



Inspection générale
des affaires sociales

Mission relative à l'évaluation du fonctionnement
des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
(CAMSP), des Centres Médico-Psycho-
Pédagogiques (CMPP) et des Centres Médico-
Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile
(CMP-IJ)

RAPPORT

Établi par

Christine BRANCHU

Johanna BUCHTER

Dr Julien EMMANUELLI

François-Mathieu ROBINEAU

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

– Septembre 2018 –
2018-005R

SYNTHESE

Par la lettre de mission du 23 février 2018, le directeur de cabinet de la ministre des Solidarités et de la Santé et la directrice de cabinet de la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées ont saisi l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'une mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ). En 2018, on compte environ 700 000 enfants et adolescents dans la file active de ces structures, ce qui représente un coût total de 1,1 milliard d'euros pour l'Assurance maladie.

Cette mission s'inscrit dans le contexte d'un mouvement de réformes en matière de santé mentale (stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022 annoncée en mai 2018¹ et feuille de route en santé mentale et psychiatrie en juin 2018²), ainsi qu'en matière de protection de l'enfance (stratégie nationale pour la protection de l'enfance³ et stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes à venir⁴).

Tableau 1 : Carte d'identité des CAMSP, CMPP et CMP-IJ

Centre	Nombre de structures	Secteur	File active	Définition	Textes	Public reçu	Equipe	Financement
CAMPS (centres d'action médico-sociale précoce)	291 sites principaux	Médico-social (gestion associative à 75%, hospitalière à 25%)	73 115 (2016)	Etablissement médico-social de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative.	Article L. 312-1 du CASP Article L2132-4 du code de la santé publique Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 (ajout d'une annexe XXXIIbis)	Enfants âgés de 0 à 6 ans	Equipe pluridisciplinaire : pédiatres, pédopsychiatres, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, éducateurs de jeunes enfants, psychologues, assistants sociaux.	Dotation globale : 190 millions d'euros en 2017 pris en charge par l'Assurance maladie (80%) plus le cofinancement à hauteur de 20 % par le Département.
CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques)	400 sites principaux	Médico-social (gestion associative à 80%)	213 122 (2016)	Etablissement médico-social qui dispense des soins aux enfants et adolescents présentant des difficultés scolaires, de comportement, de langage, de sommeil..	Article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles Décret 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n.56-284 du 9 mars 1956 (ajout d'une annexe XXXII concernant les CMPP)	Enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans.	Equipe pluridisciplinaire : pédopsychiatres, psychologues, rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens), psychopédagogues, assistants sociaux.	Assurance maladie : 340 millions d'euros (2017)
CMP-IJ (centres médico-psychologiques infanto-juvéniles)	1500 sites principaux	Sanitaire (gestion par un hôpital public (88%) ou privé (12%))	401 135 (2016)	Unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile pour lutter contre les maladies mentales	Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.	Enfants, adolescents, jeunes adultes,	Equipe pluridisciplinaire : pédopsychiatres ou psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues, rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens), assistants sociaux.	Estimation du budget annuel dans la DAF : 566 millions d'euros (2016)

Source : Mission.

¹ <http://handicap.gouv.fr/focus/l-autisme/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/>

² <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/sante-mentale-et-psychiatrie-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour>

³ <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/protection-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-agnes-buzyn-annonce-le-lancement-d>

⁴ <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/strategie-pauvrete/>

Le présent rapport établit un état des lieux de l'activité, des publics et de l'offre de ces centres, analyse leurs difficultés et propose des pistes de réflexion pour améliorer leur fonctionnement et la fluidité des parcours des enfants et adolescents. Les enjeux de l'inclusion scolaire des enfants et adolescents suivis en CAMSP, en CMPP ou en CMP-IJ n'ont pas pu être complètement analysés en l'absence d'une mission conjointe avec l'Inspection Générale de l'Education Nationale (IGEN) et l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR), et compte tenu des travaux menés par l'IGAS sur des sujets connexes⁵.

Les CAMSP, les CMPP et les CMP-IJ apportent aux enfants et aux adolescents des prises en charge essentielles pour l'accès aux soins, et qu'il convient de renforcer compte tenu, d'une part, des besoins croissants de soins et de la démographie médicale, et, d'autre part, de leur offre pluridisciplinaire, gratuite et à proximité des lieux de vie.

Les centres partagent des caractéristiques communes dans leur cœur de métier. Centres de prévention et de soins ambulatoires, ils reçoivent des enfants et des adolescents ainsi que leurs familles en accès direct, sans nécessité d'un adressage formel ni d'une orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Sous la direction d'un médecin, leurs équipes sont pluridisciplinaires et associent des professions médicales (pédopsychiatre, pédiatre, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, etc.) et paramédicales (psychomotricien, orthophoniste, etc.), des psychologues et des personnels des services sociaux, éducatifs et administratifs. Les principales étapes du parcours dans les trois centres sont identiques.

Répartis sur l'ensemble du territoire national, les centres offrent des soins de proximité, intégrés dans un environnement dense composé de nombreux professionnels de l'enfance et de la santé. En amont du parcours en centre, les acteurs du repérage et de l'adressage, c'est-à-dire notamment les professionnels de l'accueil (crèche, école) et les professionnels de santé de premier recours (médecin traitant, protection maternelle et infantile, etc.), orientent les enfants et les adolescents pour un diagnostic et une prise en charge précoces. Pendant le parcours de soins de l'enfant, les parents, l'école et les professionnels extérieurs au centre (secteur libéral, centres de référence) contribuent à l'établissement du diagnostic et à la qualité des soins. Enfin, les centres développent des relations avec l'offre médico-sociale (service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), instituts médico-éducatifs (IME), etc.) et sanitaire (centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), hospitalisation), mais aussi avec les acteurs de l'école inclusive (équipes éducatives, classes de section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), etc.) afin de préparer le relais ou la sortie du parcours de soins.

Si les centres font évoluer leurs pratiques et adaptent leurs modes de prises en charge, les droits des patients et des familles ne sont pas toujours respectés. Les professionnels soulignent l'inadéquation des outils de participation et de recueil de la parole des usagers. Selon les associations représentatives, les principales revendications des familles portent sur la participation active des parents à la prise en charge, le droit à l'information et la liberté de choix de l'approche thérapeutique utilisée. Si des dysfonctionnements peuvent être observés dans des établissements, ces attentes sont plus largement prises en compte par les gestionnaires qui font évoluer les pratiques en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et les récents plans, notamment relatifs à la prise en charge de l'autisme.

⁵ Evaluation de l'accompagnement des élèves en situation de handicap (2018- R12), P. NAVES, F. MOCHEL (IGAS), C. MOREAU-FAUVARQUE (IGEN), M. ROLLAND, J-F. RAYNAL (IGAENR).

Les CAMSP, CMPP et CMP-IJ présentent toutefois des spécificités quant à leur fonctionnement et au public accueilli. Ainsi, CAMSP et CMPP relèvent du secteur médico-social et sont gérés en majorité par des associations, avec un financement conjoint entre l'Assurance maladie (80 %) et les Départements (20 %) pour les CAMSP. De leur côté, les CMP-IJ font partie du secteur de psychiatrie et leur financement est intégré à la dotation annuelle de financement (DAF). En termes de public, les CAMSP se distinguent par une spécialisation sur la prévention et la prise en charge du handicap, qui peut être psychique, mental ou somatique, chez les enfants de moins de six ans. A l'inverse, CMPP et CMP-IJ prennent en charge la santé mentale de façon spécifique, leurs publics se recoupent en grande partie et leur offre est *de facto* très proche, malgré la perception commune qui associe la gravité des troubles à un recours au milieu hospitalier.

Au-delà de ces différences, les centres sont tous confrontés à une hausse continue de la demande de soins des enfants et des adolescents, qui peut s'expliquer par des facteurs tant socio-économiques et sociétaux, que par l'amélioration globale du dispositif de prévention et de repérage. Les profils des patients ont aussi évolué et se caractérisent en partie par une plus grande intensité et précocité des troubles. Les centres doivent répondre à des demandes plus précises en termes d'inclusion scolaire, mais aussi en termes d'adéquation de la prise en charge aux profils complexes, notamment pour les enfants en difficulté sociale.

Cette hausse de la demande intervient alors que les contraintes sur le personnel menacent la viabilité des centres. En sus de la démographie défavorable de la pédopsychiatrie, les structures doivent faire face à l'inadéquation de l'offre libérale et à la moindre attractivité des salaires du milieu hospitalier et médico-social. Cette pénurie de professionnels, particulièrement signalée dans certains territoires, réduit l'offre de soins et entraîne des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Laissées sans solution, confrontées aux difficultés de financement ou de transport, des familles renoncent parfois à poursuivre le projet de soins de leur enfant. En parallèle, les moyens financiers des structures n'évoluent pas en proportion de la hausse de la demande (+14 % d'enfants dans la file active en 10 ans), et les solutions d'aval (école inclusive, établissements et services médico-sociaux) sont insuffisantes pour une part des enfants.

Cet effet ciseaux ne permet pas aux centres d'absorber l'ensemble de la demande de soins, malgré des évolutions pragmatiques de leur mode d'organisation. Les délais d'attente se sont accrus avec des *maxima* dépassant un an d'attente dans les zones les plus en tension, même si ces chiffres masquent de fortes disparités et que la moyenne se situe plutôt autour de six mois d'attente. Pour pallier ces délais, les centres ont mis en place des stratégies allant d'une répartition nouvelle des tâches entre le médecin et son équipe à la mise en place de priorisations à l'entrée ou à la sortie, fondés sur des critères d'âge, de gravité, ou d'urgence des troubles.

La nouvelle donne provoquée par la hausse et la complexification de la demande de soins rend nécessaires un renforcement et un renouvellement des capacités de prise en charge des centres. Ainsi, la mission recommande de :

- Doter les professionnels des centres d'outils pour améliorer la gestion des files actives et la qualité des prises en charge ;
- Positionner clairement l'offre des centres dans leur environnement ;
- Garantir le respect des droits des patients et des familles ;
- Renforcer les capacités et l'efficacité de l'activité des centres ;
- Piloter les évolutions du dispositif de prise en charge des enfants et des adolescents.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	9
1 SI LES CAMSP, CMPP ET CMP-IJ PRESENTENT DES CARACTERISTIQUES COMPARABLES, CES TROIS CATEGORIES DE CENTRES ONT CHACUNE DES SPECIFICITES	12
1.1 Les CAMSP, CMPP et CMP-IJ présentent des composantes communes dans leur cœur de métier et leur fonctionnement.....	12
1.1.1 Les centres reçoivent sans orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées des enfants et adolescents ayant des caractéristiques similaires.....	12
1.1.2 Les centres offrent une prise en charge ambulatoire et pluridisciplinaire	15
1.1.3 Les centres sont des lieux de proximité répartis sur tout le territoire	22
1.1.4 Les centres s'appuient sur des partenariats avec les professionnels de l'enfance et de la santé	24
1.1.5 Les centres adaptent progressivement leurs pratiques afin de répondre aux attentes des familles et de mieux intégrer les avancées de la médecine	28
1.2 Les CAMSP, CMPP et CMP-IJ se distinguent toutefois les uns des autres par leur statut, leur spécialisation et leurs modes d'organisation locale	33
1.2.1 Les CAMSP et CMPP sont deux structures médicosociales tandis que les CMP-IJ relèvent du secteur sanitaire	33
1.2.2 Les CAMSP sont spécialisés sur la prévention du risque de handicap, tandis que les CMPP et CMP-IJ offrent des prises en charge similaires en santé mentale	38
1.2.3 Les centres adoptent une grande diversité de modes d'organisation et de coopération territoriales.....	45
2 LES CAMSP, CMPP ET CMP-IJ FONT FACE A DES PROBLEMATIQUES CONVERGENTES ET A UNE MISE EN TENSION GENERALISEE	50
2.1 La demande de soins connaît une forte évolution depuis plusieurs années.....	50
2.1.1 Le nombre de patients augmente de façon continue et les profils évoluent.....	50
2.1.2 Les demandes évoluent en termes de contenu de la prise en charge.....	53
2.2 Les centres sont soumis à de fortes contraintes sur les moyens	57
2.2.1 Les contraintes en termes de personnels menacent la viabilité des centres.....	57
2.2.2 Les moyens financiers sont en hausse dans les CAMSP et les CMPP sans parvenir à répondre aux besoins	64
2.2.3 Les centres sont confrontés aux contraintes sur l'offre de premier recours et l'offre d'aval	66

2.3	Les centres ne parviennent pas à absorber toute la demande ce qui conduit à des listes d'attente et à un ajustement des prises en charge	68
2.3.1	Les délais d'attente se sont accrus avec un risque de perte de chance	68
2.3.2	Les centres mettent en place des stratégies pour gérer ces listes d'attente, dont certaines comportent des risques	71
3	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	75
3.1	Doter les professionnels des centres d'outils pour améliorer la gestion des files actives et la qualité des prises en charge.....	76
3.2	Positionner clairement l'offre des centres dans leur environnement	78
3.3	Garantir le respect des droits des patients et des familles.....	80
3.4	Renforcer les capacités et l'efficience de l'activité des centres	82
3.5	Piloter les évolutions du dispositif de prise en charge des enfants et des adolescents	84
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	87
	LETTRE DE MISSION	89
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	93
	ANNEXE 1 – LE CADRE REGLEMENTAIRE DES CENTRES.....	111
	ANNEXE 2 - LES METIERS DES CENTRES.....	121
	ANNEXE 3 – LES SOURCES DE DONNEES SUR LES CAMSP, LES CMPP ET LES CMP-IJ	131
	ANNEXE 4 – LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	137
	ANNEXE 5 – LA NOUVELLE POLITIQUE DE SANTE MENTALE POUR LES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EN BELGIQUE	139
	ANNEXE 6 – LES CLASSIFICATIONS UTILISEES EN PEDOPSYCHIATRIE.....	149
	SIGLES.....	155

INTRODUCTION

La mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ) a été demandée par la lettre de mission du 23 février 2018, signée par le directeur de cabinet de la ministre des Solidarités et de la Santé et la directrice de cabinet de la Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées.

Les inspecteurs Christine BRANCHU, Johanna BUCHTER, Julien EMMANUELLI et François-Mathieu ROBINEAU ont été désignés pour conduire cette mission. La mission s'est appuyée sur les travaux préparatoires de Marie-Ange DU MESNIL DU BUISSON.

Les CAMSP sont des établissements médico-sociaux qui proposent une prise en charge ambulatoire des enfants âgés de 0 à 6 ans présentant ou ayant un risque de handicap. Les CMPP sont des établissements médico-sociaux offrant aux enfants et adolescents de 0 à 20 ans une prise en charge ambulatoire des troubles ou difficultés psychiques ou scolaires. Le CMP-IJ est, au sein de l'hôpital, une unité de coordination et d'accueil, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile pour lutter contre les maladies mentales.

Tableau 2 : Carte d'identité des CAMSP, CMPP et CMP-IJ

Centre	Nombre de structures	Secteur	File active	Définition	Textes	Public reçu	Equipe	Financement
CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce)	291 sites principaux	Médico-social (gestion associative à 75%, hospitalière à 25%)	73 115 (2016)	Etablissement médico-social de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative.	Article L. 312-1 du CASF Article L2132-4 du code de la santé publique Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 (ajout d'une annexe XXXIIbis)	Enfants âgés de 0 à 6 ans	Equipe pluridisciplinaire : pédiatres, pédopsychiatres, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, éducateurs de jeunes enfants, psychologues, assistants sociaux.	Dotation globale : 190 millions d'euros en 2017 pris en charge par l'Assurance maladie (80%) plus le cofinancement à hauteur de 20 % par le Département.
CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques)	400 sites principaux	Médico-social (gestion associative à 80%)	213 122 (2016)	Etablissement médico-social qui dispense des soins aux enfants et adolescents présentant des difficultés scolaires, de comportement, de langage, de sommeil..	Article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles Décret 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n.56-284 du 9 mars 1956 (ajout d'une annexe XXXII concernant les CMPP)	Enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans.	Equipe pluridisciplinaire : pédopsychiatres, psychologues, rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens), psychopédagogues, assistants sociaux.	Assurance maladie : 340 millions d'euros (2017)
CMP-IJ (centres médico-psychologiques infanto-juvéniles)	1500 sites principaux	Sanitaire (gestion par un hôpital public (88%) ou privé (12%))	401 135 (2016)	Unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile pour lutter contre les maladies mentales	Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.	Enfants, adolescents, jeunes adultes,	Equipe pluridisciplinaire : pédopsychiatres ou psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues, rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens), assistants sociaux.	Estimation du budget annuel dans la DAF : 566 millions d'euros (2016)

Source : Mission.

Suggérée par le rapport IGAS-IGEN d'évaluation de la mise en œuvre du troisième plan autisme⁶, la mission a pour objectif de décrire le fonctionnement et l'articulation sur les territoires des CAMSP, CMPP et CMP-IJ et leur rôle dans le parcours des enfants et des familles, de mesurer les difficultés rencontrées par les usagers et les professionnels pour garantir l'accessibilité des prises en charge, et de proposer des pistes d'amélioration. Elle porte sur l'ensemble des troubles pris en charge par les centres (troubles psychiques, troubles du neurodéveloppement, handicaps).

Parmi les champs d'investigation prioritaires, figurent en particulier la qualité de l'offre (délais d'attente, adéquation des prises en charge, inégalités d'accès, respect des référentiels), les caractéristiques de l'activité et du profil des enfants suivis, l'adéquation des moyens humains et financiers et la satisfaction des familles, au regard notamment de la fluidité et de la lisibilité des parcours. Soulignés ces dernières années par des associations d'usagers et de familles, certains dysfonctionnements avaient déjà fait l'objet de diagnostics par les pouvoirs publics en 1972⁷ et en 1992⁸, en particulier s'agissant de la nécessité de coordination des acteurs et d'une prise en charge précoce. Une étude de la DREES de 2004 proposait une analyse convergente des difficultés rencontrées par la psychiatrie infanto-juvénile⁹.

La mission a conduit des entretiens auprès des professionnels des centres et de l'offre sanitaire et médico-sociale, des gestionnaires, de l'administration centrale et régionale, des Départements et des représentants des usagers et des familles. Elle s'est rendue dans six régions et sept départements (Paris, Seine-Saint-Denis, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Vosges, Gironde, Somme). Afin d'étayer ce diagnostic, toutes les agences régionales de santé (ARS) dans lesquelles la mission ne s'est pas déplacée ont été contactées à l'occasion d'une conférence téléphonique, tant en métropole que dans les Outre-mer.

La mission s'est également appuyée sur les données disponibles fournies par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Les investigations de la mission ont pu être restreintes par l'indisponibilité de certaines données, soit en cours de production (rapports d'activité des CAMSP et CMPP), soit inexistantes en tant que telles (données compilées sur les CMP).

Si les CAMSP, CMPP et CMP-IJ participent ensemble de l'offre de prise en charge apportée aux enfants et aux adolescents en matière de prévention, de santé mentale et de handicap, ils ne constituent pas à eux seuls un dispositif intégré ni un parcours de santé. En effet, ces centres s'inscrivent dans une offre plus large constituée des professionnels de premier recours, tels que la protection maternelle et infantile ou le médecin traitant intervenant en amont et pour les cas moins complexes, et des professionnels des solutions dites d'aval, tels que les établissements et services médico-sociaux, les dispositifs de l'Education nationale ou l'hôpital, pour les enfants nécessitant une prise en charge plus intensive ou de plus longue durée.

⁶ Rapport IGAS N°2016-094R/ IGEN N° 2017-031. Claire COMPAGNON, Delphine CORLAY, Gilles PETREAULT

⁷ Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents.

⁸ Circulaire DGS/DH n° 70 du 11 décembre 1992, Orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

⁹ Etude de la DREES, septembre 2004, Magali Coldefy et Emmanuelle Salines.

Ces offres ont été prises en compte par la mission dans leurs relations avec les CAMSP, CMPP et CMP-IJ et leurs effets sur l'activité des centres. Toutefois, elles sortent du périmètre de la mission et n'ont donc pas fait l'objet d'une évaluation en propre, certains dispositifs étant par ailleurs parallèlement investigués par une autre mission de l'IGAS¹⁰. En particulier, les enjeux de l'inclusion scolaire des enfants et adolescents suivis en CAMSP, en CMPP ou en CMP-IJ n'ont pas pu être complètement analysés en l'absence d'une mission conjointe avec l'Inspection Générale de l'Education Nationale (IGEN) et l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR), et compte tenu des travaux menés par l'IGAS sur des sujets connexes¹¹.

Cette mission s'inscrit dans le contexte d'un mouvement de réformes en matière de santé mentale (stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022 annoncée en mai 2018¹² et feuille de route en santé mentale et psychiatrie en juin 2018¹³), ainsi qu'en matière de protection de l'enfance (stratégie nationale pour la protection de l'enfance¹⁴ et stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes¹⁵ à venir).

¹⁰ Evaluation du fonctionnement en dispositif intégré des Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) et de ses perspectives d'extension (2017-170R), C. LAVIGNE, M. RAYMOND (IGAS), B. FALAIZE, L. LOEFFEL (IGEN), P. GUIDET (IGAENR), 2018.

¹¹ Evaluation de l'accompagnement des élèves en situation de handicap (2018- R12), P. NAVES, F. MOCHEL (IGAS), C. MOREAU-FAUVARQUE (IGEN), M. ROLLAND, J-F. RAYNAL (IGAENR).

¹² <http://handicap.gouv.fr/focus/l-autisme/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/>

¹³ <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/sante-mentale-et-psychiatrie-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour>

¹⁴ <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/protection-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-agnes-buzyn-annonce-le-lancement-d>

¹⁵ <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/strategie-pauvrete/>

1 SI LES CAMSP, CMPP ET CMP-IJ PRESENTENT DES CARACTERISTIQUES COMPARABLES, CES TROIS CATEGORIES DE CENTRES ONT CHACUNE DES SPECIFICITES

1.1 Les CAMSP, CMPP et CMP-IJ présentent des composantes communes dans leur cœur de métier et leur fonctionnement

1.1.1 Les centres reçoivent sans orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées des enfants et adolescents ayant des caractéristiques similaires

1.1.1.1 Les trois centres reçoivent des enfants et adolescents, ainsi que leurs parents

Les CAMSP, CMPP et CMP-IJ accueillent et prennent en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes, avec des bornes d'âge définies par les textes. Pour les CAMSP, l'annexe XXXII bis¹⁶ fixe comme principe l'accueil des enfants des « premier et deuxième âge », ou d'âge préscolaire, soit de 0 à 6 ans. Les CMPP accueillent, quant à eux, les enfants et adolescents de 0 à 20 ans, assurant en cela une jonction avec le début de l'âge adulte. Enfin, les CMP infanto-juvéniles (appelés aussi CMP pour enfants et adolescents - CMPEA) accueillent les enfants et adolescents, qui, à partir de 16 ans, peuvent également être pris en charge en psychiatrie adulte¹⁷.

Tableau 3 : Caractéristiques clé du public reçu dans les CAMSP, CMPP et CMP-IJ en 2016

	CAMPS	CMPP	CMP-IJ
Nombre d'enfants de la file active	73 115	213 122	401 135
Âge moyen dans la file active	3 ans	10 ans	9 ans
Répartition filles/garçons	39 %/61 %	34 %/66 %	38,5 %/61,5 %

Source : CNSA, ATIH, retraitement mission.

Cette spécificité du public accueilli a pour conséquence de donner une place importante aux parents et à l'entourage proche des patients (fratrie, famille élargie). En effet, les patients ne s'inscrivent pas seuls mais sont accompagnés d'un représentant légal, qui effectue une demande explicite de soins pour eux. Bien que le cadre juridique permette aux adolescents d'être reçus, à leur demande, sans autorisation de leurs parents, dans les faits ceux-ci sont, dans la plupart des cas, informés et en accord avec cette demande de soins¹⁸.

¹⁶ Le cadre d'action des CAMSP est précisé par l'annexe XXXII bis introduite par le décret n° 76-389 du 15 avril 1976 au décret n° 56-284 du 9 mars 1956, définissant les « conditions techniques d'agrément des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce ».

¹⁷ Des spécialisations par âge existent (CMP petite enfance 0-6 ans, CMP adolescents 12-16 ans, cf. partie 1.2), tandis que certains établissements gardent les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, afin d'éviter une intégration trop brusque dans le monde de la psychiatrie adulte.

¹⁸ De manière générale, l'article R4127-42 du code de la santé publique dispose que « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. »

Au-delà même des parents, les professionnels s'efforcent d'adapter au mieux la démarche de soins à la diversité des situations familles. Ainsi un pédopsychiatre rencontré par la mission s'est rendu dans le lieu de vie d'une famille de gens du voyage pour expliquer à la grand-mère d'un patient les besoins de soins de son petit-fils.

Acteurs de la démarche de soins, les parents peuvent être eux-mêmes accompagnés par les professionnels (offre de « guidance » parentale, accompagnement social et administratif, et dans certains cas prise en charge médicale). S'agissant des CMPP, la prise en charge des parents en cure psychanalytique est ainsi explicitement prévue par le cadre réglementaire comme une possibilité.

De surcroît, l'entourage au sens large peut être inclus dans le projet de soins et les membres de la fratrie peuvent faire l'objet d'un suivi spécifique dans chacune de ces structures. A titre d'exemple, on peut citer la situation de nourrissons jumeaux parallèlement pris en charge dans un CAMSP au titre des difficultés psychologiques vécues par le frère du fait de l'éloignement de sa sœur, prise en charge dans une unité de soins de suite et de réadaptation (USSR) dans une région voisine¹⁹.

De la même manière, si chacune de ces trois structures a ses propres spécialités (cf. 1.2.2), plusieurs types de profils peuvent être pris en charge de façon indifférenciée en CAMSP, en CMPP ou en CMP-IJ²⁰. Il s'agit notamment des enfants et adolescents atteints de « Troubles mentaux et du comportement » (chapitre V de la classification CIM-10). Reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la classification internationale en vigueur, dite CIM-10, décrit les maladies et troubles mentaux (cf. tableau 4). Elle coexiste avec d'autres classifications par ailleurs utilisées comme outil clinique (CFTMEA, DSM-5) (cf. annexe 6).

Parmi les profils cliniques qui peuvent ainsi se retrouver en CAMSP, en CMPP comme en CMP-IJ, on compte par exemple les troubles de l'humeur, les troubles envahissants du développement, les troubles des apprentissages (troubles « dys » notamment), ainsi que les troubles du comportement.

Tableau 4 : Classification CIM-10, chapitre V « troubles mentaux et du comportement »

CIM-10	Intitulés
F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
F10-F19	Troubles mentaux /comportementaux liés à l'utilisation de substances psychoactives
F20-F29	Schizophrénies, trouble schizotypique, trouble délirants
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs]
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
F50-F59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
F60-F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F70-F79	Retard mental
F80-F89	Troubles du développement psychologique dont TED
F90-F98	Troubles du comportement /troubles émotionnels apparaissant habituellement durant enfance et adolescence
F99	Trouble mental, sans précision

Source : Mission, d'après les classifications de l'OMS de 2016²¹ reprises par l'ATIH

¹⁹ Situation rencontrée par la mission au CAMSP adossé au CHU de Bordeaux.

²⁰ C'est à dire sans erreur d'appréciation du besoin, les stratégies de soins pouvant en revanche varier d'une structure à l'autre.

²¹ <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>

Encadré 1 : L'insuffisance des données épidémiologiques disponibles

S'agissant des troubles psychiques, l'analyse la plus significative de données a été réalisée dans le cadre d'un rapport de l'Inserm datant de 2003²² et de 2009²³. Axées sur les prévalences, les études menées dans ce champ ne permettent généralement pas de couvrir l'ensemble des tranches d'âge, ni de connaître les trajectoires et l'évolution des troubles. Elles peinent également à apprécier les facteurs de risque de ces troubles, pourtant indispensables à leur détection précoce et à leur traitement efficace par le système de soins.

Par ailleurs, les recueils de données institutionnelles (rapports d'activité de la CNSA, données du RIM-P) sont encore en cours de mise en place.

Malgré l'existence d'études épidémiologiques et de recueils statistiques, il est également difficile de connaître le nombre d'enfants atteints de handicaps et plus encore d'en caractériser les profils et les besoins, de suivre leur évolution et planifier une offre de service adaptée. Les données sont souvent anciennes et reposent sur des systèmes à périmètre limités (registre du handicap de l'enfant)²⁴ ou sur des bases partielles et souvent hétérogènes (données MDPH, CAMSP).

Source : Mission.

1.1.1.2 Les centres reçoivent les enfants et adolescents sans qu'une évaluation de la MDPH ni une orientation de la CDAPH ne soient requises comme préalables

Centres de diagnostic et de prise en charge en ambulatoire, les CAMSP, les CMPP et les CMP-IJ ont en commun un accès direct, sans prescription médicale, sans évaluation préalable par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), sans reconnaissance administrative du handicap ni orientation par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Ainsi, ces structures reçoivent, notamment au titre de leurs actions de prévention, un public plus large que celui des enfants en situation de handicap ou dont l'examen du dossier MDPH est en cours.

En théorie, l'avantage associé à cet accès direct est la possibilité d'une prise en charge plus rapide et plus aisée pour la famille, sans condition préalable en termes de gravité des troubles ni en termes de diagnostic. Dans les faits, cet avantage est limité, compte tenu des délais d'attente rencontrés par des familles (cf. 2.1.4), une fois leur démarche d'inscription effectuée dans l'un de ces centres, pour accéder à un premier rendez-vous médical, puis à un diagnostic, et avant le début effectif du projet de soins, que ce soit en CAMSP, CMPP ou CMP-IJ.

S'il n'est pas une condition d'entrée, le détour par une évaluation en MDPH s'avère nécessaire *a posteriori* pour une partie des enfants suivis, en parallèle de la prise en charge au centre :

- Soit au titre du financement de soins dispensés en libéral, faute de moyens suffisants au sein même du centre, et qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale (recours à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), financée par la branche famille ;
- Soit en vue d'une orientation par la CDAPH, le dossier étant préparé bien avant la date de départ effectif du centre ;

²² « Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver », rapport Les éditions Inserm, 2003 (expertise collective), ainsi qu'une deuxième édition datée de 2009.

²³ « Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi », rapport Les éditions Inserm, 2009. Ce document présente une synthèse des connaissances issues de plusieurs expertises collectives qui se sont intéressées au développement et à la santé de l'enfant (troubles visuels et auditifs, TSA, troubles psychiques, troubles mentaux).

²⁴ Outre le fait de ne porter que sur les formes sévères, les registres du handicap de l'enfant ne couvrent pas les handicaps d'origine viscérale et les troubles des apprentissages.

- Soit au titre des demandes de compensation des conséquences des troubles sur la vie quotidienne de l'enfant (établissement d'un « plan personnalisé de compensation²⁵ »).

1.1.2 Les centres offrent une prise en charge ambulatoire et pluridisciplinaire

Au-delà de leurs spécificités, CAMSP, CMPP et CMP-IJ partagent une même organisation de leur cœur de métier, autour de quatre grands axes :

- Axe 1 : Prise en charge ambulatoire des jeunes
- Axe 2 : Repérage, évaluation et diagnostic précoces
- Axe 3 : Prévention ciblée sur les populations à risque
- Axe 4 : Articulation avec les autres acteurs

Les principales caractéristiques de leurs équipes professionnelles et de l'organisation des parcours de soins leur sont communes.

1.1.2.1 Les équipes professionnelles sont pluridisciplinaires et placées sous une direction médicale

Dans les CAMSP comme dans les CMPP et les CMP-IJ, les équipes professionnelles (appelées « plateau technique » dans le secteur sanitaire²⁶) sont pluridisciplinaires et organisées autour de métiers en grande partie communs.

Composées de médecins (pédiatres, pédopsychiatres) qui en assurent la direction médicale, elles rassemblent également une variété de professions paramédicales (orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, infirmiers psychiatriques en CMP-IJ, kinésithérapeutes en CAMSP, etc.) ainsi que des psychologues, qui concourent tous à l'établissement du diagnostic et à la mise en place des soins.

Prévue par les textes, l'exigence de pluridisciplinarité est un gage de qualité, notamment dans l'établissement du diagnostic. C'est d'ailleurs un critère commun aux structures et professionnels de niveau 2, selon le guide de la HAS (cf. encadré 2 *infra*). Elle a été, à ce titre, réaffirmée et renforcée dans les récentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), par exemple, s'agissant des troubles du spectre autistique (TSA).

Concomitamment, chacun de ces centres est en mesure d'apporter aux familles un accompagnement social, administratif et éducatif, grâce aux personnels dédiés (secrétariat administratif, assistants sociaux, puériculteurs en CAMSP, psychopédagogues en CMPP) afin de faciliter la coordination du parcours de soins, en lien avec les besoins de la famille et le milieu de vie.

L'annexe 2 décrit les métiers représentés dans les CAMSP, CMPP et CMP-IJ.

²⁵ Plan défini pour deux ans, qui peut comprendre notamment une affectation d'un accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH) ou une attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH), par exemple pour compensation de la réduction du temps de travail des parents.

²⁶ Utilisée par certains interlocuteurs de la mission, la notion de plateau technique désigne stricto sensu l'environnement du médecin au sein de l'hôpital, incluant les lieux et les moyens (ressources humaines, équipements) qui permettent de réaliser des actes curatifs ou diagnostiques. En l'occurrence, pour les structures évaluées par la mission on peut le comprendre comme la présence sur un même lieu de compétences professionnelles s'exerçant dans des environnements aménagés (espaces de consultation, de bilans et de rééducation équipés du matériel et des supports nécessaires tel que par exemple les équipements d'audiométrie, parcours et modules de motricité, piscines à balles, tapis, jeux d'équilibre, etc.

1.1.2.2 Les étapes du parcours de santé sont identiques

Malgré les spécificités de chacun des centres (cf. 1.2), le parcours de santé des enfants et adolescents s'organise *théoriquement* autour des mêmes étapes depuis le repérage en amont jusqu'à la sortie, l'orientation ou le relais en aval.

1. Le repérage par les « adresseurs²⁷ » et l'orientation vers les centres

Que ce soit en CAMSP, en CMPP ou en CMP-IJ, le repérage du besoin est en général réalisé par un acteur extérieur à la structure, qui est souvent un professionnel dit de premier niveau ou un professionnel de l'environnement de l'enfant. Il peut s'agir notamment de l'équipe enseignante, d'un éducateur de l'aide sociale à l'enfance (ASE) d'un médecin de la Protection maternelle infantile (PMI), d'un professionnel de santé libéral (médecin généraliste, pédiatre, orthophoniste, etc.) ou de l'accueil des enfants (crèches, centres de loisirs, etc.). A la suite de l'observation de l'enfant, ces acteurs vont orienter les familles vers le CAMSP, le CMPP ou le CMP-IJ en fonction de son âge et de ses besoins apparents.

2. L'accès direct sur une démarche formelle des parents

La prise en charge nécessite une démarche formelle des parents qui doivent solliciter directement le centre. L'adressage ne nécessite pas de formalisation particulière, bien que le professionnel de niveau 1 puisse appuyer son orientation en décrivant le besoin par écrit ou par téléphone. La démarche des parents ne requiert ni orientation préalable de la CDAPH, ni certificat médical.

3. La première prise de contact avec le centre

Ce premier contact se tient avec l'accueil administratif. Il s'agit d'une première approche factuelle de la demande, en vue de la prise de rendez-vous avec un médecin ou d'une éventuelle réorientation vers un dispositif plus adapté. Si la demande correspond bien aux critères administratifs (âge, carte vitale, adresse, etc.), un dossier est ouvert. C'est à ce stade, en règle générale, que la famille est informée des délais d'attente.

4. Le premier contact avec un professionnel de santé ou du social

Le rendez-vous médical est précédé d'un premier entretien, téléphonique ou présentiel, avec un professionnel de la prise en charge qui peut être un infirmier (en CMP-IJ), un psychologue (en CMP-IJ ou CMPP) ou une assistante sociale (CMPP, CMP-IJ ou CAMSP). Cet entretien permet de rassembler des premiers éléments d'analyse de la demande et évalue la pertinence et/ou le niveau d'urgence du rendez-vous médical.

5. Le premier rendez-vous médical

Le premier rendez-vous médical vise à définir les besoins (en termes d'évaluation, de bilan, de diagnostic) et à organiser la prise en charge à venir en fonction du degré d'urgence et/ou de complexité (professionnels paramédicaux à mobiliser, intensité nécessaire des soins). Selon les possibilités et les besoins du patient, le médecin qui reçoit est un pédopsychiatre, un pédiatre, un généraliste ou un médecin avec un autre type de spécialité. La prise en charge débute à ce moment.

²⁷ Terme utilisé dans les rapports d'activité des CAMSP et des CMPP envoyés à la CNSA depuis 2015.

6. L'établissement du diagnostic

Après le premier rendez-vous médical s'ouvre une période, de plusieurs semaines à plusieurs mois, d'observation, d'évaluation et de bilans associant les médecins et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. L'objectif est l'établissement d'un diagnostic ou, à défaut, d'une orientation diagnostique permettant lorsque nécessaire une prise en charge comprenant des soins (rééducation orthophonique, psychomotricité) et un soutien socio-éducatif, afin de perdre le moins de temps possible.

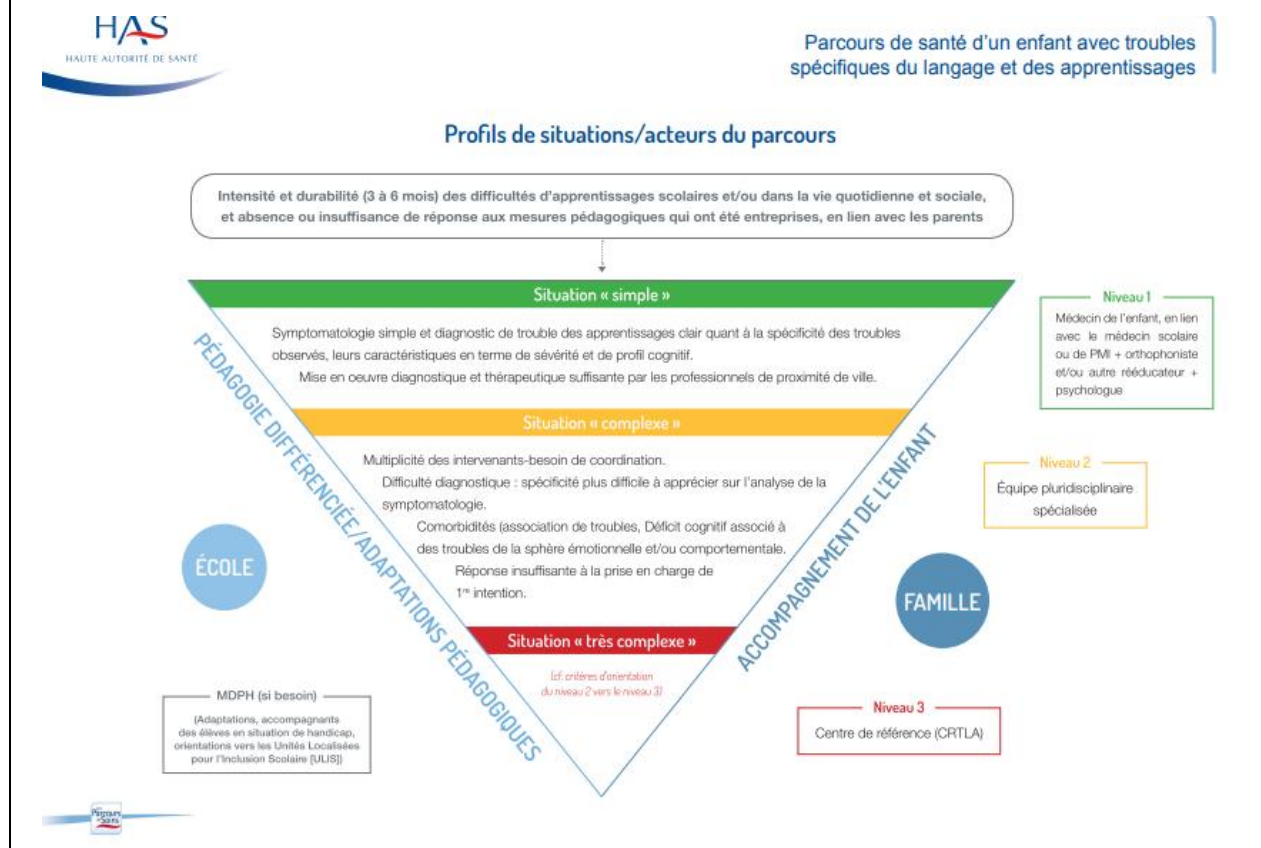
En cas de forte complexité, l'équipe du CAMSP, CMPP ou CMP-IJ peut avoir recours à des structures spécialisées (centres de référence tels que le centre de ressources autisme ou le centre de ressources déficience visuelle) dits de niveau 3 (cf. encadré 2 *infra*).

Encadré 2 : Les niveaux 1, 2 et 3 dans l'organisation des parcours de santé

Récemment, la Haute Autorité de Santé (HAS) a fixé des principes pour l'organisation du parcours de santé des enfants porteurs de certains types de troubles, notamment pour les enfants avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. Parmi ces principes, la répartition des solutions en trois niveaux, selon la complexité de la situation de l'enfant, a permis de clarifier le rôle respectif des acteurs.

Afin que le parcours s'articule uniquement en fonction « des besoins de l'enfant et de ses troubles », les CAMSP, CMPP et CMP-IJ – même si ces structures ne sont pas citées en tant que telles - ont vocation à jouer un rôle de « structure spécialisée » compte tenu de leur équipe professionnelle pluridisciplinaire et des compétences spécifiques qu'elles rassemblent.

A ce titre, leur positionnement correspond au niveau 2 sur le schéma ci-dessous.



Source : Guide HAS sur le parcours de santé des enfants avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages (février 2018).

7. La définition du projet de soins et la prise en charge ambulatoire

Le diagnostic est suivi de l'annonce à la famille. Cette étape est délicate, et doit prendre en compte la douleur des familles comme le temps nécessaire pour expliquer les enjeux de la prise en charge précoce. Le respect de ce moment est essentiel pour que des relations de confiance, absolument nécessaires, puissent se nouer entre l'enfant, sa famille et l'équipe. La définition d'un projet de soins en ambulatoire peut comprendre des séances individuelles (rééducation, soins psychiques) ou collectives (groupes thérapeutiques, ateliers), ainsi qu'une aide à la famille (suivi social ou administratif), avec une fréquence et une intensité modulables selon les besoins de l'enfant et les capacités des structures. La mise en œuvre de ce projet est jalonnée par des réunions de synthèse, associant l'ensemble des acteurs du soin.

8. Le recours éventuel à des dispositifs complémentaires

En fonction de l'évolution de l'enfant, le CAMSP, CMPP ou CMP-IJ peut, ponctuellement ou plus durablement au cours de la prise en charge, orienter l'enfant vers des prises en charge plus adaptées, soit en raison de l'intensité et de la technicité des soins requis, soit à l'occasion d'une période de crise et/ou de complications. Ces orientations se font généralement vers les différentes offres de soins à l'hôpital. Par ailleurs, le recours à des centres d'expertise spécialisés (ou « centres ressources ») par trouble peut être requis pour fiabiliser ou mettre à jour un diagnostic très complexe (niveau 3).

