meilleure structuration des contacts avec la MDPH est formulé. Les exigences de la MDPH sont considérées comme lourdes.

Pour les CMP :
Le fonctionnement de la MDPH est qualifié de rigide sur les évaluations et orientations : tests demandés de façon systématique, peu de prise en compte des propositions et observations formulées par l'équipe…. La MDPH est perçue comme peu en lien avec la réalité de terrain. En dehors de cela, 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, voire inexistants. Par contre, un contact avec l'école est pris chaque fois que des problèmes de comportements ou des troubles des acquisitions sont évoqués. La problématique des AVS est pointée : manque d'AVS pouvant servir de prétexte pour ne pas accueillir un enfant, manque de formation des AVS. Le souhait de pouvoir intervenir plus en milieu scolaire est exprimé.

Pour le CMPP :
Les contacts avec les médecins scolaires sont très réguliers à propos des enfants suivis. Avec les enseignants, ceux-ci sont assurés dans le cadre de l'accompagnement psychopédagogique et par la participation régulière aux réunions d'équipes (ESS). Une convention a été passée concernant une ULIS petits, spécialisée sur les troubles spécifiques du langage à Rodez.

Pour le CMP :

À Rodez, les liens avec la santé scolaire sont bien développés, notamment autour des PAI. Les contacts se font également chaque fois que nécessaire autour des problématiques des adolescents.
Avec les enseignants, un hiatus est observé entre le primaire et le secondaire : en primaire, les contacts sont développés notamment au travers des ESS ; avec le collège, il y a peu de contacts avec les enseignants, le lien se faisant plutôt avec les CPE.

À Millau, une réunion trimestrielle est organisée avec le collège et le lycée (principal, CPE, infirmière). Un projet de dépistage de la dépression chez les adolescents a été mis en place avec le lycée Jean Vigo (projet Pare Choc) avec un pilotage ARS et un lien avec le médecin de santé scolaire.
Avec les enseignants, les contacts se font au cas par cas en fonction des prises en charge. Le CMP participe aux équipes éducatives et intervient à la demande.

> La Place des familles

Au CAMSP, l'impact des changements induits par les lois de 2002 et 2005 sont soulignés pour mettre en avant la place laissée aux familles. Ce sont elles qui prennent in fine les décisions concernant le suivi et l'orientation des enfants à partir des éléments apportés par le CAMSP. Un travail d'association des familles à la phase de bilan est réalisé afin de favoriser leur adhésion au suivi proposé plutôt qu'être dans une attitude d'obéissance face à une décision prise par ailleurs. La parole des parents est prise en compte par les rééducateurs lors des synthèses. Les proposi-

tions de suivi sont présentées à la famille lors d'une consultation avant de les inviter à signer le DUPC.

Au CMPP, l'investissement des professionnels du CMPP auprès des enfants passe aussi par un lien étroit avec les familles. Des enquêtes de satisfactions annuelles sont conduites (auprès de 250 suivis en cours et de 250 suivis clos). Les enseignants sont également interrogés. Globalement, le niveau de satisfaction est élevé. Le point qui pose le plus de problème est la file d'attente et les délais de prise en charge.

Au CMP de Rodez, les consultations médicales se font avec les parents. Les comptes-rendus médicaux leur sont adressés et les synthèses sont restituées en leur présence. Le principe est d'associer autant que possible les parents à l'évaluation et au suivi des enfants.

Au CMP de Millau, le CMP ne propose pas de thérapie familiale. Par contre, beaucoup de travail est réalisé avec les familles : rencontre, guidance, accompagnement. Les enfants sont toujours vus en consultation avec leurs parents. Une attention particulière est portée à la fratrie (notamment pour les TED). Il n'a pas été possible de mettre en place un groupe de parole bien que souhaité (taille réduite de la ville, distances pour les personnes en dehors de Millau).

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

Pour **le CAMSP**, les manques actuels portent sur les possibilités de dépistage des problématiques en crèche et de la prévention précoce des relations mère-enfant. Une présence personnalisée auprès des enfants scolarisés serait également souhaitable.
Les besoins émergeants portent sur l'étayage parental et sur la capacité à prodiguer des conseils simples d'éducation.
Les évolutions actuelles sont liées au changement de directeur qui devrait permettre de travailler plus particulièrement la place des parents.