**Encadré 3 : L'offre hospitalière en psychiatrie infanto-juvénile
(extraits de l'arrêté du 14 mars 1986)**

L'offre ambulatoire est constituée :

- des centres médico-psychologiques infanto-juvéniles (CMP-IJ), qui sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert ;
- des centres d'accueil permanents qui sont des centres médico-psychologiques habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante-huit heures ;
- des hôpitaux de jour (HDJ) assurant des soins polyvalents, individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel ;
- des ateliers thérapeutiques utilisant des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale ;
- des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe ;
- des services d'hospitalisation à domicile qui organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient.

Les équipements et services comportant hébergement comprennent :

- des unités d'hospitalisation à temps complet ;
- des centres de crise qui sont des centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës ;
- des hôpitaux de nuit organisant des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, de fin de semaine ;
- des appartements thérapeutiques qui sont des unités de soins, à visée de réinsertion sociale, mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants ;

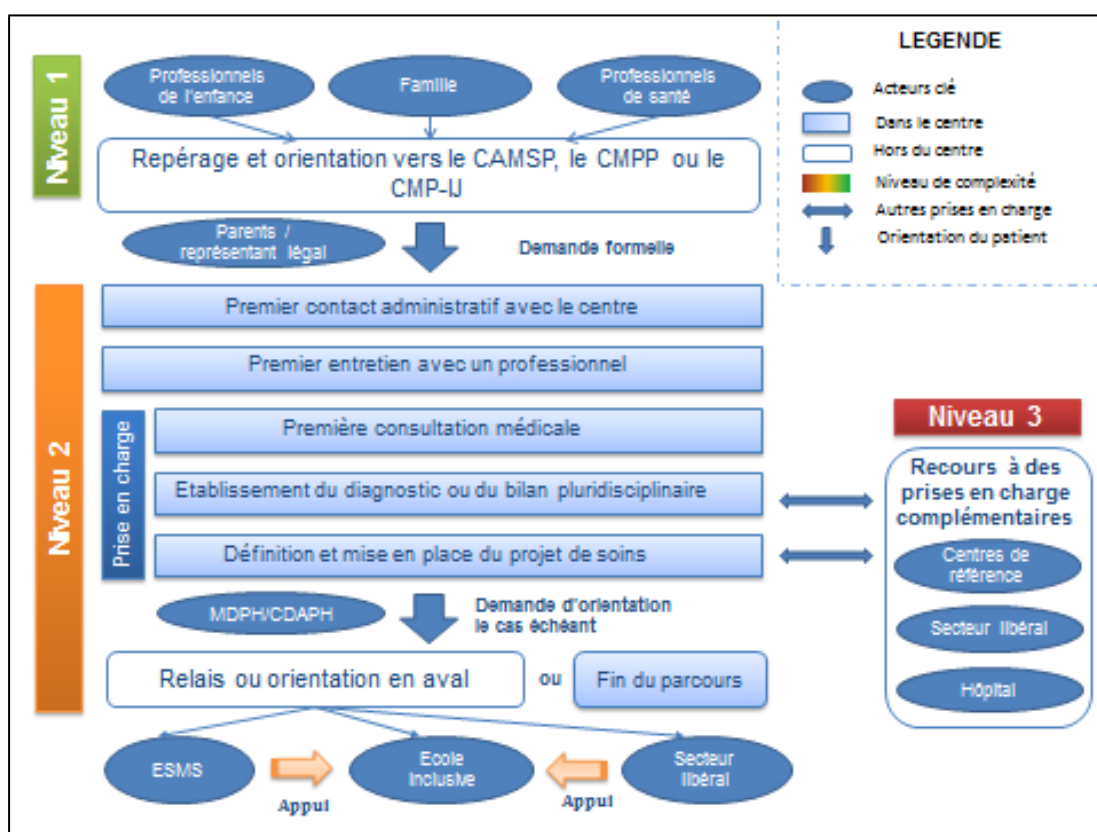
- des centres de post-cure : unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome ;
- des services de placement familial thérapeutique qui organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

Source : Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

9. La sortie, le relais ou l'orientation en aval

A la fin de la prise en charge, une orientation vers une solution d'aval est proposée en cas de besoin. En 2017, 66 % des enfants sortis des CMPP dans l'année n'ont pas nécessité de relais de prise en charge, leur sortie du centre mettant fin à leur parcours de soins. Cette donnée n'est pas disponible pour les CMP-IJ. Dans les CAMPS, seuls 23 % des enfants ne nécessitent aucune prise en charge à la sortie²⁸. Pour les autres enfants, l'orientation proposée, en cas de besoin, peut exiger une évaluation en MDPH (accès aux structures médico-sociales sur orientation de la CDAPH).

Schéma 1 : Représentation schématique du parcours type de soins



Source : Mission.

Ce schéma théorique ne se retrouve pourtant que rarement dans la réalité. En effet, le parcours prend des formes particulières en fonction des troubles ou des pathologies des enfants et des adolescents.

²⁸ Rapports d'activité des CAMSP, synthèse nationale des résultats 2016, CNSA.

L'encadré ci-dessous décrit des situations-type décrites par les professionnels rencontrés par la mission.

Encadré 4 : Cas particuliers de parcours enfants- familles

Cas du parcours d'un enfant atteint d'une paralysie cérébrale

David* est un nourrisson qui suivait déjà des soins de kinésithérapie pour une microcéphalie avant son entrée en CAMSP. Le CAMSP organise une consultation avec un spécialiste de médecine physique et de réadaptation (MPR), et propose une IRM cérébrale aux parents. Après une phase d'exploration, le CAMSP accompagne les parents dans l'annonce du handicap. S'organise ensuite une prise en charge motrice autour du binôme MPR/kinésithérapeute. Une synthèse est organisée chaque année. A partir de l'âge de quatre ans, l'équipe pluridisciplinaire envisage l'orientation post CAMSP et tente de trouver une place, soit en service d'éducation motrice, soit en kinésithérapie dans le libéral, selon les possibilités et le souhait des parents.

Cas du parcours d'un enfant atteints de troubles du spectre autistique (TSA)

Sarah* est une enfant de moins de trois ans. Elle entre au CAMSP en raison de ses difficultés de communication, sur orientation de son médecin traitant. Une première évaluation est conduite.

Comme les symptômes de TSA sont clairs (troubles de la communication, intérêt restreint), le CAMSP pourrait poser ce diagnostic simple. Toutefois en pratique, ce CAMSP envoie chaque enfant dès la 1ère consultation au Centre de Ressources Autisme (CRA) à la demande des familles et en anticipant une demande de la MDPH. Il y a de 6 à 12 mois d'attente au CRA de Montpellier. Si le médecin soupçonne d'autres troubles (langage/dysphasie/développement), l'enfant reste en CAMSP pour affiner le diagnostic.

En parallèle, le CAMSP organise les examens recommandés par la HAS pour éliminer l'hypothèse d'une maladie génétique ou somatique : prise de sang (X fragile), IRM cérébral et consultation génétique.

Une fois le diagnostic posé, le CAMSP propose une orientation dans un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)²⁹ local spécialisé sur les TSA, qui ne comprend que 15 places. En l'attente d'une place, l'équipe garde l'enfant et cherche une prise en charge orthophonique en libéral en espérant un délai d'attente inférieur à 18 mois. Le CAMSP offre également un suivi de la scolarité et un accompagnement social. Il oriente la famille vers les associations de parents.

Cas du parcours d'un enfant porteur de troubles du déficit de l'attention (TDA-H)

William est un garçon de 8 ans suivi depuis un an en CMPP où il a été orienté par la psychologue scolaire pour des troubles du comportement (agitation importante, inattention, décrochage scolaire). Sa mère présente des signes d'épuisement depuis la naissance de son dernier enfant (mari très souvent absent pour raisons professionnelles). Le diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) a été posé après un bilan psychologique et un traitement médicamenteux (methylphénitade) instauré en lien avec le CMP-IJ. William bénéficie d'un suivi psychologique et une demande d'aide à domicile a été faite à la MDPH pour soulager sa mère.

Cas du parcours d'un enfant atteint de troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage (TSLA)

Lucie*, 4 ans, est suspectée de présenter un trouble des apprentissages. A son entrée au CAMSP, un bilan psychométrique est réalisé, puis un bilan ergothérapeutique et un bilan psychomoteur. La prise en charge s'articule ensuite autour de l'ergothérapie et la psychomotricité. Pour ces enfants qui commencent l'école, le suivi psychologique est axé sur la guidance parentale. L'orientation en post CAMSP est difficile, faute de places adaptées en libéral.

²⁹ Service mobile du secteur médico-social, le service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad) apporte des conseils et un accompagnement aux enfants et aux familles dans le but de favoriser l'inclusion scolaire et l'autonomie.

Cas du parcours d'un enfant porteur d'une trisomie 21

Thomas* est porteur d'une trisomie 21. Cette situation est particulière car la trisomie peut être dépistée soit *in utero*, soit à la naissance. C'est le seul cas dans lequel une démarche des parents n'est pas formellement exigée, compte tenu de la soudaineté de l'annonce du diagnostic et du désarroi des familles. A la sortie de l'hôpital, la puéricultrice du CAMSP va rencontrer les familles à domicile pour parler de la prise en charge dans le centre. Le travail débute en pré CAMSP dès l'annonce du diagnostic, puis l'équipe pluridisciplinaire intervient très tôt pour aider les parents.

Cas du parcours d'un enfant lourdement handicapé

Karim* a souffert, à l'âge de six mois, d'un désordre métabolique aigu qui a causé une lésion cérébrale qui se traduit par un syndrome dystonique grave. Il devrait être pris en charge en SSR pédiatrique mais reste chez lui faute de place dans sa région. A cause des douleurs, l'enfant ne dort pas, ne mange plus et doit revenir de 2 à 4 fois par mois à l'hôpital en neuro-pédiatrie sur indications de douleurs ou de malnutrition.

Il entre au CAMSP à l'âge de 15 mois. L'assistante sociale aide la mère, qui a cessé son activité, à compléter le dossier de demande des droits sociaux (Allocation Journalière Présence parentale (960 euros par mois), cumulable avec l'allocation de base de 130 euros de l'AEEH). La prise en charge s'organise autour de la kinésithérapie (en libéral), de la psychomotricité et des consultations médicales pédiatriques et MPR très régulières.

Selon les professionnels, cet enfant ne devrait pas être en CAMSP, en raison de la complexité clinique et des comorbidités (neurologie, gastroentérologie).

Son orientation en aval pose problème. Techniquement, sa situation ne relève pas du polyhandicap car si son handicap moteur est extrêmement sévère, il n'a pas de handicap psychique marqué. Pourtant, dans le cas d'espèce, l'accueil en établissement spécialisé pour le polyhandicap donnerait accès à un plateau technique adapté et apporterait un soutien et un répit à la famille en journée et/ou la nuit.

Cas du parcours d'un enfant souffrant de phobie scolaire

Lisa*, 9 ans, fait l'objet d'une mesure de protection de l'enfance et souffre à l'école (agitation, sentiment d'être dépassée, angoisse, hyper-émotivité). Son éducateur a orienté ses parents vers le CMPP, en raison du coût d'un suivi psychologique dans le secteur libéral. Après une attente de 4 mois, Lisa est intégrée à un groupe thérapeutique (lecture de contes, jeux) avant de débiter sa prise en charge individuelle (30 minutes par semaine, sur le temps scolaire, toute l'année scolaire). Sa mère, qui s'oppose à son passage en CM1 alors qu'elle ne sait ni lire ni écrire couramment, fait part de ses inquiétudes au psychologue avec lequel une relation de confiance s'établit peu à peu.

Cas de deux enfants pris en charge pour « variations par rapport à la normale »

Il s'agit de troubles psychiques d'ordre réactionnel (à la suite d'un choc traumatique, d'une séparation, d'un décès, etc.), qui ne sont pas nécessairement pathologiques, mais qui doivent être pris en charge pour éviter qu'ils s'installent et troublent le développement psychologique de l'enfant.

Fatou*, jeune fille de 10 ans se présente avec ses parents au CMPP sur la suggestion de la psychologue scolaire. Sa sœur jumelle est déjà suivie dans le centre pour une dyspraxie repérée dans la première enfance. Souffrant d'un certain isolement social, Fatou a été l'objet de plusieurs épisodes de panique, gérés par l'infirmière scolaire. Après des consultations, les troubles psycho-affectifs s'avèrent être en lien avec la situation de souffrance de sa mère également suivie en CMPP et en psychiatrie libérale. Un suivi psychologique est mis en place pour quelques mois, aux termes desquels la situation sera réévaluée.

Adressé sur le conseil de l'assistante sociale de son collègue, Noé* est un garçon de 12 ans qui vit avec sa mère et son beau-père. Il présente un tableau d'angoisse et d'inhibition sociale, accompagné de difficultés scolaires et de troubles de la concentration. L'évaluation psychologique de la situation fait suspecter une possible maltraitance du beau-père. Outre un signalement aux services sociaux, l'équipe du CMPP met en place un suivi psychologique de l'enfant avec participation à un groupe de psychodrame.

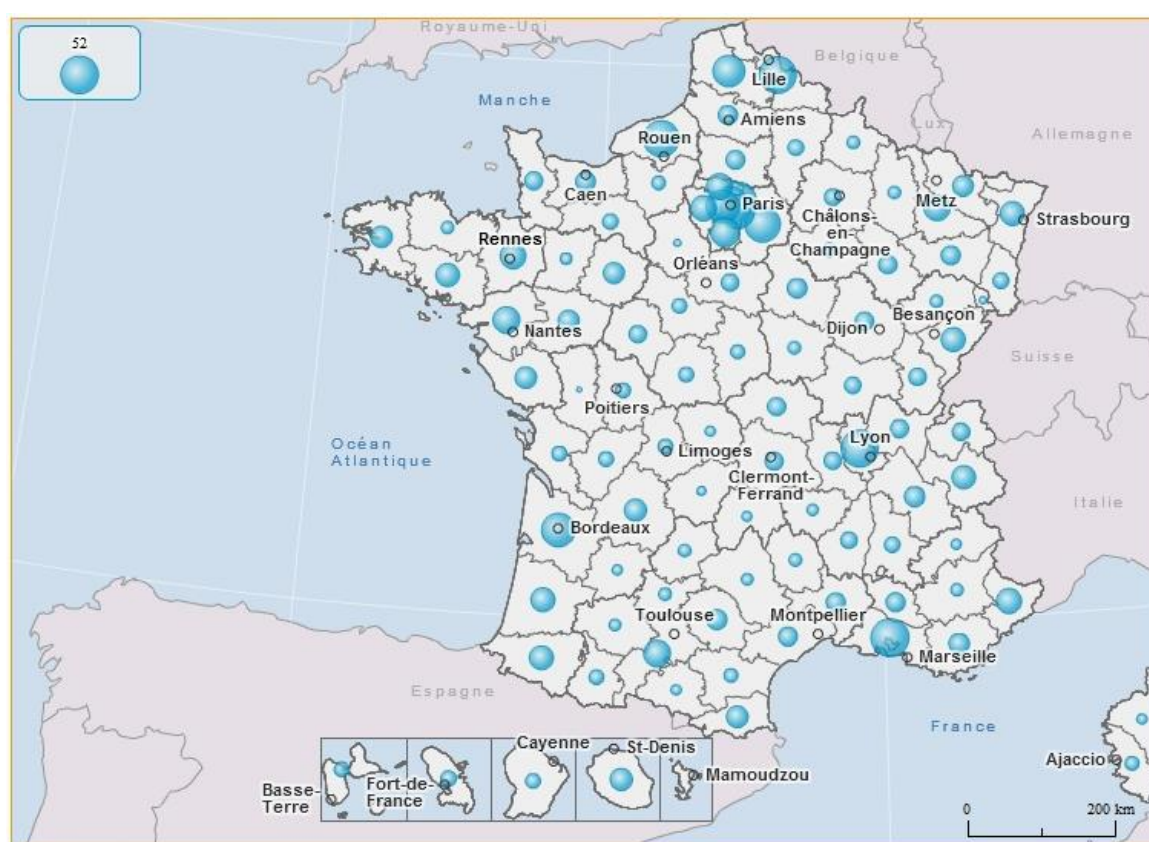
Source : Déplacements mission, témoignages des professionnels. (*) Les prénoms ont été modifiés

1.1.3 Les centres sont des lieux de proximité répartis sur tout le territoire

D'accès direct, les CAMSP, CMPP et CMP-IJ proposent des soins au plus près des lieux de vie des enfants et des familles. L'organisation territoriale des centres se situe de fait au niveau infra-départemental et assure un maillage de l'ensemble du territoire. Chacun des trois centres peut disposer, outre son site principal, d'une ou plusieurs annexes (aussi appelées antennes) qui lui permettent de garantir la proximité des soins.

S'agissant des CMP-IJ, la circulaire du 15 mars 1960³⁰ instaure la sectorisation de droit de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile. Un secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à deux à trois secteurs de psychiatrie générale. L'ensemble du territoire national est ainsi couvert par une offre de CMP-IJ, complétée par des antennes locales.

Schéma 2 : Carte des CMP-IJ par département



© Atlasanté - IGN GEOFLA® - Carte réalisée à partir de données importées par l'utilisateur

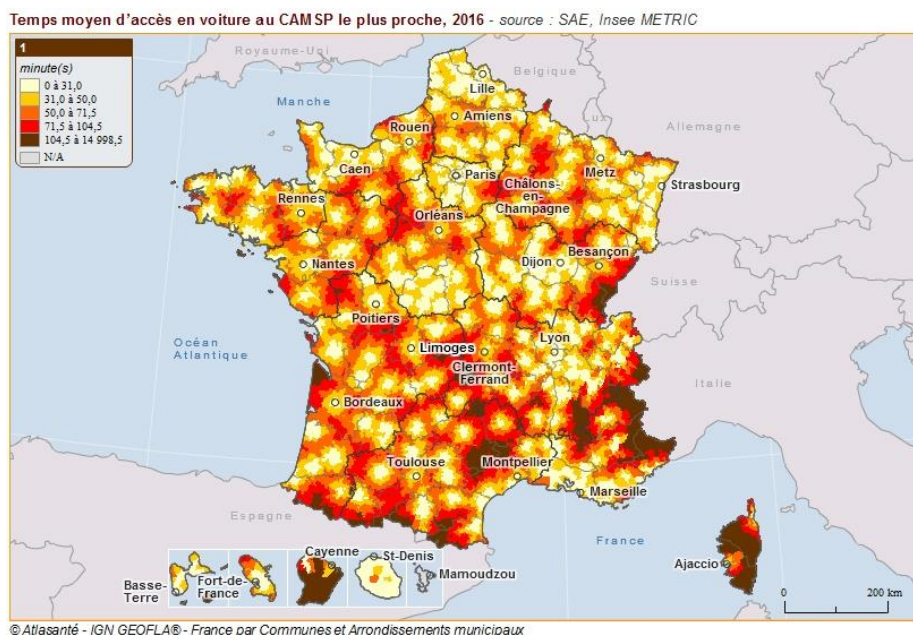
Source : SAE 2016, retraitement mission.

S'agissant des CAMSP et des CMPP, la règle de la sectorisation n'existe pas. Néanmoins, on observe une territorialisation de fait de l'offre compte tenu du régime d'autorisation fondé sur des agréments de l'Agence régionale de santé (ARS) par zone géographique. Ainsi, en 2018, chaque département compte au moins un CAMSP. On compte en revanche trois départements dépourvus de CMPP (l'Ain, les Alpes-Maritimes et la Lozère).

³⁰ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

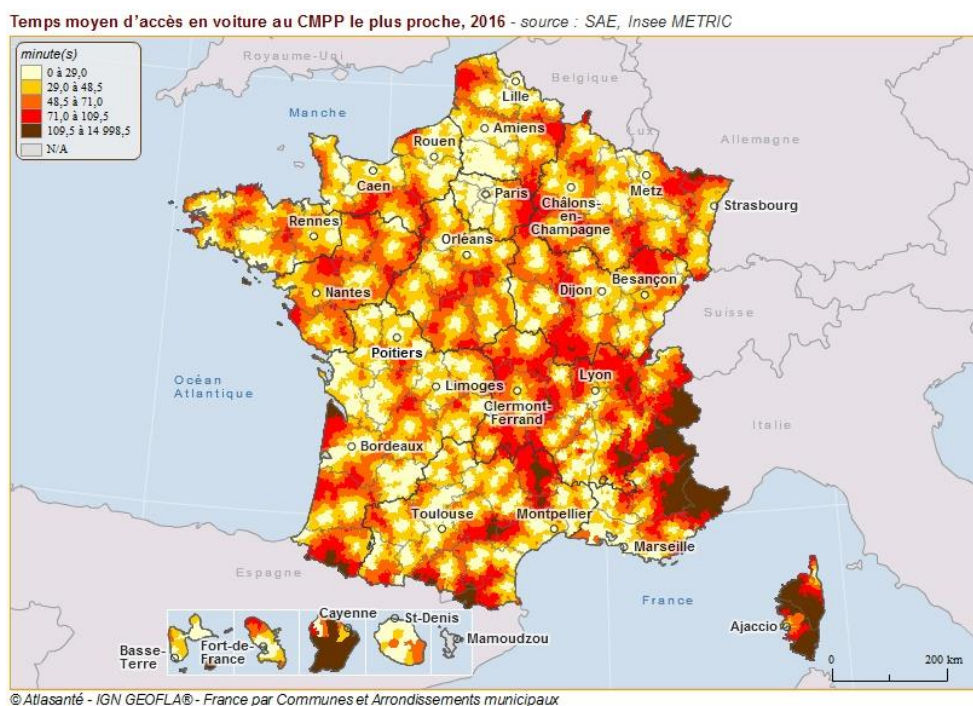
Le taux d'équipement en structures médico-sociales de ce type varie fortement d'un département à l'autre. Ainsi, par exemple, en Haute-Garonne, on ne compte qu'un site principal de CAMSP (soit 0,2 site pour 10 000 enfants de 0 à 4 ans), contre 8 sites dans l'Indre (soit 8,7 sites pour 10 000 enfants de 0 à 4 ans). S'agissant des CMPP, le nombre de structures (sites principaux et annexes) pour 10.000 enfants de 0 à 4 ans varie également fortement entre les départements qui en sont pourvus, de 0,2 en Isère et dans le Bas-Rhin à plus de 7 dans la Nièvre et le Lot.

Schéma 3 : Temps moyen d'accès en voiture au CAMSP le plus proche



Source : *L'Atlas de la santé mentale en France (SAE, Insee Metric)*

Schéma 4 : Temps moyen d'accès en voiture au CMPP le plus proche



Source : *L'Atlas de la santé mentale en France (SAE, Insee Metric)*

Les cartes ci-dessus permettent de visualiser la distance qui sépare les habitants du CAMSP ou du CMPP le plus proche. Cette représentation du taux d'équipement en CAMSP et CMPP doit toutefois être analysée plus précisément, au regard de quatre critères :

- la composition des équipes professionnelles au sein de chaque structure qui conditionne les capacités de prise en charge réelles ;
- l'accessibilité physique des centres au regard de la disponibilité des modes collectifs ou individuels de transport ;
- la présence et l'accessibilité des offres « alternatives » (CMP-IJ, professionnels libéraux, structures médico-sociales adaptées, filières spécialisées par pathologie...) ;
- la présence et l'accessibilité d'une maternité de niveau 3, ou d'un centre hospitalier avec un plateau technique adapté.

Ainsi, seule une vision consolidée de l'offre disponible au niveau local, intégrant l'offre libérale, hospitalière et médico-sociale, l'offre d'accueil de la petite enfance (crèche) et les centres de ressources régionaux (CRA, centre de ressource déficience visuelle, etc.) peut permettre d'établir un diagnostic complet de l'accessibilité des soins dans un territoire donné.

1.1.4 Les centres s'appuient sur des partenariats avec les professionnels de l'enfance et de la santé

Les CAMSP, CMPP et CMP-IJ s'inscrivent dans un environnement composé de nombreux professionnels, au premier rang desquels ceux de l'enfance et de la santé. L'organisation de ces relations est décisive pour la prise en charge des enfants et des adolescents et l'accompagnement des familles, tant en amont, qu'en parallèle et en aval de la prise en charge.

1.1.4.1 En amont du parcours, les partenariats avec les acteurs du milieu de vie sont déterminants pour favoriser un repérage et une prise en charge précoces

Comme précisé *supra* (cf. 1.1.2.3), les acteurs dits de « premier niveau » jouent un rôle central dans le repérage des risques et des problématiques présentes chez les enfants et adolescents qui nécessitent une prise en charge en CAMSP, CMPP ou CMP-IJ.

Il s'agit notamment des médecins de protection maternelle et infantile (PMI), des pédiatres ou médecins traitants, des services de néonatalogie, des équipes enseignantes de l'école ou des établissements préscolaires, des professionnels de l'accueil des enfants (crèches, assistantes maternelles, etc.), des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou encore des professionnels des activités culturelles, sportives ou de loisirs fréquentés par l'enfant.

Les relations avec ces professionnels ont pour objectif :

- La prise en compte précoce des signaux d'alerte repérés par le « niveau 1 » afin de favoriser une orientation, un diagnostic et une prise en charge rapides ;
- La bonne orientation de l'enfant vers une structure adaptée, afin d'éviter les réorientations et les errances administratives dans le parcours de l'enfant ;
- L'organisation d'un relais efficace et soutenant pour la famille, dans le cas d'un adressage (par exemple le contact par téléphone entre le pédiatre de famille et le médecin du CAMSP) ;
- Le partage d'informations sur la situation de l'enfant et ses besoins, ou leur évolution, dans le respect du secret médical.

Encadré 5 : Les problématiques liées au respect du secret médical

Le secret médical s'impose à tous les médecins et couvre tout ce qui vient à leur connaissance dans l'exercice de leur profession. Un médecin ne peut ainsi pas communiquer de données médicales à une autre personne, même tenue au secret professionnel, hormis cas particuliers³¹. En effet, le secret médical fonde la relation de confiance qui se noue entre le praticien et son patient. Il permet de protéger la vie privée de l'enfant et de prévenir notamment les risques de préjudices liés à la diffusion de cette information personnelle, comme par exemple des stigmatisations ou discriminations dans le milieu scolaire.

Pour assurer la continuité des soins ou pour déterminer la meilleure prise en charge possible, les professionnels de santé peuvent toutefois avoir besoin d'échanger des informations sur le patient. Le « secret partagé » (article L1110-4 du code de la santé publique) dispose que « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives la concernant, afin d'assurer la continuité et la qualité de ses soins ».

La loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016 a permis à d'autres professions de participer à cet échange d'informations couvertes par le secret médical, à condition de participer à la prise en charge d'une même personne et que les informations échangées soient nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins. Les informations transmises doivent entrer dans le périmètre des missions des professionnels de santé ou du secteur médico-social ou social. Cet élargissement n'est pas imposé aux professionnels qui peuvent refuser de transmettre des informations, sauf si le refus risque de porter atteinte à l'obligation de continuité des soins.

Ce nouveau droit concerne un grand nombre de professionnels de santé³² et de professionnels de l'accompagnement social, médico-social ou psychologique³³. Le partage d'informations entre un professionnel de santé et un professionnel qui ne figure pas sur la liste réglementaire n'est pas permis et, s'il devait avoir lieu, serait considéré comme une violation du secret médical.

S'agissant des relations entre CAMSP/CMPP/CMP-IJ et milieu scolaire, qui sont nécessaires à la continuité et à la qualité de la prise en charge des enfants, les professionnels du soin comme de l'éducation rencontrés par la mission mettent en avant les difficultés d'articulation qu'entraîne parfois le secret médical. Les professionnels du monde enseignant regrettent ainsi de manquer d'information sur la situation des enfants pour organiser leur accueil dans les meilleures conditions.

Pour les équipes des centres, la difficulté consiste parfois à déterminer ce qu'ils peuvent communiquer à l'extérieur (comportements à risques éventuels de l'enfant, conduites à tenir en cas de crise, effet sur la vie scolaire, etc.) pour contribuer à la réussite de l'inclusion scolaire³⁴ sans contrevenir à la confidentialité qui les lie à leurs patients. En effet, la loi n'organise pas d'échange d'informations entre les professionnels de santé et l'Education nationale. La circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 rend toutefois possible le partage de certaines informations entre les équipes médicales et éducatives, à la « demande expresse » des familles, dans le but exclusif d'une meilleure prise en charge de l'enfant.

Source : Mission.

³¹ La loi a prévu certaines dérogations au secret médical. Le médecin peut notamment être amené à informer le préfet des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui, déclarer les maladies contagieuses à l'autorité sanitaire, établir un certificat médical préalable à une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ; déclarer au Procureur de la République la nécessité de placer un individu sous sauvegarde de justice.

³² Chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, préparateur en pharmacie, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, diététicien.

³³ Assistants de service social ; ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ; assistants maternels et assistants familiaux ; éducateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs ; particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées ; mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales ; non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil ; non-professionnels de santé prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie ; non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie.

³⁴ Les parents sont cependant libres d'évoquer les troubles de leurs enfants avec les équipes scolaires.

Localement, des réseaux de professionnels permettent de favoriser les échanges et cette bonne connaissance des relais disponibles sur le territoire. C'est le cas du réseau national périnatalité Naître et Grandir³⁵ qui rassemble, autour du secteur sanitaire, les professionnels de la petite enfance des secteurs médico-social et social. Il facilite notamment le repérage et l'adressage des enfants vers les CAMSP. De même, le réseau NEURODEV dans les Hauts-de-France salarie des correspondants associatifs locaux dans 15 territoires répartis sur deux départements. Une demi-journée par semaine, ces professionnels de la petite enfance orientent les familles d'enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement dans leur parcours³⁶.

Association créée en 2011, la Fédération Nationale des Réseaux de Santé Troubles du Neurodéveloppement et des Apprentissages de l'Enfant et de l'Adolescent (FNRS-TNA³⁷) vise à représenter ces réseaux afin d'accroître leur visibilité et d'améliorer la qualité des parcours.

Ces partenariats avec les acteurs de l'amont se retrouvent dans les adressages. C'est ainsi qu'on observe un lien beaucoup plus fort entre le milieu hospitalier et les CAMSP (dont 25 % sont gérés par un CH) ou les CMP-IJ, qu'entre l'hôpital et les CMPP qui sont eux plus proches du milieu scolaire pour des raisons historiques, de publics accueillis et de personnels disponibles (cf. annexes 1 et 2).

Tableau 5 : Comparaison de la répartition des entrées par type d'adresseur entre CMPP et CAMSP en 2016

Adresseur	CAMSP	CMPP
Professionnels du secteur sanitaire³⁸	27 %	16 %
CAMSP	4 %	4 %
CMPP	-	2 %
Services sociaux (dont ASE) et autres ESMS (IME, SESSAD, etc.)	6 %	6 %
Accès direct (famille, entourage)	12 %	30 %
Protection maternelle et infantile	19 %	2 %
Dispositif petite enfance	3 %	-
Education nationale	20 %	33 %
Autres	9 %	7 %

Source : CNSA, synthèse rapports d'activités 2016, retraitement mission. Données non disponibles pour les CMP-IJ.

1.1.4.2 En parallèle de la prise en charge, les relations entre professionnels sont nécessaires pour faciliter la continuité des soins et le bien-être de l'enfant dans son milieu de vie

Pendant la prise en charge, les relations avec l'extérieur visent tout d'abord à garantir la continuité des soins (relations de travail avec les professionnels libéraux pour les soins complémentaires, relais avec les centres de référence spécialisés pour le diagnostic) et l'inclusion dans le milieu de vie (lien avec l'école, les services sociaux ou les autres activités culturelles et sportives de l'enfant).

³⁵ Site internet d'un réseau régional, celui de Languedoc-Roussillon : <http://nglr.fr/>

³⁶ <http://www.neurodev.fr/>. En 2013, le réseau a mené des travaux de réflexion sur le parcours des enfants Dys en lien avec les professionnels (libéraux, hospitaliers, associatifs), lesquels ont abouti à un schéma cohérent avec le parcours publié par la HAS.

³⁷ <https://www.federeseauxdys.org/>

³⁸ Médecins et paramédicaux libéraux, maternités, services de néonatalogie et autres services hospitaliers.

Ces relations ont trois objectifs :

- Le partage d'informations sur la situation de l'enfant et ses besoins, qu'ils soient sociaux, éducatifs ou sanitaires, dans le respect du secret médical ;
- La sécurisation des orientations proposées à l'enfant et à sa famille, notamment dans son parcours scolaire : c'est le rôle des réunions de suivi de la scolarisation qui peuvent associer les professionnels des centres mais aussi des soignants libéraux ;
- La formation et l'accompagnement de tous ceux qui entourent les enfants dans leur vie quotidienne (famille, aidants, équipe éducative,...) sur la compréhension des troubles ou du handicap et l'apprentissage des conduites à tenir : c'est la mission dite « ressource » des centres³⁹.

1.1.4.3 En aval de la prise en charge, les relations entre professionnels visent à garantir une bonne orientation ainsi qu'une transition adaptée

En cas de nécessité de relais ou d'orientation en aval, les relations avec les professionnels concernés visent à assurer une sortie efficace du dispositif qui permette à la fois la continuité des soins, l'accès à une prise en charge adaptée aux besoins et le maintien d'un bon niveau d'inclusion scolaire et social des enfants et adolescents.

Ces relations peuvent être développées, selon les cas, avec la MDPH, le milieu hospitalier, l'école (classes ordinaires, les unités localisées pour l'inclusion scolaire - ULIS, unités d'enseignement en maternelle - UEM) ou les établissements médico-sociaux de l'enfant et de l'adulte.

Leur objectif est de favoriser :

- L'accompagnement des familles dans les démarches administratives auprès de la MDPH ;
- Le passage de relais entre les professionnels, qui peut éventuellement nécessiter un tuilage (prise en charge simultanée temporaire) ou des échanges cliniques ;
- La préparation de la sortie et notamment de la suite de la scolarité (orientation scolaire, aide financière, solutions de transport, etc.).

Certaines filières de parcours en aval se dessinent en fonction du centre d'origine : ainsi plus de la moitié des enfants pris en charge en CMPP sortent du parcours sans besoins particuliers tandis que 24 % des enfants sortis de CAMSP sont admis dans un établissement ou service médico-social.

³⁹ Cette mission qui n'était pas prévue par les textes a été reconnue par la CNSA dans son rapport sur les CAMSP de 2009.

Tableau 6 : Comparaison des flux de sortie des enfants et des adolescents entre CMPP et CAMSP

Orientation de sortie	CAMSP	CMPP
Sans nécessité de soins ni d'accompagnement médico-social	23 %	66 %
CMP / CATTP / Hôpital de jour (ou autre secteur sanitaire)	19 %	5 %
Autre CMPP ou CAMSP ou BAPU⁴⁰	18 %	3 %
Suivi libéral	16 %	8 %
Service médicosocial (SESSAD, SAFEP⁴¹, SAVS⁴², SAMSAH⁴³ ...)	16 %	4 %
Etablissement médicosocial (IME, IEM⁴⁴, ITEP⁴⁵...)	8 %	3 %
Autre orientation	-	10 %
Total	100 %	100 %

Source : CNSA rapports d'activités des CAMSP et CMPP 2016, retraitement mission.

1.1.5 Les centres adaptent progressivement leurs pratiques afin de répondre aux attentes des familles et de mieux intégrer les avancées de la médecine

1.1.5.1 Si les droits des enfants et des familles ne sont pas encore uniformément respectés, les pratiques professionnelles des centres évoluent rapidement

Les modalités de prise en charge en centre compliquent les relations entre les familles et les professionnels

- La demande de soins en centre est fortement orientée par les adresseurs

Les relations entre les parents et les centres sont complexes, d'autant plus qu'il existe un tiers, « l'adresseur » dont le rôle, sans être bien explicité, est important dans le parcours des enfants et la vie des familles. Les adresseurs – qu'ils soient professionnels de la santé, du social ou de l'éducation – pèsent sur la demande des parents, pourtant réputée libre et volontaire. En effet, ce principe est souligné par tous les centres et particulièrement par les CMPP, tandis que, dans la réalité, un acteur institutionnel est généralement à l'origine de la demande de prise en charge. Des parents sont donc conduits, et parfois même fortement, à demander une entrée au centre. La démarche d'admission est donc plus ou moins libre et autonome, selon les cas. En ce sens, le taux élevé d'absentéisme aux séances de soins programmées (en moyenne 15,66 % pour les CAMSP et 18,88 % pour les CMPP⁴⁶) pourrait être interprété comme une moindre adhésion des familles au projet de soins des centres.

⁴⁰ Bureau d'aide psychologique universitaire.

⁴¹ Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce.

⁴² Service d'accompagnement à la vie sociale.

⁴³ Service d'accompagnement medico-social pour adultes handicapés.

⁴⁴ Instituts d'Education Motrice.

⁴⁵ Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique.

⁴⁶ Source : ANAP, synthèse des tableaux de bord de la campagne 2017 sur les données 2016, indicateur « Part des actes/séances programmés non réalisés en % ». Les chiffres sont comparables à ceux calculés par la CNSA sur la base des rapports d'activités des CAMSP et CMPP : 17 % pour les CAMSP et 23,7 % pour les CMPP.

- Les parents sont à la fois acteurs et possiblement bénéficiaires de soins

Dès le repérage et tout au long de la prise en charge, les premiers acteurs du parcours de soins de l'enfant ou de l'adolescent sont les parents et la famille. Chaque jour, les parents sont de fait le pivot de la coordination des prises en charge, notamment de leur articulation avec les rythmes de la vie de l'enfant en famille, à l'école et dans toute la vie sociale.

Les familles peuvent donner aux professionnels des éléments de première importance sur l'évolution de l'enfant, de ses besoins, ou sur ses difficultés du quotidien. C'est à ce titre que l'on parle d'« expertise parentale », à prendre en considération pour la réussite de la prise en charge.

Pourtant, la légitimité des parents-acteurs a été longtemps contestée. Dans les cas où les parents veulent être associés, voire considérés comme partie prenante des prises en charge de leurs enfants, ils se heurtent parfois à un refus qui n'est pas toujours expliqué par des raisons médicales. Dans certains cas, les parents peuvent être considérés comme susceptibles – le plus souvent à leur insu – de jouer un rôle dans les troubles présentés par leur enfant, ce qui les disqualifierait pour participer activement aux soins. En effet, certaines approches psychodynamiques prennent en compte l'influence possible de l'environnement dans la genèse ou le renforcement des symptômes. Néanmoins, la mission a observé que les relations entre les équipes de professionnels et les parents sont généralement moins compliquées dans les CAMSP, où la présence des parents en séance est quasi-systématique, ce qui - pour partie - peut s'expliquer par le jeune âge des enfants.

En sus de leur rôle d'acteur de la prise en charge de leur enfant, les parents peuvent aussi être bénéficiaires de l'accompagnement des centres. Ainsi, les centres ont pour mission d'apporter une aide aux familles, quand les tâches du quotidien, les démarches administratives ou la coordination du parcours de soins s'avèrent trop difficiles ou trop lourdes. Les parents, la fratrie, peuvent être aussi accompagnés. C'est le sens des missions que les centres doivent exercer en matière de guidance parentale (aide socio-éducative, éducation thérapeutique) et d'accompagnement social et administratif (aide à la constitution des dossiers, accompagnement dans les transitions soit vers les accueils d'aval, soit vers les prises en charge dans le secteur libéral).

Particulièrement sensible, la période de bilan, d'évaluation et de diagnostic nécessite un temps d'appropriation et d'acceptation par la famille. Dans ce cadre, l'accompagnement est essentiel. Il s'agit à la fois d'informer sur les difficultés et les contraintes prévisibles associées au handicap ou aux troubles diagnostiqués chez l'enfant, et d'évoquer très tôt le projet de vie des parents en lien avec les possibilités d'évolution, de rééducation et d'inclusion de leur enfant.

Après le diagnostic et tout au long de la prise en charge, l'équipe pluridisciplinaire apporte un soutien à la parentalité qui va de l'éducation thérapeutique au soutien psychologique des parents et de la fratrie, en passant par un accompagnement dans les démarches administratives (notamment auprès de la MDPH) et une facilitation de l'accès aux droits sociaux et aux aides financières.

A titre d'illustration, dans le cadre de l'action « Eveil et soutien à la parentalité » menée dans le département des Vosges, des puéricultrices ou des éducateurs de jeunes enfants du CAMSP interviennent à domicile en soutien aux parents aux moments qui posent problème comme celui du coucher ou du repas, durant trois mois renouvelables une fois. Il peut y avoir un relais de la PMI.

Certaines pratiques des centres sont encore contestées par les parents

Si la reconnaissance du rôle actif des parents par les centres et les professionnels progresse, il demeure trop de tensions, alors même que l'enjeu est de sécuriser et d'apaiser les familles. La mission a recueilli de nombreux témoignages de parents, collectés par les associations nationales, qui retracent leurs grandes difficultés (cf. encadré 6). Les griefs expriment le désarroi des familles face

aux conditions de la prise en charge de leurs enfants, parfois face aux mots entendus, aux attitudes perçues et aux procédures imposées.

Encadré 6 : Résultats des enquêtes menées par les associations auprès des parents

Les centaines de témoignages recueillis par les associations, et que la mission a pu consulter, donnent des informations concordantes sur les incompréhensions, les dysfonctionnements ressentis et les anomalies repérées par les familles dans leurs relations avec les professionnels et les administrations, alors même qu'elles traversent des moments difficiles psychologiquement, affectivement et souvent matériellement.

En l'absence de recueil systématiquement organisé par les structures, ces témoignages sont essentiels pour comprendre les enjeux humains, sociaux et médicaux des prises en charge.

Les témoignages portent sur :

- des absences ou des inadéquations de prise en charge d'un enfant, vivement ressenties comme des injustices, voire des violences institutionnelles ;
- des restes à charge, qui sont perçus comme autant de manquements au devoir de solidarité nationale ;
- la contrainte qui pèse sur des familles qui n'osent pas quitter des centres qui ne leur donnent pas satisfaction, de peur de ne pas trouver une autre solution, ou de faire l'objet d'un signalement ;
- des jugements *a priori* culpabilisants pour les parents ;
- des évaluations expéditives de professionnels, qui n'écoutent pas les parents et les renvoient à eux-mêmes ou à leurs modes d'éducation ;
- des parcours de soins qui ne sont pas compris, faute d'être expliqués simplement ;
- des prises en charge longues⁴⁷, et considérées comme opaques par les parents, dont les questions ne sont pas entendues ;
- des mots inappropriés et très maladroits à l'annonce d'un diagnostic, comme par exemple « vous devez faire votre deuil », qui suscitent des réactions de colère et d'abattement, et des professionnels qui semblent indifférents à la souffrance des familles ;
- l'absence d'attention portée à la notion de rétablissement et à l'objectif d'inclusion dans le milieu ordinaire (scolarité, loisirs, vie professionnelle), notamment pour les personnes porteuses de maladies mentales ;
- des besoins d'aide ou de soutien humain qui n'ont pas été compris.

Source : *Les témoignages de parents, recueillis notamment par la Fédération française des Dys (FFDys)⁴⁸, France Autisme, Sésame Autisme, l'UNAFAM, et l'UNAPEI.*

○ L'accès aux informations et aux dossiers

Une des principales difficultés rencontrées par les parents est le libre accès aux informations de santé et de prise en charge de leur enfant. Ces difficultés ont été particulièrement signalées à la mission dans le secteur sanitaire ; alors même que le droit⁴⁹ prévoit que les parents doivent donner un « consentement libre et éclairé », recevoir une information « accessible et loyale », et qu'« une information adaptée à leur âge » doit être délivrée aux enfants⁵⁰.