La spécificité actuelle **du CMPP** repose sur une cohérence entre la volonté médicale et celle de l'établissement. Il y a une formation commune des professionnels sur les troubles des apprentissages. Il y a à la fois une expertise des professionnels et une humilité avec la reconnaissance de l'expertise familiale.
Les besoins non couverts ou insuffisamment couverts portent sur l'ergothérapie (apprentissage du numérique et aides matérielles en lien avec l'expertise du référent psychopédagogique). La question de la place prise par le virtuel et le temps passé devant les écrans est sans doute insuffisamment prise en compte.
La question de l'étendue du territoire Aveyronnais est également mentionnée avec la difficulté à assurer une offre de proximité pour les enfants et leur famille.
L'absence d'accès à des psychomotriciens libéraux (nombre et problèmes de prise en charge financière) freine les prises en charge précoces.
Parmi les besoins émergents figure l'absence d'expertise face aux addictions aux jeux.
Les perspectives et axes de travail pour le CMPP sont :

- le développement de l'accueil des tout-petits à Decazeville,
- la diminution des listes d'attente (avec la mise en place de circuits courts et de circuits longs),

- le relais avec les partenaires libéraux,
- un travail plus harmonieux avec les partenaires sur le projet individualisé de l'enfant afin qu'il soit acceptable pour l'enfant, acceptable sur le plan culturel et familial et cohérent entre les structures,
- la mise en place de consultations conjointes (médecin plus autre professionnel) y compris pour les retours de bilans.

Pour le CMP de Rodez, le point relevé concerne principalement l'émergence de quelque chose de nouveau au niveau des troubles du développement qui semblent plus précoces. Cela nécessite de développer des unités dédiées autour des troubles du développement des tout-petits, d'autant plus que les interventions précoces dans ce domaine dans une approche pluridisciplinaire (associant ORL, neurologie et générique) sont particulièrement pertinentes.
Les cas complexes concernant les adolescents semblent aussi plus précoces : une hypothèse serait que l'avancée de l'âge de la puberté entraînerait des décompensations plus précoces sur des profils non matures rendant difficiles de faire face à des relations qui se complexifient.

Pour le CMP de Millau, les besoins non couverts sont principalement en lien avec le manque d'orthophoniste (poste non pourvu) et le temps limité en psychiatre, psychologue et psychomotricien.
Une prise en charge plus rapide des enfants avec troubles précoces est à développer : en son absence, les enfants arrivent dans un deuxième temps par un autre circuit et avec des problèmes accrus.
Les perspectives portent sur le développement d'une équipe mobile 0-6 ans et un CATTP à mettre en place avec des moyens inférieurs à ceux demandés (2,2 ETP pour 8 demandés).
Le bassin de Millau est identifié comme un territoire sous doté au niveau du PRS.

5. SYNTHÈSE ET ÉLÉMENTS D'ANALYSE

> L'accès aux différents dispositifs

L'accès aux différents dispositifs étudiés est variable dans l'Aveyron. Ces variations portent aussi bien sur des différences de délais d'accès que sur des accessibilités territoriales différentes.

Si les délais d'accès au CAMSP, autour d'un mois et demi, sont jugés satisfaisants, l'accessibilité géographique l'est moins. Le déploiement actuel du CAMSP ne lui permet pas de couvrir l'ensemble du territoire Aveyronnais, d'autant plus que ce département est particulièrement vaste (le 5e plus grand département de métropole et le plus vaste de Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées) avec une population dispersée (le 11e département de métropole en faible densité de population et le 4e de la grande région). Actuellement, la présence du CAMSP est effective sur seulement 3 des 7 bassins de santé du département (sans compter celui à cheval sur le Lot) : tout le nord du département ainsi qu'une partie du sud ne bénéficie pas d'une implantation du CAMSP.

Le constat concernant les CMP offre quelques similitudes avec des implantations ne permettant pas de couvrir l'ensemble du territoire : dans deux des sept bassins de santé, ceux d'Espalion et de Requista, il n'y a pas de CMP ou d'antenne de CMP implanté. Les délais d'attente pour une première consultation médicale au CMP sont proches de ceux observés au CAMSP : autour de deux mois aussi bien sur le CMP de Rodez que sur celui de Millau. Ces délais sont considérés comme satisfaisants, d'autant plus que, en cas de nécessité ou d'urgence, des délais plus courts sont possibles, des rendez-vous pouvant être obtenus dans la semaine, voire dans les 24 heures.