⁴⁷ Dans les CMPP, en 2016, 7 % des files actives ont fait l'objet d'une prise en charge de plus de six ans selon la CNSA. La moyenne est estimée à 2 ans et un mois selon les calculs de la mission sur la base des données CNSA.

⁴⁸ Enquête flash avril- mai 2018 de la FFdys. Sur 800 personnes sollicitées, la FFdys a reçu 300 réponses en 10 jours.

⁴⁹ Charte des droits et libertés de la personne accueillie, 2003 (http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/exe_a4_accue284e.pdf), mentionnée à l'article 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

⁵⁰ Usagers, vos droits. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de la santé.

Selon les contextes locaux et les pratiques des professionnels, l'accès à l'information, au dossier individuel de prise en charge (DIPC) ou au dossier médical varie fortement, soit parce que les équipes manquent de temps, soit parce que la formalisation des relations avec les parents est insuffisante. La liberté de choix des parents, déjà très contrariée par l'insuffisance de l'offre, est mise à mal, faute d'informations précises et compréhensibles.

Un des enjeux clairement identifié par la mission est la mise à disposition d'une information simple et transparente sur les modalités possibles de prise en charge, en fonction des troubles présentés par les enfants, en particulier dans les CMPP et les CMP-IJ. Des explications sur le contenu et les implications des différentes méthodes employées (psychothérapies, thérapies familiales, groupes thérapeutiques tels que le psychodrame, rééducation, interventions psycho-éducatives telles que la musicothérapie, thérapies cognitivo-comportementales, etc.) seraient également bénéfiques pour garantir le consentement libre et éclairé des parents au projet de soins.

- Les débats et les conflits résiduels autour des approches thérapeutiques

Les dissensions liées à l'absence de liberté de choix thérapeutique et à la prédominance exclusive du champ théorique psychanalytique semblent moins prégnantes que par le passé⁵¹. La plupart des professionnels rencontrés indiquent souhaiter adopter ou évoluer vers un pluralisme des approches thérapeutiques dans leurs pratiques professionnelles.

Le renouvellement des générations de praticiens contribue largement à l'évolution des pratiques professionnelles, les jeunes diplômés ayant été formés à de multiples approches thérapeutiques au cours de leurs études. Toutefois, ces changements ne vont pas sans tensions entre les gestionnaires des structures, qui encouragent ces évolutions, et des professionnels parfois réticents, voire opposés à la généralisation des formations et des approches fondées sur les neurosciences. Le fait de ne pas respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la HAS (cf. annexe 4) a parfois conduit à des démissions, voire à des licenciements.

Le plus souvent, le travail d'information et de sensibilisation des équipes est mené parallèlement à de nouveaux recrutements sur les postes de direction médicale et de praticiens, notamment dans les CMPP. Ces méthodes permettent aux associations gestionnaires de conduire ce changement de culture et de pratique professionnelle, celui-ci n'étant toutefois pas achevé.

Malgré une mobilisation manifeste, les moyens de formation, les référentiels et les guides de bonnes pratiques nécessaires sont, à ce stade, insuffisants pour répondre aux besoins et à l'attente des professionnels dans cette période de transition. Ainsi, les professionnels rencontrés par la mission ont exprimé leur intérêt pour les référentiels de bonnes pratiques professionnelles, en particulier en raison de leurs éclairages sur les rôles respectifs des acteurs et les règles d'articulation des parcours de soins dans l'intérêt des enfants et des adolescents.

Toutefois, beaucoup soulignent le haut niveau d'exigence de ces référentiels ainsi que la difficulté des structures à mobiliser des moyens humains suffisants pour les suivre. Le référentiel exigerait, selon eux, la mobilisation d'un équivalent temps plein pendant une semaine pour réaliser le diagnostic d'un seul enfant porteur de troubles du spectre autistique. Par ailleurs, une partie des professionnels est en attente de recommandations sur certains troubles, notamment les troubles spécifiques du langage

⁵¹ Voir notamment l'évaluation du troisième plan autisme, rapport IGAS N°2016-094R/ IGEN N° 2017-031. Claire COMPAGNON et Delphine CORLAY (IGAS), Gilles PETREAULT (IGEN) : « En outre, la mission note que si le dialogue national et local n'est pas complètement apaisé, des éléments de convergence apparaissent fortement, et les rencontres au niveau national par la mission semblent témoigner d'une évolution des débats et préoccupations, dans le sens d'une meilleure intervention auprès des personnes avec autisme et de leurs familles ».

et des apprentissages, les troubles de déficit de l'attention (avec ou sans hyperactivité) et certains troubles du comportement.

1.1.5.2 Nécessaires pour repérer ces dysfonctionnements, les outils de transparence et de dialogue avec les familles sont insuffisamment développés

Si les droits des familles ne relèvent pas de textes identiques dans les trois centres, nombre de parents ne sont pas satisfaits et ne trouvent pas les voies et moyens de l'exprimer facilement.

En effet, les outils de détection des dysfonctionnements (participation des usagers, enquêtes, recueil de la parole ou des plaintes) sont insuffisamment développés. Sur ce point, les données du tableau de bord ANAP de 2017 sur l'utilisation de ces outils sont confirmées par les évaluations internes et externes, ainsi que par les évaluations contrôles conduites par l'ARS Nouvelle Aquitaine en Gironde en 2017⁵².

- Les outils de la loi de 2002 sont en partie inadaptés

Dans les centres du secteur médicosocial (CAMSP et CMPP), les documents de la loi de 2002 (projet d'établissement, livret d'accueil, charte des droits, etc.) sont bien formellement disponibles. Toutefois, les modalités de recueil de la parole des usagers sont insuffisantes au regard des enjeux et des attentes exprimées par la voie des associations.

Au-delà de la production de documents, la participation des usagers via un Conseil de la vie sociale (CVS), prévue par la loi, a été jugée inappropriée par la majorité des professionnels rencontrés. En effet, il s'agit de structures de soins ambulatoires, où les enfants et les proches qui les accompagnent ne restent qu'une ou deux heures, et ce, une à deux fois par semaine. Dans ces conditions, les familles peuvent difficilement créer des liens entre elles et avec la structure en tant que telle, et donc s'impliquer dans une instance de représentation collective.

Pour tenter de remédier à cette difficulté, des centres diffusent des questionnaires de satisfaction, sur le modèle des enquêtes de satisfaction dans le secteur hospitalier⁵³. Si les résultats en sont généralement positifs, il n'est guère possible de les interpréter ou d'en tirer des conclusions opérationnelles, compte tenu des faibles, voire très faibles, taux de réponse. Au-delà du taux de réponse, c'est l'outil lui-même du questionnaire de satisfaction ainsi conçu qui est inapproprié au recueil de la parole des parents qui n'en voient guère l'utilité.

Les demandes des familles, exprimées par les associations que la mission a rencontrées, sont très différentes : il s'agit moins de donner un avis sur une prestation reçue ou une structure de soins que de prendre part en continu à la prise en charge de leurs propres enfants.

- Les modalités de recueil et de gestion des plaintes ne sont pas organisées

En l'absence de procédures de médiation et de recueil – formalisé et simple – des doléances au plus près des structures, les sujets évoqués ci-dessus, parfois mineurs du point de vue des soignants, peuvent devenir des points de mécontentement, voire de rupture entre les équipes soignantes et les familles. Plutôt que d'être niées, les possibles incompréhensions, inhérentes à de longs parcours de soins, sont à prendre en compte en amont et selon des dispositifs pérennes afin que les liens de

⁵² Les contrôles des CMPP en Gironde, 2018.

⁵³ Selon le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de 2016, « 65 % des CAMSP et 69 % des CMPP déclarent avoir mis en place un Conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation des usagers ».

confiance et d'adhésion entre les parents et les équipes demeurent. Or les outils nécessaires à un tel détectage des éventuels points de tension ne sont pas suffisants à l'heure actuelle (cf. encadré 7).

Encadré 7 : Les procédures de recueil des plaintes

En principe, le recueil des plaintes suit le circuit général de traitement des réclamations par l'ARS. Le patient ou sa famille peut, s'il rencontre des difficultés avec un établissement de santé (CMP-IJ) ou un établissement médico-social (CAMSP, CMPP), écrire à l'ARS après avoir préalablement saisi le directeur de l'établissement concerné. Un guide de dépôt des plaintes est disponible. Dans les CMP-IJ, les usagers peuvent également faire appel à la commission des relations avec les usagers (CRU).

Le patient ou sa famille peut également s'adresser au Défenseur des droits et à l'Assurance maladie.

Pour les CAMSP, l'association nationale des CAMSP -ANECAMSP- peut recevoir des plaintes des usagers des CAMSP. Elles sont renvoyées à l'ARS concernée et, le cas échéant, au Défenseur des droits et au Conseil de l'Ordre départemental des médecins. Selon les représentants de l'ANECAMSP, la majorité des plaintes a trait au manque de structures d'aval.

Source : *Mission.*

1.2 Les CAMSP, CMPP et CMP-IJ se distinguent toutefois les uns des autres par leur statut, leur spécialisation et leurs modes d'organisation locale

1.2.1 Les CAMSP et CMPP sont deux structures médicosociales tandis que les CMP-IJ relèvent du secteur sanitaire

Si leurs points communs sont nombreux, les trois centres se distinguent tout d'abord par leur appartenance au secteur médico-social pour les uns (CAMPS et CMPP), et au secteur sanitaire pour l'autre (CMP-IJ).

Les CAMSP et CMPP sont des établissements médico-sociaux régis par le décret n°56-284 du 9 mars 1956 complété en 1963 par une annexe XXXII consacrée aux CMPP⁵⁴, et en 1976 par une annexe XXXII bis consacrée aux CAMSP⁵⁵.

Les CMP-IJ sont des services sanitaires⁵⁶ définis par l'arrêté du 14 mars 1986. Ils restent, comme les dispensaires d'hygiène mentale qui les précédaient, le pivot de la psychiatrie de secteur mise en place à partir de 1960⁵⁷.

⁵⁴ Décret n° 56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

⁵⁵ Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux par l'annexe XXXIII bis concernant les conditions techniques d'agrément des centres d'action médico-sociale précoce.

⁵⁶ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

⁵⁷ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

1.2.1.1 Cette différence de statut induit des spécificités de gestion

Conséquence logique de leur appartenance au secteur médico-social, la gestion des CAMSP et des CMPP est à plus de 80 %⁵⁸ associative. De leur côté, les 1545 CMP-IJ sont logiquement gérés dans leur immense majorité par un hôpital, et dans ce cas le plus souvent par un établissement public (88 %), et plus rarement par un établissement privé (12 %)⁵⁹.

On observe, toutefois, certains recoupements entre les deux modèles : ainsi, 25 % des CAMSP⁶⁰ sont rattachés à un centre hospitalier, tandis que certains CMP-IJ sont gérés par des associations⁶².

Ces modèles entraînent chacun des particularités en termes de modalités d'ouverture des centres, de gestion du personnel et de pilotage par l'ARS.

Les modalités d'ouverture d'un centre sont différentes

L'ouverture des CAMSP et CMPP, site principal comme antenne, relève d'un régime d'autorisation. Délivrée par l'ARS (pour les CMPP), conjointement avec le Département (pour les CAMSP), celle-ci précise le nombre d'enfants dans la file active, l'âge des enfants pris en charge, l'activité de la structure, le budget ainsi que le nombre et la nature des emplois. Ce n'est pas le cas des CMP-IJ dont l'emplacement des sites comme le nombre d'antennes relèvent, dans le respect de la politique de sectorisation, d'une décision de l'hôpital auquel ils sont rattachés.

De surcroît, les modalités de gestion du personnel se distinguent

En effet, en CMP-IJ, les personnels relèvent de la fonction publique hospitalière, tandis que les personnels des CAMSP et CMPP sont des salariés du secteur médico-social recrutés notamment dans le cadre de la convention collective de 1966⁶³ (64 % des personnels des CAMSP et 76 % de ceux des CMPP) ou de 1951⁶⁴ (28 % des personnels des CAMSP et 22 % de ceux des CMPP⁶⁵). Dans les CMPP, une partie du personnel fait l'objet de mises à disposition par l'Education nationale : il s'agit notamment des psychopédagogues, pédagogues et directeurs administratifs et pédagogiques, dont la mission est notamment de faciliter les relations et la coordination avec l'école de l'enfant.

⁵⁸ Source FINESS retraitée par la mission.

⁵⁹ DRESS, Les établissements de santé - édition 2018.

⁶⁰ Source FINESS retraitée.

⁶¹ Et 1 % des CMPP.

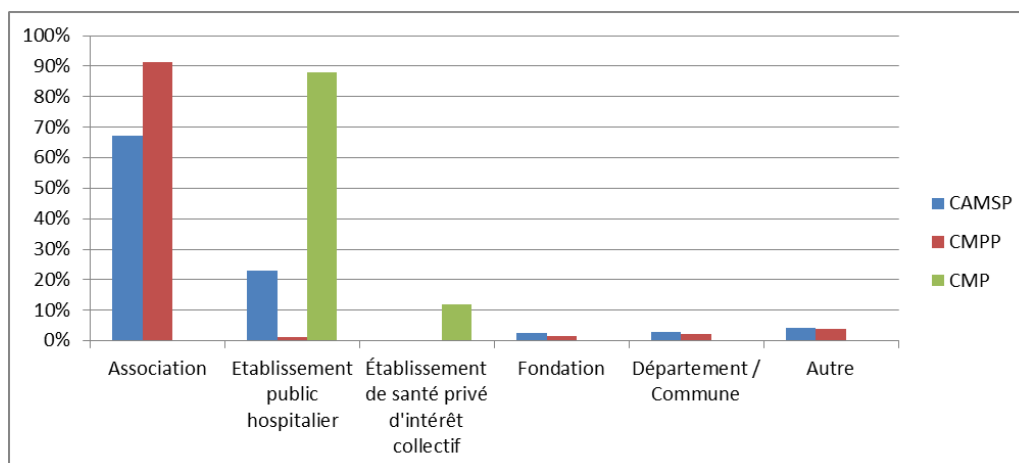
⁶² Ainsi par exemple le C.M.P. Enfants et Adolescents Boissy-Saint-Léger est géré par l'Association de Prévention Soins et Insertion (APSI).

⁶³ Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.

⁶⁴ Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

⁶⁵ Données CNSA sur la base des rapports d'activité 2016 rapportées aux données renseignées.

Graphique 1 : Répartition des CAMSP, CMPP et CMP-IJ par statut de leur entité gestionnaire



Source : FINESS, retraitement mission.

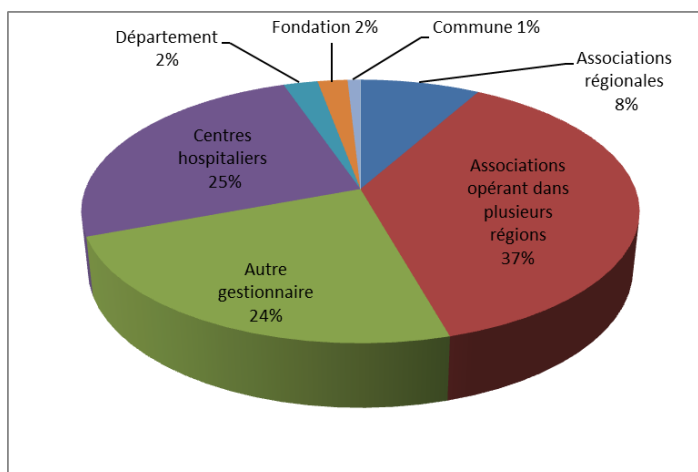
Le pilotage des centres par les ARS est également différencié

Dans le secteur médico-social, la diversité des associations gestionnaires (taille, nombre de structures gérées, diversité de métiers) a un impact sur le pilotage des ARS par la voie du contrat de performance, d'objectifs et de moyens (CPOM). En effet, l'absence de modèle prédominant conduit l'ARS à adapter son suivi des CAMSP et des CMPP à des contextes très différents, depuis la gestion par une association rattachée à une Fédération nationale, dotée de forts moyens, jusqu'à la gestion par une petite association locale et dédiée à une seule structure.

Ainsi, en excluant les CAMSP hospitaliers, la moitié des CAMPS (50,5 %) et des CMPP (54 %) sont gérés par des associations dont le champ d'intervention est régional voire national. Dans le cadre de la mise en place des nouveaux CPOM, les ARS incitent les petites associations à se regrouper ou à s'affilier à de plus grands réseaux, aux capacités financières et administratives plus solides.

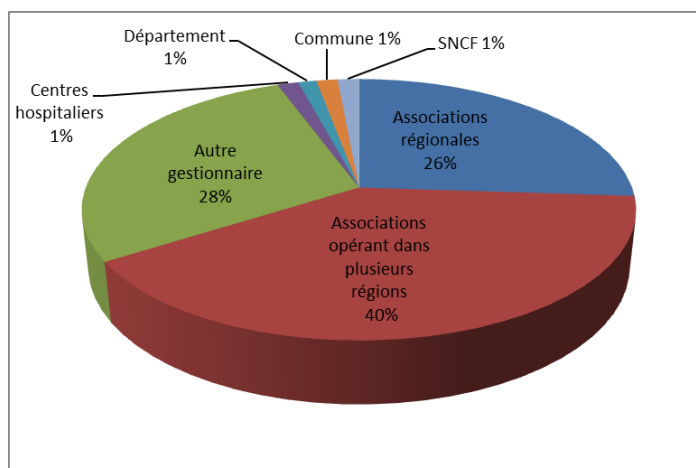
Si le CPOM simplifie le pilotage grâce à la contractualisation avec des associations plus larges et dont le champ d'action dépasse celui des seules structures CAMSP ou CMPP, il peut aussi réduire la visibilité de l'ARS sur ces centres, compte tenu de leur impact financier relativement plus faible.

Tableau 7 : Répartition des CAMSP par type de gestionnaire



Source : Base FINESS, retraitement mission.

Tableau 8 : Répartition des CMPP par type de gestionnaire



Source : Base FINESS, retraitement mission.

Le maillage, relativement large, du pilotage par un CPOM fait écho au mode de pilotage des CMP-IJ. En effet ces derniers ne constituent qu'une partie de l'offre de soins en psychiatrie à côté des deux autres secteurs de psychiatrie⁶⁶ que sont la psychiatrie générale et la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Selon la DREES, en 2003, ils appartenaient, pour 57 % d'entre eux, à un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et pour 43 % à un établissement pluridisciplinaire⁶⁷.

Enfin, du point de vue du gestionnaire, les CMP-IJ participent du même ensemble, avec les autres offres ambulatoires de soins psychiatriques à destination des enfants et adolescents (notamment les centres d'activité thérapeutiques à temps partiels (CATTP), cf. encadré 3 *supra*) et ce bien que le CMP-IJ représente l'essentiel de l'activité. Ainsi, selon la DREES, le nombre d'actes en CMP-IJ représentait 82 % du nombre d'actes ambulatoires en psychiatrie infanto-juvénile en 2016.

1.2.1.2 Les modes de financement des centres diffèrent également

Structures sanitaires, les CMP sont financés par la DAF globale de l'hôpital. En 2016, la DAF public et ESPIC⁶⁸ concernant les soins psychiatrique s'élevait à 8,8 Mds€. Cette dotation couvre les financements de l'ensemble de l'activité de psychiatrie, adultes et enfants, hospitalisation et ambulatoire. Il n'est donc pas possible de connaître la quote-part des versements effectués par l'Assurance maladie qui serait affectée aux CMP infanto-juvéniles.

Néanmoins, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) réalise, avec certains établissements volontaires, un exercice analytique de retraitement comptable qui permet de mesurer le coût moyen d'un acte effectué dans un CMP infanto-juvénile (132€), et donc le coût total des 4,3 millions d'actes recensés en 2016 dans le PMSI⁶⁹. Ainsi, les charges des CMP-IJ peuvent être estimées, pour l'année 2016, à 566 millions d'euros⁷⁰. Ce montant se répartit entre les charges de

⁶⁶ L'article R3221-1 du code de la santé publique distingue trois types de secteurs : les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

⁶⁷ 61 % des établissements dispensant des soins psychiatriques sont mono disciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline (source DREES, Les établissements de santé - édition 2018).

⁶⁸ Établissement de santé privé d'intérêt collectif.

⁶⁹ Programme de médicalisation des systèmes d'information.

⁷⁰ Il s'agit d'un ordre de grandeur, le périmètre des établissements ayant participé à ces travaux pouvant différer de celui des établissements renseignant le PMSI.

personnel (73 %, dont 18 % pour les charges de personnel médical et 55 % pour les charges de personnel non médical), les charges de fonctionnement (21 %) et les charges de structure (6 %).

Quant aux CAMSP et aux CMPP, ils sont financés par l'ONDAM médico-social, à 100 % pour les CMPP⁷¹ et avec un cofinancement par le Département à hauteur de 20 %⁷² au titre de la prévention pour les CAMSP. L'augmentation du budget attribué aux CAMSP et CMPP a été de 12 % depuis 2012 (+21 % pour les CAMSP et +8 % pour les CMPP).

Si les CAMSP sont financés en dotation globale de financement, les CMPP sont pour partie financés en dotation globale de financement (pour ceux qui ont signé un CPOM), et pour partie au prix de journée (ou prix de séance). La circulaire Sécurité sociale de 1964 a défini le coût de « la séance » par la division du montant des dépenses par le nombre de séances. Le terme de « séance » est défini, dans la circulaire, comme le déplacement du mineur au centre. Au cours d'une seule séance, le mineur peut être examiné par un ou plusieurs membres de l'équipe ; la durée de ces examens peut être de durée variable ; une séance peut donc durer une fraction d'heure ou une journée entière. La circulaire précise qu'il « il ne peut y avoir qu'une seule rémunération par jour ».

Tableau 9 : Moyens financiers des centres en 2016

	CAMPS Dotation globale	CMPP Prix de séances et dotation globale (sous CPOM)	CMP-IJ (estimation)
2016	183 070 780 €	335 961 339 €	566 000 000 €

Source : CNSA, CNAM, ATIH, retraitement mission.

Tableau 10 : Coût moyen par structure + coût moyen par acte / par enfant

	CAMSP	CMPP ⁷³	CMP-IJ
Coût moyen d'une structure	820.250€	704.321 €	366 343 €
Coût moyen par acte	144 €	104€	132 €
Coût moyen par enfant de la file active	3.130 €	1.576€	1.411 €

Source : ATIH, retraitement mission.

Les coûts moyens d'un CAMSP et d'un CMPP cachent des variations importantes entre structures, notamment liées au nombre d'antennes et à la taille des équipes.

En revanche, il est intéressant de constater que si le coût moyen par acte est relativement comparable entre les structures, le coût de prise en charge d'un enfant varie fortement entre les structures. Cela traduit des prises en charges d'intensité différente entre les CAMSP d'une part et les CMPP et CMP-IJ d'autre part, avec un nombre moyen d'actes par enfant de 22 pour le premier, contre 15 pour les CMPP et 11 pour les CMP-IJ.

⁷¹ Cofinancement des CMPP par le Département jusqu'en 1986.

⁷² Article L2112-8 du Code de la santé publique.

⁷³ Contrairement aux CAMSP, la mission n'a pas été en mesure de reconstituer le nombre de sites principaux pour les CMPP. Les coûts moyens sont donc établis sur la base du nombre de sites principaux et antennes déclarés dans FINISS (477 en 2016), avec la réserve que toutes les antennes des CMPP ne sont pas déclarées dans FINISS.

1.2.1.3 Ces distinctions compliquent le suivi de la politique de santé des enfants et des adolescents

Due à leur statut et à leurs modes financement, la distinction entre les CAMSP et CMPP d'une part, et les CMP-IJ d'autre part se retrouve dans l'organisation du pilotage de ces centres au sein des ARS. On retrouve ainsi souvent un service dédié à l'offre sanitaire et un autre dédié au suivi des établissements médico-sociaux. Il arrive que ces deux services se trouvent dans des villes différentes.

Bien que les centres partagent un même cœur de métier et soient communément chargés de la santé des enfants et des adolescents, leurs activités ne sont pas suivies de manière précisément coordonnée et font rarement l'objet d'une analyse consolidée. Ainsi, par exemple, il n'existe, à ce jour, aucun dispositif généralisé d'évaluation des coûts, ou d'évaluation de la qualité des prises en charge dans les trois centres⁷⁴. Ces outils seraient pourtant essentiels pour évaluer finement les besoins de financement des centres (recrutement de personnels, création de sites) ainsi que la nécessité de faire évoluer certaines pratiques professionnelles.

Récemment, toutefois, le troisième plan autisme a impulsé un travail de recensement et d'analyse croisée de l'offre et des pratiques professionnelles à la fois sanitaires et médico-sociales. Mise en œuvre par les Centres Régionaux d'Etudes d'Actions et d'Informations (CREAI), cette dynamique a permis de rapprocher ces thématiques dans le pilotage des ARS et d'alimenter leur réflexion.

1.2.2 Les CAMSP sont spécialisés sur la prévention du risque de handicap, tandis que les CMPP et CMP-IJ offrent des prises en charge similaires en santé mentale

1.2.2.1 Les CAMSP sont spécialisés sur la prévention et la prise en charge précoce du handicap

Les CAMSP accueillent des enfants de 0 à 6 ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, ou présentant un handicap ou risque de handicap. La prise en charge comprend l'intervention en ambulatoire d'une équipe pluridisciplinaire en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation d'un handicap.

Une mission centrée sur la prévention

La grande plasticité cérébrale et le potentiel développemental des enfants dans les premières années de leur vie justifient une intervention la plus précoce possible, afin d'en augmenter l'efficacité. C'est pourquoi les CAMSP sont particulièrement mobilisés sur les missions de prévention primaire (surveillance des enfants prématurés, prévention des troubles d'origine psychosociale, conseil génétique dans les familles à risque etc.) et secondaire (prévention du sur-handicap par une prise en charge précoce)⁷⁵.

⁷⁴ Toutefois, la mission note l'existence d'initiatives locales en ce sens pour limiter les délais d'attente et donc améliorer la qualité du parcours des patients. Ainsi, par exemple, l'ARS Ile de France a publié en 2015 les résultats d'une étude expérimentale sur les bonnes pratiques de réduction des délais d'obtention du premier rendez-vous en CMP infanto-juvénile dans la Seine et Marne. Lien : http://www.aios.fr/Telechargements/Sante_mentale_-_Delais_en_CMP-IJ.pdf

⁷⁵ D'anciennes missions de prévention autrefois réalisées par les CAMSP ont été abandonnées. Ainsi, par exemple, le CAMSP de Clermont-Ferrand réalisait un dépistage visuel systématique de 150 enfants par an, pour des raisons historiques dues au fait que le CHU avait inventé le test Bébé Vision, aujourd'hui accessible à tous les ophtalmologistes.

Encadré 8 : Le « suivi - surveillance » des grands prématurés dans les CAMSP

Les CAMSP poursuivent une mission de prévention générale auprès des nouveau-nés dits vulnérables (nés prématurés). La surveillance dure jusqu'à 6 ans. Elle nécessite une acceptation préalable des parents qui doivent prendre contact avec le CAMSP et s'engager à venir aux consultations. Une consultation avec le pédiatre est organisée chaque trimestre la première année, puis chaque semestre la deuxième année, puis une fois par an jusqu'à 6 ans.

L'objectif est d'éliminer ou de repérer le risque de troubles neurosensoriels, de l'attachement, ou du neurodéveloppement. Si le CAMSP dépiste un trouble, le suivi bascule sur une prise en charge par une autre équipe professionnelle, de façon aussi anticipée que possible. Parmi les enfants vus en consultation de prévention au CAMSP, deux tiers ne nécessitent pas de soins particuliers, et un tiers sont porteurs de troubles qui peuvent justifier leur prise en charge au sein du CAMSP.

Dans certains CAMSP, cette mission s'est recentrée sur les enfants dits grands prématurés (nés avant 28 semaines et pesant moins de 1kg à la naissance) en provenance des maternités de niveau 3 (CHU principalement). Auparavant, ces CAMSP prenaient les enfants nés jusqu'à 30 semaines, mais ces enfants sont désormais suivis dans le réseau de périnatalité.

Source : Professionnels rencontrés par la mission.

Cette mission d'intervention précoce avant six ans se traduit dans des partenariats rapprochés et centrés sur la périnatalité et la petite enfance. Il s'agit principalement de liens avec la PMI, les crèches, les services de néonatalogie et la pédiatrie libérale qui sont, à côté des familles, les principaux adresseurs des CAMSP.

En 2016, selon la CNSA, les interventions de l'équipe pluridisciplinaire en dehors du CAMSP représentent 7 % de leur activité. Elles sont surtout réalisées au domicile (47 %), mais également à l'école (14 %) ou en crèche (8 %)76. C'est davantage que les CMPP qui réalisent moins de 2 % de leur activité hors du CMPP, et ce majoritairement (53 %) dans le cadre de l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) ou de l'accompagnement de l'équipe éducative.

Un objectif plus large que la seule santé mentale

Contrairement aux CMPP et aux CMP-IJ, centrés sur la prise en charge de la santé mentale, les CAMSP prennent en charge à la fois des enfants souffrant de troubles mentaux, psychiques et neuro-développementaux, et des enfants porteurs de handicaps sensoriels et de problèmes somatiques.

Cette spécificité se retrouve tout d'abord dans l'analyse des files actives des CAMSP, même si les comorbidités somatique/psychique amènent à nuancer cette distinction entre le public des CAMSP d'un côté et celui des CMPP et des CMP-IJ de l'autre.

Enfin, cette vocation plus généraliste s'illustre dans la composition des équipes (cf. tableau 11 *infra*). Les CAMSP se caractérisent par un plateau technique spécialisé autour d'un pédiatre, voire d'un neuropédiatre, là où la direction médicale des CMPP est presque exclusivement assurée par un psychiatre ou pédopsychiatre.

Si le personnel paramédical représente, dans les deux structures, 50 % à 54 % du personnel total, sa composition est marquée, dans les CAMSP par la prédominance de la rééducation - y compris physique - pour 33 % du personnel (kinésithérapeute - 5 %, psychomotricien - 16 %, orthophoniste

⁷⁶ Parmi les autres interventions extérieures mentionnées dans les rapports d'activité et compilées par la CNSA, on note en particulier les hôpitaux et services de néonatalogie, les établissements et services médico-sociaux, les lieux d'activités culturelles ou sportives, les cabinets libéraux, ou les services sanitaires (SSR, CMP-IJ, CATTP).

13 %, ergothérapeute - 3 %). Dans les CMPP, ce sont les psychologues qui composent la majorité du personnel non médical et au total 29 % de l'ensemble du personnel de ces centres.

Enfin, les CAMSP se distinguent par un recours plus fréquent, pour les diagnostics, à des compétences externes dépassant le champ de la santé mentale, tels que les centres d'analyses génétiques.

Tableau 11 : Comparaison des plateaux techniques des CAMSP, des CMPP et des CMP-IJ

	CAMSP		CMPP		CMP-IJ	
	ETP	%	ETP	%	ETP	%
Nombre moyen d'ETP total	12,09	100 %	17,26	100 %	4.80	100 %
Direction et/ou encadrement	0,94	8 %	1,27	7 %	non disponible	
<i>dont Médecin directeur</i>	0,20	2 %	0,28	2 %		
Administration et gestion	1,81	15 %	3,36	19 %	non disponible	
Services généraux	0,38	3 %	0,72	4 %	non disponible	
Socio-éducatifs	2,23	18 %	1,66	10 %	0.84	18 %
<i>dont Education nationale</i>	0,08	1 %	0,51	3 %		
Médical	0,71	6 %	0.95	5 %	0.68	14 %
<i>dont Psychiatre</i>	0,17	1 %	0.75	4 %	0.65	14 %
<i>dont Pédiatre</i>	0,30	2 %	0.02	0 %		
Paramédical	6,02	50 %	9.30	54 %	3.28	68 %
<i>dont Psychologue</i>	1,55	13 %	4.94	29 %	0.79	16 %
<i>dont Masseur kinésithérapeute</i>	0,58	5 %	-	0 %		
<i>dont Ergothérapeute</i>	0,42	3 %	0.04	0 %		
<i>dont Orthophoniste</i>	1,13	9 %	2.23	13 %		
<i>dont Psychomotricien</i>	1,93	16 %	1.90	11 %		
<i>dont Infirmier</i>	0.07	1 %	0.01	0 %	1.52	32 %

Source : CAMSP et CMPP : Comptes administratifs 2016, retraitement mission ; CMP-IJ : SAE Enquête 2015, retraitement mission⁷⁷.

1.2.2.2 Bien que l'un appartienne au secteur sanitaire et l'autre au secteur médico-social, CMP-IJ et CMPP proposent des offres similaires en santé mentale

Malgré des statuts et des cultures professionnelles différentes (sanitaire et psychiatrique pour l'un, médico-sociale et orientée sur les difficultés scolaires pour l'autre), les CMP-IJ et les CMPP accueillent dans l'ensemble les mêmes publics, atteints des mêmes pathologies, avec les mêmes modalités de prise en charge.

Les spécificités des CMPP et des CMP-IJ ont un faible impact sur la répartition des files actives

- Les CMPP et CMP-IJ présentent quelques spécificités, parfois revendiquées, qui trouvent leur traduction dans leurs plateaux techniques

Les CMPP ont une mission explicitement pédagogique que n'ont pas les CMP-IJ. Leur culture professionnelle et leur histoire, liée à l'Education nationale (cf. annexe 1), les prédisposent à prendre en charge de façon privilégiée les troubles liés aux apprentissages ou les difficultés à l'école en lien

⁷⁷ Pour les CMP-IJ il s'agit d'estimations réalisées par la mission, basées sur les coûts, à partir des données de l'enquête ETP SAE Enquête 2015.

avec des troubles d'ordre psychologique. Ces centres présentent un fort tropisme pour la psychopathologie (troubles névrotiques, troubles psycho-affectifs, troubles relationnels...) et les troubles scolaires (trouble de l'intégration, trouble des apprentissages, trouble du comportement).

Cette spécialisation se retrouve, pour partie, dans la composition des équipes avec le concours de professionnels médicaux et paramédicaux (pédopsychiatre, psychologues, psychopédagogues, rééducateurs) venant en appui à la scolarité.

Par comparaison, les CMP-IJ ont une mission clairement sanitaire et s'adosent au plateau technique de l'hôpital qui leur permet de prendre en charge les troubles psychiatriques sévères et urgents de l'enfant et l'adolescent. En effet, ils disposent d'un accès facilité aux structures d'aval (CATTP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique)⁷⁸.

Les équipes des CMP-IJ se distinguent de celles des CMPP par un encadrement médical global plus important⁷⁹, la présence d'infirmiers de secteur psychiatrique, et un moindre poids des professions paramédicales de rééducation (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes et éducateurs spécialisés).

- Toutefois, cette distinction se retrouve peu dans la répartition des files actives

En effet, les troubles pris en charge par les CMP-IJ et par les CMPP sont globalement les mêmes : il s'agit des troubles du neurodéveloppement, des troubles du développement psychologiques, des troubles psychoaffectifs, des troubles de l'apprentissage, du handicap psychique, des troubles de l'humeur ou encore des troubles du comportement.

Il est ainsi courant que les CMPP prennent en charge des troubles sévères (par exemple, 3 % de leur file active concerne des psychoses), et que les CMP-IJ reçoivent, au titre de leur mission de prévention et de la sectorisation, des enfants présentant des tableaux cliniques à faible potentiel psychiatrique⁸⁰ (16 % de troubles spécifiques du développement de la parole et du langage, 14 % de troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires, 4,6 % de retard mental léger, etc.).

En tant que pivot de la psychiatrie de secteur et au titre de sa mission de prévention, le CMP-IJ prend en charge, dans les faits, aussi bien les pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent (troubles anxieux et dépressifs, troubles cognitifs, maladies mentales) que les troubles psychologiques émanant du milieu scolaire ou familial (troubles du comportement, troubles affectifs et troubles de l'apprentissage notamment)⁸¹.

⁷⁸ De surcroît, les CMP-IJ ont seuls la possibilité de prescrire une molécule particulière nécessaire pour le traitement de l'hyperactivité en première intention (methylphénidate), les psychiatres de CMPP pouvant toutefois renouveler des prescriptions existantes datant de moins de un an (c'est le médecin hospitalier qui doit faire le renouvellement annuel).

⁷⁹ En moyenne, on compte 14 % de médecins dans l'effectif d'un CMP-IJ (hors direction, administration et services généraux) et 32 % d'infirmiers. Par comparaison les CMPP ne comptent que 8 % de médecins et pas d'infirmiers (source : CNSA, ATIH).

⁸⁰ Dans une même catégorie de troubles (classification CIM-10), une intensité plus marquée peut néanmoins justifier le passage à l'hôpital.

⁸¹ On trouve toutefois davantage d'enfants porteurs de tels troubles psychologiques (hors TED et TSA) dans les CMPP (28 % de la file active) qu'en CMP-IJ (10 % de la file active). Compte tenu de la pression de la demande, des professionnels de CMP-IJ ont indiqué à la mission qu'ils réorientaient en effet vers le libéral toutes les difficultés d'ordre « réactionnel » (conséquences psychologiques de séparations, de deuils, etc.) et non pathologique.

Selon l'analyse de la file active réalisée par la mission, seuls 8 % des enfants et adolescents pris en charge en CMP-IJ présentent un diagnostic⁸² qui serait *a priori* susceptible de nécessiter un accès aux structures d'aval (CATTP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique).

Dans le cas où un tel enfant serait pris en charge en CMPP, il peut toutefois accéder à ces mêmes dispositifs de prise en charge plus intense en cas de besoin. Selon les données relatives aux orientations à la sortie des CMPP (cf. tableau 5 *supra*), 5 % des enfants sont ainsi pris en charge par des CMP-IJ en relais du CMPP.

Tableau 12 : Comparaison des profils et des diagnostics en CMP-IJ et CMPP en 2016

	CMPP	CMP-IJ
F0 Troubles mentaux organiques	0%	0%
(F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	0%	0%
(F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	0%	1%
(F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)	2%	2%
(F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	16%	14%
(F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1%	1%
(F60 à F69) Troubles de la personnalité	2%	1%
(F70-F79) Retard mental	2%	1%
(F80-F89 sauf F84) Troubles du développement psychologique à l'exception des TED et troubles du spectre de l'autisme	28%	10%
(F84) Troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme (F84.0 à F84.9)	5%	6%
(F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	23%	27%
Aucun de ces troubles	3%	21%
Pas de diagnostic	18%	15%
Total	100%	100%

Source : Rapports d'activité CMPP, ATIH, retraitement mission.

Cette absence de distinction entre les deux offres est présente depuis l'origine

Depuis l'origine, aucun texte ne prévoit de répartition des publics entre CMPP et CMP-IJ. Dès leur création, la circulaire de 1964⁸³ introduit les CMPP comme « dispensaires secondaires » intervenant après un premier tri réalisé par les dispensaires d'hygiène mentale - les ancêtres des CMP-IJ - considérés comme « dispensaires primaires » au sens où ces derniers doivent recevoir n'importe quel enfant, sans tri préalable. Elle précise que le CMPP peut aussi, lorsque l'accès à un CMP-IJ n'est pas possible ou lorsque l'école le lui adresse directement, prendre en charge un enfant en tant que centre de « premier niveau ». Aucune distinction n'était ainsi faite dans les compétences respectives des centres en fonction des pathologies ou des troubles.

S'agissant des modalités de prise en charge, celles-ci se caractérisent dès 1972 par une approche à la fois médicale et sociale, y compris dans les CMP-IJ. A côté des bilans médicaux, notamment psychiatriques, est en effet prévue une prise en charge sociale et le cas échéant une analyse de la situation scolaire, sur le modèle des CMPP. La spécificité des CMPP risque par ailleurs de s'affaiblir encore, compte tenu du retrait progressif et continu des effectifs de l'Education nationale depuis une dizaine d'années. La distinction par mode de prise en charge n'est donc pas non plus opérante.

⁸² Il s'agit notamment de situations complexes comme les troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité, les troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, une modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrale, les troubles spécifiques de la personnalité ou encore les troubles des habitudes et des impulsions. Cette estimation prend en compte le fait que l'intensité d'un trouble peut justifier un passage à l'hôpital.

⁸³ Circulaire n° 35 bis SS du 16 avril 1964 relative au fonctionnement général et au financement des Centres Médico-Psychopédagogiques.

Observée de longue date, la nécessité d'une collaboration entre CMP-IJ et CMPP est une préoccupation récurrente : celle-ci est exprimée dans les circulaires du 16 mars 1972, du 11 décembre 1992, du 1er décembre 2003, du 30 mars 2006 et dans l'article 58 de la loi de 2005. Parfois complémentaires, ces deux offres sont aussi, selon ces différentes analyses, parfois perçues comme redondantes, voire comme entrant en concurrence dans certains territoires.

Dès la circulaire de 1972, le constat de la nécessaire articulation entre CMP-IJ et CMPP est posé en des termes étonnamment actuels :

Encadré 9 : Extrait de la circulaire du 16 mars 1972 relative à la santé mentale des enfants et adolescents

« (...) on a constaté dans certains cas une dispersion des efforts entrepris, donc un gaspillage de l'équipement et du personnel et ceci sans toujours couvrir les besoins les plus urgents. (...) La circulaire du 15 mars 1960 (...) avait inauguré en ce domaine une politique de secteur qu'il convient maintenant de développer et d'harmoniser avec les autres "secteurs" d'action sanitaire et sociale intéressant l'enfance et l'adolescence ».

« Le centre médico-psycho-pédagogique (...) accueille des enfants et des adolescents dont l'état nécessite une intervention complexe comportant des actions d'ordre médical, psychologique et pédagogique étroitement associées.

« Sa situation est parfois ambiguë vis-à-vis du [CMP]⁸⁴, soit parce que les responsables de ce centre en font une institution identique dans sa conception et son fonctionnement à un [CMP], soit parce qu'un [CMP] insuffisamment équipé se décharge des traitements ambulatoires sur un CMPP voisin.

« Il faut absolument éviter la multiplication des centres de diagnostic et de traitement ambulatoire qui se concurrenceraient inévitablement, entraînant une dispersion des efforts et un accroissement de la charge financière sans profit pour personne. (...)

« On peut être amené à choisir en un endroit donné entre un [CMP] et un CMPP dans la mesure où ils s'adressent à la même clientèle et ont des objectifs identiques. Mais dans ce cas on ne peut opter pour le CMPP que s'il est appelé à fonctionner en liaison avec l'équipe du secteur de lutte contre les maladies mentales et s'il s'intègre dans le dispositif de diagnostic et cure ambulatoire du secteur. »

Source : Circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents.

Si elle peut paraître rationnelle, l'hypothèse d'une répartition des publics par pathologie ou type de troubles n'est pourtant pas pertinente

Jamais organisée, la répartition des publics entre CMP-IJ et CMPP pourrait sembler pertinente afin de flécher les flux de demande et de limiter les risques de redondance entre les deux offres.

En théorie, le plateau technique disponible à l'hôpital (psychiatre, pédopsychiatre, infirmiers de secteur psychiatrique, rééducateurs, et surtout accès facilité aux CATTP, HDJ et à l'hospitalisation), pourrait conduire le CMP-IJ à intervenir sur les troubles ou les pathologies psychiatriques les plus graves. Dans cette perspective, les CMPP et les CMP-IJ s'organiseraient en complémentarité dans une perspective de gradation des soins. Ainsi, l'hôpital prendrait en charge les enfants ne pouvant pas être pris en charge en CMPP en raison de l'intensité ou de la complexité de leurs troubles, tandis que le CMPP n'interviendrait que sur les troubles d'ordre psychosocial ou scolaire.

Toutefois dans les faits, une telle répartition s'avère impraticable.

⁸⁴ Appelés dispensaires d'hygiène mentale en 1972.

Tout d'abord, il est difficile voire impossible d'un point de vue médical de répartir *a priori* les enfants par trouble ou pathologie, compte tenu de la nature évolutive et complexe des diagnostics en santé mentale, notamment chez les enfants et les adolescents. En effet, une répartition des publics devrait pouvoir intervenir en amont de la prise en charge, précisément afin de fluidifier les parcours et de réduire les délais d'attente. Or l'établissement d'un diagnostic de niveau 2 nécessite plusieurs consultations médicales, ainsi que le regard d'une équipe pluridisciplinaire, soit plusieurs mois en moyenne. La répartition ne pourrait donc se faire qu'*a posteriori*, et par réorientation, ce qui en réduirait l'intérêt.

Par ailleurs, une telle répartition des publics suppose au préalable de disposer d'un accès homogène aux deux offres sur l'ensemble du territoire. A ce jour, compte tenu de l'inégale couverture des CMP-IJ et des CMPP, sa mise en œuvre conduirait nécessairement à créer de nouvelles inégalités territoriales d'accès aux soins. Dans un contexte de ressources contraintes (cf. 2.2.2), la répartition des publics effectuée par les adresseurs de premier niveau se fait en effet en fonction de l'accessibilité immédiate des soins (temps de transport, délais d'attente envisagés).

L'hypothèse d'une fusion pure et simple n'est pas non plus adaptée

La similitude des deux offres et la nécessité d'accroître les capacités de prise en charge pourraient amener à envisager une fusion à moyen-terme des deux dispositifs. Au-delà des difficultés pratiques dues aux différences de statut et de modes de financement entre les deux centres, un tel scénario comporterait des risques.

A côté de la psychiatrie infanto-juvénile, il est nécessaire de maintenir une offre d'accompagnement psychosocial et/ou pédagogique à même de répondre à la hausse de la demande et à l'attention croissante portée aux enjeux de santé mentale et notamment de bien-être des enfants et des adolescents (cf. 2.1).

Face à cette demande, il est indispensable d'éviter une « médicalisation » de l'ensemble des difficultés, notamment scolaires, liées à l'enfance et à l'adolescence et de maintenir la pluralité des solutions disponibles. L'offre de soins doit en ce sens être bien articulée avec les autres dispositifs de prévention. Dans une expérimentation menée en Floride⁸⁵, la mise en place de soutien scolaire intensif (« Reading First ») a ainsi pu réduire le nombre d'enfants en retard de lecture de 30 % à 5 % en cinq ans. Les 5 % restant correspondaient aux enfants réellement porteurs de troubles de l'apprentissage, qui ont ainsi été réorientés vers une prise en charge adaptée. Dans cette perspective, l'expérimentation PTA-PSR (Prévention des troubles des apprentissages – Paris santé réussite) menée à Paris⁸⁶ a montré que 60 % des enfants avec un retard de lecture qui bénéficient de groupes d'entraînement cessent de nécessiter une prise en charge après quelques mois.

Par ailleurs, l'approfondissement de l'école inclusive met en avant l'intérêt d'une offre d'accompagnement médico-sociale « hors les murs », pouvant intervenir au sein de l'école et en appui aux équipes enseignantes. Une telle offre comporte des avantages en termes d'accessibilité et de flexibilité pour les enfants et les familles et d'intégration du soin dans le milieu de vie. Si les modalités d'organisation de cette nouvelle offre n'ont pas encore été complètement définies, les CMPP seront

⁸⁵ Torgesen, J.K. "The prevention of reading difficulties at scale: Outcomes from Reading First in Florida", Novembre 2007.

⁸⁶ Expérimentation menée de 2011 à 2014 en lien avec le centre de référence des troubles des apprentissages de l'hôpital du Kremlin Bicêtre et la mairie de Paris. L'objectif de l'expérimentation était d'améliorer la lecture fonctionnelle et le dépistage et l'accompagnement des enfants porteurs de troubles de l'apprentissage. Les adresseurs sont les libéraux, les médecins scolaires, les CMPP, les CMP-IJ, les CAPP et les familles. Une extension est en cours à l'échelle de Paris, sur une base de volontariat, avec le souhait de l'étendre aux mathématiques. Elle se heurte à des difficultés de coût et d'accès à la formation pour les professionnels participants.

amenés à y jouer un rôle compte tenu de leur positionnement sur les difficultés scolaires (cf. 2.1.2). C'est d'ailleurs l'orientation stratégique adoptée par de grands organismes gestionnaires de nombreux CMPP. De manière générale, les modalités de l'approfondissement de l'école inclusive rétroagiront nécessairement sur le positionnement et l'activité des centres, en lien avec les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED), les aides humaines à l'inclusion scolaire ou les maisons des adolescents, qui accueillent les jeunes de 11 à 21 ans.

1.2.3 Les centres adoptent une grande diversité de modes d'organisation et de coopération territoriales

1.2.3.1 La diversité des modes d'organisation est prévue par les textes

Les textes réglementaires prévoient que les CAMSP puissent être polyvalents, et donc à même d'accueillir tous les types de troubles, mais aussi qu'ils puissent être spécialisés sur un trouble particulier, voire qu'ils s'y consacrent exclusivement. Ainsi, selon les données FINESS de 2018, si 83 % des CAMSP sont polyvalents, 5 % sont spécialisés dans la prise en charge des déficiences auditives, 4 % dans la prise en charge d'enfants atteints de troubles du spectre autistique, 3 % de troubles moteurs, 2 % de troubles du comportement et 2 % de déficiences visuelles.

Prévue par les textes, cette spécialisation ne doit pas pour autant remettre en cause la capacité de réponse territoriale du dispositif aux demandes dans leur diversité. Dans les faits, il existe un CAMSP polyvalent dans tous les départements dotés d'un CAMSP spécialisé, ce qui limite ce risque⁸⁷.

Une telle spécialisation par pathologie n'est pas prévue pour les CMPP. En revanche, les centres ont mis en place des modalités variables de direction. Ainsi, celle-ci peut être soit confiée à un médecin directeur, soit exercée conjointement par un directeur administratif et pédagogique (DAP) et un directeur médical, ce qui influence le projet et le fonctionnement du centre.

Compte tenu du poids donné par les textes à la direction médicale, la transformation des modalités de prise en charge par certains CMPP a pu être freinée lorsque le projet d'évolution n'était pas partagé entre l'association gestionnaire, la direction administrative et pédagogique et la direction médicale. Des représentants d'associations gestionnaires ont ainsi regretté, auprès de la mission, que l'organisation de la direction des CMPP ne facilite pas une répartition claire des responsabilités entre la hiérarchie administrative et la direction médicale (cf. annexe 2).

Encadré 10 : Cas particuliers d'organisations locales

Au-delà des différents modèles prévus par les textes, certains CAMSP, CMPP et CMP-IJ ont innové pour mieux répondre à la demande qui leur était adressée. Lors des échanges téléphoniques conduits par la mission, les ARS ont mis en avant certaines innovations locales.

Parmi ces innovations, on peut distinguer d'une part, les rapprochements entre structures et d'autre part, les innovations en matière de modalités d'intervention⁸⁸.

⁸⁷ Néanmoins cette organisation ne participe pas à clarifier l'organisation des soins car elle doit s'articuler, au-delà du ou des CAMSP polyvalents, avec les centres de ressources pour le diagnostic, voire avec les SESSAD spécialisés pour les soins liés à la pathologie concernée.

⁸⁸ On peut aussi des modes de financement originaux comme à Paris où l'offre de CMPP est complétée par dix Centres d'Adaptation Psycho-Pédagogique (CAPP) financés par la Ville de Paris, qui prennent en charge notamment les troubles du comportement et du langage et les difficultés d'intégration scolaire.

Rapprochements entre structures

Certains centres se sont rapprochés, parfois depuis des années, jusqu'à partager les locaux, voire le personnel. Cette situation est fréquente lorsqu'une même association gère à la fois un CAMSP et un CMPP sur un territoire. C'est le cas d'une vingtaine de CAMSP et CMPP.

En Corse, l'ARS vient de relancer un appel à projet pour un « dispositif CAMSP-CMPP » avec une seule équipe pluridisciplinaire pour les deux missions, dans un même lieu. L'appel à projet prévoit, par ailleurs, une coordination avec le CMP-IJ du secteur dans un objectif de guichet unique et de simplification du parcours.

Dans le Lot-et-Garonne, l'ALGEII (Fédération des Œuvres Laïques) et le Centre Hospitalier Départemental La Candélie se coordonnent, depuis plusieurs années, pour la mise en place d'antennes avec des locaux partagés entre CMP-IJ et CMPP⁸⁹.

Modalités d'intervention

Selon un modèle en voie d'être répliqué sur le territoire, le Pôle centre-est de psychiatrie infanto-juvénile de Paris a mis en place une équipe mobile spécialisée pour les enfants de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Des équipes regroupant des acteurs de la psychiatrie de secteur, des praticiens libéraux et des intervenants sociaux et médico-sociaux interviennent auprès des enfants. L'objectif est de faciliter le repérage et la prise en charge précoce de ces publics vulnérables tout en assurant l'interface entre les secteurs de psychiatrie, les équipes sanitaires et les équipes sociales. Ces équipes peuvent également mener des actions en direction des acteurs de l'ASE, de formation, d'échanges de pratiques et de savoirs, etc.

L'articulation entre les CAMSP et l'école maternelle est parfois poussée. Ainsi, à Hazebrouck (59), le CAMSP géré par l'APEI (association des parents d'enfants inadaptés) se coordonne avec une école maternelle afin que les professionnels puissent intervenir une demi-journée à l'école (prise en charge des enfants, soutien aux personnels de l'Education nationale) et une demi-journée au CAMSP. L'agenda scolaire des enfants est ainsi organisé pour minimiser l'impact de leur prise en charge sur leur présence à l'école.

Enfin, compte tenu des besoins observés, le CMPP de Sainte-Suzanne à La Réunion s'est spécialisé sur les TSLA avec une approche neuroscientifique. Géré par l'association « Institut Régional des Sourds et Aveugles de Marseille » (IRSAM), le CMPP de Sainte-Suzanne réalise l'accueil des jeunes âgés de 3 à 18 ans présentant des difficultés persistantes au niveau du langage et des apprentissages scolaires. Après la phase de diagnostic, l'accompagnement thérapeutique a lieu au sein du CMPP pour les jeunes ayant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages sévères et ou multiples (DYS) ou un trouble du développement sans déficience intellectuelle (trouble du spectre autistique, épilepsie, syndrome génétique). En revanche, lorsque l'enfant ou l'adolescent présente un trouble psychoaffectif dont le traitement relève d'une approche psychodynamique, il est adressé au CMP-IJ.

Source : Entretiens téléphoniques conduits avec les ARS.

1.2.3.2 Les modes de coopération entre les centres varient selon les territoires

La vitalité des relations de coopération entre CAMSP, CMPP et CMP-IJ varie selon les territoires, l'histoire mais aussi les relations qui peuvent lier les professionnels entre eux.

Cette coopération est déterminante pour la qualité et la lisibilité de l'offre. En effet, lorsqu'il n'existe pas de coordination ni de vision partagée du rôle de chaque structure, un risque pèse sur la qualité des parcours des patients. Des concurrences de fait peuvent également se développer. Il convient, à ce titre, de distinguer la concurrence pour les publics qui peut apparaître en raison de la proximité et de l'abondance des offres, situation qui concerne principalement des territoires de la région Ile-de-France, et la concurrence pour le recrutement des professionnels qui, au contraire, se développe dans des territoires en situation de pénurie sur les métiers en tension (cf. 2.2.2).

⁸⁹ Entretien avec FDCMPP et entretien avec la FEHAP (présidente de l'ALGEII).

Plusieurs degrés de coopération ont pu être observés par la mission, de la connaissance formelle due aux adressages réciproques, jusqu'à la collaboration régulière autour de cas particuliers d'enfants dans le cadre de réseaux professionnels ou de chantiers pilotés par l'ARS.

La coopération par les adressages réciproques

En 2016, les adressages réciproques entre CAMSP, CMPP, CMP-IJ ne représentent *in fine* qu'environ 1 à 2 % des réorientations au début du parcours de l'enfant⁹⁰. Ce faible taux peut être soit le résultat d'une bonne coordination, d'une répartition claire et d'une connaissance partagée de l'offre de chaque structure (il n'y a alors pas lieu d'opérer des réorientations), soit révélateur d'une indifférenciation partielle de l'offre. Dans les déplacements de la mission, cette dernière explication était prioritairement avancée par les professionnels.

Les modalités d'adressage réciproque diffèrent selon le territoire et notamment les capacités de prise en charge des centres. Ainsi dans les départements où l'offre est limitée, les professionnels se connaissent mieux, travaillent ensemble depuis des années et la coordination y est quotidienne. La saturation des trois types de centres semble avoir joué en faveur du développement de ces réadressages et de la création de liens réciproques. En effet, dans son étude qualitative de 2009 sur les CAMSP, la CNSA note à propos des relations entre les CAMSP et les CMPP : « *En fonction des disponibilités des professionnels, les enfants peuvent être réorientés vers l'une ou l'autre structure. Lorsqu'un CAMSP ne peut accueillir un enfant rapidement, il est redirigé vers un CMPP.* »

S'agissant des CAMSP, 1,5 % des enfants leur sont adressés par les CMP-IJ (handicaps multiples avec prédominance de problèmes organiques) et entre 1 % et 3 %, selon les études⁹¹, par les CMPP. Selon les déplacements réalisés par la mission et ses échanges avec l'ensemble des ARS, les missions des CAMSP semblent en général bien identifiées à la fois au sein d'un territoire et au niveau régional. Bénéficiant d'une mission plus précise que celle des CMPP qui revendiquent de prendre en charge très largement les enfants, les CAMSP se sont recentrés sur leur cœur de métier sous la pression de la demande, renforçant ainsi la cohérence de leur positionnement vis-à-vis de leurs partenaires.

La participation à des réseaux locaux de professionnels

L'existence d'un réseau local, formel ou non, au sein duquel se retrouvent les professionnels médicaux et administratifs des CAMSP, CMPP et CMP-IJ, contribue de façon significative à améliorer l'articulation entre ces structures (cf. encadré 11 *infra*).

Si la qualité des relations interpersonnelles reste le premier déterminant de la coopération selon les professionnels, de tels réseaux donnent un cadre aux échanges et facilitent par exemple le partage d'informations sur les dossiers individuels lors des adressages mutuels (cf. *supra*) ou la discussion autour de cas complexes de patients (cf. 1.1.4).

Le modèle de réseau professionnel local généralisé en Belgique dans le cadre de la récente réforme de santé mentale pour les enfants et adolescents est décrit dans l'annexe 5.

⁹⁰ Il convient de distinguer ces réorientations à l'entrée de l'enfant dans la structure des orientations à la sortie. Ainsi, par exemple, selon la synthèse CNSA 2016 sur les rapports d'activité 2015 des CAMSP, à la sortie 12 % des enfants ont une préconisation d'orientation vers un CMPP et 20 % vers le secteur sanitaire incluant le CMP-IJ.

⁹¹ Evaluation de la mission sur la base des synthèses CNSA sur les CAMSP (2006, 2015, 2016 et 2017) et des études DRESS, Enquête ES (2001, 2006 et 2010) et des entretiens.

Si la plupart de ces collaborations restent informelles, une protocolisation de la coopération des acteurs locaux autour du parcours des enfants a pu être mise en place. C'est le cas par exemple à Amiens avec le protocole de coopération concernant la prise en charge des enfants de l'ASE en santé mentale et qui intègre le CAMSP, le CMPP et le CMP-IJ, mais aussi la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), l'ARS, l'Education nationale, le conseil de l'ordre et les services du Département. Récemment constitué, ce protocole n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation d'impact.

Encadré 11 : Exemple des effets d'un réseau local associant CAMSP-CMPP-CMP-IJ

Dans le département des Vosges, l'adossement des CAMSP, CMPP et CMP-IJ à un même réseau de périnatalité (Naître et Grandir dans les Vosges) a permis de clarifier la répartition des rôles entre les centres, et d'établir les règles d'orientation suivantes :

- En cas de problème de comportement lié à une situation familiale nécessitant une prise en charge collective, notamment en raison de problèmes psychoaffectifs : le CMP-IJ est compétent ;
- S'il s'agit d'un retard global et de problèmes psychoaffectifs mais sans diagnostic posé : le CAMSP garde l'enfant en suivi jusqu'à l'identification du bon service de prise en charge ;
- S'il existe des difficultés d'apprentissage dont l'intensité ne nécessite pas de prise en charge au CMP-IJ : un relais est effectué avec le CMPP ;
- Enfin, en cas de suspicion de trouble du spectre autistique ou lorsque le diagnostic d'autisme est posé : l'enfant est orienté au CMP-IJ puis le cas échéant et selon les besoins, pris en charge en CATTP et/ou en hôpital de jour, en raison du plateau technique mieux outillé.

Source : *Déplacement de la mission dans les Vosges.*

Parfois, un réseau informel peut être à l'origine de la création d'une structure : c'est le cas du CAMSP de Clermont-Ferrand qui est géré par l'association GEPDHE, dont le conseil d'administration est constitué de professionnels locaux de la petite enfance, du sanitaire et de la petite enfance. De même, en 2011, la création du CAMSP interdépartemental « REZOCAMSP ⁹² » à Brioude a permis d'associer des professionnels locaux de CAMSP, CMPP et CMP-I, mais aussi du secteur libéral, dans le cadre d'un réseau informel. Dans cette zone rurale et frontalière entre le Cantal, la Haute Loire et le Puy de Dôme, la faible démographie médicale pousse en effet les professionnels à développer des synergies et à renforcer leurs modalités de coopération.

La spécialisation sur les 0-6 ans et le positionnement médical fort facilite l'inscription des CAMSP dans un réseau. Ainsi, 73 % d'entre eux déclarent un partenariat avec un réseau de santé (contre 42 % pour les CMPP) et 69 % avec des acteurs de la coordination médico-sociale (53 % pour les CMPP)⁹³. De telles données ne sont pas disponibles au niveau national pour les CMP-IJ.

La collaboration autour de chantiers pilotés par l'ARS

Les acteurs rencontrés par la mission ont souligné le rôle important qu'ont joué le 3^{ème} plan autisme, puis le 4^{ème} plan, devenu Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement, dans le rapprochement des acteurs et la mise en place de réseaux de coopération.

⁹² <http://www.apajh43.fr/37-rezocamsp.html>

⁹³ Données Tableau de bord ANAP 2017 sur la base de 242 réponses de CAMSP et 255 réponses de CMPP.

L'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM) demande aux ARS d'associer l'ensemble des acteurs du territoire concernés à l'élaboration des projets. S'il n'intègre pas tous les enjeux des centres, dont notamment le handicap moteur ou sensoriel pris en charge en CAMSP, cet exercice contribue à relancer une dynamique de coopération et de mise en valeur des synergies possibles.

*

Si, au terme de cette première partie, les trois structures ont de nombreux traits communs, dans leurs missions, leurs publics et leurs équipes, l'analyse plus détaillée amène :

- à différencier les CAMSP d'une part, des CMP-IJ et CMPP d'autre part, notamment en raison de l'âge des enfants pris en charge et de la place du somatique dans le métier des CAMSP ;
- à noter une convergence de fait de l'offre des CMPP et des CMP-IJ, ces deux offres n'étant par ailleurs pas en mesure d'absorber l'ensemble de la demande (cf. 2.3) ;
- à écarter l'idée que ces trois structures feraient système et seraient interdépendantes. En effet elles s'inscrivent chacune dans un environnement et une offre plus larges, et il est possible de recourir à une seule ou à aucune d'entre elles dans le parcours d'un enfant ou d'un adolescent.

2 LES CAMSP, CMPP ET CMP-IJ FONT FACE A DES PROBLEMATIQUES CONVERGENTES ET A UNE MISE EN TENSION GENERALISEE

2.1 La demande de soins connait une forte évolution depuis plusieurs années

2.1.1 Le nombre de patients augmente de façon continue et les profils évoluent

2.1.1.1 Les demandes de soins d'enfants et d'adolescents sont en hausse

Bien qu'elles ne soient pas systématiquement recueillies selon les mêmes modalités d'une source à l'autre, et qu'elles ne donnent qu'une vision approximative de l'activité (sans détail sur la durée, l'intensité et la complexité des prises en charge), les données disponibles au niveau national, pour chacun des trois types de structure, convergent pour témoigner d'une évolution haussière et continue de leurs files actives dans les 10 dernières années.

S'agissant des CAMSP, pour lesquels deux sources de données existent⁹⁴, l'augmentation de la demande est en moyenne de +1,2 % par an entre 2006 et 2016. Cette évolution s'accompagne d'une hausse plus que proportionnelle du nombre de structures (+1,7 % par an) et d'une très légère baisse de la file active au sein de chaque structure (-0,4 % par an).

Tableau 13 : Evolution du nombre de patients dans la file active des CAMSP de 2006 à 2016

Année recueil	CNSA	DREES, ES	Nombre de structures (sites principaux)	File active moyenne par structure
2006		64.490	244	264
2007	65.388		249	263
2010		65.010	270	241
2015	67.800		284	239
2016	73.115		287	255

Source : Mission d'après données DREES et CNSA.

Faisant l'objet de recueils périodiques resserrés⁹⁵, les CMPP voient leur activité augmenter au fil du temps (+60 % entre 1996 et 2006, + 16 % entre 2006 et 2017), avec une relative stagnation entre 2006 et 2014.

⁹⁴ Enquêtes ES handicap de la DREES de 2006 et 2010, rapport quantitatif CNSA et synthèses des rapports d'activité CNSA de 2007, 2015 et 2016.

⁹⁵ DGS-Inserm 1996 ; rapport de mission santé mentale 1998 ; études DREES ES 2001, 2006, 2010 ; synthèse CNSA 2014.

Tableau 14 : Evolution du nombre de patients dans la file active des CMPP de 1996 à 2016

Année recueil	DGS-INSERM	rapport mission	DREES, ES	CNSA
1996	73 973	-	-	-
1998	-	104 801	-	-
2006	-	-	184 100	-
2010	-	-	175 160	-
2014	-	-	180 000	-
2016	-	-	-	219 844

Source : Mission d'après données DGS, DREES et CNSA.

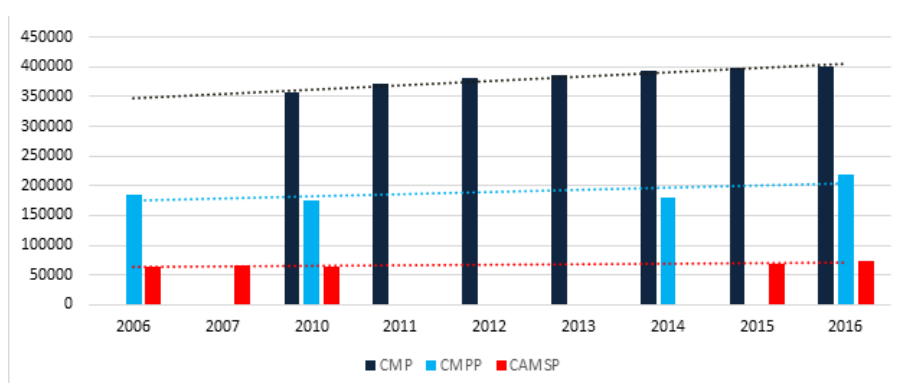
Pour les CMP-IJ, la tendance haussière est aussi marquée que pour les CMPP : on note une augmentation des prises en charge de 21 % entre 1997 et 2003, puis de 11 % entre 2010 et 2016.

Tableau 15 : Evolution du nombre de patients des CMP-IJ de 1991 à 2016

Année recueil	File active
1991	182 345
1993	212 690
1997	280 584
2000	327 792
2003	355 329
2010	357 104
2011	371 431
2012	380 160
2013	385 098
2014	394 238
2015	398 868
2016	401 135

Source : Mission d'après données DREES et ATIH⁹⁶.

Graphique 2 : Evolution des files actives des CMP-IJ, CMPP, CAMPS de 1996 à 2017



Source : Mission d'après tableaux 13, 14 et 15

⁹⁶ Voir la méthodologie de calcul dans l'annexe 3 dédiée aux données.

Sous réserve des limites inhérentes à la nature et à la qualité des données comparées, il est possible d'avancer que le nombre d'enfants reçus croît, quel que soit le type de structure, dans des proportions significatives sur 10 ans : +13 % pour les CAMSP, +16 % pour les CMPP et +13 % pour les CMP-IJ.

Les files actives d'enfants pris en charge ont globalement augmenté

Dans les CAMSP, de 2006 à 2016, le nombre moyen d'enfants pris en charge est passé de 264 à 255, malgré une file active en augmentation de 13 %, reflétant l'ouverture continue de nouveaux sites principaux sur la période, leur nombre passant de 248 à 291.

Dans les CMPP, on passe d'une moyenne de 310 enfants reçus chaque année par structure en 1996 à 519 en 2017, quand, dans l'intervalle, seuls 25 nouveaux CMPP ont été créés.

Dans les CMP-IJ, le nombre moyen d'enfants pris en charge, par structure et par an, a augmenté de 17 % entre 1997 et 2016 (passant de 218 à 267), avec un nombre de structures se maintenant autour de 1500.

2.1.1.2 Les profils des patients ont également évolué

Dans les CMPP, les troubles psychoaffectifs⁹⁷, majoritaires dans la file active en 1996⁹⁸ (46 %) auraient pratiquement diminué de moitié en 2016 (26 %)⁹⁹. En 2016, de 4 à 5 % des élèves entre 6 à 11 ans présenteraient des troubles anxieux préoccupants, tandis que 1 % manifesterait une phobie scolaire dès l'école primaire¹⁰⁰. D'autres pathologies demeurent stables en proportion de la file active, à l'instar des psychoses (5 %) et des troubles du comportement (5 %).

S'il n'existe pas de données objectivées permettant d'observer une hausse de la prévalence des troubles réactionnels et émotionnels, des TED¹⁰¹ et des troubles légers (variations à la normale), les professionnels rencontrés par la mission perçoivent une telle tendance. S'agissant particulièrement des troubles émotionnels, les professionnels de l'Education nationale observent une hausse de la fréquence du nombre de crises (« débordements d'affects ») dans le milieu scolaire.

A titre d'illustration, dans les Pyrénées Orientales, les services de l'Education nationale ont récemment produit un guide spécifique et organisé des formations dédiées afin de répondre à la demande croissante des enseignants qui se sentaient dépourvus face à ce type de situations.

Dans les CMP-IJ, on observe des évolutions de la symptomatologie entre 2010 et 2016 avec une hausse, en proportion de la file active, des troubles du développement psychologique (+50 %), des troubles psychoaffectifs (+38 %), des troubles hyperkinétiques (+30 %), des TED (30 %), des troubles émotionnels et du comportement apparaissant dans l'enfance (+ 25 %), et de manière plus discrète des troubles du langage (+17 %), des troubles anxieux (+15 %) et dépressifs (+13 %). Dans le même temps, les autres troubles névrotiques connaissent un recul (-53 %) ainsi que les troubles de la personnalité (-36 %), les retards mentaux moyens et graves (-35 %) et les troubles schizo-typique et schizo-affectifs (-30 %). Ces données de l'ATIH doivent toutefois être interprétées avec

⁹⁷ Troubles en lien avec l'image et l'estime de soi, se traduisant par des difficultés émotionnelles ou comportementales (anxiété, phobie, troubles obsessionnels compulsifs, etc.).

⁹⁸ Enquête DGS-INSERM.

⁹⁹ Rapport d'activité CNSA.

¹⁰⁰ Rapport « Mission Bien-être et santé mentale », novembre 2016.

¹⁰¹ La prévalence des TED pourrait varier de 5 à 15 % d'après une enquête FNCMPP réalisée en 2015.

prudence car elles sont très dépendantes de la qualité des informations renseignées dans les outils par les professionnels, et de la méthode adoptée.

Dans les CAMSP, entre 2006 et 2016, les données de la CNSA montrent une hausse de la part des enfants présentant des déficiences intellectuelles ou cognitives (de 17 % à 24 %) et du handicap psychique (de 20 % à 25 %), par contraste avec une baisse de la part des enfants présentant un handicap moteur (de 19 % à 15 %).

2.1.1.3 L'augmentation de la demande tient à une combinaison de plusieurs facteurs

La mobilisation institutionnelle et associative¹⁰² ainsi qu'un engagement croissant des familles se traduisent concrètement par un repérage plus large et plus précoce des troubles et une meilleure visibilité du dispositif de prise en charge. De surcroît, la plus grande sensibilisation sociale aux enjeux de la prévention, de la santé mentale et du handicap facilite l'expression de la demande des familles et des professionnels du social et de l'éducation.

Par ailleurs, en se concentrant davantage sur les signes et les symptômes, la classification DSM récemment modifiée et le recours à la CIM-10 contribuent à élargir la définition de certains troubles ou en accroissent le repérage, avec pour effet une hausse du nombre d'enfants concernés.

Au-delà de cette meilleure prise en compte des besoins existants, on ne peut écarter l'hypothèse, avancée par des professionnels rencontrés, d'une augmentation de la prévalence de certains troubles mentaux et/ou psychologiques (psychopathologie, anxiété, vulnérabilité dépressive adolescente, désaffiliations).

Des travaux sociologiques¹⁰³ mettent en lumière des formes de psychologisation de certaines problématiques sociales, qui se traduiraient par une tendance à la médicalisation de l'existence et des difficultés de l'enfance et de l'adolescence. De plus, certains professionnels rencontrés formulent l'hypothèse, parmi d'autres, d'une moindre tolérance aux écarts des enfants à la norme.

2.1.2 Les demandes évoluent en termes de contenu de la prise en charge

2.1.2.1 Les enjeux de l'école inclusive modifient les attentes vis-à-vis de ces structures

La scolarisation des enfants handicapés a fortement évolué depuis la loi du 11 février 2005¹⁰⁴. Le nombre d'enfants scolarisés, sur des temps variables, dans des écoles dites ordinaires n'a cessé de progresser¹⁰⁵. Dès 2009, la question d'une plus grande inclusion scolaire des enfants accueillis en IME a été posée¹⁰⁶. La loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la

¹⁰² Notamment sous l'impulsion de la loi de 2005, la succession de plans « Autisme », et la production et diffusion d'outils par l'ANESM et la HAS dans le sillage de ces plans.

¹⁰³ Sociologie des troubles mentaux, Lise Demailly, Collection Repères, La Découverte, 2011.

¹⁰⁴ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

¹⁰⁵ En 2016-2017, 300 815 enfants en situation de handicap ont été scolarisés dans les écoles et établissements relevant du ministère de l'Éducation nationale (public et privé) : 172 145 dans le premier degré et 128 670 dans le second degré. Soit une augmentation de 7,5 % d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire par rapport à l'année scolaire 2015-2016.

¹⁰⁶ Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

refondation de l'école de la République¹⁰⁷ consacre, dans son article 2, le principe de l' « inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction ».

Jusqu'à présent, le déploiement des aides humaines avec les auxiliaires de vie scolaire (AVS) et les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) a été le principal appui à la scolarisation des enfants handicapés, en assistant l'enfant dans les gestes de la vie et, selon les situations, en apportant à l'élève une assistance plus pédagogique pour lui faciliter l'accès à l'apprentissage et au savoir¹⁰⁸.

Ce dispositif demande aujourd'hui à être complété et refondé par une nouvelle articulation de la scolarisation et des accompagnements médico-sociaux dont les élèves ont besoin.

Les centres soutiennent la scolarité des enfants et des adolescents

Si les SESSAD et les IME sont les principales structures concernées par les évolutions en cours, les CMPP, les CMP-IJ et les CAMSP (pour les enfants entre 3 et 6 ans) le sont également, compte tenu de leur offre de prise en charge ambulatoire articulée avec le milieu de vie.

Les trois structures sont insérées dans la politique d'inclusion scolaire. Les CMPP et les CMP-IJ prennent en charge des enfants, reconnus ou non handicapés, qui sont à plus de 90 % scolarisés en milieu ordinaire. Ainsi, en 2016, 99 % des enfants reçus en CMPP sont scolarisés, dont 88 % le sont en milieu ordinaire¹⁰⁹. Les prises en charge contribuent à sécuriser le parcours scolaire des enfants.

De leur côté, les CAMSP sont concernés par l'inclusion scolaire en classes de maternelle, devenue obligatoire à partir de la rentrée 2018-2019, dès 3 ans. En CMP-IJ, l'articulation des soins avec la scolarité est une préoccupation centrale des équipes professionnelles, bien que les relations avec l'école ne puissent pas être aussi investies qu'auparavant, faute de moyens (cf. 2.3.1).

La généralisation de l'école inclusive fait face à des contraintes difficiles à concilier

Dans le cadre de la généralisation de l'école inclusive, la gestion de l'emploi du temps des enfants scolarisés est centrale : ou bien les prises en charge ont lieu sur le temps scolaire et les enfants doivent manquer la classe, ce qui les pénalise alors même qu'ils doivent être soutenus ; ou bien, les prises en charge, temps de transport compris, se déroulent après la journée d'école et elles allongent de une à deux heures la journée des enfants, au risque d'une fatigue accrue sur la durée.

Dans les centres, les prises en charge le samedi sont limitées, et selon les professionnels, elles correspondent peu aux modes de vie des familles. Ainsi, en 2016, 92 % des CAMSP déclaraient être ouverts avant 9 h, 55,5 % après 18 h, mais seulement 15 % le samedi. Les CAMSP comptent par ailleurs en moyenne 225 jours d'ouverture par an contre 210 jours pour les CMPP, en raison d'une plus grande amplitude d'ouverture pendant les vacances scolaires.

Si les prises en charge (séance d'orthophonie, de psychothérapie ou psychomotricité) se tenaient dans les lieux de scolarisation, cela pourrait être plus confortable pour les enfants. Toutefois, cette solution suppose des locaux adaptés et la prise en compte des temps de déplacement pour les professionnels. Dans ce schéma, le sujet de la continuité des prises en charge est par ailleurs posé :

¹⁰⁷ Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013.

¹⁰⁸ L'Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH) peut ainsi donner des explications ou des reformulations de consignes, recentrer l'élève sur sa tâche, l'aider ponctuellement pour des prises de notes ou la réalisation d'un exercice, sous la dictée de l'élève.

¹⁰⁹ Source CNSA, rapports d'activité 2016 des CMPP.

en effet, le nombre de semaines de prise en charge risquerait d'être aligné sur le calendrier scolaire, à moins que les locaux restent accessibles tout au long de l'année.

Sur le fond, la mission a noté que le débat n'est pas clos : pour les uns, les espaces ne doivent pas être confondus et les écoles ne doivent pas être des lieux de soins, tandis que pour les autres, ces règles ne sont pas immuables et doivent s'adapter aux impératifs de l'inclusion scolaire.

Le recentrage des CMPP sur l'inclusion scolaire est en débat

Alors même que l'inclusion scolaire tend à devenir la règle, les CMPP s'interrogent sur leur place dans les dispositifs de prise en charge globale des enfants. Le retrait des personnels mis à disposition par le ministère de l'Education nationale, déjà largement engagé, se poursuit tant pour les postes de direction, de psychologues que de rééducateurs pédagogiques. A moyen terme, selon les dates des départs à la retraite et les besoins des services départementaux de l'Education nationale (SDEN), ce retrait devrait se généraliser.

En 2013, on comptait 602 ETP de l'Education nationale mis à disposition dans les CMPP, dont 50 ETP de psychologues, 317 ETP d'enseignants spécialisés et 235 ETP de directeurs spécialisés. Entre la rentrée 2013 et la rentrée 2017, le nombre d'ETP mis à disposition sur des postes de psychologue a baissé de moitié, sur des postes d'enseignants spécialisés de 30,3 % et sur des postes de directeurs spécialisés de 78,3 %¹¹⁰.

Sans la présence de ces personnels, la question des compétences pédagogiques et donc des particularités, déjà limitées, des CMPP vis-à-vis des CMP-IJ, se pose avec d'autant plus d'acuité.

La mission a noté trois types de réponses à ces évolutions dans les CMPP :

- Acter les évolutions et la très grande proximité des métiers entre CMPP et CMP-IJ ;
- Reconstruire une spécificité et une action pédagogiques en recrutant des professionnels dédiés, en dehors du ministère de l'Education nationale (enseignants en disponibilité) ;
- Aller au plus près et dans les écoles pour y organiser les prises en charge des élèves et pour appuyer, au quotidien, les enseignants qui sont démunis face à certains troubles du comportement et de l'apprentissage.

Les perspectives d'évolution sont encore à définir

Si la nécessité d'une coopération renforcée et pérenne entre les écoles et les centres fait l'objet d'un consensus, les principes d'organisation, et plus encore les modalités à mettre en œuvre, restent à définir. Les observations de la mission sur la multiplicité et la diversité des acteurs mettent en lumière les lourds enjeux de coordination et la complexité de la tâche, compte tenu du nombre d'enfants ayant des besoins particuliers.

L'objectif est donc de créer un dispositif stable de coordination permettant d'organiser, au plus près de l'enfant, à la fois la scolarité en milieu ordinaire et l'accompagnement médicosocial.

Compte tenu de l'ampleur des files actives et des difficultés de recrutement, seules des prises en charge plus courtes, et s'appuyant davantage sur le secteur libéral, pourraient permettre aux centres de dégager des moyens pour accompagner un plus grand nombre d'enfants dans leur processus d'adaptation à la vie scolaire.

¹¹⁰ Source : Education nationale.

Les sorties d'établissement spécialisé vers une inclusion en milieu ordinaire vont nécessairement demander des prises en charge importantes. En appui à ces transitions, les centres pourraient opérer des rapprochements avec les équipes pluridisciplinaires des SESSAD et mutualiser des temps médicaux et paramédicaux au bénéfice des enfants en phase d'intégration en milieu ordinaire. Des expérimentations pourraient avoir lieu en ce sens, à l'initiative des associations gestionnaires. Il s'agit d'une voie d'évolution possible parmi de nombreuses options à étudier.

2.1.2.2 Les centres ont des difficultés à répondre à des demandes spécifiques

La demande croissante de spécialisation des centres comporte des risques

La polyvalence des centres est remise en question par des demandes de structures de diagnostics et de soins spécialisées par pathologie ou par type de trouble, notamment pour les déficiences neurosensorielles, les troubles du spectre de l'autisme et les troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage.

Des centres spécialisés ouvrent ainsi, à côté des centres généralistes. En parallèle, des CAMSP et CMPP développent en leur sein des compétences spécifiques (section spécialisée, équipe de diagnostic proximité pour l'autisme) afin de répondre à cette demande. Les modes d'orientation des publics et d'articulation des prises en charge entre centres spécialisés et centres généralistes, en lien avec les centres de ressources, ne sont pas toujours formalisés entre les professionnels.

Cette création de filières de prises en charge par type de troubles comporte des risques.

Tout d'abord, selon le modèle de gradation des soins par niveau (cf. encadré 1), c'est au niveau 3 que se justifie l'intervention d'une structure spécialisée sur un seul type de troubles, notamment afin d'établir des diagnostics très complexes. Or ce principe de fonctionnement en entonnoir, dans lequel la spécialisation augmente avec la complexité, est ici remis en cause.

Par ailleurs, la multiplication des structures de niveau 2 n'est ni lisible pour les familles, ni viable compte tenu des contraintes en termes de ressources humaines (cf. 2.2.1), les professionnels n'étant pas assez nombreux pour couvrir les besoins dans les centres polyvalents et intervenir de surcroît dans des filières spécialisées pour l'ensemble des troubles de l'enfant et de l'adolescent.

La complexité de la prise en charge de certaines situations est soulignée

Les centres prennent en charge des problématiques sanitaires, sociales, familiales et scolaires plus ou moins complexes en fonction de la situation des enfants. Toutefois, la mission a noté des difficultés particulières de coordination des parcours entre les centres, particulièrement les CMP-IJ et les CMPP, et les équipes chargées de l'ASE. Les griefs sont nombreux de part et d'autre.

Dans un département, il a ainsi été signalé à la mission que des mesures de protection ASE devaient parfois être demandées par le Département, faute d'avoir pu obtenir un accompagnement en CMPP ou en CMP-IJ. Pendant le délai d'attente de plusieurs mois, la situation des enfants s'est en effet détériorée. Dans un autre cas évoqué avec la mission, une adolescente a dû prolonger pendant de longs mois son hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile, faute d'un accueil adapté en ASE.

Les principales difficultés dont la mission a eu connaissance sont toutefois liées aux troubles du comportement et aux attitudes violentes des enfants et adolescents, qui laissent régulièrement les éducateurs démunis. Les fins de semaine sont des moments particulièrement à risque : les transferts des enfants et adolescents aux urgences pédiatriques ou psychiatriques y sont fréquents. Quand les équipes mobiles dédiées aux enfants pris en charge par l'ASE existent, comme à Paris, elles

permettent de soutenir les éducateurs dans leur activité en leur proposant des outils et des protocoles, et de limiter les incompréhensions, en particulier autour de la notion d'urgence et sur la répartition des tâches entre les éducateurs spécialisés et les équipes des soins.

2.2 Les centres sont soumis à de fortes contraintes sur les moyens

2.2.1 Les contraintes en termes de personnels menacent la viabilité des centres

2.2.1.1 Les centres sont confrontés à des tensions structurelles sur plusieurs métiers

Les métiers clé (pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciens) sont en tension dans les CAMSP, les CMPP¹¹¹ et les CMP-IJ. Au 31 décembre 2016, 6 % des postes étaient vacants dans les CAMSP et 5 % dans les CMPP. Ces moyennes masquent de fortes tensions sur certains métiers. Ainsi, parmi les professions les plus représentées et sur l'ensemble des deux structures : 15,6 % des postes de psychiatres et pédopsychiatres sont vacants (25 % dans les CAMSP et 13 % dans les CMPP), 11,6 % des postes d'orthophonistes (17 % dans les CAMSP et 10 % dans les CMPP), 12,9 % des kinésithérapeutes, essentiellement dans les CAMSP (cf. annexe 2 sur les métiers des centres).

Les données ne sont pas disponibles au niveau national pour les CMP-IJ¹¹² mais les déplacements effectués par la mission confirment que la situation y est identique voire plus dégradée, en particulier s'agissant du personnel médical. En effet, à l'hôpital, plus le taux de vacance est important, plus il est difficile de recruter de nouveaux médecins en raison de la hausse de la charge de travail et du nombre de gardes à effectuer.

La mission a pu observer que le plateau technique des CMP-IJ n'est pas toujours conforme à l'effectif théorique et à la moyenne nationale (évaluée autour de 4,8 ETP¹¹³) en raison de difficultés de recrutement et de financement. Ainsi, dans le département du Nord, le CMP-IJ de Maubeuge ne compte que deux psychiatres sur un effectif théorique de 5¹¹⁴. Ce manque de professionnels, parfois mobilisés en parallèle ou à mi-temps sur d'autres postes (cabinet libéral, structures médico-sociales) amoindrit la portée du principe de la sectorisation et de l'accessibilité de l'offre.