Le CMPP se caractérise lui par une bonne couverture territoriale, ayant au fil du temps développé des antennes dans chacun des bassins de santé du département. Par contre, les délais d'attente pour y accéder sont considérés comme longs : autour de deux ou trois mois selon le CMPP, apprécié autour de 6 mois par les autres acteurs notamment institutionnels. Le développement fort de la spécificité « pédagogique » du CMPP, souligné par les différents interlocuteurs fait que celui-ci n'offre pas une possibilité de substitution aux CMP sur les bassins de santé non couverts par ceux-ci comme cela peut être observé dans d'autres départements. La question du rééquilibrage territorial entre CMP et CMPP a ainsi été évoquée lors de la réunion institutionnelle. Ceci est également vrai, mais plus partiellement, pour le CAMSP : l'évolution au niveau de l'équipe médicale du CMPP amène celui-ci à proposer de développer une consultation pour tout-petits à Decazeville, sur un secteur géographique non couvert par le CAMSP.

Le développement d'une précarité sociale et économique dans certains bassins (Decazeville, Villefranche-de-Rouergue et Millau notamment) est un élément pointé par les différents acteurs comme venant limiter l'accès aux dispositifs de certaines familles.

Enfin, un élément spécifique peut limiter l'accès au CAMSP. Son portage par une association identifiée comme étant en lien avec le handicap donne l'impression à certaines familles, voire à des professionnels de santé, que l'orientation vers le CAMSP équivaut à une « entrée dans la filière handicap ».

> Retards au repérage

Les retards au repérage sont identifiés principalement dans le domaine du langage et des troubles des apprentissages. Ce constat est fait aussi bien au niveau du CAMSP, des CMPP et du CMP. Il s'agit souvent de troubles qui ont été peu ou pas pris en compte par les familles et parfois par les professionnels avec une attitude attentiste, l'amélioration étant attendue avec l'avancée en âge de l'enfant ou avec sa scolarisation. Au-delà de ce « déni » pouvant expliquer une partie des retards au repérage, la problématique de la situation sociale des familles est également avancée : le constat est fait d'une forme de crainte de la consultation de ces familles et d'un accès plus limité aux dispositifs de diagnostic et de suivi. Ceci apparaît particulièrement marqué sur le secteur de Decazeville.

Deux autres éléments sont également notés mais portant plus sur l'accès aux prises en charge. Le premier porte sur les délais pour assurer la transition entre le CAMSP ou les CMP vers le CMPP. Il y a alors souvent une période avec un accompagnement plus limité, souvent effectué en libéral avec une coordination moindre des professionnels et une intensité moindre, voire parfois une absence totale de prise en charge. Le second élément porte sur les enfants et adolescents avec troubles psychiatriques suivis en famille d'accueil. Ce dispositif est particulièrement développé en Aveyron, avec parfois des enfants venant de régions éloignées. La capacité de ces familles d'accueil à identifier les problèmes des enfants et à les orienter vers un dispositif de diagnostic et de soins est évoquée.

Cependant, en parallèle, le constat est fait par de nombreux interlocuteurs que le tissu actuel de professionnels sur le territoire permet de disposer d'une bonne capacité de repérage des différentes situations et d'éviter la plupart des retards au repérage. Le réseau P'titMIP, l'implantation d'une antenne du CRA, la mise en place en partenariat entre la pédiatrie, la pédopsychiatrie et le CMPP d'un centre de compétences sur les troubles des apprentissages ont permis de développer progressivement un bon réseau de professionnels et d'assurer une information / formation de la plupart des professionnels de santé intervenant auprès des enfants et des adolescents dans le département. Ainsi, les collaborations entre PMI et CAMSP permettent un repérage jugé satisfaisant et suffisamment précoce des enfants avec TED : l'accès à un bilan diagnostic est facilité et il y a de bonnes propositions de prise en charge pour les plus petits.

> Transition et relais entre structures

De façon générale, les relais et transitions entre les différents dispositifs étudiés sont en amélioration. Même si des progrès sont nécessaires pour diminuer les délais ou organiser les prises en charge pendant les phases de transition entre deux dispositifs, les difficultés qui étaient rencontrées jusqu'à peu sont moins importantes aujourd'hui.