Une première cause de ces tensions est l'évolution préoccupante de la démographie de plusieurs professions de santé

Ce phénomène est spécifiquement marqué pour les pédopsychiatres, dont l'effectif a baissé de 48 % entre 2007 et 2016 (activité libérale et salariée confondues¹¹⁵). Ainsi, en 2016, la densité était de 4 pédopsychiatres pour 100 000 habitants âgés de 0 à 20 ans en moyenne en France (Outre-mer compris). Quatorze départements ne comptent aucun pédopsychiatre¹¹⁶.

¹¹¹ Les CMPP font de surcroît face au retrait progressif des effectifs autrefois accordés par l'Education nationale (cf. 2.1.2.1).

¹¹² En 2003, 10 % des postes de psychiatres étaient vacants depuis plus d'un an dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

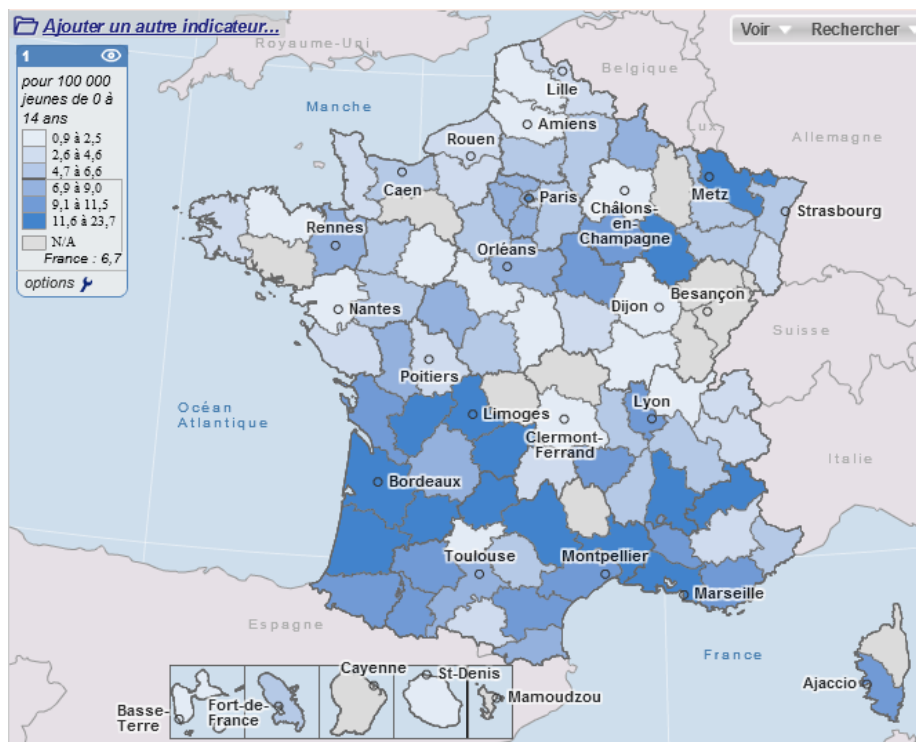
¹¹³ Estimation de la mission sur la base des données de l'enquête SAE.

¹¹⁴ Source : ARS des Hauts-de-France.

¹¹⁵ En 2016, 61 % exercent une activité salariée, 27 % une activité libérale et 12 % une activité mixte.

¹¹⁶ Il s'agit de l'Allier, l'Ariège, le Cantal, la Haute-Corse, la Creuse, le Doubs, le Jura, la Meuse, le Morbihan, la Nièvre, l'Orne, la Haute-Saône, le Territoire de Belfort, et Mayotte. La Guyane n'en compte également aucun.

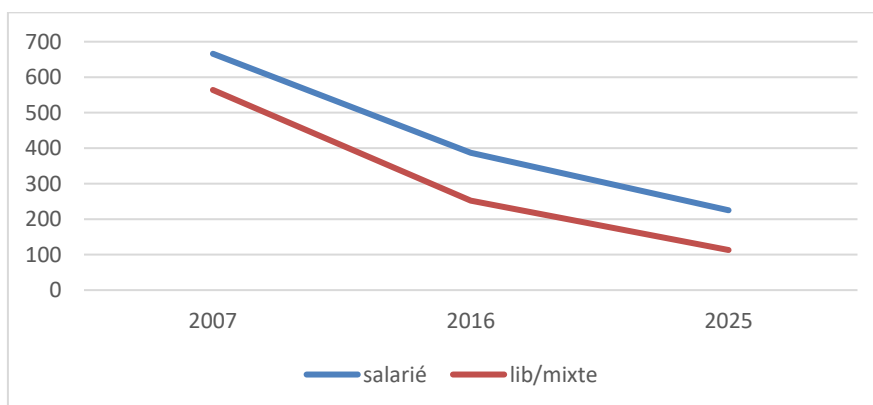
Schéma 5 : Densité de la présence de pédopsychiatres



Source : L'Atlas de la santé mentale en France (source RPPS)

Or la pyramide des âges ne semble pas annoncer d'évolution favorable. En effet, selon l'ordre des médecins, l'âge moyen des pédopsychiatres était de 62 ans et 74 % étaient âgés de plus de 60 ans en 2016. La situation risque encore de s'aggraver dans les années à venir (cf. schéma 6). Il s'agit là d'un véritable effet ciseaux : en effet, la diminution de la ressource médicale a lieu dans un contexte d'augmentation de la demande exprimée, repérée, mais aussi du public cible en valeur absolue (hausse de 400 000 enfants en France de 0 à 20 ans entre 2011 et 2017).

Schéma 6 : Evolution observée et attendue de la démographie des pédopsychiatres (2007-2025)



Source : CNOM, Atlas de la démographie médicale de 2016, retraitement mission.

Souvent mobilisés en renfort, les psychiatres généralistes ont connu une augmentation de leurs effectifs de 12 % entre 1999 et 2017 selon le conseil national de l'Ordre des médecins. (CNOM). Quant aux pédiatres, ils ont vu leur effectif s'accroître de 21 % entre 1999 et 2017. Toutefois ces hausses ne permettent pas d'absorber l'évolution de la demande dans les territoires.

La situation est comparable pour les professionnels paramédicaux. Les orthophonistes ont désormais une densité de 162 pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans (exercice salarié et libéral cumulé) et leurs effectifs ont augmenté de 11 % entre 2014 et 2017. De même, les psychomotriciens sont 76 pour 100 000 jeunes de 0 à 20 ans, après une forte hausse de 20 % entre 2014 et 2017. Enfin, les ergothérapeutes sont 72 pour 100 000 jeunes de 0 à 20 ans, et leurs effectifs ont crû de 19 % de 2014 à 2017. Plus développées qu'auparavant, ces professions sont aussi de plus en plus mobilisées pour des prises en charge pluridisciplinaires et complexes, notamment sous l'influence des recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui exigent des diagnostics et des soins impliquant toutes ces disciplines.

Plus nombreux, les psychologues sont 393 pour 100 000 jeunes de 0 à 20 ans et leurs effectifs continuent de croître (+19 % entre 2014 et 2017). Toutefois, dans certains départements, cette profession commence aussi à être mise en tension, par exemple dans le Pas-de-Calais (202 psychologues pour 100 000 jeunes de 0 à 20 ans) ou encore à Mayotte (31).

Tableau 16 : Démographie sur les principaux métiers en tension en 2018

Psychologues		Orthophonistes		Psychomotriciens		Ergothérapeutes	
Effectifs	Densité pour 100000 habitants de 0-20 ans	Effectifs	Densité pour 100000 habitants de 0-20 ans	Effectifs	Densité pour 100000 habitants de 0-20 ans	Effectifs	Densité pour 100000 habitants de 0-20 ans
61633	393	25467	162	11890	76	11216	72

Source : Ordre des médecins, retraitement mission

Le manque d'attractivité des postes salariés dans les structures est un autre point d'alerte

Dans les trois centres, le temps de soin est concentré en grande partie sur la rééducation (psychomotricité, orthophonie) et la prise en charge thérapeutique, conduite par les psychologues et les professionnels paramédicaux. Le temps médical est quant à lui dédié aux moments clés (première consultation, diagnostic, définition du projet de soin), aux temps de synthèse et aux besoins ponctuels de l'enfant. Par conséquent, puisque les professionnels paramédicaux ont un intérêt à quitter les structures pour s'installer en libéral, la viabilité même des centres est menacée.

La comparaison des salaires entre l'exercice en centre, l'exercice hospitalier et l'exercice en libéral permet de confirmer la faible attractivité des postes en CAMSP, en CMPP et en CMP-IJ pour les professionnels paramédicaux. Le phénomène est moins prégnant s'agissant des médecins, pour lesquels la vacance de postes s'explique essentiellement par la démographie.

Tableau 17 : Indications sur les salaires d'entrée comparés à la rémunération en libéral

Salaire moyen d'entrée (brut mensuel)	Pédopsychiatre / Médecin spécialiste	Orthophoniste	Psychomotricien	Kinésithérapeute	Ergothérapeute
Exercice salarié (convention de 1966)	4 820,32 €	1 765,81 €	1 765,81 €	1 765,81 €	1 765,81 €
Exercice salarié (convention de 1951)	4 565,91 €	2 144,26 €	2 144,26 €	2 144,26 €	2 144,26 €
Exercice libéral	5 500,00 €	2 400,00 €	2 200,00 €	2 700,00 €	2 300,00 €
Hôpital (part indiciaire)	3 500,00 €	1 747,89 €	1 747,89 €	1 747,89 €	1 747,89 €

Source : Pour le médicosocial : Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951. Pour le libéral : indications de la région Ile de France sur les rémunérations moyennes à l'entrée (<https://www.oriane.info/>). Pour le secteur hospitalier : Arrêté du 9 août 2017 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux corps de personnels de rééducation de la catégorie A de la fonction publique hospitalière

Ce phénomène n'est pas en voie de ralentir. L'écart d'attractivité continue de s'accroître, notamment avec la revalorisation en cours des consultations pédiatriques et spécialisées dans le secteur libéral, l'expérimentation de la convention médicale du 25 août 2016 prévoyant une majoration de 10 à 20 euros des consultations de psychiatre ou de pédopsychiatre dédiées aux enfants, au 1^{er} novembre 2016. De même, l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes signé le 18 juillet 2017¹¹⁷ comprend des revalorisations tarifaires pour l'exercice libéral dont :

- La revalorisation des bilans et des actes de rééducation par type de trouble
- La création d'un forfait handicap de 50€ par an et par patient pour rémunérer notamment l'accompagnement parental ou la coordination avec d'autres professionnels
- La valorisation de la prise en charge des enfants de moins de 3 ans (majoration de 6€ par acte)
- La création d'un forfait post-hospitalisation (100 euros par patient)
- La valorisation de la prise en charge des enfants de 3 à 6 ans (surcotation)

Pour maintenir l'attractivité de leurs centres, des associations gestionnaires ont signé des accords d'entreprise dans le cadre de la convention collective de 1966 pour revaloriser la rémunération des orthophonistes, dont le salaire est considéré comme particulièrement bas, compte tenu du niveau d'études nécessaire (bac+5). Des centres ont ainsi indiqué qu'ils choisissent de recruter moins d'orthophonistes, mais de les payer davantage, afin de les fidéliser. Enfin, les centres accueillent souvent des stagiaires afin de pouvoir leur proposer un recrutement à l'issue de leurs études.

¹¹⁷ http://www.fno.fr/wp-content/uploads/2018/03/371_dossier_avenant_16.pdf

2.2.1.2 En cas de saturation, l'offre alternative en libéral n'est pas forcément accessible

Même lorsque tous les postes financés sont pourvus, les structures sont parfois saturées par la hausse des demandes et ne peuvent pas apporter en interne tous les soins nécessaires à une prise en charge pluridisciplinaire. Lorsque l'attente est trop longue pour offrir l'accès à un certain type de soins, les centres réorientent les patients vers une prise en charge libérale complémentaire.

Tout d'abord, pour les professionnels rencontrés, la prise en charge en libéral n'a pas forcément, pour les cas complexes, une qualité équivalente à celle d'un suivi dans un centre¹¹⁸. A cet égard, la pluridisciplinarité des équipes professionnelles constitue une garantie, compte tenu de la collégialité des décisions prises (diagnostic, projet de soins), de la coordination des soins et de la pluralité des regards et des compétences dans la durée du parcours de l'enfant.

De surcroît, dans les cas où les enfants sont réorientés, l'accès à une prise en charge pose le problème de l'accessibilité financière de l'offre. En effet, si la rééducation orthophonique, qui concerne une majorité des enfants pris en charge en CAMSP¹¹⁹ et en CMPP, est bien remboursée par la Sécurité sociale, ce n'est pas le cas de la psychomotricité, de l'ergothérapie ou de la prise en charge par un psychologue qui sont hors nomenclature.

Encadré 12 : L'expérimentation du remboursement des psychologues en libéral

Il s'agit d'une expérimentation nationale mise en place dans trois régions, pilotée par la Direction générale de la santé (DGS) et la Fédération française de psychiatrie (FFP), en lien avec la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) et la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)¹²⁰.

Elle permet à un médecin évaluateur (médecin généraliste ou pédiatre exerçant en libéral, médecin de l'éducation nationale, médecin généraliste exerçant dans un service de santé universitaire, volontaire adhérant à la charte de l'expérimentation) de prescrire un maximum de 12 consultations psychologiques en libéral à un jeune de 11 à 21 ans présentant des signes de souffrance psychique. Ces séances sont alors remboursées selon un forfait correspondant à 32€ par séance.

Le psychologue clinicien qui prend en charge le jeune doit être inscrit dans le fichier ADELI (Automatisation des Listes) géré par les ARS, et avoir lui aussi adhéré volontairement à la charte de l'expérimentation.

Source : DGS, mission.

Pour accéder aux soins, de nombreuses familles doivent recourir à des financements dédiés au handicap (AEEH)¹²¹, ce qui nécessite une évaluation préalable par la CDAPH¹²². Dans le Puy-de-Dôme, ces demandes représenteraient jusqu'à 30 % des dossiers de demande d'AEEH reçus à la MDPH.

¹¹⁸ Pour les troubles légers ou simples, les centres adressent en revanche volontiers vers le libéral. Ainsi, plusieurs centres visités par la mission ont indiqué réorienter les enfants ne nécessitant qu'une prise en charge orthophonique vers le secteur libéral. Ce mécanisme est moins systématique s'agissant de la psychomotricité qui n'est pas remboursée par la Sécurité sociale.

¹¹⁹ Le CAMSP de Clermont-Ferrand estime à 60 % la part de ses patients nécessitant une rééducation orthophonique.

¹²⁰ Article 68 loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 ; Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes ; Arrêté du 19 décembre 2017 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes.

¹²¹ La MDPH de la Somme a indiqué de nombreuses sollicitations pour le motif de « financement de séances » de psychomotricité ou d'ergothérapie. A Clermont-Ferrand, la MDPH a toutefois indiqué un taux élevé de rejets de ces demandes dû à l'absence de handicap avéré (troubles d'apprentissage isolés, difficultés scolaires ou sociales).

¹²² Celle-ci porte sur l'évaluation du taux d'incapacité qui doit être supérieur à 50 % et sur les observations de la famille quant à l'impact du handicap sur le quotidien. La difficulté rencontrée pour évaluer la gravité d'un handicap psychique est soulignée par les professionnels des MDPH et des centres.

Toutefois, cette possibilité n'est pas utilisée par les Départements pour les enfants placés par l'aide sociale à l'enfance (ASE) puisque l'allocation serait versée aux parents de l'enfant¹²³.

Dans le cas où ce sont des soins remboursés par la Sécurité sociale qui ne seraient pas disponibles dans les centres, le recours à un relais libéral en « complément » du suivi en CAMSP, CMPP ou CMP-IJ (cas dit de « double prise en charge ») est interdit, par principe, par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui financent les centres.

Encadré 13 : La notion de « double prise en charge » pour l'Assurance maladie

Par principe, la prise en charge dans le secteur libéral n'est pas remboursée si l'enfant est déjà pris en charge au sein d'un centre. Par exception, une entente préalable est possible sous des conditions particulières de technicité ou d'intensité de la prise en charge, dans le cas où la compétence nécessaire ne serait pas disponible dans le centre. Cette dérogation ne peut pas être justifiée par la vacance de certains postes, le centre étant responsable de l'utilisation de sa dotation afin de garantir la présence d'une équipe pluridisciplinaire. Elle ne peut pas non plus être motivée par une demande de la famille¹²⁴. Cette règle a fait l'objet d'un rappel dans une instruction de la caisse nationale d'assurance maladie datée du 12 juin 2017¹²⁵.

Lorsque l'entente préalable n'est pas possible parce que les critères de technicité et d'intensité ne sont pas réunis, les centres doivent mobiliser une ligne budgétaire afin de rémunérer directement les professionnels libéraux. Selon un CMPP rencontré, le coût approximatif pour un centre est de 1000 euros par an et par enfant pour une prise en charge orthophonique. Des centres ont pu utiliser ponctuellement cette solution sans toutefois la maintenir de façon durable, ce qui a pu être perçu comme insécurisant pour les professionnels libéraux concernés. En effet, cette modalité de coopération n'est mobilisée que dans l'attente de recrutement de salariés sur les postes vacants.

Compte tenu du risque de non-remboursement des soins et des incertitudes juridiques, certains professionnels libéraux ont refusé de continuer la prise en charge d'un enfant admis en centre sans entente préalable. De surcroît, des professionnels libéraux refusent de recourir à une entente préalable avec les centres, parce que celle-ci suppose des obligations en termes de suivi et de participation aux réunions de synthèse qui ne sont pas valorisées comme des actes¹²⁶. De nombreux professionnels acceptent, toutefois, de le faire sans contrepartie financière, ou avec le seul dédommagement des transports.

Cette contrainte juridique a pu entraîner des ruptures de prise en charge, ainsi que des difficultés d'accès aux soins pour les enfants. Elle a fait l'objet de courriers de plainte d'usagers et de professionnels vers l'association ANECAMSP.

Localement, après quelques années de blocages, des compromis ont pu être trouvés entre les CPAM et les centres concernés par la pénurie de professionnels paramédicaux et leurs difficultés de recrutement, notamment chez les orthophonistes.

Ainsi, par exemple, dans le Puy de Dôme, la CPAM distingue les enfants suivis en libéral en raison de la vacance temporaire d'un poste d'orthophoniste, et les enfants qui devraient être suivis en libéral même si les postes étaient pourvus compte tenu de la taille de la file active. La dérogation est acceptée pour les enfants de la seconde catégorie, après information de la CPAM et sous réserve d'une prescription par le médecin de CMPP attestant des besoins de soins de l'enfant.

¹²³ Le Conseil départemental de Gironde indique ainsi devoir financer les prises en charge de certains enfants en psychomotricité.

¹²⁴ De nombreuses familles souhaitent en effet maintenir une prise en charge débutée en libéral avant l'inscription en centre afin de s'appuyer sur le lien de confiance établi avec l'enfant.

¹²⁵ « Info Dirigeants du 12 juin 2017 », note de service relative à l'harmonisation des règles de prise en charge des soins d'orthophonie réalisés par les professionnels libéraux auprès de patients suivis en CMPP et CAMSP dans le secteur médico-social et en CMP dans le secteur sanitaire.

¹²⁶ Le centre peut ainsi être amené à dédommager lui-même les frais de déplacement et les temps de synthèse pour inciter les professionnels libéraux à y participer.

Dans ce schéma, le médecin du CMPP est coordinateur des soins et doit veiller à la bonne adéquation des soins apportés dans le secteur libéral au projet global de soins de l'enfant, ainsi qu'à la coordination avec le professionnel libéral lors des réunions de synthèse. A l'issue d'une durée déterminée de prescription, si la prise en charge est antérieure à l'entrée au CMPP, le médecin devient responsable de son éventuel renouvellement. Ce principe a été communiqué aux médecins traitants et orthophonistes du département. Par priorité, les CMPP du département continuent d'assurer les soins en interne pour les enfants pour lesquels un suivi pluridisciplinaire rapproché est nécessaire compte tenu de la complexité de la situation.

Source : *Déplacements mission, CNAM.*

Ensuite, au-delà des contraintes financières, les familles sont confrontées au déficit d'accessibilité territoriale de l'offre libérale. Ainsi, par exemple, dans la Creuse, on ne compte que 50 orthophonistes, cinq ergothérapeutes et aucun psychomotricien pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans. Dans l'Indre, on compte deux psychomotriciens et deux ergothérapeutes pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans. A l'inverse, à Paris, on compte 210 psychologues, 216 orthophonistes, 28 psychomotriciens et 10 ergothérapeutes pour un public équivalent.

Par conséquent, les délais d'attente pour une prise en charge libérale, notamment par un orthophoniste, sont parfois aussi, sinon plus longs que dans les centres (délai de 18 mois selon le CAMSP de Perpignan, un an selon le CAMSP de Clermont-Ferrand, 18 mois d'attente selon le CMP-IJ d'Abbeville). Or cette situation ne se résorbe pas assez vite, malgré l'ouverture récente de plusieurs écoles d'orthophonie, par exemple à Amiens, à Lille et à Perpignan. Le *numerus clausus* des orthophonistes, fixé à 841 postes par an en 2017-2018 contre 808 en 2014-2015, reste stable et en deçà des besoins.

2.2.1.3 Cette pénurie de professionnels est génératrice d'inégalités d'accès aux soins

Ces contraintes d'offre créent des inégalités entre les familles selon leur lieu de vie et leurs moyens financiers disponibles. Laissées sans soutien, des familles multiplient les démarches et parfois renoncent devant les obstacles liés aux difficultés de transport ou de financement.

Du côté du secteur sanitaire, en CMP-IJ, la charte des droits fait état de la liberté de choix de l'établissement de santé¹²⁷ qui, dans les faits, est particulièrement contrainte par la faiblesse de l'offre de proximité et les délais d'attente. Dans le secteur médico-social, les parents rencontrent des difficultés comparables qui remettent en cause leur droit d'accès aux soins.

Une telle situation remet en cause la gratuité des soins pour des enfants, y compris pour ceux qui sont admis dans les structures médicosociales mais qui ne peuvent pas bénéficier de tous les soins dont ils ont besoin faute de temps disponible chez les soignants. Ainsi, les prestations des psychomotriciens, des ergothérapeutes et des psychologues, parfois indisponibles dans les centres, ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale et constituent un reste à charge pour les familles.

Tableau 18 : Indications sur le coût moyen des prises en charge en libéral

Prestations	Psychomotricien	Ergothérapeute	Psychologue
Séance (45mn)	40 €	35 €	50 €
Bilan	120 €	140 €	300 €

Source : *Sites internet de professionnels, par exemple <https://www.psychomotricitedax.com/>.*

¹²⁷ Charte des droits et libertés de la personne accueillie, 2003.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/exe_a4_accue284e.pdf

Dans ces cas de figure, qui tendent à se multiplier, l'application de la circulaire de 1966 sur le financement des structures l'emporte sur le droit des enfants. Les prises en charge complémentaires, délivrées en secteur libéral faute de moyens disponibles dans les centres, peuvent se traduire par des restes à charge, alors même que les enfants bénéficient d'une couverture sociale. Du point de vue de la sécurité sociale qui finance les structures, il s'agit d'une « double prise en charge » comme expliqué ci-dessus. Cette circulaire ne concerne pas les enfants accueillis en CMP-IJ, comme l'a rappelé la CNAM dans son instruction du 12 juin 2017.

Si les transports sont remboursés dans les CAMSP et CMPP¹²⁸, ce n'est pas nécessairement le cas dans les CMP-IJ. En effet, au sein des hôpitaux, un arbitrage budgétaire est parfois réalisé afin de préserver la dotation annuelle de financement en psychiatrie (DAF), au détriment des aides au transport aux familles pour les consultations habituelles des enfants.

Selon le référentiel communiqué par la CPAM du Puy-de-Dôme, les règles applicables en CMP-IJ relèvent du droit commun¹²⁹. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale dresse ainsi la liste des situations dans lesquelles l'état du malade justifie la prescription des modes de transport, en fonction de l'importance des déficiences et incapacités et de leurs incidences. Or ces prescriptions ne sont accordées qu'aux patients de CMP-IJ qui relèvent d'une affection de longue durée. Dans plusieurs départements, selon l'ARS, les ambulances refusent de conduire les enfants dans les centres CMP-IJ en raison de la faible rentabilité des courses supérieures à 45 minutes.

2.2.2 Les moyens financiers sont en hausse dans les CAMSP et les CMPP sans parvenir à répondre aux besoins

Sur les cinq dernières années, les moyens financiers alloués aux CAMSP ont augmenté de 21 % et ceux alloués aux CMPP de 8 %.

Tableau 19 : Evolution des moyens des CAMSP et CMPP depuis cinq ans

	CAMSP Dotation globale	CMPP Prix de séances et dotation globale (sous CPOM)	CMP-IJ (estimation)
2012	157 868 461	314 757 953	
2013	162 907 241	319 262 602	
2014	172 138 187	324 144 794	
2015	174 969 107	335 993 709	
2016	183 070 780	335 961 339	566 000 000
2017	190 954 098	340 226 872	
Evolution 2012/2017	+21 %	+8 %	

Source : CNSA, requête SNIIRAM et données comptables de clôture pour CPOM (HAPI), retraitement mission.

¹²⁸ Décret 2014-531 du 26 mai 2014 relatif à la participation des assurés sociaux aux frais de transport mentionnés au 19° de l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale (Journal officiel du 27 mai 2014 décret 2014-531 du 26 mai 2014 relatif à la participation des assurés sociaux aux frais de transport mentionnés au 19° de l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale (Journal officiel du 27 mai 2014).

¹²⁹ Articles R.322-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

L'augmentation du budget global des CAMSP s'est accompagnée d'une augmentation du nombre de structures (sites principaux) de 6 % sur la période. Cette hausse ne traduit pas une augmentation du nombre d'enfants de la file active, relativement stable, mais une augmentation du coût moyen de prise en charge de ces enfants (protocolisation croissante des prises en charge, possible complexification des situations cliniques).

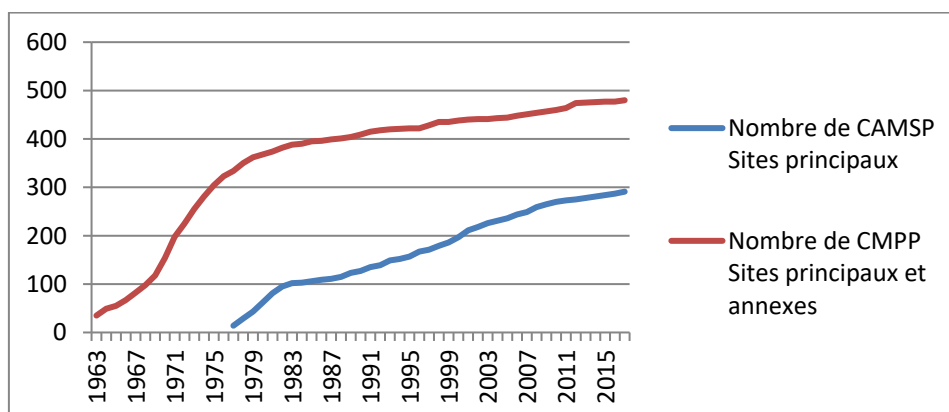
Le cofinancement des CAMSP entre l'assurance maladie (80 %) et le Département est prévu à l'Article L2112-8 du Code de la santé publique. Il est justifié historiquement par le rôle joué par le Département en matière de prévention et de protection de l'enfance. A ce titre, ce dernier finance théoriquement les actions de prévention primaire et secondaire menées par le CAMSP (cf. 1.2.2).

Dans ses déplacements, la mission a pu constater que la plupart des conseils départementaux sont attachés à leur mission de prévention et à l'activité des CAMSP. Toutefois, ils ne sont pas nécessairement associés à leur gestion (absence d'invitation aux réunions de suivi organisées par l'ARS). Des Départements ont signalé que ce cofinancement ne se traduit concrètement pour eux que par la réception d'une facture envoyée par le CHU ou l'association gestionnaire du CAMSP.

En revanche, le cofinancement peut freiner le développement de projets d'extension et/ou de création de CAMSP sur le territoire. Compte tenu des contraintes budgétaires rencontrées par les conseils départementaux, les projets des ARS seraient souvent retardés voire empêchés. En 2016, la CNSA a réalisé auprès des ARS une enquête relative aux difficultés liées au co-financement des CAMSP et cinq ARS ont répondu positivement quant à l'existence de telles difficultés. Ces blocages ont amené à créer des équipes diagnostic autisme de proximité (EDAP) adossées à un CMPP local, faute de pouvoir l'adosser au CAMSP comme prévu par le 3^e plan autisme. Par ailleurs, certaines ARS ont déclaré avoir dû se substituer au Département pour sa part de financement.

En ce qui concerne les CMPP, l'augmentation limitée du budget (+8,5 % entre 2012 et 2017) s'est accompagnée d'une stabilité du nombre de structures sur la période et d'une hausse moindre de la file active (+5 %).

Graphique 3 : Evolution du nombre de CAMSP et de CMPP depuis 1963



Source : Mission d'après le répertoire FINESS

Rapportés à la file active, au nombre de patients ou au nombre d'actes, ces moyens sont néanmoins en réduction.

Tableau 20 : Evolution des moyens des CAMSP et CMPP depuis cinq ans par patient de la file active et par nombre d'actes

	CAMSP		CMPP	
	Coût moyen par patient de la file active (en euros)	Coût moyen par acte (en euros)	Coût moyen par patient de la file active (en euros)	Coût moyen par acte (en euros)
2006	2 251			
2007	2 388	112		
2014			1.801	
2015	3 226			
2016	3 130	144	1.576	104

Source : Mission

Cela traduit la pression croissante sur ces établissements, qui doivent faire face à une augmentation de la demande plus forte que celle des moyens dont ils disposent.

S'agissant de la psychiatrie de secteur, les données financières ne sont pas disponibles à la maille des CMP, et *a fortiori* des CMP-IJ. Si le budget total de la psychiatrie de secteur a augmenté de 8,4 % pour les établissements sous DAF entre 2009 et 2016¹³⁰, le mouvement de fermeture de lits d'hospitalisation a pu s'accompagner d'un redéploiement de moyens en faveur des CMP notamment infanto-juvéniles. Il n'est donc pas possible de mettre une évolution du budget des CMP-IJ en regard de l'augmentation du nombre de leurs patients entre 2010 et 2016 (+13 %).

En 2016, le coût par acte d'un CMP-IJ est de 132€, comparable à ce qu'il est pour les CAMSP (144€) mais plus élevé que pour les CMPP (104€).

2.2.3 Les centres sont confrontés aux contraintes sur l'offre de premier recours et l'offre d'aval

Pour que les centres puissent faire face à la demande qui leur est adressée, il faudrait, d'une part, que les demandes de soins de premier niveau soient prises en charge par les acteurs de premier recours, et, d'autre part, que les structures de prise en charge d'aval soient accessibles au moment de la sortie des enfants et des adolescents.

Les centres absorbent une partie de la demande de niveau 1

Compte tenu des difficultés d'accessibilité financière et territoriale à l'offre libérale (cf. 2.2.1), une partie de la demande de premier niveau s'adresse aux centres, dont l'accès est direct et gratuit, et qui sont globalement mieux répartis sur le territoire (cf. 1.1.3).

Les professionnels rencontrés ont indiqué qu'ils trouveraient pertinent de réorienter vers le libéral une demande ne nécessitant pas de prise en charge pluridisciplinaire (demande de rééducation orthophonique ou psychomotrice, troubles réactionnels pouvant être pris en charge par un psychologue), mais qu'ils s'y refusent car ces soins ne sont pas remboursés ou pas disponibles.

Ainsi, l'équipe d'un CMP-IJ rencontrée estime que 10 % de sa file active pourrait être prise en charge par un psychologue libéral. Dans certains territoires, les centres constituent la seule offre de proximité disponible pour répondre à des difficultés sociales ou à des demandes urgentes de prise

¹³⁰ Rapport IGAS d'Alain Lopez et de Gaëlle Turan-Pelletier, 2017.

en charge, par exemple des adolescents en crise. C'est pourquoi ils absorbent de surcroît une contrainte supplémentaire à celle qui leur revient légitimement compte tenu de leurs compétences.

Les centres compensent parfois l'indisponibilité de l'offre d'aval

En aval de la prise en charge dans les centres, la fluidité des flux de sorties des CAMSP, des CMPP et des CMP-IJ est également tributaire des possibilités d'admission dans des établissements et services d'aval, en particulier les IME et les SESSAD ou les dispositifs dépendant de l'Education nationale, comme les Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), les unités d'enseignement (UE) ou les Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA).

Encadré 14 : Cas d'un enfant admis en SEGPA à la sortie d'un centre

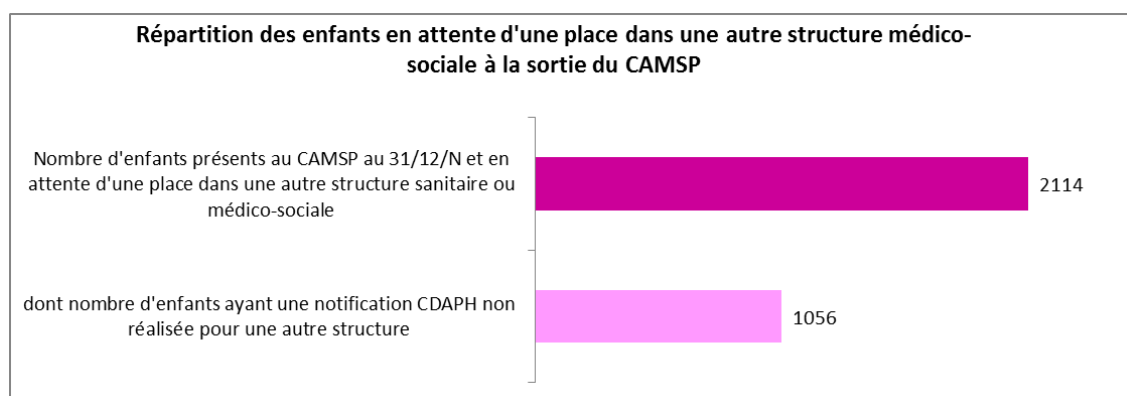
Pierre*, jeune garçon de 10 ans, est suivi depuis plusieurs années par le CMPP pour d'importantes difficultés scolaires et des exclusions répétées, dans un contexte familial compliqué (il est fils unique de parents présentant un léger retard mental). Sur la présence d'éléments déficitaires faisant craindre des troubles structurels, l'équipe soignante suspecte un trouble du spectre autistique.

Après avoir effectué un bilan psychologique, psychométrique et psychomoteur, le CMPP met en place une prise en charge comprenant la participation à un groupe thérapeutique et une séance hebdomadaire de psychomotricité. L'alliance thérapeutique nouée avec les parents s'avérant solide et efficace, un travail de préparation à la sortie permet à l'enfant de s'améliorer sur le plan scolaire et d'être admis dans une SEGPA conformément à ses vœux.

Source : *Déplacements mission, témoignage de professionnels.*

En l'absence de place adaptée, le processus d'admission et de sortie de centre peut entraîner de nouveaux délais d'attente et contribuer à peser sur la file active des centres. Si les difficultés rencontrées sont les mêmes dans les trois centres, le problème est plus prégnant dans les CAMSP, compte tenu de la barrière des âges, que ce soit celle de la règle générale des six ans, ou bien les limites d'âges que les structures se sont fixées¹³¹. En rapportant les résultats au nombre total de CAMSP, on peut estimer à partir des données des rapports d'activité 2016 des CAMSP qu'au 31 décembre 2016 environ 5.000 enfants étaient encore dans la file active des CAMSP en attente d'une place dans une autre structure médico-sociale ou sanitaire, soit 7 % de la file active.

Graphique 4 : Répartition des enfants en attente d'une place en CAMSP



Source : *CNSA, rapports d'activité des CAMSP (2016).*

¹³¹ La majorité des plaintes reçues par l'ANECAMSP au niveau national porte sur le manque de places dans les structures d'aval.

Pour maximiser le nombre d'enfants pouvant être accueillis, les centres peuvent choisir de :

- maintenir une prise en charge, au moins minimale, dans le centre, dans l'attente d'une solution adaptée ;
- assurer un relais, plus ou moins construit, avec une prise en charge en secteur libéral, au moins pour les prises en charge en orthophonie. Le plus souvent, ce sont les parents qui doivent trouver eux-mêmes le professionnel ;
- cesser la prise en charge mais poursuivre les démarches et la veille pour obtenir une place d'aval en établissement.

A titre de précaution, et faute de visibilité précise sur le calendrier, les parents sont invités par les centres à déposer le plus rapidement possible des dossiers en MDPH, puis des demandes d'admission dans un ou plusieurs établissements, un ou deux ans à l'avance. Additionnées, ces démarches, légitimes en soi, contribuent à accroître les listes d'attente et leur manque de lisibilité.

En CMPP et en CMP-IJ, les difficultés sont identiques, mais la pression de la barrière de l'âge est moins forte, ce qui constitue une des explications de prises en charge, le plus souvent sur des situations socio-médicales complexes, qui se prolongent très au-delà des délais moyens et médians.

Afin de répondre à ce besoin de relais et d'éviter les ruptures de parcours, des professionnels se sont positionnés sur l'accompagnement des enfants en attente d'une solution d'aval. Par exemple, le réseau Santé Arc-en-Ciel¹³² intervient en aval des CAMSP et en amont de l'orientation dans un SESSAD pour les enfants porteurs de troubles des apprentissages en Bretagne. Financé par l'ARS, il assure une mission de pédiatrie ambulatoire afin de faciliter la jointure entre les deux dispositifs et propose un module d'évaluation et d'appui social pour familles en situation de précarité.

De même, des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), composés de professionnels libéraux se sont positionnés sur une offre dédiée aux enfants et aux adolescents handicapés disposant d'une orientation vers un établissement ou un service médicosocial, mais n'ayant pas obtenu de réponse d'accompagnement effective ou suffisante. Ils proposent des prises en charge individualisées avec l'intervention coordonnée de professionnels d'exercice libéral, de professionnels du secteur médico-social ou de professionnels du secteur sanitaire.

2.3 Les centres ne parviennent pas à absorber toute la demande ce qui conduit à des listes d'attente et à un ajustement des prises en charge

2.3.1 Les délais d'attente se sont accrus avec un risque de perte de chance

Dans les CMPP, les délais moyens d'attente étaient d'environ 6 mois entre un premier contact et un premier rendez-vous médical en 2006 et en 2010, avec une légère hausse du temps d'attente entre la première consultation médicale et le début de la prise en charge (3,5 mois en 2010 contre 3,4 mois en 2006). En 2016, les délais d'attente entre le premier contact et la prise en charge sont en moyenne de 7,3 mois.

Dans les CMP-IJ, un certain niveau de saturation a vraisemblablement été atteint depuis quelques années, ce qui se traduit par l'allongement moyen des délais d'attente. En 2008, le délai pour obtenir une première consultation avec un médecin nécessitait ainsi une attente d'une semaine à un mois

¹³² Source : Intervention du réseau Santé Arc en Ciel lors des Journées de l'ANECAMSP.

dans 42 % des cas et de plus de 3 mois dans 14 % des cas (chiffres RAPSY). D'après les professionnels auditionnés par la mission, cette durée d'attente aurait augmenté, ce qui corrobore des constats formulés dans le rapport d'information du Sénat de 2017 sur la psychiatrie des mineurs¹³³.

Dans les CAMSP, les délais moyens d'attente étaient de 5 mois entre un premier contact et le début de prise en charge en 2010 (contre 4,5 mois en 2006) avec une légère hausse du temps d'attente entre la première consultation médicale et le début de la prise en charge (3,5 mois en 2010 contre 2,9 mois en 2006). En 2016, 13 % des enfants attendent plus de 6 mois avant leur première consultation médicale. Les délais d'attente entre le premier contact et la prise en charge sont en moyenne de 4,3 mois, ce qui indique une légère baisse depuis 2010.

Tableau 21 : Délais moyens d'attente aux moments clés du parcours en centre

Délais d'attente moyens	CAMSP	CMPP
Entre le premier contact et le premier rendez-vous médical	CNSA 2006 : 2,2 mois ES 2006 : 1,6 mois ES 2010 : 1,8 mois CNSA 2016 : 2,3 mois	ES 2003 : 3 mois ES 2006 : 2,7 mois ES 2010 : 2,6 mois CNSA 2016 : 4 mois
Entre le premier rendez-vous médical et la prise en charge (= temps du bilan)	CNSA 2006 : 3,8 mois ES 2006 : 2,9 mois ES 2010 : 3,3 mois CNSA 2016 : 2 mois	ES 2006 : 3,4 mois ES 2010 : 3,5 mois CNSA 2016 : 3,3 mois
Total	CNSA 2006 : 6 mois ES 2006 : 4,5 mois ES 2010 : 5 mois CNSA 2016 : 4,3 mois	ES 2006 : 6,1 mois ES 2010 : 6,1 mois CNSA 2016 : 7,3 mois

Source : Mission d'après DREES, CNSA. Les données ne sont pas disponibles pour les CMP-IJ.

Ces délais d'attente peuvent aboutir sur un report de la demande sur d'autres services moins adaptés, dont notamment les urgences pédiatriques ou psychiatriques

Les situations qui ne peuvent pas être prises en charge au CMP-IJ sont réorientées, en cas de besoin, vers les urgences. Celles-ci deviennent un sas d'entrée vers les CMP-IJ qui permet d'éviter les files d'attente.

Selon les professionnels des services des Départements rencontrés, le passage aux urgences est devenue une étape fréquente dans le début de la prise en charge des adolescents bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance en situation de crise, faute de dispositif d'accueil disponible le soir et en fin de semaine pour soulager les services sociaux.

Si cette prise en charge médicale suffit dans certains cas à apaiser la situation à court-terme, elle n'est pas adaptée aux besoins de l'adolescent et ne peut se substituer à un suivi médical et à un projet de soins de long-terme, en lien avec les services de l'aide sociale à l'enfance.

¹³³ Rapport d'information de Michel AMIEL au nom de la mission d'information du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France de 2017.

Les centres ne peuvent plus remplir l'ensemble de leurs missions

Si les professionnels des CAMSP, CMPP et CMP-IJ reconnaissent tous la valeur ajoutée des partenariats pour la qualité de la prise en charge, ils ont indiqué à la mission que leurs équipes n'ont malheureusement plus le temps de s'y consacrer autant qu'auparavant¹³⁴.

Selon la CNSA, la moitié des CAMSP ont participé à moins de 38 réunions d'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) en 2016. Selon des professionnels rencontrés par la mission, le médecin ne peut se rendre physiquement à l'école que pour cinq ou six réunions par an. Il est donc contraint de choisir les réunions prioritaires en raison de la complexité de la situation ou du caractère stratégique de la décision à prendre (sortie en Unités localisées pour l'inclusion scolaire, réorientations). Pour de nombreuses réunions, les professionnels doivent envoyer leurs directives par courriel ou contacter les enseignants par téléphone, faute de temps pour s'y rendre¹³⁵.

De même, les équipes du CMP Adolescents de Thuir (Pyrénées-Orientales) ont indiqué à la mission que le centre participait, dans le passé, à des réunions suivi scolaire santé social (4S). Ciblées sur les collèges d'éducation prioritaire, ces réunions mensuelles rassemblaient des professionnels de santé et l'équipe technique du collège afin d'évoquer les cas problématiques et d'exercer une régulation des flux en amont grâce au partage d'avis cliniques avec l'équipe pédagogique. Inspirée d'une expérimentation menée à Poitiers, cette intervention du CMP-IJ à l'école était jugée très utile mais n'est plus possible faute de moyens et compte tenu de la hausse des files actives.

En 2016 selon la CNSA, les personnels des CAMSP n'ont pu consacrer en moyenne que 5 jours par an et par équivalent temps plein (ETP) à leur propre formation continue et à la réactualisation de leurs compétences. Des professionnels rencontrés ont indiqué devoir se former sur leur temps personnel et/ou en finançant leurs formations avec leurs propres moyens.

S'agissant des actions de formation des partenaires dans le cadre de la « mission ressource » (interventions de leurs professionnels dans des colloques ou journées d'étude), elles mobilisent en moyenne 10 jours par an dans chaque CAMSP selon la CNSA. Toutefois la valeur médiane (deux jours par an) indique une forte dispersion selon les centres¹³⁶. Des professionnels rencontrés dans les CMPP ont indiqué une participation d'une ou deux journées par an au maximum, leur temps de soin étant déjà insuffisant pour réduire les listes d'attente (cf. 2.3.2).

Dans certains cas, l'attente peut aboutir à un retrait ou à une évolution de la demande.

En Guadeloupe, les délais d'attente pour obtenir le premier rendez-vous médical en CAMSP peuvent aller jusqu'à un an, selon l'ARS. Selon une mission d'inspection conjointe ARS - PMI sur les CAMSP du département d'outre-mer en 2017, l'attente moyenne entre le premier contact et le début de la prise en charge était de 15 mois. Dans les CMPP, la file active comprend 533 enfants malgré un agrément fixé pour 140 enfants. Ainsi, l'attente est de 18 mois entre l'inscription et le premier rendez-vous médical en CMPP, comme au CMP-IJ de Pointe-à-Pitre.

¹³⁴ La mission note aussi que l'absence de systèmes d'informations adaptés freine la fluidité de ces échanges, d'autant plus que l'utilisation de messageries électroniques non sécurisées et l'absence de protocole consensuel sur les échanges d'informations confidentielles contrevient aux règles du secret médical.

¹³⁵ De la même façon, beaucoup de libéraux qui prennent en charge les enfants en complément du centre ne peuvent pas participer aux réunions de synthèse, leur participation n'étant pas valorisée comme un acte et ne faisant pas l'objet d'une compensation.

¹³⁶ Donnée recueillie par la CNSA sur une base de 169 CAMSP.

De la même façon, dans certains CMPP, les délais d'attente conduisent les professionnels à refuser d'inscrire de nouveaux enfants sur la liste d'attente. Ainsi, le secrétariat peut demander aux familles de rappeler à la fin de l'année scolaire ou à la rentrée prochaine, ce qui conduit à priver de suivi un enfant pendant plusieurs mois.

De tels délais sont de nature à dissuader les familles et à engendrer une évolution significative de la situation clinique entre le moment de la demande et celui de la prise en charge. S'il est parfois possible d'observer, après le temps d'attente, une situation apaisée (cas des demandes « virtuelles » dues à une obligation de soins par l'Education nationale ou l'ASE, cas des troubles réactionnels dus à une difficulté précise qui aurait pu se dénouer), l'absence de soins en temps utile risque surtout de conduire à une perte de chance et à une aggravation, voire une chronicisation, des troubles.

Ces délais excessifs constituent, en tout cas, une rupture de l'égalité des droits des enfants à accéder aux soins.

2.3.2 Les centres mettent en place des stratégies pour gérer ces listes d'attente, dont certaines comportent des risques

On distingue trois principales « périodes » d'attente pour les familles :

- entre le premier contact et le premier rendez-vous médical (s'il a lieu) ;
- entre le premier rendez-vous médical et le bilan ;
- entre le bilan et le début de la prise en charge.

Pour chacune de ces périodes, des pratiques de régulation ont été mises en place par les centres au niveau local. Ainsi, par exemple, l'ARS Ile-de-France a publié en 2015 les résultats d'une étude expérimentale sur les bonnes pratiques de réduction des délais d'obtention du premier rendez-vous, mises en œuvre dans les CMP infanto-juvénile de la Seine et Marne¹³⁷.

La mission décrit ci-dessous les exemples cités le plus fréquemment lors de ses déplacements.

Gestion de l'attente en amont du premier rendez-vous médical

- Accueil par un professionnel autre que le médecin

Une pratique couramment mise en place dans les centres pour réguler les flux et réduire les délais d'attente avant la première consultation consiste à faire intervenir un infirmier, un psychologue ou un travailleur social pour le premier entretien avec le patient. En l'absence de médecin, il s'agit d'une première analyse des éléments factuels de la situation (symptômes, difficultés, parcours, antécédents) visant à faciliter la planification ultérieure des consultations médicales en fonction du niveau d'urgence.

Par ailleurs, ces entretiens peuvent parfois aboutir à une réorientation vers un dispositif plus adapté et donc contribuer à alléger la file d'attente. Ainsi, par exemple, dans le CMPP de Perpignan, les enfants porteurs de troubles dys dits « simples », sans comorbidités psychiques, ne sont pas pris en charge et sont réorientés vers le secteur libéral. Cette pratique qui repose sur une répartition organisée des tâches entre les médecins et l'équipe pluridisciplinaire correspond aux évolutions actuelles du système de soins et à l'évolution des métiers, notamment paramédicaux.

¹³⁷ Lien : http://www.aios.fr/Telechargements/Sante_mentale_-_Delais_en_CMP-II.pdf

- Organisation d'ateliers de groupe avec les paramédicaux

Dans l'attente d'une consultation médicale, certains patients peuvent être pris en charge dans le cadre d'ateliers thérapeutiques collectifs, sous la responsabilité de professionnels paramédicaux ou d'autres professionnels du centre. Il s'agit à la fois d'un premier temps d'observation du patient et d'un début de soin. Dans les CAMSP, cette pratique participe également de l'accompagnement des familles qui sont présentes à ces séances et peuvent poser des questions sur la situation et la prise en charge de leur enfant.

- Gestion par la priorisation des troubles

Dans de nombreux centres, la liste d'attente est gérée en fonction du degré d'urgence des demandes, celles-ci ne recevant pas une réponse en fonction de leur seule ancienneté. Si cette pratique peut se comprendre en cas de crise aiguë (nécessité manifeste d'hospitalisation, grande souffrance de la famille entraînant de la maltraitance...), cette sélection anticipée est risquée car elle n'est pas fondée sur l'appréciation d'un médecin.

- Priorisation selon l'adresseur

Dans certains centres, les enfants et adolescents sont priorisés lorsqu'ils ont fait l'objet d'une recommandation, d'un appui ou d'une prescription médicale de la part d'un adresseur connu des professionnels (médecin de PMI, médecin de CMPP ou de CAMSP...). Bien qu'elle puisse sembler dans l'ordre des choses, compte tenu des relations de collaboration qui existent entre les professionnels des structures, cette décision peut entraîner une rupture d'égalité entre les enfants.

- Restriction par l'âge

Pour réguler les flux, des centres pratiquent une restriction à l'entrée dans leur structure sur un critère d'âge. Ainsi, certains CAMSP n'acceptent les enfants que jusqu'à l'âge de 3 ans, alors même que leur autorisation prévoit l'accueil des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. Peu compréhensible pour les usagers, cette pratique constitue une restriction des droits. Par ailleurs, elle crée une rupture d'égalité des droits des enfants selon les territoires, puisque ces restrictions ne sont pas les mêmes partout.

Une telle sélection a également été mise en place à titre provisoire dans des CAMSP, pour faire face à un afflux non anticipé de demandes et à une forte saturation. Elle a été supprimée après une année, après la décrue des délais d'attente. Ce mode de régulation ne peut cependant pas être pérenne pour les raisons évoquées ci-dessus.

Ce type de pratiques montre la nécessité de définir des principes au niveau national afin d'accompagner les professionnels dans leur choix de gestion des délais d'attente.

Gestion de l'attente entre le premier rendez-vous médical et le bilan/ diagnostic

- Restriction par la gravité

Comme à l'entrée dans le centre, les délais d'accès au diagnostic et au bilan peuvent être ajustés en fonction de la gravité et de l'urgence de la situation. Si cette pratique peut se comprendre compte tenu des contraintes, elle comporte un risque pour les enfants et adolescents dont les troubles et/ou les risques pour la santé auraient pu être sous-estimés.

- Externalisation de certains bilans

Dans certains centres, l'incapacité de l'équipe pluridisciplinaire à réaliser un diagnostic dans des délais raisonnables et/ou en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles aboutit à une externalisation de la réalisation des bilans (psychométrie, psychomoteur, orthophonique, orthoptique, bilans spécifiques ADOS/ADEI, etc.). Ainsi, dans un CAMSP, les professionnels ont indiqué ne pas être en mesure de respecter les référentiels compte tenu du temps nécessaire et de leurs moyens disponibles (un bilan est estimé à 37,5h de travail).

Compréhensible et utile pour garantir la précocité de la prise en charge, cet éclatement des tâches entre le centre et le secteur libéral risque de nuire à la bonne coordination des parcours des familles voire à une moindre qualité du diagnostic, si la mise en commun des résultats ne peut pas se réaliser dans de bonnes conditions.

- Début de la prise en charge avant le bilan

Lorsque la situation l'exige, certains professionnels choisissent de débiter la prise en charge comprenant l'accompagnement parental mais aussi les soins sans diagnostic ni évaluation. En particulier, le centre donne accès aux soins de rééducation et au psychologue. Nécessaire pour gagner du temps, cette anticipation de la prise en charge peut s'accompagner de réajustements ultérieurs et d'une éventuelle réorientation *a posteriori*.

Gestion du délai entre bilan et prise en charge

- Ajustement par les modalités de la prise en charge

Une fois le diagnostic posé, les équipes professionnelles doivent être fortement mobilisées pour garantir aux enfants et adolescents une prise en charge pluridisciplinaire adaptée aux besoins et conforme aux bonnes pratiques professionnelles.

Faute d'ajustement des moyens aux besoins, de nombreux professionnels indiquent être contraints de proposer un projet de soins comportant une fréquence des soins plus faible que nécessaire¹³⁸ (une séance par semaine au lieu de deux) ou une moindre pluridisciplinarité.

Dans de nombreux cas, la part du médical est réduite, et peut aller jusqu'à disparaître. Ainsi, dans un département visité par la mission, huit enfants sur neuf pris en charge au CMP-IJ ne sont pas vus par le pédopsychiatre, faute de temps, et deux tiers des enfants n'auront pas de regard médical sur leur dossier en raison du manque de temps pour participer aux réunions de synthèse.

Faute de professionnels en nombre suffisant, un risque évident pèse sur la qualité et l'adéquation des prises en charge aux besoins des enfants.

¹³⁸ Ce phénomène ne transparait toutefois pas dans les chiffres compte tenu de l'évolution de la file active qui comprend une plus grande part de cas complexes. Ainsi, on observe une hausse du nombre d'enfants bénéficiant d'une prise en charge peu intense en CMPP. En 1996, 75 % des enfants bénéficiaient d'au moins une séance par semaine dont 15 % des enfants bénéficiaient de deux séances par semaine ou plus (Enquête DGS-INSERM). En 2016, 69 % seulement des enfants bénéficiaient d'au moins une séance par semaine, dont 24 % de deux séances ou plus par semaine.

- Gestion par les sorties

Enfin, l'impossibilité de prendre en charge un enfant à hauteur de ses besoins et/ou à long-terme peut amener les centres à orienter les enfants de façon précoce, parfois dès l'âge de 3 ans et avant toute tentative de scolarisation. Cette pratique fait peser un risque sur la pertinence des orientations en aval compte tenu de l'évolutivité des diagnostics à cet âge. Par ailleurs, une telle anticipation peut compromettre la continuité des soins à un âge délicat, et ne permet pas le respect du temps d'appropriation du diagnostic par la famille.

3 RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Au terme de son analyse, la mission dresse trois grands constats :

1/ Les CAMSP, CMPP et CMP-IJ sont confrontés à une hausse globale de la demande de soins pour les enfants et les adolescents ainsi qu'à l'hétérogénéité des demandes – à la fois de niveaux 1 et 2 - qui leur parviennent. En effet, une partie de la demande de niveau 1 est réorientée vers ces centres compte tenu de leur accès direct et des difficultés d'accès, qu'elles soient physiques ou financières, à l'offre de premier recours.

Afin de réduire les délais d'attente pour les patients, les centres mettent en place des stratégies de réorganisation, mais aussi de priorisation à l'entrée et à la sortie, dont certaines comportent des risques, notamment sur la qualité de la prise en charge et l'égalité des droits. Les professionnels sont en attente d'outils pour faire face à cette situation.

2/ Parmi ces centres, une distinction doit être opérée entre les CAMSP d'une part, dont la vocation est la prévention et la prise en charge précoces du handicap psychique, mental mais aussi somatique du jeune enfant, et les CMP-IJ et CMPP d'autre part, qui sont spécialisés sur la santé mentale des enfants et des adolescents. L'évolution des centres doit prendre acte de cette clarification et améliorer la lisibilité de l'offre pour les patients.

Quel que soit le scénario retenu, la mission souligne que les réorganisations de l'offre ne doivent pas aggraver les inégalités sociales et territoriales existantes, et qu'elles doivent prendre en compte le risque de rupture de droits pour les populations fragilisées et éloignées de l'offre de soins. Il est indispensable au strict minimum de préserver, voire de renforcer les capacités de prise en charge.

3/ Les troubles du neurodéveloppement sont mieux repérés et pris en charge, notamment du fait de l'apport des neurosciences. Pour que tous les enfants qui en ont besoin puissent bénéficier de ces nouvelles modalités de prise en charge, les centres de soins doivent adapter leurs pratiques professionnelles aux recommandations en vigueur et proposer tout l'éventail des approches et des méthodes pluridisciplinaires à jour des dernières connaissances médicales.

Cette nouvelle donne impose de :

- Doter les professionnels des centres d'outils pour améliorer la gestion des files actives et la qualité des prises en charge ;
- Positionner clairement l'offre des centres dans leur environnement ;
- Garantir le respect des droits des patients et des familles ;
- Renforcer les capacités et l'efficacité de l'activité des centres ;
- Piloter plus fortement les évolutions du dispositif de prise en charge.

Certaines des évolutions proposées (recommandations n°5, n°6, n°8 et n°9) concernent d'autres acteurs du système de prise en charge de la santé des enfants et des adolescents, compte tenu des interactions de leur offre avec l'activité des centres.

3.1 Doter les professionnels des centres d'outils pour améliorer la gestion des files actives et la qualité des prises en charge

Recommandation n°1 : Confier à la CNSA et à la HAS l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques en matière de régulation des files actives qui soit commun aux CAMSP, CMPP et CMP-IJ

Ce guide de bonnes pratiques comprendra des outils communs de régulation permettant aux professionnels d'améliorer sensiblement l'organisation des flux de demande, de réduire les délais d'attente, et d'encadrer, voire d'éliminer les pratiques de régulation porteuses de risque (cf. 2.3.2).

La mission propose d'intégrer plusieurs bonnes pratiques de régulation à ce référentiel :

- Recommander systématiquement aux parents de consulter au préalable un médecin généraliste, un pédiatre ou une structure de premier niveau avant leur admission en centre ;
- Mettre en place une procédure formelle d'adressage pour les acteurs de premier recours en vue de l'admission en CAMSP, CMPP ou CMP-IJ ;

Cette procédure devra permettre de formaliser la demande d'inscription en centre et devra être étayée par une indication d'un professionnel de santé ou de l'accueil des enfants et adolescents. Celle-ci pourra prendre par exemple la forme d'une prescription médicale ou d'observations écrites de la part de l'équipe enseignante. L'objectif est d'organiser la traçabilité des demandes d'orientation et de faciliter le travail de régulation réalisé par les professionnels des centres.

- Généraliser la réalisation du premier entretien à l'entrée au centre par un professionnel autre que le médecin (psychologue, travailleur social ou infirmier psychiatrique) en amont de la première consultation médicale et sous la supervision du médecin ;
- Développer une grille d'analyse rapide permettant d'évaluer en première intention le niveau d'urgence de la demande des enfants et adolescents en attente à l'appui du premier entretien ;
- Réévaluer le projet de soins systématiquement au bout de deux ans.

Il s'agit de mettre en place une revue régulière entre pairs des dossiers des patients ayant une prise en charge d'une longueur atypique dans les centres (supérieure à la moyenne de deux ans environ). L'objectif est à la fois de vérifier l'adéquation du projet de soins avec l'évolution des besoins de l'enfant ou de l'adolescent, et de s'assurer que celui-ci s'inscrit dans un projet de long-terme qui implique soit une sortie du parcours de soins, soit un relais vers un dispositif pérenne.

Pilotage : CNSA/HAS

Horizon: 2019.

Recommandation n°2 : Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité des prises en charge dans les centres

Les méthodes d'auto-évaluation peuvent permettre aux équipes professionnelles de développer une démarche d'amélioration continue de la qualité de leurs prises en charge en s'appuyant sur les expériences directes des patients et le repérage d'éventuels points de dysfonctionnement.

En particulier, la méthode du patient traceur s'appuie sur une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Selon la HAS¹³⁹, « elle permet de réunir les professionnels de l'équipe autour de la prise en charge du patient tout au long de son parcours, et favorise ainsi les échanges et la communication entre les acteurs de la prise en charge et avec le patient acteur de celle-ci. Son approche pédagogique, sans jugement ni recherche de responsabilités, permet l'adhésion des professionnels et donc un déploiement pérenne de la méthode. »

Organisée sur une période d'environ six mois, elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité du parcours d'un patient volontaire, dit traceur. Plusieurs critères sont évalués : accueil du patient, prise en compte des droits du patient et de son vécu, prise en charge médicamenteuse, préparation à la sortie, organisation au sein de l'équipe, collaboration interprofessionnelle. Elle s'adresse aux professionnels de santé, et notamment aux équipes de psychiatrie et de santé mentale et à la prise en charge du handicap.

Le guide de la HAS « *Patients-traceurs : démarche d'analyse en équipe du parcours du patient* » de 2016 prévoyait un déploiement de cette méthode dans l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social. Or celle-ci n'a à ce jour pas pu être mise en œuvre dans les centres visités par la mission, ceux-ci n'ayant pas été mobilisés en ce sens (cf. 1.1.2).

Il convient donc de :

- Adapter la méthode d'auto-évaluation dite des « patients traceurs » pour la mettre en œuvre dans les CAMSP, les CMPP et les CMP-IJ :
 - Ajuster la méthode au suivi de patients traceurs en fonction de leur âge ;
 - Les CMPP s'associeront à leurs CMP-IJ de secteur. Le pilotage sera assuré par le directeur de la qualité de l'établissement de santé ;
 - Les CAMSP pourront le réaliser de façon groupée au niveau départemental ou par association gestionnaire.
- Inscrire cet outil dans une démarche plus générale d'amélioration continue de la qualité mentionnée dans la fiche-action du CPOM.

Pilotage: HAS/DGOS/DGCS

Horizon: 2019

Recommandation n°3 : Garantir le pluralisme des approches thérapeutiques utilisées dans les centres pour la prise en charge des enfants et adolescents dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

Afin de garantir le libre choix des familles, les centres doivent être en mesure de mobiliser les outils et les méthodes disponibles et reconnues, qu'elles soient d'inspiration cognitivo-comportementaliste, systémique et rééducative ou fondées sur l'accompagnement psychodynamique (cf. 1.1.5).

Cette recommandation s'inscrit dans le cadre de l'action 29 de la feuille de route « Inscrire au sein du programme de travail 2018-2023 de la Haute Autorité de Santé des indicateurs et des recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie et en pédopsychiatrie. »

¹³⁹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante

Par conséquent, il convient de :

- Demander à la HAS de compléter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour la prise en charge des publics des CAMSP, des CMPP et des CMP-IJ ;
- Mettre en cohérence les modules de formation continue des praticiens des centres avec ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles :
 - Garantir le pluralisme des méthodes enseignées dans les formations associées ;
 - Inscrire dans le CPOM des objectifs chiffrés de participation d'un nombre minimum de professionnels de chaque centre à ces formations ;
 - Coût pour la formation d'un tiers des ETP de professionnels soignants de chacun des CAMSP, CMPP et CMP-IJ à un référentiel : 2,2 M€¹⁴⁰.

Pilotage: DGOS/DGS/DGCS/CNSA/HAS

Horizon : 2020

3.2 Positionner clairement l'offre des centres dans leur environnement

Recommandation n°4 : Intégrer l'offre des CMPP et des CMP-IJ en une offre unifiée de santé mentale de proximité pour les enfants et adolescents

Compte tenu de leur similitude, l'intégration sur le territoire des offres CMPP et CMP-IJ est nécessaire pour améliorer la lisibilité et la cohérence de l'offre de proximité ainsi que les parcours des enfants et des adolescents (cf. 1.2.2). Il s'agit de mettre en œuvre une étroite collaboration entre les professionnels des deux centres, qui devra se traduire par des pratiques concrètes :

- Mettre en place une plateforme de gestion partagée des demandes d'admission, des premiers accueils et des pré-orientations :
 - Cette plateforme pourra s'appuyer sur des personnels administratifs et médicaux mis en commun et serait animée conjointement par les CMPP et les CMP-IJ ;
 - Elle pourra s'adosser, par exemple, sur le système d'information hospitalier via des droits d'accès ciblés et réservés aux professionnels des CMPP locaux.
- Organiser des revues des pairs conjointes entre les CMPP et les CMP-IJ pour le suivi et la réévaluation du projet de soins dans les cas les plus complexes :
 - Ces revues des pairs pourront utilement alimenter les échanges avec les équipes éducatives.
- Intégrer des procédures communes permettant d'évaluer la qualité des parcours des cas complexes pris en charge dans ces centres, et d'identifier le cas échéant les nécessités de réorientations entre les deux centres (cf. recommandation n°2) ;

¹⁴⁰Une formation aux bonnes recommandations de pratiques professionnelles coûte 561 euros par participant, selon le site de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) (<http://www.anfh.fr/les-offres-de-formation/AVuLdsPUVT4Ouc-CSmkL>). En 2016, les CAMSP déclarent 1 959 ETP de professionnels soignants et les CMPP 4 100. Estimation de la mission pour les CMP-IJ : 6097.

- Etablir, dans chaque intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, une convention tripartite réunissant les associations gestionnaires des CMPP, la direction de l'hôpital de rattachement des CMP-IJ et l'ARS (directions de l'offre sanitaire et médicosociale) et organisant la mise en place de cette nouvelle offre de soins en santé mentale.

Pilotage : DGOS/DGCS/CNSA

Horizon : 2019

Recommandation n°5 : Repositionner les CAMSP, les CMPP et les CMP-IJ sur le niveau 2 de complexité tout en structurant les capacités des professionnels de premier niveau

A l'horizon de la fin de la stratégie nationale de santé (2022), les CAMSP, CMPP et CMP-IJ devront accueillir en priorité les enfants dont le diagnostic et la prise en charge nécessitent une équipe pluridisciplinaire, polyvalente et formée sur les troubles de l'enfance et du développement. L'objectif est de fluidifier les flux d'entrée et de sortie et de mieux répartir les demandes (cf. 2.2.3).

A cette fin, il s'agira de renforcer les capacités et les compétences des professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pédiatres et professionnels paramédicaux libéraux, PMI, crèches, infirmières scolaires, etc.) en matière de prise en charge des troubles simples ou légers (niveau 1) et notamment de :

- Généraliser les actions de formation et d'appui réalisées par les CAMSP, les CMPP et CMP-IJ auprès des acteurs de première ligne sur le handicap, la santé mentale et les troubles du neurodéveloppement (mission dite « ressource ») et les valoriser financièrement dans la tarification des actes ;
 - A titre indicatif, cette mission pourrait représenter 20 jours d'activité par centre et par an (soit le double de la moyenne actuelle dans les CAMSP).
- Demander aux centres de mettre à disposition des acteurs de premier niveau des formations aux signes d'alertes permettant de détecter précocement des troubles nécessitant une réorientation vers les centres de niveau 2 (plateforme de e-learning, organisation de formations dans le cadre des réseaux locaux professionnels) ;
- Faciliter le suivi coordonné des soins effectués dans le secteur libéral en valorisant financièrement les actes de coordination réalisés par les professionnels libéraux (participation aux réunions de synthèse, aux réunions de suivi de la scolarisation, etc.).

Pilotage : DGOS/DGCS/CNSA

Horizon : 2019 pour les outils, 2022 pour le repositionnement

Recommandation n°6 : Dédier un poste par territoire à la coordination d'un réseau de professionnels chargés de l'accueil et de la prise en charge des enfants et adolescents

- Demander aux ARS de coordonner dans chaque territoire un réseau de professionnels intégrant les CAMSP, les CMPP et les CMP-IJ, les services sociaux et de l'Education nationale ainsi que l'ensemble des acteurs de la santé et de l'accueil des enfants et des adolescents :
 - La maille territoriale pertinente devra être choisie par l'ARS en tenant compte des réseaux existants sur le territoire (PTSM, périnatalité, protection de l'enfance, etc.).

Dans chaque territoire, le réseau devra s'accorder afin de :

- clarifier et formaliser les conditions d'orientation réciproques ;
- organiser le parcours en amont et en aval des CAMSP, CMPP et CMP-IJ en fonction de l'offre locale et des besoins des enfants et des adolescents ;
- prévenir les ruptures de prise en charge, notamment pour les cas complexes ;
- accompagner le développement de la télémédecine dans le territoire ;
- organiser des solutions de transport collectif des enfants et adolescents ;
- accompagner la mise en place de l'école inclusive au niveau local ;
- développer les solutions d'intervention de crise (équipes mobiles) pour apporter un soutien aux équipes professionnelles chargées de l'accueil de l'enfant ou de l'adolescent¹⁴¹, notamment pour les enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance.

Si l'intérêt des réseaux territoriaux de professionnels est reconnu (cf. 1.2.3), les coûts de coordination et d'animation sont souvent un frein à leur fonctionnement dans la durée. C'est pourquoi, en s'inspirant de la réforme belge de la santé mentale (cf. annexe 5), il convient de :

- Demander aux ARS de dédier un poste par territoire à la coordination de ce réseau :
 - Ce chef de projet « parcours enfants et adolescents » interviendra pour résoudre les problématiques de coordination propres aux situations individuelles des enfants ;
 - Chiffrage : 8 M€ annuels¹⁴² en se basant sur l'hypothèse d'un équivalent temps plein par département à titre indicatif, et d'un ajustement en fonction de la population ;
 - Financement par le FIR pour la phase initiale.

Pilotage : DGCS / DGOS / SGMAS / ARS / Services compétents du Ministère de l'Éducation nationale

Horizon : 2019

3.3 Garantir le respect des droits des patients et des familles

Recommandation n°7 : Renforcer et unifier l'information des familles accueillies dans ces trois structures sur leurs droits et les règles de prise en charge des enfants

Cette information, qui pourra prendre la forme d'une charte d'accueil nationale, commune aux CAMSP, CMPP et CMP-IJ, permettra à tous les acteurs et aux familles de disposer d'une référence partagée, publique et accessible à tous, notamment grâce à la clarté de son expression et à la description détaillée des modalités de mise en œuvre des droits et responsabilités de chacun (cf. 1.1.5).

- Pour garantir les droits individuels de chaque famille et enfant, l'accent sera mis sur le droit à l'information, la liberté de choix et le pluralisme des modalités de prise en charge :

¹⁴¹ Une expérimentation est en cours dans l'hôpital Georges Daumézon à Fleury les Aubrais. Les équipes sont composées d'un psychiatre, un psychologue, d'un infirmier, d'un travailleur social et d'un cadre de santé. Elles interviennent en 72h. La phase de démarrage a été financée à hauteur de 185 000 euros par l'ARS Centre Val de Loire en plus de la DAF.

¹⁴² Hypothèse d'une base de 0,5 à 3 ETP par département en fonction de la population locale, pour un total de 112 ETP. Hypothèse de salaire : 50 000 euros bruts annuels.

- L'information claire, précise et systématique des parents devra être assurée dès l'amont de la prise en charge, sans nécessiter de démarches particulières ;
 - Les modalités pratiques de la prise en charge, la place donnée à l'expertise familiale, les possibilités thérapeutiques, les étapes du soin, le calendrier des bilans et des réunions de synthèse doivent être transparents pour les parents ;
 - Les règles de l'accès aux documents médicaux (bilans, diagnostic, projet de soins, etc.) doivent être facilitantes et de routine.
- Tous les centres doivent organiser des procédures d'expression des doléances et mettre en place les voies et moyens de médiations :
- Après la sortie des enfants, les centres peuvent transmettre aux familles un questionnaire de satisfaction anonymisé composé de questions ouvertes, qui leur permettra de s'exprimer sur différents aspects de leur passage en centre ;
 - La parole collective des familles qui fréquentent les structures pourrait être recueillie par un dialogue régulier avec les associations de proximité représentant les familles, qu'il s'agisse des associations adhérentes ou non à des fédérations nationales.
- Les parents devront, de leur côté, assurer la présence de leurs enfants aux séances programmées.

Pilotage : DGCS/DGOS

Horizon : 2019

Recommandation n°8 : Renforcer l'accessibilité financière des prises en charge des troubles simples ou légers (niveau 1) en s'appuyant sur les expérimentations en cours

- Rembourser les prises en charge par les psychologues cliniciens pour les enfants et adolescents, sur prescription médicale et dans des conditions à définir selon les résultats de l'expérimentation en cours qui prévoit la prescription d'un forfait de 12 séances par un médecin traitant ;
- Elargir à l'ensemble des publics des CAMSP, des CMPP et des CMP-IJ le droit créé par le forfait « intervention précoce »¹⁴³ pour les troubles neuro-développementaux dans la Stratégie nationale pour l'autisme (2018-2022) à l'ensemble des enfants pris en charge au titre de la santé mentale ;
- Harmoniser l'égalité des droits au remboursement des transports en alignant les principes applicables au CMP-IJ sur le modèle du médico-social.

Tant que la bonne répartition des publics entre le niveau 1 et le niveau 2 de prise en charge ne sera pas mise en œuvre, les centres ne seront pas en mesure de faire face à toute la demande agrégée (cf. 2.2). Par conséquent, et à titre transitoire, il sera nécessaire de :

- Rembourser les prises en charge complémentaires dans le secteur libéral dès lors que le centre peut démontrer que ses capacités internes sont insuffisantes.

Pilotage : DGOS/CNAM/DSS

Horizon : 2019

¹⁴³ Il s'agit d'un droit au remboursement des soins de psychomotricité et d'ergothérapie réalisés dans le secteur libéral et non remboursés par la Sécurité Sociale.

3.4 Renforcer les capacités et l'efficacité de l'activité des centres

Recommandation n°9 : Garantir la pluridisciplinarité des équipes professionnelles et renforcer l'attractivité des centres pour faciliter le recrutement de professionnels de santé

Cette recommandation s'inscrit dans le cadre de la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie¹⁴⁴.

- Rétablir l'attractivité de l'exercice salarié dans les centres pour les paramédicaux et des psychologues en revalorisant les grilles salariales afin d'assurer un rééquilibrage des rémunérations par rapport au secteur libéral :
 - Les rémunérations devront refléter la technicité croissante des métiers dans ces centres. En effet, cette montée en compétence a été reconnue récemment dans le secteur libéral par des revalorisations de certains actes spécialisés des psychiatres, des pédiatres et des orthophonistes (bilans, consultations et prises en charge avec une spécialité sur la petite enfance, le neurodéveloppement, la santé mentale et le handicap) ;
 - Textes concernés : conventions de 1951 et de 1966, grilles indiciaires de la fonction publique hospitalière (cf. 2.2.2).
- Assurer la rémunération par l'Assurance maladie des actes de coordination, de prévention et de formation réalisées par les équipes professionnelles des centres ;
- Faciliter l'accès aux formations post-universitaires (DU, DIU) des psychiatres, neuro-pédiatres, pédiatres ou médecins généralistes qui souhaitent exercer dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents¹⁴⁵ :
 - Coût : 1,3 M€ (pour la formation de 450 professionnels, soit environ un tiers du nombre de postes de pédopsychiatres actuellement pourvus dans les centres).
- Renforcer la présence des pédiatres dans les équipes professionnelles des centres, y compris dans la direction dans les CAMSP et les CMPP, afin de garantir la pluridisciplinarité recommandée par la HAS pour le diagnostic et la prise en charge des troubles neuro-développementaux ;
- Demander aux ARS de s'assurer que les temps de coordination administrative et sociale sont suffisants dans les structures et qu'ils s'appuient sur des personnels dédiés.

Pilotage : DGCS/DGOS/ARS/DSS

Horizon : 2021

¹⁴⁴ Cette recommandation vient en complément des actions n°23 à 29 (« Accroître le nombre de professionnels formés et favoriser l'évolution des professions sanitaires pour une meilleure complémentarité et continuité des parcours de soins ») de la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie présentée le 28 juin 2018 lors du 1^{er} Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie (CSSMP).

¹⁴⁵ La création d'une formation spécialisée transversale (FST) dédiée à la psychiatrie de l'enfant et de et accessible aux pédiatres est évoquée dans le rapport IGAS de novembre 2017 d'Alain Lopez et de Gaëlle Tullan-Pelletier « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 ».

Recommandation n°10 : Sécuriser le financement des CAMSP afin de faciliter le développement de l'offre

- Transférer les 20 % du budget des CAMSP cofinancés par les Départements à la charge de l'Assurance maladie afin de permettre une meilleure programmation et un meilleur pilotage de la dépense :
 - Recommandation formulée en 2012 par le rapport IGAS/IGF « Etablissements et services pour personnes handicapées - Offre et besoins, modalités de financement »¹⁴⁶ (cf. 2.2.1) ;
 - Montant de la part financée par les Départements : 45 millions d'euros en 2017 selon la CNSA ;
 - Véhicule juridique : PLFSS 2019.
- Sécuriser les financements des CAMSP hospitaliers en assurant la présentation distincte de leur budget au sein des comptes hospitaliers.

Pilotage : DSS/CNSA

Horizon : 2018 pour intégration dans le PLFSS 2019

Recommandation n°11 : Evaluer l'adéquation des financements aux besoins des centres, en s'appuyant notamment sur un diagnostic territorial

Il convient de réévaluer régulièrement les moyens des centres ainsi que leurs besoins de création de sites principaux ou d'antennes en s'appuyant sur :

- Des diagnostics territoriaux consolidés de l'offre locale et des moyens de transport disponibles établis dans le cadre de la démarche PTSM (cf. 1.1.3) ;
- Les nouvelles modalités de suivi apportées par la réforme de la tarification Sérafin-PH afin d'améliorer la visibilité de l'ARS sur les CAMSP et les CMPP (cf.1.2.1 et recommandation n°13).

Ces évaluations des besoins devront tenir compte des efforts consentis pour :

- Créer et/ou transformer des places dans les établissements et services médico-sociaux de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte (MAS/SESSAD/IME/IEM, etc.) mobilisables en aval des centres, et ce notamment dans le cadre de l'école inclusive¹⁴⁷ (cf. recommandation n°14) ;
- Renforcer l'offre de prise en charge de premier niveau (cf. recommandation n°5).

Pilotage : ARS/CNSA

Horizon : 2019

¹⁴⁶ Rapport IGAS/IGF : « Pour les CAMSP, le double financement (80 % OGD, 20 % CG) est historique, mais il complique voire freine le bon déploiement de ces structures sur les territoires pour satisfaire aux objectifs d'une prise en charge précoce, qui atténue la gravité des handicaps. » La mission juge complexe la double autorisation nécessaire à la création ou l'extension d'un CAMSP et estime que la double tutelle budgétaire est « sans plus-value par rapport à leur mission ». Par conséquent, la mission préconisait le transfert du financement intégral des CAMSP dans le champ de l'assurance maladie. Selon la mission, « la logique de financeurs uniques, qui satisfera mieux la qualité de l'accompagnement des personnes, devrait s'organiser par transferts, sans augmenter les dépenses en cause. (...) Les enjeux sont de 38 M€ pour les CAMSP transférés vers l'objectif global de dépenses (OGD) dédié aux personnes handicapées ».

¹⁴⁷ L'objectif d'un tel effort est d'éviter l'attente des enfants et adolescents en sortie des centres ambulatoires de prise en charge, tout en gardant un large éventail de solutions d'accueil inclusif. Parmi ces solutions, la solution d'hébergement peut rester nécessaire compte tenu de la gravité ou de la spécificité de certains handicaps.

3.5 Piloter les évolutions du dispositif de prise en charge des enfants et des adolescents

Recommandation n°12 : Renforcer la connaissance en santé mentale et sur le handicap afin d'améliorer la compréhension des besoins des enfants et des adolescents

Comme de nombreux travaux l'ont précédemment indiqué, la mission souligne le manque de données disponibles pour disposer d'une connaissance précise des besoins et ajuster les politiques publiques en conséquence, qu'il s'agisse du handicap ou des troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents (cf. 2.1.1).

Les pouvoirs publics doivent donc se pourvoir d'une meilleure assise épidémiologique dans les domaines de la pédopsychiatrie et du handicap de l'enfant. Outre le fait de mieux mesurer la prévalence des troubles et des déterminants associés (enquêtes en population générale) ainsi que les motifs de recours (enquête auprès des professionnels et des structures spécialisées), il est également important de disposer de données sur les parcours de soins (enquêtes de cohorte).

La mission est donc conduite à renouveler les préconisations déjà formulées dans les rapports récents du Sénat et de l'IGAS, à savoir :

- Soutenir la recherche en épidémiologie afin d'acquérir une connaissance plus fine de la population des mineurs touchés par des troubles psychiatriques (proposition 1 du rapport d'information du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France daté de 2017) ;
- Poursuivre les travaux d'estimation de la population des enfants handicapés et l'harmonisation des informations issues des CAMSP et des MDPH vers la CNSA pour consolidation et organisation de leur analyse (propositions 1 et 2 du rapport IGAS relatif à l'évaluation de l'AEEH daté de 2015¹⁴⁸).

Elle y ajoute une recommandation spécifique :

- Lancer une nouvelle enquête de la DREES sur les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, en suivi de celle réalisée en 2004 et mettre en place un suivi continu.

Pilotage : DGS/CNSA/DREES

Horizon : 2019

¹⁴⁸ Evaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), rapport N° 2015-164R IGAS/MNC, Delphine CORLAY, Hélène BEDEL-TUAL, Didier BOURDET, Dr. Julien EMMANUELLI, Philippe MALLET, Frédéric MAURY et Dominique ROUSSARIE.

Recommandation n°13 : Mettre en place, de façon coordonnée, des outils nationaux et régionaux de pilotage de l'évolution des centres

- Au niveau national :
 - Réécrire, simultanément et dans le même esprit, les textes relatifs aux CAMSP¹⁴⁹, aux CMPP¹⁵⁰ et aux CMP-IJ¹⁵¹ (cf. annexe 1) en intégrant notamment les éléments suivants :
 - rappel des obligations en matière de pluralisme des approches thérapeutiques ;
 - respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) établies par la HAS et l'ANESM (cf. recommandation n°3) ;
 - référence à la charte des droits et responsabilités des patients et des familles (cf. recommandation n°7) ;
 - intégration de l'offre des CMPP et des CMP-IJ (cf. recommandation n°4) ;
 - adaptation du vocabulaire à la période actuelle.
 - Intégrer les CMPP et les CAMSP dans la réforme de la tarification dite Serafin-PH afin de mieux connaître les coûts des prises en charge et des différentes prestations des centres et d'en évaluer les besoins de financement (cf. recommandation n°11) ;
 - Améliorer la connaissance de l'activité et des publics de ces structures en poursuivant le déploiement coordonné d'outils de recueil des données de pilotage ainsi que la simplification des démarches pour les professionnels (rapports d'activité CAMSP et CMPP de la CNSA, tableau de bord de l'ANAP, enquête ES Handicap réalisée par la DREES).

Pilotage : DGOS/CNSA/DGCS/ANAP/DREES

Horizon : 2019

- Au niveau régional :
 - Utiliser les fiches-actions des CAMSP, des CMPP et des CMP-IJ des CPOM comme un levier de la transformation de l'offre pour organiser les évolutions prévues dans les recommandations précédentes ;
 - Coordonner le contenu des fiches actions des CMPP et des CMP-IJ dans leurs CPOM respectifs¹⁵² afin de lancer la dynamique d'intégration de l'offre (cf. recommandation n°4).

Pilotage : ARS

Horizon : fin du renouvellement des CPOM

¹⁴⁹ Annexe XXXII bis introduite par le décret n° 76-389 du 15 avril 1976 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 ; recommandation de bonnes pratiques professionnelles réalisée par l'ANESM en 2014.

¹⁵⁰ Annexe XXXII introduite par le décret n°63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n°56-284 du 9 mars 1956.

¹⁵¹ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales ; cahier des charges à venir sur les CMP-IJ.

¹⁵² Dans la plupart des cas, il s'agit des CPOM signés avec les associations gestionnaires pour les CAMSP et CMPP, et des CPOM signés avec les centres hospitaliers de rattachement pour les CMP-IJ.

Recommandation n°14 : Mettre en place un pilotage interministériel de la politique de l'école inclusive

- Etablir une convention interministérielle avec le ministère de l'Education nationale pour l'approfondissement de l'école inclusive afin de :
 - préciser la répartition des tâches et des compétences entre l'école, les établissements et services médicosociaux et le secteur sanitaire (actions de repérage, de prévention, de formation des enseignants aux conduites à tenir et à l'éducation thérapeutique, d'accompagnement des familles, de définition du projet de soins, de définition du projet de scolarisation, d'organisation de la prise en charge et de l'emploi du temps des enfants, etc.) ;
 - définir les modalités de coordination entre les professionnels concernés ;
 - définir les modalités de l'accompagnement médico-social et sanitaire à l'école (intervention « hors les murs ») pour les enfants et les adolescents ;
 - flécher les financements.
- Mettre en place, en fonction des orientations ainsi définies, l'offre médico-sociale ambulatoire nécessaire à la prise en charge des besoins d'accompagnement des enfants et des adolescents pendant toute leur scolarité, que leurs besoins soient pérennes (handicap) ou temporaires (troubles réactionnels, difficultés passagères) (cf. 1.2.2.2).

Le modèle de coordination prévu dans la recommandation n°6 pourra alimenter la réflexion nationale sur l'approfondissement de l'école inclusive. En particulier, il permettra d'identifier les freins actuels ainsi que les bonnes pratiques dans la coordination entre l'école et les offres sanitaire et médico-sociale de prise en charge des enfants et des adolescents.