À l'occasion de changements de direction médicale au niveau des différents dispositifs sur Rodez, il est maintenant prévu l'organisation de rencontres annuelles au printemps, dites réunions « passerelles » pour préparer les orientations d'un dispositif à un autre qui seront effectives à la rentrée scolaire suivante et organiser les transitions. À Millau, les relations du CMP avec les équipes du CAMSP et du CMPP se sont développées ces dernières années, favorisant les transferts entre structures. Il faut noter également que, dans l'Aveyron, il n'est pas rare qu'un médecin d'un dispositif intervienne dans un autre. C'est le cas par exemple de pédopsychiatres des

CMP qui interviennent, pour l'un au CAMSP de Rodez, pour l'autre à l'antenne de Millau du CMPP.
Les transitions et relais vers les autres établissements et services médicosociaux (SESSAD, IME et ITEP) sont principalement marqués par les délais d'attente particulièrement longs pour accéder à ces structures. Les professionnels rencontrés mettent en avant la nécessité de prévoir ces orientations longtemps en amont pour tenir compte des délais d'instruction des demandes d'orientation par la MDPH et des délais d'attente en ESMS. Ceci peut être particulièrement difficile quand il s'agit de prévoir 18 mois ou deux ans à l'avance les besoins d'accompagnement d'un enfant dont la situation est évolutive. En dehors de cet aspect des choses, les transitions se font de façon assez facile des dispositifs étudiés vers les ESMS pour enfants en situation de handicap, car une partie des médecins travaillant dans les premiers interviennent également dans les seconds.

> Collaborations et partenariats

Il est important de noter que les choses ont apparemment fortement évolué dans ce domaine au cours des derniers mois. En effet, plusieurs changements de médecins directeurs au niveau des différentes structures ont permis de faire « tomber des barrières » et de commencer à développer des collaborations et des partenariats.
Des évolutions sont également notées dans le positionnement de différents professionnels qui pouvaient faire obstacle à ces collaborations. Cependant un travail reste à faire pour une réelle prise de conscience de ces évolutions par l'ensemble des acteurs et que certaines idées reçues et représentations changent.
Par contre, les différentes structures mettent en avant la nécessité de développer de meilleures collaborations avec la MDPH. Si le travail autour des situations complexes a permis de développer les contacts, le souhait d'une meilleure prise en compte par la MDPH des éléments apportés par les professionnels à l'appui des demandes d'orientation est formulé. Le développement de rencontres entre les médecins de ces différentes structures devrait pouvoir permettre d'avancer en ce sens.
Au niveau de l'Éducation nationale, si les contacts et partenariats existent de façon assez développée au niveau du primaire, un hiatus est relevé sur certains secteurs avec au secondaire, des contacts beaucoup plus limités avec les enseignants alors que ceux-ci, de l'avis des professionnels des CMP, pourraient bénéficier aux adolescents et favoriser la poursuite de leur scolarité.

> Les perspectives

Les professionnels semblent s'accorder pour relever le caractère plus précoce de certains troubles : troubles du développement chez les plus petits avec la nécessité de mettre en place des interventions plus précoces, troubles du comportement et situations complexes chez les adolescents (ou plutôt les pré adolescents) nécessitant, là aussi, de disposer d'outils de repérage et de possibilités d'interventions plus précoces.

Les perspectives actuellement portent sur le développement d'un accueil pour le tout-petit à Decazeville venant en complément de l'activité actuelle du CMPP et pouvant combler l'absence d'antenne du CAMSP sur un territoire où les difficultés d'accès aux soins en lien avec la précarisation de la population sont importantes.

Le développement des collaborations et partenariats entre structures devrait permettre une fluidification des parcours des enfants et adolescents avec troubles psychiques. Le développement des réunions « passerelles » est un outil pouvant faciliter ces relations. Dans cet objectif de fluidification des parcours, un travail est également envisagé en vue de réduire les délais d'attente pour obtenir une première consultation au CMPP.

Cependant, la question du goulot d'étranglement dû à une offre jugée insuffisante en ESMS pour enfants en situation de handicap ne sera pas réglée ainsi. Le constat est fait que le développement actuel des listes d'attente vers les structures de type IME ou ITEP retentit de façon négative sur les prises en charge proposées par les autres structures. En effet, certains professionnels mettent en avant que, actuellement, on adapte les parcours des enfants aux ressources disponibles et non à leurs besoins.

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) 5
Tableau 4 - Médecins - effectifs 6
Tableau 5 - Médecins - densité (pour 100 000 habitants) 6
Tableau 6 - Autres professionnels – effectifs 7
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 10
Tableau 10 - Répartition par âge 13
Tableau 11 - Origine des interventions 15
Tableau 12 - Listes d'attente et délais 16