Pilotage : SGMAS/DGCS/DGOS/Services compétents du ministère de l'Education nationale

Horizon : 2019

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
1	Confier à la CNSA et à la HAS l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques en matière de régulation des files actives qui soit commun aux CAMSP, CMPP et CMP-IJ	2	CNSA/HAS	2019
2	Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité des prises en charge dans les centres	2	HAS/ DGOS/DGCS	2019
3	Garantir le pluralisme des approches thérapeutiques utilisées dans les centres pour la prise en charge des enfants et adolescents dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de la HAS	1	DGOS/DGS/DGCS/CNSA/HAS	2020
4	Intégrer l'offre des CMPP et des CMP-IJ en une offre unifiée de santé mentale de proximité pour les enfants et adolescents	1	DGOS/DGCS/CNSA	2019
5	Repositionner les CAMSP, les CMPP et les CMP-IJ sur le niveau 2 de complexité tout en structurant les capacités des professionnels de premier niveau	1	DGOS/DGCS/CNSA	2019/2022
6	Dédier un poste par territoire à la coordination d'un réseau de professionnels chargés de l'accueil et de la prise en charge des enfants et adolescents	1	DGCS / DGOS / SGMAS / ARS / ministère de l'Education nationale	2019
7	Renforcer et unifier l'information des familles accueillies dans ces trois structures sur leurs droits et les règles de prise en charge des enfants	1	DGCS/DGOS	2019
8	Renforcer l'accessibilité financière des prises en charge des troubles simples ou légers (niveau 1) en s'appuyant sur les expérimentations en cours	2	DGOS/CNAM/DSS	2019
9	Garantir la pluridisciplinarité des équipes professionnelles et renforcer l'attractivité des centres pour faciliter le recrutement de professionnels de santé	1	DGCS/DGOS/ARS/DSS	2021
10	Sécuriser le financement des CAMSP afin de faciliter le développement de l'offre	2	DSS/CNSA	2018
11	Evaluer l'adéquation des financements aux besoins des centres, en s'appuyant notamment sur un diagnostic territorial	2	ARS/CNSA	2019
12	Renforcer la connaissance en santé mentale et sur le handicap afin d'améliorer la compréhension des besoins des enfants et des adolescents	2	DGS/CNSA/DREES	2019
13	Mettre en place, de façon coordonnée, des outils nationaux et régionaux de pilotage de l'évolution des centres	2	DGOS/CNSA/DGCS/ANAP/DREES/ARS	2019
14	Mettre en place un pilotage interministériel de la politique de l'école inclusive	1	SGMAS/DGCS/DGOS / ministère de l'Education nationale	2019

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES

Les Directeurs de Cabinet

Paris, le 23 FEV. 2018

Note à l'attention de
Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et des Centres Médico-Psychologiques (CMP) de psychiatrie infanto-juvénile.

Le repérage précoce et la prise en charge adaptée des troubles psychiques et neuro-développementaux chez les enfants et les adolescents constituent une problématique complexe.

Ces troubles doivent être d'autant mieux pris en charge qu'ils sont loin d'être rares. En 2002, on estimait ainsi que plus 10% des enfants présentaient des troubles cognitivo-comportementaux et psychiques. Au-delà des troubles du spectre autistique (0,5% des enfants), 1 à 2% des enfants de moins de 12 ans souffriraient de troubles déficitaires de l'attention, et plus de 5% seraient concernés par troubles psychiques (trouble anxieux, troubles de l'humeur). A ces estimations, il faut ajouter les enfants atteints de troubles DYS (dyslexie, dyspraxie, dyscalculie...) qui représenteraient jusqu'à 8 % d'une tranche d'âge.

La recommandation n°12 du rapport IGAS-IGEN relatif à l'évaluation du 3^{ème} plan autisme demande de mener des travaux d'évaluation sur le fonctionnement des réseaux de proximité chargés d'accueillir et d'orienter les enfants et adolescents présentant des difficultés et/ou des troubles psychiques ou neuro-développementaux : réseaux sanitaires - les Centres Médico-Psychologiques (CMP) – et du secteur médico-social : les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP).

Le rapport souligne le rôle essentiel, dans le parcours des jeunes et de leur famille, de ces structures qui se caractérisent *« par des listes d'attentes très importantes, une grande difficulté à mesurer les caractéristiques de leur activité y compris en matière de profil des enfants suivis, et une difficile inscription dans le 3^{ème} plan autisme, avec une impossible objectivation de la satisfaction / insatisfaction des familles. »* :

- Les CAMSP et CMPP interviennent en amont du parcours des enfants en situation de handicap et jouent un rôle essentiel dans la politique de la prise en charge de l'autisme, des troubles neuro-développementaux et des troubles psychiques. Leurs missions s'inscrivent dans la stratégie de diagnostic et d'accompagnement précoces, dès la suspicion ou la révélation du handicap afin de prévenir les risques de sur-handicap et de favoriser le développement le plus favorable de l'enfant. De ce fait, ils sont accessibles sans orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;

- Les CMP de psychiatrie infanto-juvénile assurent l'accès aux soins psychiatriques des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques et/ou un trouble psychique, dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur ;

Ces structures (308 CAMSP, 471 CMPP en 2010, environ 1 500 CMP en 2015) sont financées pour tout ou partie par l'assurance maladie et encadrées par différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute autorité de santé (HAS).

De manière plus générale, ce dispositif fait l'objet de critiques récurrentes concernant l'inadéquation de l'offre sanitaire et médico-sociale (longueur des délais d'attente, manque de places dans des structures adaptées), sa répartition inégale sur le territoire, ainsi que sa mauvaise articulation avec les autres acteurs de la santé mentale des enfants et adolescents (Éducation nationale, soins de ville, protection maternelle et infantile, etc.). Les difficultés d'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) par les différentes structures sont par ailleurs soulignées.

Au regard de l'intérêt des missions de repérage, de diagnostic et d'intervention précoces auprès des enfants et adolescents, il est donc nécessaire de mieux caractériser les difficultés rencontrées par les familles pour accéder à l'offre de ces réseaux et les moyens d'améliorer la qualité des interventions.

Des arrêtés fixant les rapports d'activité types ont été publiés pour les CAMSP (février 2016) et les CMPP (mars 2017). Des synthèses nationales des remontées peuvent désormais être réalisées sur la base de ces documents harmonisés, afin d'aboutir à une vision plus claire de l'activité de ces structures. Ces outils ne permettent cependant pas de répondre à toutes les questions soulevées.

Vous vous attacherez donc à réaliser un état des lieux de l'activité des CAMSP, des CMPP et des CMP de psychiatrie infanto-juvénile, du public qu'ils accueillent, de leurs modes d'organisation et des moyens dont ils disposent. Ce travail sera conduit pour l'ensemble des publics de ces structures, dépassant en cela le seul sujet de l'autisme.

En particulier, la mission examinera les points suivants :

- Le positionnement de ces structures dans le parcours des familles : le rapport IGAS-IGEN souligne leur manque de lisibilité et le déficit de connaissance sur l'action des CAMSP, CMPP et CMP et de leurs publics respectifs, par les Agences Régionales de Santé (ARS) et au niveau national
- La qualité effective de l'offre (délais d'attente, adéquation des prises en charge, fluidité des parcours des enfants et adolescents, inégalités sociales et territoriales d'accès) au regard des besoins actuels (analyse et compilations des données épidémiologiques récentes disponibles) et des attentes formulées par les familles ;
- L'adéquation des ressources humaines et financières de ces structures à leurs missions, et notamment :
 - o la structure et la pertinence du modèle de financement - le partage du financement des CAMSP entre l'assurance maladie et les conseils départementaux est par exemple régulièrement interrogé ;

- o les caractéristiques des ressources humaines : il s'agira d'évaluer l'adéquation des profils des personnels au regard des missions exercées (professions représentées, formations suivies, etc.), la difficulté à recruter certains professionnels médicaux et paramédicaux, et la pertinence le cas échéant de la prise en charge par l'assurance maladie des soins réalisés par des professionnels libéraux en complément de ces structures.
- Le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) dans ces réseaux, concernant les différents profils d'enfants accueillis dans les structures, et les freins éventuels à leur mise en œuvre (accès aux formations, etc.).

En réponse aux constats qui pourront ainsi être dressés, la mission devra formuler des propositions d'évolution de ces réseaux afin qu'ils soient justement positionnés dans le dispositif global de repérage, d'intervention précoce et de soins aux enfants et adolescents présentant des difficultés et/ou des troubles psychiques ou neuro-développementaux. Des initiatives locales en cours pourront être un point de départ à l'analyse des options d'évolution possible : durée des interventions (limitation dans le temps etc.), modalités d'accompagnement des enfants (cadre d'intervention, durée, etc.), et des parents (guidance parentale), etc.

Les propositions de la mission devront permettre de fournir aux ARS, comme aux gestionnaires d'établissements, les outils opérationnels d'une évolution des différents réseaux. La mission s'attachera à proposer les évolutions réglementaires nécessaires pour accompagner cette évolution.

Vous pourrez vous appuyer pour la réalisation de cette mission sur les services de la direction générale de la cohésion sociale, de la direction générale de l'offre de soins, de la CNAMTS et du SG-MAS.

Il vous est demandé de mener ces investigations en rencontrant en particulier les fédérations nationales de ces différents réseaux (FDCMPP, et ANECAMSP notamment), ainsi que les associations gestionnaires nationales. La mission gagnera également à recueillir l'appréciation des familles dont les enfants font ou ont fait l'objet d'interventions dans ces établissements.

Nous souhaitons que vos conclusions et préconisations fassent l'objet d'un rapport définitif en juin 2018.


Raymond L. MOIGN


Virginie MAGNANT

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Acteurs institutionnels nationaux

- Cabinet de la ministre des Solidarités et de la Santé :
 - Mme Aude MUSCATELLI, Directrice adjointe de cabinet (entretien téléphonique)
- Cabinet de la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées :
 - Mme Virginie MAGNANT, Directrice de cabinet
 - M. Patrice FONDIN, Conseiller éducation, formation et enseignement supérieur
- Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme :
 - Mme Claire COMPAGNON, Déléguée interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme pour l'autisme
 - Mme Delphine CORLAY, Conseillère spéciale
- SG-MAS :
 - M. Patrick RISSELIN, Chef du pôle « médico-social / santé mentale » au sein du Pôle ARS
- DGCS :
 - M. Jean-Guillaume BRETENOUX, Sous-directeur chargé de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
 - M. Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, Adjoint au sous-directeur, chargé du parcours des personnes handicapées (Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées)
 - Mme Murielle KORDYLAS, Chargée de mission (Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées)
- DGOS :
 - Mme Katia JULIENNE, Cheffe de service, adjointe à la directrice générale
 - M. Thierry KURTH, Chef de bureau des prises en charge post-aiguës, des maladies chroniques et de la santé mentale (Sous-direction de la régulation de l'offre de soins)
 - Mme Sophie TERQUEM, Adjointe au chef de bureau des prises en charge post-aiguës, des maladies chroniques et de la santé mentale (Sous-direction de la régulation de l'offre de soins)
- DGS :
 - Mme Geneviève CASTAING, Cheffe du bureau de la santé mentale (Sous-direction chargée de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques)

- DREES :
 - Mme Delphine ROY, Cheffe du bureau du handicap et de la dépendance (Sous-direction de l'observatoire de la solidarité)
 - M. Fabien TOUTLEMONDE, Chef du bureau Etablissements de santé (Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie)
 - Mme Naila BOUSSAID, Responsable psychiatrie (Sous-direction « Observation de la santé et de l'assurance maladie » / Bureau Etablissements de santé)
 - Mme Laurence DAUPHIN, Responsable du pôle autisme (Sous-direction de l'observatoire de la solidarité / Bureau du handicap et de la dépendance)

- DSS :
 - M. Yann DESPLAN, Adjoint au chef de bureau (SD1, Financement du système de soins/1A)
 - Mme Manon MORDELET (SD1, Financement du système de soins/1A)

- Ministère de l'Education nationale - Direction générale de l'enseignement scolaire :
 - M. Roger VRAND, Sous-directeur du socle commun, de la personnalisation des parcours scolaires et de l'orientation
 - M. Alain BOUHOURS, Chef du bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves handicapés

- ATIH :
 - Dr Marie-Caroline CLEMENT, Chef de projet, Pôle SSR / Psychiatrie - Service Classifications, information médicale et modèles de financement
 - Dr Anis ELLINI, Chef de projet, Pôle SSR / Psychiatrie - Service Classifications, information médicale et modèles de financement

- ANESM :
 - Mme Christiane JEAN-BART, Responsable du secteur Handicap

- CNAM :
 - Mme Garménick LEBLANC, Coordinatrice de la cellule médico-sociale (DDGOS/DOS/Département de l'hospitalisation)

- CNSA :
 - M. Simon KIEFFER, Directeur des établissements et services médico-sociaux
 - Mme Anne VEBER, Chargée de mission (Direction des établissements et services médico-sociaux)
 - Mme Christine ROUX, Chargée de mission (Direction des établissements et services médico-sociaux)
 - M. Jérémie MOUALEK, Chargé d'études statistiques

- ANCREAI :
 - Mme Carole PEINTRE, Déléguée fédérale
 - Mme Anny BOURDALEIX, Responsable des études

Associations représentatives des gestionnaires et professionnels des centres

- ANECAMSP :
 - Mme Geneviève LAURENT, Présidente
 - M. Marcel HARTMANN, Vice-président

- FDCMPP :
 - Dr Patrick BELAMICH, Président de la FDCMPP
 - M. Stéphane FOSSATS
 - Dr Gaël MALPERTU
 - Mme Joëlle PAIRE
 - Mme Véronique PELAËZ
 - Dr Denise WOHL

- APAJH :
 - M. Jean-Claude ROUANNET, Délégué national à la Vie sociale - Rapporteur au CNCPH
 - Mme Edwige CHAUVEAU, Responsable du Pôle Education, jeunesse et scolarité

- APF :
 - Mme Bénédicte KAIL, Conseillère nationale éducation familles
 - M. Pierre-Yves LENIN, Directeur de l'offre de services
 - Mme Pauline JOUBERT, Chargée de projet

- FEHAP :
 - Mme Magali DEWERDT, Vice-présidente de la FEHAP, DG de l'ALGEEI
 - Mme Bérengère CHATELLIER, Conseiller enfance et jeunesse
 - Mme Anne Charlotte DE VASSELOT, Conseiller santé social FEHAP

- FGPEP :
 - Mme Martine SALOME, Vice-présidente chargée du domaine social et médico-social
 - M. Jean-Pierre DELAUBIER, Vice-président du secteur des politiques sociales, médico-sociales et de santé
 - M. Sébastien GATINEAU, Chef de projet (secteur des politiques sociales, médico-sociales et de santé)

- Mme Corinne GUITTET-REMAUD, Chargée de mission (secteur des politiques sociales, médico-sociales et de santé)
- UNAPEI :
 - Mme Elisabeth DUSOL, Administrateur - Représentante de l'UNAPEI à l'ANECAMSP
 - Mme Clémence VAUGELADE, Chargée de plaidoyer France
 - M. Yann LE BERRE, Conseiller Réseau

Associations représentatives des usagers

- Autisme France :
 - Mme Danièle LANGLOYS, Présidente
- FFDYs :
 - Mme Nathalie GROH, Présidente
 - Mme Edwige DE BARDONNECHE, Vice-présidente chargée du pôle santé
 - Mme Christine AUCHE-LE MAGNY, Coordinatrice du comité scientifique de la FFDys
- FNASEPH :
 - Mme Marie-Christine PHILBERT, Présidente
 - M. Dominique LEBOITEUX, Administrateur
- HyperSupers TDAH France :
 - Mme Christine GÉTIN, Présidente
- Sésame autisme :
 - Mme Christine MEIGNEN, Présidente de Sésame autisme
- UNAFAM :
 - Mme Béatrice BORREL, Présidente

Déplacement en région Auvergne-Rhône-Alpes

- ARS Auvergne-Rhône-Alpes :
 - M. Jean SCHWEYER, Délégué départemental du Puy-de-Dôme
 - Mme Marie-Hélène LECENNE, Directrice de l'autonomie
 - Mme Sylvie ESCARD, Médecin de la DT du Puy de Dôme
 - Mme Alice KUMPF, Cheffe de service handicap (DT Puy-de-Dôme)
 - Mme Béatrice PATUREAU MIRAND, DT Puy-de-Dôme

- Mme Marie-Laure PORTRAT, Cheffe de pôle offre de soins
- Conseil départemental du Puy-de-Dôme :
 - M. Alexandre POURCHON, 1er Vice-Président aux Solidarités sociales
 - Mme Elisabeth CROZET, Vice-Présidente à l'autonomie
 - Mme Laurence BOURCHEIX, cadre supérieure de santé, adjointe au médecin responsable de la PMI
 - Mme Frédérique CAPITAN, Référent pôle enfance MDPH
 - Mme Claire POURTIER-PIOTTE, Médecin MDPH
- CHU de Clermont-Ferrand :
 - M. André SALAGNAC, Directeur général adjoint
 - Mme Juliette ANDRÈS, Directrice générale adjointe
 - Dr François NOTON DURAND, Pédopsychiatre, chef de service de pédopsychiatrie, responsable du centre de référence des troubles du langage
 - Dr Paul CLAVEIROLE, Pédopsychiatre CMP
 - Dr Dominique FENEON, Pédopsychiatre à la maison des adolescents
 - Mme Sylvie FOURGEAUD, Cadre de santé
 - Dr Laurence GEMBARA, Responsable du Centre Ressources Autisme
 - M. Freddy HAMOUD, Cadre supérieur du Pôle de psychiatrie
 - Pr Isabelle JALENQUES, Professeur de psychiatrie, responsable du pôle de psychiatrie
 - Mme Elisabeth LOCQUET, Directrice du CRA Auvergne
- Centre Hospitalier Sainte-Marie Clermont-Ferrand :
 - Dr Sabine TURBE, Médecin-chef du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
 - M. Philippe CLAVELIER, Cadre supérieur de santé
- CAMSP GEPDHE :
 - M. Laurent BOUTAREL, Directeur administratif et directeur de la filière prévention et soins de l'ADAPEI
 - M. Benjamin LACAS, Directeur
 - Dr Nathalie BLANC, Neuropédiatre / Médecin directeur
 - Mme Ania MIRET, Neuropsychologue
 - Dr Françoise NOTON-DURAND, Pédopsychiatre
- CMPP La Gravière :
 - Dr Hélène ASENSI, Directrice médicale, Pédopsychiatre
 - Mme Christiane FORESTIER, Secrétaire de l'ADAPEI

- Mme Françoise MACQ, Psychomotricienne
- M. Bruno RIVIERE, Educateur spécialisé
- Centre de Rééducation pour Déficients Visuels :
 - M. Arnaud GREGOIRE, Directeur du Centre de Rééducation pour Déficients Visuels
- PCPE Puy-de-Dôme :
 - M. Yves LE BIGOT, Directeur du Pôle de compétence et de prestations externalisées
- ADAPEI Puy-de-Dôme :
 - M. Laurent BOUTAREL
 - M. Jean-Pierre SABARLY
- PEP Puy-de-Dôme :
 - Mme Anne Laure BRISSAY, Directrice de l'IME de Theix
- RECITAL 63 :
 - Mme Marine PAPON, Présidente de RECITAL 63
- Association Les Liserons
 - M. Bertrand GAUTIER, Directeur général
- CPAM Puy-de-Dôme :
 - M. Christian FABRE, directeur
 - Mme Laurence LENABOUR, Responsable des prestations

Déplacement en région Grand-Est

- ARS Grand-Est :
 - Mme Valérie BIGENHO POET, Déléguée départementale des Vosges
 - Mme Christine GABRION, Cheffe de service territorial des établissements de santé
 - Mme Chantal ROCH, Cheffe de service territorial "personnes en situation de handicap"
- Conseil départemental des Vosges :
 - Mme Ghislaine JEANDEL-JEANPIERRE, Vice-présidente en charge de l'enfance et de la famille
 - Mme Catherine BOTTERO, Directrice adjointe de l'enfance et de la famille
 - Dr Anne CLEMENCE, Médecin du département PMI

- CH Ravenel :
 - Dr Nathalie MORLIER-GANDELET, Praticien hospitalier, chef de pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Vosges
 - Mme Brigitte CHARLES, Cadre supérieur de santé au pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
 - M. Aurélien HYPOLITE, Directeur de site
 - Mme Patricia NICOLAUS, Cadre de santé au CMPEA de Saint-Dié

- CAMSP Epinal / Saint-Dié des Vosges :
 - Mme Christel CHARPENTIER, Directrice
 - Dr Valérie DANET, Médecin directeur technique et pédiatre
 - Dr Marion PHILIPPON, Médecin généraliste
 - Mme Amélie DIVOUX, Adjointe de direction

- CMPP Epinal :
 - Dr Philippe DULUCQ, Président des PEP 88
 - M. Gilles FLEUROT, Directeur administratif et pédagogique par délégation
 - Dr Erika SPINELLI, Directrice médicale du CMPP
 - Mme Léna AUBRY, Psychologue
 - M. Nicolas BARROUE, Secrétaire médical
 - Mme Françoise CASSI, Psychologue
 - Mme Claire EBERHARDT, Enseignante spécialisée
 - Mme Emeline MONIATTE, Orthophoniste
 - Mme Christiane PANTRINI, Psychologue
 - Mme Céline ROBERT, Secrétaire de direction
 - Mme Nadia SAID, Psychologue
 - Mme Eloïse TRECHE, Psychomotricienne

- GCS-GSM88 :
 - M. Hervé BOYER, Coordinateur du GCS-GSM
 - M. Jean-Louis MOUREY, Président de l'UNAFAM des Vosges
 - M. David SZARYK, Directeur de dispositif à l'AUSEA 88

Déplacement en région Hauts-de-France

- ARS Hauts-de-France :
 - Mme Aline QUEVERUE, Directrice adjointe de l'offre médico-sociale
 - M. Christophe MUYS, Sous-directeur en charge de la planification médico-sociale

- M. Maxime CHERADAME, Chargé de planification médico-sociale
- M. David COQUEREL, Direction de l'offre médico-sociale
- M. Jérôme SCHLOUCK, Responsable pôle territorial Direction de l'offre de soins
- Dr Hélène PRIEUR-PATTEYN, Médecin chargée de missions
- Dr Isabelle LOENS, Chargée de mission thématique Psychiatrie-santé mentale

- Conseil départemental de la Somme :
 - M. Donatien LECAT, Directeur enfance et famille
 - Mme Delphine FOURNIER, Responsable du pôle départemental de prévention
 - Mme Marie-Josée HIVER, Médecin pole enfant MDPH
 - Mme Catherine HUETTE, Médecin départemental responsable pole PMI
 - Mme Céline PUPIN, Inspectrice aide sociale à l'enfance
 - Mme Pauline VERMEIRSCH, Responsable de pôle MDPH

- CHU Amiens :
 - M. Gérard STARK, Directeur général adjoint

- Centre Hospitalier Philippe Pinel à Amiens:
 - Dr Valérie YON, Présidente de CME, PH en psychiatrie adulte
 - Dr Emilie BARTHE, Psychiatre CMP enfant intersecteur NORD
 - Dr Valérie BEAUDOIN, Psychiatre CMP IJ
 - Dr Mehdi DELHAYE, Psychiatre CMP enfant Nord et CATTP enfants Nord
 - Mme Marie-Pierre BAUZIN, Chargée des Affaires Générales

- Centre hospitalier d'Abbeville :
 - Mme Régine DELPLANQUE, Directrice adjointe
 - Mme Agnès LION, Cadre supérieur
 - Mme Bénédicte LOUVION, Cadre supérieur de santé

- Centre Hospitalier de Péronne :
 - Mme Angélique MESNARD, Cadre de santé CMP et HDJ service de pédopsychiatrie

- CAMSP Amiens :
 - Mme Anaïs SIMONNOT, Pédiatre

- CAMSP Abbeville :
 - Mme Céline SEGARD, Pédiatre

- CMPP Henri Wallon Amiens :
 - M. Hugues NIEN, Directeur administratif du CMPP
 - Dr Véronique CHAPOY, Médecin directeur du CMPP
 - Mme Karine CULIE, Assistante sociale
 - Dr Pierre FICHET, Psychiatre
 - Mme Christiane MORDACQ, Psychomotricienne
 - M. Alexandre POINSART, Psychologue
 - Dr Monika WINIARSKI, Psychiatre

- ANECAMSP Hauts-de-France :
 - Dr Sandrine LANCO, Médecin directeur CAMSP d'Aulnoye-Aymeries - Présidente ANECAMSP HDF
 - M. Pierre-Marie PARMENTIER, Directeur CAMSP APF de Villeneuve d'Ascq - Délégué ANECAMSP HDF

- FDCMPP Hauts-de-France :
 - Dr Jean SIBEUD, Médecin directeur CMPP Roubaix - Représentant régional FDCMPP
 - Mme Patricia WARTELLE, Psychologue CMPP Henri Wallon Amiens - Représentante Régionale FDCMPP

- APAJH Somme :
 - Mme Fabienne PERONNET, Directrice adjointe APAJH Somme

Déplacement en région Ile-de-France

- ARS Ile-de-France :
 - Mme Charlotte FAISSE, Cheffe département organisation de l'offre PH à la direction de l'autonomie (direction autonomie)
 - Dr Pilar ARCELLE-GIRAUX, Médecin (Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités)
 - M. Philippe GUINARD, Chargé de mission santé mentale (pôle établissements de santé) (Direction de l'offre de soins)
 - Mme Mathilde CHAPET, Responsable du pôle sanitaire de la DD (DD de Paris)
 - Mme Brigitte GURODIE, Médecin inspecteur en santé publique (DD de Paris)
 - Mme Laure LE COAT, Responsable du pôle médicosocial de la DD (DD de Paris)
 - M. Denis LEONE, DT par intérim (DD Paris)
 - Mme Corinne LOMBARD, Chargée de mission à la direction de l'autonomie (direction autonomie, DD de Paris)

- Mme Christine DE CONINCK, Responsable du département médico-social (DD de Seine-Saint-Denis)
- CMP de Montreuil :
 - Dr Roger TEBOUL, Directeur et président de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile
- CMPP de Noisy le Sec :
 - Dr Marie-Christine MAURY, Directrice médicale, Pédopsychiatre
 - Mme Joëlle PAIRE, Directrice administrative et pédagogique
 - M. Jean-Christophe ADENOT, Psychologue clinicien
- Pôle Paris Centre-Est :
 - Dr Jean-Louis LE RUN, Pédopsychiatre, chef de pôle

Déplacement en région Nouvelle-Aquitaine

- ARS Nouvelle-Aquitaine :
 - M. Michel LAFORCADE, Directeur général
 - M. Olivier SERRE, Directeur des territoires, Délégué départemental de Gironde
 - M. Saïd ACEF, Directeur délégué à l'autonomie
 - Dr Gladys BARRAUD, Médecin conseil (DD Gironde)
 - M. Patrice DUBREIL, Responsable du pôle animation territoriale et parcours de santé (pôle ouest) (DD Gironde)
 - Mme Marielle CHAUVEAU, Stagiaire (DD Gironde)
 - M. Stéphane DELANCE, Interne Santé Publique
- Conseil départemental de la Gironde :
 - Mme Marie-Claude AGULLANA, Conseillère Départementale
 - Mme Isabel MORENO, Directrice du Pôle solidarité vie sociale
 - Mme Isabelle BERTRAND-SALLES, Directrice de la Promotion de la Santé (PMI)
 - Mme Brigitte GENDRON, Inspectrice à l'ASE
 - Mme Stéphanie LOISEAU, Médecin PMI référent handicap PMI
 - Mme Camille PELLICER, Inspectrice à l'ASE
 - Mme Beatrice THILLET, Responsable Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion
 - Mme Evelyne DELAY, Directrice de la MDPH de Gironde
 - Dr Jean-Didier BARDY, Médecin, adjoint au chef de service, coordination médico-sociale (MDPH de Gironde)

- Services de l'Education Nationale de Gironde :
 - M. Jean-François LAFONT-BATTESTI, Adjoint du directeur académique
 - M. Pierre ROQUES, Directeur Académique adjoint des Services de l'Education Nationale de Gironde

- CHU de Bordeaux :
 - Mme Valérie ASTRUC, Directrice adjointe chargée de la Filière Mère-Enfant – référente des CAMSP Polyvalent et Audiologie

- Centre Hospitalier Charles Perrens :
 - M. Jacky SAUZEAU, Directeur adjoint Soins, Qualité et Gestion des Risques
 - Mme Evelyne LAFON, Cadre supérieur de santé

- Centre hospitalier de Cadillac :
 - Dr Frédéric CAID, Médecin Pédiopsychiatre - Chef de pôle
 - Mme Fabienne MOTTU, Cadre supérieur

- CAMSP Polyvalent Bordeaux :
 - Dr Véronique FLURIN, Pédiatre, Médecin Directeur
 - Mme Stéphanie CAPES, Cadre supérieur de santé pôle de Pédiatrie
 - Mme Julie LABOUESSE, Orthophoniste
 - Mme Delphine BREUIL, Assistante sociale

- CMPP Bordeaux :
 - Mme Martine VIDAL, Directrice administrative et pédagogique
 - Dr René Dinant, Psychiatre, Directeur médical du CMPP

- APAJH Gironde :
 - M. DUPON-LAHITTE, Président de l'APAJH Gironde
 - M. Michel KEISLER, Directeur général
 - Mme Claire DEGENNE, Directrice autisme APAJH

- Association Rénovation :
 - M. Thierry PERRIGAUD, Directeur général
 - M. Manuel BOUVARD, Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (CSMI)

- Association ALTERIS :
 - Dr Anne PIOLLET, Pédiatre
 - M. Bruno TOP

- CREA Aquitaine :
 - M. Thierry DIMBOURG, Directeur
 - Mme Bénédicte MARABET, responsable du pôle études

- ORS Nouvelle-Aquitaine :
 - Dr Jean-Pierre FERLEY, Médecin de santé publique, Directeur ORS Nouvelle-Aquitaine
 - Nadine SCANDELLA, Chargée d'études ORS Nouvelle-Aquitaine

Déplacement en région Occitanie

- ARS Occitanie :
 - M. Guillaume DUBOIS, Délégué territorial de l'agence régionale de santé des Pyrénées-Orientales
 - Mme Virginie LAFAGE, Responsable établissements médico-sociaux
 - Mme Carole MARTIN, Responsable de l'unité handicap (Direction de l'offre de soins et de l'autonomie)
 - Mme Carla DA COSTA FERRARA, Référente autisme, handicap rares et scolarisation des élèves en situation de handicap

- Services de l'Education Nationale des Pyrénées-Orientales :
 - M. Michel ROUQUETTE, Directeur Académique des Services de l'Education Nationale des Pyrénées-Orientales

- Conseil départemental des Pyrénées-Orientales :
 - M. Bernard LE FLOCH, Directeur général adjoint à la Solidarité
 - M. Nicolas BARON, Directeur adjoint Enfance-Famille
 - Mme Elodie BALDWIN, Responsable de l'Unité Santé infantile PMI
 - Mme Laura MYTYLIAS, Directrice du pôle éducatif -IDEA
 - Mme Marie RICHARD, Directrice PA-PH de la MDPH

- Centre hospitalier de Thuir:
 - M. Philippe BANYOLS, Directeur général
 - Dr Philippe RAYNAUD, Président de la CME
 - Mme Sophie BARRE, Directrice adjointe
 - Dr Jean-Yves GALAN, Psychiatre, directeur de la CMP adolescents

- Dr Christine PALIX, Cheffe de pôle, expert autisme
- Mme THIBAUT, Déléguée syndicale- Assistante sociale
- Dr THOMAS, Psychiatre coordinateur
- Dr Abdelkrim ZEKHNINI, Psychiatre - Directeur du pôle infanto-juvénile Sud
- Mme DESQUINE, Déléguée syndicale, assistante sociale (CMP Cabesty)

- CMP adolescents – CH de Thuir :
 - Dr Yannick FISCHER, Responsable de l'unité d'hospitalisation
 - Dr ORANI-MULLER, psychiatre
 - M. Laurent PAILLOT, Infirmier
 - Mme Lydie SARABIA, Cadre de santé
 - Mme Aline DUHAMEL, Pôle accueil urgences
 - Dr Spanier HUBERT, psychiatrie de liaison

- CMP enfants- CH de Thuir :
 - Dr François BERGER, Praticien hospitalier
 - M. Frédéric BERTIS, Cadre supérieur de santé
 - Dr Hélène DONNEZAN, Praticien hospitalier
 - Mme Carole GLEYZES
 - Dr Brice LINCOT, Praticien hospitalier
 - Dr Didier PETIT, Praticien hospitalier
 - Dr Martine TROUILHAS-PASCAL, Praticien hospitalier
 - M. Abdelkrim ZEKHNINI, Chef de pôle

- CMP-IJ Nord – CH de Thuir, antenne CRA :
 - Mme Stéphanie GOMEZ, Cadre de santé
 - Mme Marion MANIGLIER, Psychologue

- CMP-IJ Sud – CH de Thuir :
 - Mme Caroline CALAS, Cadre de santé
 - M. Willy LEGRAND, Cadre de santé

- Hôpital de jour – CH de Thuir :
 - M. Sylvain GUERIN, Cadre infirmier

- CAMSP Perpignan :
 - Dr Isabelle GAUBERT, Pédiatre

- Dr Pierre THEVENOT, Pédiatre
- M. RIBEIRO, Chef de service
- Mme Marion BERNARDI, Assistante sociale
- Mme Agnès BROSSAIS, Psychomotricienne
- Mme Sabine DEL SOCORRO, Ergothérapeute
- M. Rémy SOULIE, Masseur kinésithérapeute
- Mme Laetitia SOUNIER, Educatrice jeunes enfants
- Mme Anne THELY-BOURNET, Psychologue
- Mme Nicole VILLARD, Orthophoniste

- CMPP Henri Vallon de Perpignan :
 - Mme Monique VILLARD, Directrice du Pole médico-social
 - M. Jean Sébastien HAYDN, Directeur administratif
 - Dr Aude TOUREILLE, Pédopsychiatre
 - Mme Nadège BARRAS, Psychomotricienne
 - Dr Eva DAVID, Médecin (St André)
 - Dr Marianne DUFOUR, Psychiatre (Perpignan Sud)
 - Mme Christelle GERMAIN, Psychopédagogue (Perpignan Sud)
 - M. Sébastien HENRY, Psychologue clinicien
 - Mme Caroline HERRERO, Agent administratif
 - Mme Florence MAILLARD, Médecin (Perpignan Nord)
 - M. Stéphane MARTINEZ, Assistante sociale
 - M. Albert TOMA ESTRADA, Coordinateur CMPP Cerdagne
 - Mme Gisèle VILA, Orthophoniste

- Sésame Autisme Languedoc-Roussillon :
 - Mme Marie MAFFRAND, Présidente de Sésame autisme Languedoc-Roussillon

- UNAFAM Pyrénées-Orientales :
 - Mme Annie GUERRIER, Présidente

- UNAPEI Pyrénées-Orientales :
 - Mme Isabelle QUES, Présidente

Entretiens téléphoniques avec les ARS (hors déplacements)

- ARS Bourgogne-Franche-Comté :
 - Mme Anne-Laure MOSER, Directrice de l'autonomie
 - M. Jean-Sébastien HEITZ, Direction de l'autonomie, adjointe à la cheffe du département organisation de l'offre personnes handicapées
 - Mme Nadège MAINY, Direction de l'autonomie, adjointe à la cheffe du département appui à la performance"

- ARS Bretagne :
 - M. Daniel PENHOÛËT, Directeur adjoint hospitalisation et autonomie
 - M. Olivier LE GUEN, Responsable du pôle schémas et programmation
 - Dr Sylvie LUCAS, Médecin Santé mentale
 - Mme Julie VALADOU, Chargée de mission TSA

- ARS Centre-Val-de-Loire :
 - Mme Aurélie MAZEL, Responsable du département de l'offre médico-sociale - Personnes en situation de handicap
 - Mme Emmanuelle CARREAU, Responsable du projet Santé mentale
 - Mme Cécile CHAUVREAU, Chargée de mission réponse accompagnée pour tous
 - Dr Hélène DELACROIX, Médecin Santé mentale

- ARS Corse :
 - M. Joseph MAGNAVACCA, Directeur de la santé publique et du médico-social
 - Mme Audrey COLONNA, Directrice adjointe du médico-social
 - Mme Laura HOUBEAUT, Responsable de l'unité territoriale de Corse du Sud
 - Mme Laurence LAITANG-PERRET, Responsable de l'unité territoriale de Haute Corse
 - Dr Jean-Louis WYART, Responsable Mission Expertises et Projets de santé

- ARS Guadeloupe :
 - Dr Florelle BRADAMANTIS, Directrice du pôle santé publique
 - M. Patrice RENIA, Directeur du pôle offre médico-sociale
 - Mme Suzy DENIN, Infirmière - santé mentale
 - Dr Evelyne FALIP, Référente Psychiatrie et soins en détention, Direction de l'organisation des soins
 - Dr Jessica LACROIX, Médecin - santé mentale
 - Dr Mathilde MELIN, Médecin - périnatalité

- ARS Guyane :
 - Mme Marie-Lou DARCHEZ, Responsable du service autonomie
 - Mme Nathalie RIVAUX, Référente santé mentale

- ARS Martinique :
 - Mme Nathalie MARRIEN, Directrice de l'autonomie
 - Mme Audrey LEGALL, Adjointe à la directrice de l'autonomie

- ARS Normandie :
 - Mme Laurence LOCCA, Directrice adjointe autonomie, chef de pôle de l'organisation de l'offre médico-sociale

- ARS Océan indien / La Réunion :
 - Mme Fabienne MEAL, responsable service offre de soins médico-sociale, référente autisme
 - M. Cyril HERIBERT-LAUBRIAT, chargé de mission

- ARS Océan Indien / Mayotte :
 - Mme Maysoune IDAROSSI, Chargée de mission offre médico-sociale
 - M. Eriqne MARIE-LOUISE, Chargé de mission offre de soins sanitaire et médico-sociale

- ARS PACA :
 - Mme Sophie RIOS, Responsable du département Personnes en situation de handicap / Personnes en difficultés spécifiques
 - Dr Elisabeth LAFONT-BATTESTI, Conseiller médical, référente médicale régionale Autisme
 - Mme Sandra RIO, Chargée de la mise en œuvre de la politique médico-sociale Département des PH

- ARS Pays-de-la-Loire :
 - Mme Armelle TROHEL, Adjointe au responsable de la Direction de l'Offre de Santé et en faveur de l'Autonomie
 - Dr Marie-Paule DE RUSUNAN, Médecin sur le secteur médico-social. Référente autisme
 - Mme Valentine JAYAIS, Chargée de projet sur le secteur sanitaire, Département accompagnement des établissements de santé

Entretiens téléphoniques avec les CREAI (hors déplacements)

- CREAI Auvergne-Rhône-Alpes :
 - Mme Sophie LETURGEON, Directrice générale adjointe du CREAI

- CREAI Bretagne :
 - Mme Rachel LEDUFF, Chargée d'étude
- CREAI Occitanie :
 - Dr Bernard LEDESERT, Médecin de santé publique

Déplacement en Belgique

- Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement :
 - M. Paul DE BOCK, Conseiller général - Service des soins de santé psychosociaux
 - M. Bernard JACOB, Coordinateur de projet fédéral de la « Nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents » (coordinateur fédéral des réformes de soins de santé mentale)
 - M. Olivier CAILLET, Adjoint à la coordination fédérale pour la réforme de soins de santé mentale
 - Mme Saskia DE STERCK, Collaboratrice au Service des soins de santé psychosociaux
 - M. Jo HOLSBEEK, Attaché Santé Mentale
- Réseau bruxellois « Bru-Stars »
 - Mme Kathleen COPPENS, Coordinatrice du réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents « Bru-Stars »
 - M. Karim ODR, Psychiatre infanto-juvénile réseau de santé mentale bruxellois « Bru-stars »
 - M. Bart SCHEPERS, Coordinateur Formation SPF Santé Publique Réforme Soins en Santé Mentale

Personnes qualifiées

- Dr Alain LOPEZ, Inspecteur général des affaires sociales

ANNEXE 1 – LE CADRE REGLEMENTAIRE DES CENTRES

La présente annexe analyse le cadre juridique applicable aux CAMSP, aux CMPP et aux CMP-IJ et évalue son adéquation aux enjeux actuels du fonctionnement des centres.

1 LES CENTRES D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE (CAMSP) : UN CADRE SOUPLE ENCORE D'ACTUALITE

1.1 Les CAMSP ont été créés par un texte de 1975

Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ont été introduits par l'article 3 de la loi n°75-534 d'orientation du 30 juin 1975 prévoyant la création des services spécifiques adaptés et codifié à l'Article L2132-4 du code de la santé publique.

Le cadre d'action des CAMSP a été précisé par l'annexe XXXII bis introduite par le décret n° 76-389 du 15 avril 1976 au décret n° 56-284 du 9 mars 1956, définissant les « conditions techniques d'agrément des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce ».

1.2 Le public cible est défini par des barrières d'âge et le risque de handicap

Dès la loi de 1975, la vocation des CAMSP est de « *prévenir ou de réduire l'aggravation [d'un] handicap* » (cf. encadré 1), dont la suspicion aura pu être établie à l'occasion d'un examen de santé organisé par la protection maternelle et infantile ou un médecin de famille.

L'article premier de l'annexe XXXII bis précise qu'ils sont dédiés aux enfants de 0 à 6 ans (des « premier et deuxième âges »¹⁵³) présentant « *des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux* ». Dans les faits, et compte tenu de l'âge précoce de la prise en charge, ils prennent également en charge les enfants qui n'ont pas de déficit avéré, mais qui présentent un risque d'apparition de troubles du développement, notamment les enfants prématurés ou vulnérables.

Encadré 15 : Article L2132-4 du code de la santé publique

« *Les enfants chez qui un handicap aura été décelé ou signalé, notamment au cours des examens médicaux prévus à l'article L164-2 du code de la santé publique et des familles¹⁵⁴, pourront être accueillis dans des structures d'Action Médico-Sociale Précoce en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap.* »

¹⁵³ Public prioritaire des missions de la Protection maternelle et infantile (PMI).

¹⁵⁴ Et notamment ses deux premiers alinéas : « *Le certificat de santé [*contenu*] prévu à l'article 164-1 fait mention, le cas échéant, de toute anomalie, maladie ou infirmité, notamment mentale, sensorielle ou motrice, d'origine génétique ou autre, ayant provoqué ou susceptible de provoquer une invalidité de longue durée ou un handicap définitif ou non. S'il y a lieu, le médecin traitant ou le médecin du centre de protection maternelle et infantile prescrira les examens complémentaires ou spécialisés qui lui paraîtront nécessaires à la confirmation ou à l'infirmité des anomalies présumées, à la recherche des maladies ou infirmités visées à l'alinéa précédent. (...)* »

« La prise en charge s'effectuera sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention de médecins et de techniciens paramédicaux et sociaux et si nécessaire une action de conseil et de soutien des familles. Elle est assurée s'il y a lieu, en liaison avec des institutions d'éducation préscolaire. »

1.3 Les CAMSP ont des missions larges et tournées vers le milieu de vie

Aux termes de l'article 3 de la loi de 1975, les CAMSP offrent une prise en charge ambulatoire pluridisciplinaire (« comportant l'intervention de médecins et de techniciens paramédicaux et sociaux ») et une « guidance » parentale.

L'article XXXII bis va plus loin. Ainsi, les CAMSP « ont pour objet la prévention, le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants [...] en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci ».

Plus précisément, leurs missions comprennent :

- Des actions préventives spécialisées : celles-ci peuvent relever de la prévention primaire et secondaire ; elles sont assurées « par des équipes itinérantes » et peuvent se tenir soit au CAMSP, soit dans « les établissements de protection infantile » (la PMI) voire « les établissements d'éducation préscolaire » ;
- Le dépistage : celui-ci doit être précoce, particulièrement chez les enfants présentant des facteurs reconnus de vulnérabilité (prématurité, pathologie néonatale, pathologie sociale), et suppose aussi, même s'il n'est pas cité explicitement, le diagnostic des enfants en termes de déficience, mais aussi quant aux conséquences en termes d'incapacité et de handicap ;
- La « cure ambulatoire », ou prise en charge pluridisciplinaire et adaptée, se déroule au CAMSP et dans les lieux de vie de l'enfant, afin d'améliorer leur « adaptation sociale et éducative » ;
- La « guidance des familles », qui peut avoir lieu à domicile et qui porte tant sur les soins à apporter (éducation thérapeutique) que sur l'adaptation nécessaire de la scolarité (aide à l'orientation).

Dès le départ, l'ouverture vers l'extérieur et le développement de partenariats sont prévus. Ainsi, les CAMSP proposent une prise en charge « en liaison avec des institutions d'éducation préscolaire » (art. 3, loi de 1975), soit avec les crèches, haltes garderies ou écoles maternelles.

De même, selon l'annexe XXXII bis, des « conventions devront être passées » avec les services hospitaliers généraux ou spécialisés afin de compléter, le cas échéant, « les bilans et examens complémentaires éventuellement nécessaires [à] l'établissement du diagnostic, à la surveillance ou à la mise à jour des traitements ».

1.4 Plusieurs modèles sont possibles malgré un principe de polyvalence

De manière générale, les CAMSP sont polyvalents, c'est-à-dire qu'ils ont vocation à s'adresser à tous les types de handicaps et de troubles. Toutefois, l'annexe prévoit que les CAMSP peuvent également être spécialisés (audiologie infantile, troubles visuels, troubles moteurs, santé mentale) ou contenir des « sections spécialisées » (par exemple des équipes de diagnostic proximité autisme - EDAP).

Le texte prévoit que les moyens soient définis en fonction de la file active. En effet, aux termes de l'article 2 de l'annexe XXXII bis, « l'organisation générale, le personnel, le matériel et les services d'un centre d'action médico-sociale précoce doivent être fonction de la capacité d'utilisation, c'est-à-dire du nombre d'enfants d'âge préscolaire accompagnés de la personne à laquelle leur éducation est

habituellement confiée et qui peuvent y être normalement admis au cours d'une même séance ». Ce principe est aujourd'hui remis en cause par le décalage constaté par les professionnels entre la demande et les moyens pour y répondre.

1.5 La composition des équipes pluridisciplinaires est précisée

La description de la composition des équipes pluridisciplinaires démontre une volonté d'ouverture et de souplesse dans les organisations des équipes soignantes. En effet, la liste des métiers mobilisables au sein d'une équipe n'est pas exhaustive. Ainsi, aux termes du 3^e alinéa de l'article 1er : « *Le dépistage et les traitements sont effectués et la rééducation mise en œuvre, sans hospitalisation, par une équipe composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnels d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, en tant que de besoin, d'autres techniciens* ».

La présence médicale est réglementée :

- L'article 11 introduit la nécessité d'un médecin responsable de l'ensemble des personnels soignants, qui peut être directeur ou directeur technique du centre et doit être agréé (par le préfet¹⁵⁵) ;
- Selon l'article 12, il doit être qualifié en pédiatrie ou pédopsychiatrie, avec des spécificités dans les CAMSP spécialisés (troubles visuels, troubles auditifs, etc.). De même, les sections spécialisées sont dirigées par un médecin agréé (par le préfet) ;
- Aux termes de l'article 14, le centre doit garantir la présence ou la collaboration avec un pédiatre et avec un pédopsychiatre. Les missions du médecin sont définies : consultations, certificats, ordonnances, prescription de soins de rééducation, psychologie ou guidance familiale ;
- L'article 20 précise que les médecins responsables assurent la coordination des équipes et organisent les réunions de synthèse impliquant l'ensemble des équipes et donnant lieu à un compte rendu présenté aux familles.

Les articles 15 à 17 précisent les compétences paramédicales nécessaires ainsi que les qualifications attendues : psychologues, rééducateurs (voix, parole, vision...), personnels d'éducation précoce (puéricultrices, éducatrices de jeunes enfants, pédagogues).

De même l'article 18 précise que les équipes itinérantes de guidance familiale peuvent être uni ou pluridisciplinaires mais doivent être approuvés par le préfet dans leur composition et leur secteur d'intervention (ce qui semble indiquer une territorialisation du champ de compétence du CAMSP).

Enfin, l'article 19 exige la présence d'assistants de service social pour garantir le lien avec l'extérieur (familles, médecins, services sanitaires et sociaux), y compris après la fin de la prise en charge (durée de trois ans minimum de « suivi post CAMSP ») afin de repérer des difficultés.

¹⁵⁵ Dans la législation en vigueur, le préfet est remplacé par l'Agence régionale de santé (ARS).

1.6 L'annexe XXXII bis fixe un cadre d'organisation de l'activité

Deux articles détaillent l'organisation des soins. L'article 9 précise que le CAMSP doit adopter un fonctionnement sur rendez-vous et limiter les déplacements des enfants en regroupant les séances, ce qui démontre un souci d'accessibilité pour les familles. L'article 10 précise le rôle du dossier individuel de l'enfant, qui doit comprendre toutes les informations médicales et sociales, et introduit la notion de « réunion de synthèse » qui rythme aujourd'hui la prise en charge pluridisciplinaire dans les CAMSP. Le secret médical est rappelé à l'article 21.

L'annexe XXXII bis prévoit de nombreuses modalités possibles d'installation pour un CAMSP. Ainsi, « *Les centres d'action médico-sociale précoce peuvent fonctionner dans les locaux d'une consultation hospitalière, d'une consultation de protection maternelle et infantile, d'un dispensaire d'hygiène mentale¹⁵⁶, d'un centre médico-psychopédagogique ou d'un établissement habilité à recevoir des enfants d'âge préscolaire atteints de handicaps sensoriels, moteurs ou mentaux.* »

Les articles 3 à 8 précisent diverses modalités logistiques, d'hygiène et de sécurité qui doivent régir l'organisation des lieux de consultation (accès téléphonique, appareillage, salle d'attente, eau potable, extincteurs...), largement obsolètes.

Enfin, les articles 23 et 24 précisent des modalités de pilotage. Un règlement intérieur doit être approuvé (par le préfet) et préciser l'organisation du centre (nombre de consultations maximal, nature des prises en charge, composition et qualification de l'équipe, secteur d'intervention, conventions passées avec les autres organismes sanitaires et de prévention). Le médecin directeur adresse chaque année un rapport d'activité (au préfet).

1.7 Encore actuels et adaptés à l'activité des CAMSP, les textes ne nécessitent qu'une mise à jour des termes employés

Au terme de cette analyse, les textes régissant les CAMSP sont encore globalement adaptés et reflètent la réalité et les modalités de l'activité de ces centres. Par leur souplesse et la simplicité des principes posés, ils ont permis aux centres de faire évoluer leurs pratiques et d'innover tout en respectant l'esprit et la lettre des textes initiaux. En particulier, les enjeux liés à la précocité du repérage et de la prise en charge, au fonctionnement partenarial avec les autres acteurs de l'enfance et du soin, et de la polyvalence et de la pluridisciplinarité des compétences étaient déjà bien identifiés et restent à ce jour le cœur du métier des CAMSP.

C'est également la position officielle de l'ANECAMSP¹⁵⁷, qui considère dans une prise de position communiquée à la mission que si « (...) l'annexe 32 Bis a besoin d'un toilettage pour intégrer les apports de la loi 2002-2 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi 2005-102 du 11 janvier 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, elle reste très actuelle et adaptée à l'accompagnement des enfants basé sur la précocité, la proximité, la technicité, la continuité et la fluidité du parcours de l'enfant comme le souhaitent les associations représentatives des usagers ».

Une évolution du texte nécessiterait donc une mise à jour du vocabulaire employé (par exemple le terme « cure » associé au champ théorique de la psychanalyse), ainsi que certaines précisions quant aux méthodes de gestion de la file active, dont certaines préconisées dans les recommandations du

¹⁵⁶ Ancien nom des CMP-IJ.

¹⁵⁷ Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce.

présent rapport. En effet, les textes n'évoquent pas de modalités de régulation de la file active, puisqu'ils prévoient au contraire que les moyens doivent s'adapter au nombre d'enfants accompagnés (cf. 1.4). Ainsi, en l'absence de principe d'action sur ce point les contraintes actuelles sur les moyens ont pu amener les centres à adopter des pratiques de gestion de l'attente contournant en partie les textes (refus d'enfants âgés de plus de 3 ans, maintien d'enfants au-delà de 6 ans faute de place en solution d'aval).

2 LES CENTRES MEDICO-PSYCHO-PEDAGOGIQUES (CMPP) : UN CADRE ANCIEN QUI ORGANISE LA POLYVALENCE

2.1 Les CMPP ont été introduits par un texte de 1963

Structures médico-sociales, les CMPP ont été créés par le décret n° 63-146 du 18 février 1963¹⁵⁸ complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Quant à elle, la circulaire n°35 bis Sécurité sociale du 16 avril 1964 fixe les règles de fonctionnement et de financement des CMPP.

2.2 Les CMPP se caractérisent par une triple vocation médicale, sociale et pédagogique

L'article 1 de l'annexe définit les missions des CMPP autour de trois blocs, le médical, le social et le pédagogique :

- « le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique sous autorité médicale » ;
- « la réadaptation de l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social » ;
- « une action sur la famille qui peut recevoir au centre toutes les indications nécessaires à la réadaptation de l'enfant et éventuellement toutes les thérapeutiques lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, elles ne peuvent être dispensées ailleurs. Les soins s'étendent à la postcure ».

Cette triple mission se traduit par la pluridisciplinarité de l'équipe. L'article 1 précise ainsi que l'équipe sera « toujours (...) composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes sociales et, autant que de besoin, de pédagogues et de rééducateurs. »

¹⁵⁸ Le texte a donné un cadre juridique à la fois pour l'avenir et pour les structures qui étaient déjà ouvertes depuis la fin de la seconde guerre mondiale.

2.3 Leur mode de fonctionnement souligne la priorité donnée aux soins

Les CMPP sont positionnés comme un complément à l'offre sanitaire

Dès leur création, la circulaire de la sécurité sociale de 1964¹⁵⁹ introduit les CMPP comme « dispensaires secondaires » intervenant après un premier tri réalisé par les dispensaires d'hygiène mentale - les ancêtres des CMP-IJ - considérés comme « dispensaires primaires » au sens où ces derniers doivent recevoir n'importe quel enfant, sans tri préalable.

Elle précise que le CMPP peut aussi, lorsque l'accès à un CMP-IJ n'est pas possible ou lorsque l'école le lui adresse directement, prendre en charge un enfant en tant que dispensaire primaire, l'accent étant mis sur le caractère ambulatoire des soins : « *Que l'intervention se fasse en 1^{er} ou second degré, il faut dans tous les cas, que le centre soit habilité à traiter l'enfant dans son milieu familial et scolaire.* »

La direction médicale est la seule explicitement mentionnée

L'équipe pluridisciplinaire médicale est placée, au point de vue technique, sous l'autorité et la responsabilité du médecin directeur¹⁶⁰ dont le rôle est central dans la vie de la structure. Ainsi, celui-ci « (...) *organise régulièrement et préside des réunions de synthèse qui assurent la coordination du travail des membres de l'équipe pluridisciplinaire, et auxquelles participent les divers techniciens du centre qui ont assuré les examens et les soins à l'enfant dont le cas est étudié lors de la réunion* » et « (...) *informe après chaque réunion de synthèse, les parents et, éventuellement, le médecin traitant de l'évolution l'état de l'enfant (...).* »

Selon l'article 12 de l'annexe, le médecin directeur doit obligatoirement être qualifié en pédiatrie ou en neuro-psychiatrie¹⁶¹ et avoir des connaissances particulières respectivement en psychiatrie infantile ou en pédiatrie.

La direction médicale des structures, explicitement mentionnée dans l'annexe et dans la circulaire de la sécurité sociale a, le plus souvent, été jumelée avec une direction administrative et pédagogique (DAP), ou simplement administrative. Toutefois ce binôme de direction n'est pas prévu explicitement par les textes.

Les soins s'effectuent sous la responsabilité de médecins agréés

Les exigences de qualité dans les prises en charge sont soulignées dans l'annexe. Ainsi :

- « *Lorsqu'une rééducation pédagogique spécialisée, individuelle ou collective, est mise en place, le médecin doit s'assurer le concours de pédagogues ou d'éducateurs possédant la qualification requise et justifiant d'une connaissance particulière des déficiences dont les enfants reçus au centre sont atteints ;*
- « *Lorsque le centre dispense, aux enfants dont l'état le requiert une psychanalyse, une rééducation psychothérapique, une rééducation de la parole, une rééducation de la psychomotricité, il doit s'assurer le concours d'un personnel compétent.* »

¹⁵⁹ Circulaire n° 35 bis SS du 16 avril 1964 relative au fonctionnement général et au financement des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques.

¹⁶⁰ Le médecin directeur et les médecins qui exercent en CMPP doivent être agréés par le directeur départemental de la santé, selon le vocabulaire de 1956, c'est-à-dire actuellement par l'ARS.

¹⁶¹ Un neuropsychiatre étudie les maladies qui ont des symptômes et des causes à la fois neurologiques et psychiatriques (cf. annexe 2).

L'annexe mentionne enfin des règles déontologiques que les médecins doivent respecter, au regard de leur éventuelle clientèle privée dans leur exercice libéral.

2.4 Toutefois les missions sociales et pédagogiques sont mises en avant

Un service social obligatoire et au cœur de la prise en charge

La présence d'un service social est obligatoire et doit être actif tout au long de la présence de l'enfant et ce, jusqu'à 3 ans au-delà de la sortie de l'enfant.

Ainsi, selon l'annexe, le service social doit : « *notamment assurer une liaison avec le ou les services sociaux qui auraient pris antérieurement en charge les enfants ou leurs familles et avec celui ou ceux qui veilleront à l'adaptation de l'enfant à son cadre familial, scolaire ou professionnel et social ; (...) en fin de traitement, aider le sujet et maintenir le contact avec lui pendant une durée minimum de trois ans, de manière à pouvoir éventuellement provoquer un nouvel examen ou rechercher s'il y a lieu, les causes d'une mauvaise adaptation* ».

L'annexe souligne l'importance du lien avec les maîtres d'école

Le médecin directeur « *charge le pédagogue du centre de tenir les maîtres de l'enfant informés, sous réserve du secret médical, des renseignements psychologiques et médicaux qui peuvent les intéresser et des rééducations envisagées* ». (Article 18). L'annexe précise (article 15) que « *la coordination de activités psychologiques et pédagogiques peut être confiée à un membre de l'équipe qui devra justifier d'une formation appropriée en psychologie et en pédagogie* ».

2.5 Anciens, les textes relatifs aux CMPP doivent être mis à jour au regard de l'évolution du droit, de la société et des pratiques professionnelles

Les textes des CMPP se caractérisent tout d'abord par un vocabulaire devenu inapproprié à la période actuelle. Ainsi à l'article 1, l'expression « enfants inadaptés mentaux » n'est pas en conformité avec la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, ni avec la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Par ailleurs, le champ sémantique utilisé appartient au référentiel psychanalytique (utilisation des mots « sujet », « cure », etc.) et dénote un positionnement initial des centres au sein de cette approche thérapeutique. La rédaction des textes ne laisse pas de place à la diversité des approches thérapeutiques. L'évolution en cours des pratiques, notamment issue des neurosciences, doit pouvoir se refléter dans les textes.

Enfin, le contenu des textes est daté. Par exemple, les articles 3 à 8 relatifs à la logistique des locaux sont obsolètes (normes d'hygiène, règles relatives à l'aération notamment). De plus, certains métiers sont formulés avec un genre particulier (par exemple, sont citées les assistantes sociales).

3 LES CENTRES MEDICO PSYCHOLOGIQUES INFANTO JUVENILES (CMP-IJ) : UN CADRE PEU SPECIFIQUE CENTRE SUR LE SECTEUR

3.1 La réglementation concerne principalement la sectorisation de l'offre

Les textes évoquent d'abord la sectorisation de l'offre

La principale réglementation des CMP-IJ est liée à l'organisation de la sectorisation en psychiatrie, dont le principe a été fixé par la circulaire n°340 du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Cette organisation territoriale a été prévue par le ministère de la santé publique, avant d'être entérinée par la loi en 1985. Le principe en a été réaffirmé dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le CMP participe du secteur infanto-juvénile

La sectorisation concerne l'ensemble de la psychiatrie, mais l'article R3221-1 du code de la santé publique distingue trois types de secteurs : les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Le découpage territorial de la psychiatrie infanto-juvénile a été acté par deux circulaires ministérielles de 1972 et 1974 pour organiser et répartir les moyens de prise en charge. En règle générale, un secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à trois secteurs de psychiatrie adulte soit environ 200.000 habitants. Il existe 340 secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles en France, chacun étant rattaché à un établissement de santé.

Comme le CMP dans le secteur adulte, le CMP-IJ est la structure pivot de la prise en charge ambulatoire des soins au plus près des lieux de vie des enfants et des adolescents. Les CMP-IJ sont donc en règle générale implantés en dehors des établissements. Ils peuvent, selon les organisations décidées par l'établissement de santé, être couplés aux autres structures ambulatoires, notamment les CATTP et les hôpitaux de jour.

3.2 Les missions des CMP-IJ ne sont pas précisées en tant que telles

L'arrêté ministériel de 1986 définit les CMP comme des « *unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile mises à la disposition de la population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique* ».

Il n'existe pas de texte décrivant précisément les missions ou l'organisation des CMP, même si un travail de référencement des pratiques existantes a été réalisé par la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) en 2008¹⁶². Toutefois, le CMP contribue aux trois missions du secteur de psychiatrie, définies par l'article 69 de la loi de modernisation du système de santé de 2016 :

1. « *Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes*

¹⁶² L'organisation des centres médico-psychologiques. Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expérience. MEAH.

pluri professionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires (...) et les communautés professionnelles territoriales de santé (...) ;

2. *« L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;*
3. *« La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur. »*

Les missions gagneraient à être précisées s'agissant du CMP-IJ, dont notamment :

- le repérage précoce et le diagnostic des troubles psychiques, en lien avec les familles, les services de PMI, l'éducation nationale, l'aide sociale à l'enfance, et les autres acteurs de l'accueil des enfants et des adolescents ;
- l'élaboration du projet de soins et sa mise en œuvre, avec orientation le cas échéant vers d'autres structures ambulatoires du secteur infanto-juvénile ou vers une hospitalisation partielle ou complète.

ANNEXE 2 - LES METIERS DES CENTRES

La pluridisciplinarité est au cœur de la mission des CAMSP, des CMPP et des CMP-IJ. Plusieurs métiers, médicaux, paramédicaux, mais aussi administratifs et sociaux, y travaillent ensemble pour établir les diagnostics, élaborer le projet de soin et réaliser la prise en charge.

Joint aux comptes administratifs des CAMSP et des CMPP, le fichier « Effectifs et taux d'encadrement » répartit les ETP par métiers au sein de six grandes fonctions :

- personnel de direction ;
- personnel administratif et de gestion ;
- personnel des services généraux ;
- personnel socio-éducatif ;
- personnel médical ;
- personnel paramédical.

Cette annexe décrit, pour chacune de ces fonctions, les principaux métiers des centres (y compris des CMP-IJ qui présentent certaines spécificités) ainsi que les grands enjeux associés.

1 LES METIERS DE DIRECTION, D'ADMINISTRATION ET DE GESTION

1.1 Les postes de direction, un enjeu de gouvernance

La direction des centres, et notamment l'articulation entre la direction administrative et la direction médicale, est un enjeu pour les CAMSP comme pour les CMPP. Dans ces deux centres, les ratios des ETP de direction et d'encadrement sur l'effectif global sont entre 7 % et 8 %. La part de médecins dans les effectifs de direction est aussi comparable, et se situe entre 21 % et 22 %.

Ces caractéristiques proches masquent des enjeux différents entre CAMSP et CMPP, avec un enjeu de gouvernance plus prégnant pour ces derniers. Dans l'annexe XXXII du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 relative aux conditions techniques d'agrément des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) de cure ambulatoire, seule la direction médicale confiée à un médecin est explicitement mentionnée, qu'il s'agisse d'un médecin psychiatre ou pédiatre. L'article 12 précise ainsi que « *[l]e médecin directeur du centre médico-psycho-pédagogique doit obligatoirement être qualifié en pédiatrie ou en neuropsychiatrie et avoir des connaissances particulières respectivement en psychiatrie infantile ou en pédiatrie.* »

Dans les faits, la direction des CMPP est pourtant, le plus souvent, scindée entre une direction médicale et une direction administrative et pédagogique. Jusqu'à récemment, cette dernière a été souvent occupée par un personnel mis à disposition par l'Education nationale.

Lorsque l'association gestionnaire du CMPP gère par ailleurs d'autres établissements médico-sociaux dans le champ de l'enfance, il est de plus en plus fréquent que la direction administrative soit mutualisée entre plusieurs établissements et le cas échéant complétée par des un poste de chef de service au sein de chaque établissement. Ainsi, dans les Pyrénées orientales, une même direction administrative gère le CMPP et le CAMSP, à l'intérieur d'une même association gestionnaire¹⁶³. A ce jour, l'organigramme le plus répandu comprend cependant une direction bicéphale avec une direction médicale confiée à un pédopsychiatre et une direction administrative.

Si la richesse des différents modes de direction est, dans son principe, largement saluée, les textes ont parfois été interprétés comme donnant la prééminence à la direction médicale, ce qui s'est notamment traduit par un processus de recrutement du personnel du CMPP associant peu, voire pas, la direction administrative.

Cette organisation est aujourd'hui remise en question par les familles, qui soulignent que ce modèle de direction ne correspond pas au secteur médico-social, et qui attendent des évolutions des centres, notamment en termes de pratiques professionnelles. Elle est également contestée par des associations gestionnaires, dont les plus grandes se sont prononcées en faveur d'un rééquilibrage de la direction des CMPP au profit du pôle administratif¹⁶⁴, qui peut avoir une vision plus large des objectifs de la structure. Au quotidien, les difficultés de relation entre les deux directions peuvent amener l'association gestionnaire à réaliser des arbitrages au niveau n+1.

Les cas où la direction est confiée à un pédiatre demeurent exceptionnels. C'est le cas du CMPP des Vosges, visité par la mission, qui témoigne de l'intérêt de ce modèle (cf. encadré *infra*).

Encadré 16 : Témoignage d'un pédiatre de CMPP

« Les CMPP représentent une riche ressource pour la psychopathologie infanto-juvénile ainsi que pour les troubles neuro-développementaux, avec un plateau technique¹⁶⁵ diversifié. Ils sont en recherche d'une nouvelle identité à trouver dans un équilibre entre le tout psychanalytique (historique) et le tout neuro-développemental (tendance actuelle).

« Il me semble que la position des pédiatres en CMPP, pas très facile à trouver au départ, peut-être dans cet équilibre, si nous ne nous cantonnons pas au tout neuro-somatique, tout comme les psychiatres ne peuvent pas se cantonner au tout psycho-psychiatrique.

« C'est ainsi que le travail entre nos deux spécialités nous enrichit fortement mutuellement. Nous avons mis en place, dans notre CMPP, un temps de rencontre mensuel entre les 4 médecins (2 psychiatres pour 0,25 ETP, 2 pédiatres pour 0,50 ETP en enlevant le temps de direction médicale). Même si certains sont très peu présents au CMPP, on tient tous à ces moments d'échanges, de questionnements en commun. Et comme nous le dit régulièrement une psychiatre : « *c'est pour ces moments et ce travail avec des pédiatres que j'ai voulu venir au CMPP* ». En ces temps de pénurie médicale, particulièrement en zone rurale et en pédopsychiatrie, cette richesse et diversification créatrice de motivation est une piste intéressante à explorer.

« -Nous participons à un groupe des directeurs Alsace-Lorraine qui se réunit régulièrement pour des partages riches et constructifs de l'expérience de chacun. Je constate depuis mon arrivée il y a plus de 5 ans, alors que j'étais la seule pédiatre du groupe et accueillie comme une « étrangeté » dans un CMPP, une évolution nette dans ces différents CMPP, avec un esprit d'ouverture (dont une acceptation un peu laborieuse au début mais effective du cadre législatif tel celui de la loi 2002-2), tout en poursuivant la défense des valeurs de la clinique au sens large et du soin.

¹⁶³ PEP 66.

¹⁶⁴ La mission a ainsi pu lire une analyse d'un directeur médical portant sur le fonctionnement d'un CMPP, dans un document qui portait la mention « validée par le directeur administratif et pédagogique ».

¹⁶⁵ Le terme de plateau technique, issu du secteur sanitaire, est régulièrement utilisé dans le secteur médico-social pour décrire la composition des équipes de professionnels de santé.

« Nous avons ainsi participé à l'élaboration des journées de la fédération des CMPP à Strasbourg (juin 2018), sur le thème « Les CMPP, un espace de créativité » Et j'espère que cet espace de créativité, ce que sont déjà certains CMPP, les autres pourront encore le développer. »

Source : *Déplacements de la mission.*

S'agissant des CAMSP, l'annexe XXXII bis du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 relative aux Conditions techniques d'agrément des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce dispose, à son article 11, que « *Tout centre d'action médico-sociale précoce est placé sous la responsabilité d'un directeur. Le directeur peut être un médecin. Lorsqu'il n'est pas médecin, il est assisté d'un médecin directeur technique.* ». Contrairement aux CMPP, les deux directions, médicale et administrative, sont donc mentionnées d'emblée. La mission n'a d'ailleurs pas constaté au sein des CAMSP visités de préoccupation par rapport à l'équilibre entre direction médicale et direction administrative.

Enfin, la gouvernance des CMP-IJ est celle de l'hôpital. Définie par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009, elle repose sur l'articulation entre direction administrative et direction médicale.

1.2 Les postes administratifs et support

Cette famille de fonctions recouvre notamment les postes de secrétaire et de personnel d'accueil, de comptable et des agents des services généraux.

La part moyenne des ETP administratifs, de gestion et des services généraux dans l'effectif des centres, est plus élevée dans les CMPP (24 %) que dans les CAMSP (18 %). Cette différence peut s'expliquer par un nombre d'enfants dans la file active en moyenne plus important dans les CMPP que dans les CAMSP¹⁶⁶. En effet, plus le nombre d'enfants est élevé (indépendamment du nombre d'actes effectués par la structure), plus il est nécessaire de dégager du temps d'accueil des enfants et de leurs parents, ainsi que du temps administratif pour constituer et suivre les dossiers.

Encadré 17 : Un moment important : le premier accueil téléphonique

Qu'il s'agisse des CAMSP, des CMPP ou des CMP-IJ, le premier accueil téléphonique est très important tant sur le plan humain que pour la suite de la prise en charge. La personne chargée de l'accueil recueille des éléments sur la situation de l'enfant, souvent à l'aide d'une grille élaborée au sein du centre, ce qui sera essentiel pour permettre à l'équipe pluridisciplinaire de juger collectivement du niveau de priorité de la prise en charge, soit directement, soit à l'issue d'un premier entretien avec un psychologue, un infirmier ou un médecin (cf. 1.1.2).

Ainsi la plupart des centres sont transparents sur le fait que les délais d'attente affichés sont des délais d'attente moyens et indicatifs, mais que certains enfants, de par leur âge, les troubles repérés, ou l'adresseur, (cf.2.3.2), peuvent être reçus en priorité.

A titre d'exemple, un CMPP du département des Pyrénées orientales a indiqué à la mission recevoir en moyenne 10 appels par semaine de nouveaux patients demandant un rendez-vous.

Source : *Déplacements mission.*

¹⁶⁶ Une fois neutralisé l'effet lié à la taille des CMPP dont les effectifs sont 40 % plus importants que dans les CAMSP.

2 LES METIERS SOCIAUX-EDUCATIFS

Les métiers sociaux-éducatifs recouvrent les personnels mis à disposition par l'Education nationale (hors direction et personnel soignant), notamment des éducateurs scolaires, des instituteurs spécialisés et des professeurs des écoles, et les personnels hors Education nationale, en majeure partie des assistants de service social et des éducateurs spécialisés.

Ils sont, avec le médical et la paramédical, le troisième pilier du médico-social. Ils représentent 18 % des effectifs des CAMSP et 10 % des effectifs des CMPP. De leur côté, les effectifs socio-éducatifs représentent 18 % des effectifs des CMP-IJ. Ces services de psychiatrie ambulatoire intègrent en effet la dimension sociale de la prise en charge tout comme les CAMSP et les CMPP.

Tableau 22 : Détail des personnels socio-éducatifs dans la composition des CAMSP et des CMPP :

	CAMSP		CMPP		CMP-IJ	
	ETP	%	ETP	%	ETP	%
Nombre moyen d'ETP total	12,09	100 %	17,26	100 %	4.80	100 %
Socio-éducatifs (y compris éducation)	2,23	18 %	1,66	10 %	0.84	18 %
Socio-éducatifs (éducation nationale)	0,08	1 %	0,51	3 %		
<i>dont Educateur scolaire</i>	0,03	0 %	0,05	0 %		
<i>dont Instituteur spécialisé</i>	0,02	0 %	0,09	1 %		
<i>dont Professeur des écoles</i>	0,02	0 %	0,35	2 %		
Socio-éducatifs (hors éducation nationale)	2,15	18 %	1,15	7 %		
<i>dont Educateur spécialisé</i>	0,99	8 %	0,30	2 %		
<i>dont Moniteur éducateur</i>	0,07	1 %	0,02	0 %		
<i>dont Moniteur de jardin d'enfants</i>	0,12	1 %	0,01	0 %		
<i>dont Assistant de service social</i>	0,62	5 %	0,68	4 %		
<i>dont Autre personnel éducatif</i>	0,24	2 %	0,07	0 %		

Source : Mission d'après les comptes administratifs 2016 et enquête SAE 2015

2.1 L'accompagnement social, un enjeu du secteur médico-social mais également du secteur sanitaire

L'assistant social est à la disposition de l'équipe et des familles tout au long du parcours, notamment pour mettre en place les solutions d'aval et pour assurer l'accès aux droits des familles et des enfants à chaque étape du parcours. Il participe aux réunions de synthèse et assure les relations extérieures avec les services sociaux du secteur, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), le juge des enfants, la MDPH, etc. Il fait aussi le lien avec les établissements scolaires, les établissements spécialisés, les accueils en internat et les partenaires de soins médicaux et médico-sociaux.

Sur demande, il reçoit les parents en difficulté sociale, ou pour les aider dans la constitution de dossier de demande d'AEEH, pour financer, le cas échéant des prises en charge en orthophonie ou en psychomotricité. Il peut, selon les centres, faire des démarches auprès des libéraux pour aider les parents à obtenir un rendez-vous.

2.2 Les métiers de la pédagogie : des interrogations de plus en plus fortes

Les métiers pédagogiques se retrouvent essentiellement dans les CMPP, de par leur histoire et le lien qu'ils entretiennent avec l'école. Le retrait de l'Education nationale de ces structures, qui passe par la fin des mises à disposition de personnels¹⁶⁷, ne semble pas remettre en cause la vocation pédagogique des CMPP dans le discours des équipes dirigeantes comme des associations gestionnaires. Au contraire, l'ensemble des acteurs rencontrés insistent sur la nécessité de « réinventer » la nature du lien entre les CMPP et l'école afin de maintenir la place de la pédagogie et de la psychopédagogie. Ainsi, certaines structures recherchent aujourd'hui à recruter des psychopédagogues hors du vivier constitué par le personnel de l'Education nationale.

En pleine transformation, la place de la pédagogie dans ces structures de prise en charge ne peut être traitée que dans le cadre d'une réflexion plus large sur les modalités de mise en œuvre de l'école inclusive et sur la répartition des rôles entre l'école et le médico-social dans ce projet.

3 LES METIERS DU CORPS MEDICAL

Les deux principales spécialités exerçant dans les CAMSP, les CMPP et les CMP-IJ sont les pédopsychiatres¹⁶⁸ et les pédiatres.

Plus rarement, il peut s'agir de médecins oto-rhino-laryngologie, de médecins de rééducation fonctionnelle ou d'ophtalmologues (c'est notamment le cas dans les CAMSP spécialisés).

Les CAMSP essaient, dans la mesure du possible, de disposer d'un temps de pédiatre et d'un temps de pédopsychiatre¹⁶⁹. Le double rendez-vous médical pour chaque enfant, l'un par un pédiatre et l'autre par un pédopsychiatre, est considéré par les professionnels rencontrés comme un idéal.

S'agissant des CMPP, et *a fortiori* des CMP-IJ, les postes sont essentiellement pourvus par des pédopsychiatres et des psychiatres.

Toutefois, les vacances de postes de médecin fragilisent les CAMSP (en moyenne 18 % d'ETP de médecins vacants)¹⁷⁰ et les CMPP (12 % d'ETP vacants)¹⁷¹. Dans les CMP-IJ, les données sur le nombre d'ETP de médecins vacants dans les CMP-IJ ne sont pas disponibles mais le taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers à temps plein en psychiatrie est de 27,5 %, soit un taux supérieur de 1,0 point à celui enregistré pour l'ensemble des disciplines¹⁷².

Des professionnels du secteur de psychiatrie infanto-juvénile ont ainsi pu s'interroger auprès de la mission sur le nombre de vacances de postes de pédopsychiatres à partir duquel il n'est plus possible au CMP-IJ d'assurer sa mission. A ce titre, le calcul effectué par un pédopsychiatre rencontré par la mission indique que seulement un enfant de sa file active sur neuf pourra bénéficier d'une

¹⁶⁷ Le salaire est versé par l'Education nationale, l'établissement ne versant que le complément le cas échéant.

¹⁶⁸ Postes parfois occupés par des psychiatres.

¹⁶⁹ Il arrive fréquemment que les temps de ces praticiens soient des temps partiels, voire très partiels, soit parce qu'ils exercent dans d'autres structures, soit parce qu'ils exercent partiellement en libéral.

¹⁷⁰ Source : mission à partir des rapports d'activité CNSA.

¹⁷¹ Source : mission à partir des rapports d'activité CNSA.

¹⁷² Rapport d'activité 2017 du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

consultation médicale lors de son passage dans son CMP-IJ ; et un enfant de la file active sur trois n'aura pas de regard médical sur son dossier lors de la réunion de synthèse¹⁷³.

Les pédopsychiatres (ou psychiatres) et les pédiatres représentent plus de 80 % des médecins dans les centres.

Moins nombreux, les neuropédiatres sont des spécialistes des neurosciences dédiées à l'enfant. Ils explorent les pathologies du système nerveux central et périphérique depuis la naissance jusqu'à la fin de l'adolescence. Leurs champs d'intervention sont larges et recouvrent notamment les souffrances du bébé à terme ou prématuré, les malformations congénitales du système nerveux, trouble du développement psychomoteur du nourrisson, le retard d'apparition du langage, et les problèmes de concentration avec ou sans hyperactivité, les troubles d'apprentissage scolaire.

Ces spécialités, pédopsychiatrie et neuropédiatrie, ont pu être concernées par les débats, voire les oppositions entre approches psychodynamique et cognitivo-comportementaliste, et ce notamment dans le domaine des troubles psychologiques et instrumentaux des enfants¹⁷⁴.

Enfin, il reste quelques neuropsychiatres en activité dans les CMPP et les CAMSP. Cette spécialité, disparue en 1968 au profit de la neurologie et de la psychiatrie, se consacrait aux problèmes cliniques de la cognition et/ou du comportement dus à des maladies ou à des lésions cérébrales.

4 LES AUTRES METIERS DES SOINS

L'action des médecins est complétée par l'intervention de nombreux professionnels. Ces professionnels sont impliqués à chaque étape de la prise en charge des enfants et adolescents : dans la phase de diagnostic, au moyen d'évaluations et de bilans, dans l'élaboration du projet de soin et dans la phase de prise en charge qui vise à la rééducation et/ou au rétablissement.

Tableau 23 : Détail des personnels paramédicaux dans la composition des CAMSP et des CMPP

	CAMSP		CMPP		CMP-IJ	
	ETP	%	ETP	%	ETP	%
Nombre moyen d'ETP total	12,09	100 %	17,26	100 %	4,80	100 %
Paramédical	6,02	50 %	9,30	54 %	3,28	68 %
<i>dont Orthophoniste</i>	1,13	9 %	2,23	13 %		
<i>dont Masseur kinésithérapeute</i>	0,58	5 %	0,00	0 %		
<i>dont Psychomotricien</i>	1,93	16 %	1,90	11 %		
<i>dont Ergothérapeute</i>	0,42	3 %	0,04	0 %		
<i>dont Psychologue</i>	1,55	13 %	4,94	29 %	0,79	16 %
<i>dont Infirmier</i>	0,07	1 %	0,01	0 %	1,52	32 %
<i>dont Autres</i>	0,35	3 %	0,18	1 %	0,97	20 %

Source : Mission d'après les comptes administratifs 2016 et enquête SAE 2015

¹⁷³ Calculs réalisés à partir du nombre d'enfants de la file active d'une part et du nombre de consultations et de réunions de synthèse auxquels le pédopsychiatre peut participer d'autre part.

¹⁷⁴ Dyslexie, dysphasie, hyperactivité : neuro-pédiatrie ou pédopsychiatrie ? M. Levy, revue Empan 2009/2 n°74

Orthophonistes : des métiers en forte demande dont l'accès est remboursé en libéral

Au nombre de 25 000 (+11 % en 3 ans), les orthophonistes travaillent le rapport au langage oral et écrit (le symbolique, la règle, l'accès au sens). Pour le langage oral, les prises en charge s'adressent à des enfants qui présentent des troubles allant des difficultés articulatoires simples au retard de parole et de langage massif. Le langage écrit est travaillé depuis les pré-requis nécessaires à l'apprentissage de la lecture et de la transcription, jusqu'à l'intériorisation des « règles » qui permettent l'appropriation du langage écrit. Le travail concerne également les troubles logico-mathématiques qui sont abordés, de la manipulation jusqu'à l'acquisition d'une mobilité de pensée qui permet les apprentissages.

L'orthophonie vise à la mise en place d'une communication adaptée du sujet dans son environnement. Le parcours comprend deux étapes :

- Le bilan chiffré, le cas échéant en présence des parents ;
- La prise en charge décidée en réunion de synthèse, puis réalisée en séances individuelles ou, moins fréquemment, en groupe.

Selon les professionnels rencontrés par la mission dans un CMPP dans les Pyrénées orientales, un orthophoniste à temps plein peut prendre en charge 25 séances d'orthophonie par semaine. Un enfant est pris en charge en règle générale au minimum sur deux années scolaires.

La situation démographique des orthophonistes est particulièrement préoccupante à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux¹⁷⁵ où les postes sont souvent morcelés entre plusieurs orthophonistes à temps partiel qui exercent parallèlement en libéral.

Pour pallier ce manque, les établissements orientent certains enfants vers des consultations d'orthophonie en ville dont les délais d'attente sont, eux aussi, en augmentation. Dans certains territoires visités par la mission, ils sont comparables à ceux des centres.

Le recours au libéral implique par ailleurs un travail de coordination entre professionnels parfois difficile à mettre en œuvre. Celui-ci devrait toutefois être facilité par la mise en place du « forfait handicap » prévu par l'avenant n°16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'Assurance maladie et qui met en place la rémunération des « échanges avec les autres professionnels autour du patient ».

De surcroît, si la consultation d'orthophonie en ville sous prescription médicale d'un médecin généraliste ou spécialiste est remboursée par la sécurité sociale et les mutuelles, une avance de frais est nécessaire. Cela peut entraîner des difficultés pour les familles qui demandent alors l'AAEH, après évaluation de la MDPH.

Kinésithérapeutes : une intervention à la fois sur la dimension somatique et psychique

Au nombre de 86 500 (dont 80 % de libéraux mixtes et 20 % de salariés exclusifs¹⁷⁶), les kinésithérapeutes interviennent essentiellement dans les CAMSP et en CMP-IJ. Ils participent à la rééducation du mouvement et ainsi que de la posture de la personne. Le kinésithérapeute est sollicité

¹⁷⁵ En quelques décennies, la part des orthophonistes salariés dans la profession est passée de 60 % (en 1980) à 20 % aujourd'hui. Seulement 7 % des orthophonistes exercent à l'hôpital (1 800 professionnels).

¹⁷⁶ Dont 16 % à l'hôpital.

pour restaurer les défaillances ou les lésions du système locomoteur de l'enfant ou de l'adolescent, et pour accompagner son développement harmonieux.

Par ailleurs, la maladie mentale – ou le trouble - exprime, par l'expression de ses symptômes, l'unité psychosomatique de l'humain. A cet égard, le kinésithérapeute aide les patients porteurs de troubles à (re)découvrir leur corps et ses limites, à favoriser les échanges relationnels aussi bien corporels que verbaux et à se resocialiser, notamment à l'occasion de prises en charge de groupe.

Psychomotriciens : des actes en libéral non remboursés

Le diplôme d'Etat de psychomotricien existe depuis 1974. Les psychomotriciens sont des auxiliaires médicaux¹⁷⁷. En 2017, 12 000 psychomotriciens sont recensés (+20 % en 3 ans).

La psychomotricité se propose d'aider l'enfant à construire ou reconstruire une harmonie de ses fonctions psychomotrices altérées (troubles du tonus et des émotions, agitation ou inhibition psychomotrice, troubles de la motricité globale ou fine, troubles de l'intégration du schéma corporel et de l'image du corps, troubles de la structuration spatiale et temporelle, retard psychomoteur). A ces indications, s'ajoutent les tableaux cliniques où la pathologie s'exprime par des voies somatiques : troubles du sommeil, comportements alimentaires, maladies de peau, etc.

Les techniques ou médiations utilisées sont variées et adaptées au cas de l'enfant : mobilisation de la sensorialité, mobilisation du geste et de la posture, de l'équilibre et de la coordination des mouvements, techniques à visée expressive, activités musicales et rythmiques, jeux psychomoteurs, relaxations psychomotrices, etc.

Les consultations en ville des psychomotriciens ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. La Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement prévoit toutefois la mise en place à horizon 2020 d'un forfait « interventions précoces, autisme – TND » qui permettra la prise en charge d'une consultation pour un bilan et des séances hebdomadaires de psychomotricien pour les enfants de moins de trois ans.

Ergothérapeutes : des actes en libéral non remboursés

Le diplôme d'Etat d'ergothérapeute existe également depuis 1974. Les ergothérapeutes interviennent pour des sessions et/ou des suivis d'enfants dans la plupart des CAMSP et plus rarement en CMP-IJ et CMPP. Ils sont environ au nombre de 11 000 (+19 % par rapport à 2014).

L'ergothérapie repose sur l'éducation, la rééducation, la réadaptation ou encore la réhabilitation, par l'activité. La thérapie mise en place vise à améliorer capacités d'agir ou compétences, ce lors de séances individuelles ou en groupe.

Par des techniques de rééducation, l'ergothérapeute aide les personnes présentant une incapacité, des déficiences, des handicaps physiques et/ou psychiques à retrouver l'autonomie nécessaire à leur vie quotidienne, professionnelle et familiale. Par le biais d'évaluations et de mises en situations, l'ergothérapeute va recueillir des informations sur les aptitudes et les limitations de son patient. L'activité de l'ergothérapeute comprend également la confection d'orthèses et le conseil dans les aides techniques et dans l'aménagement du domicile de personnes en situation de handicap.

¹⁷⁷ Décret n°88 659 du 6 mai 1988.

Comme la psychomotricité, l'ergothérapie n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois le forfait « intervention précoce » cité *supra* s'applique à ces soins.

Psychologue : un métier pivot mais des actes non remboursés en règle générale en libéral

Face à une situation de souffrance psychique, les psychologues peuvent intervenir à la fois en amont, dans la prévention, le repérage et l'orientation, et en aval, dans la prise en charge thérapeutique. Environ 36 000 psychologues sont en activité en France (+19 % en trois ans) dont la moitié exerce au sein de la fonction publique, 30 % dans le secteur associatif, entre 5 et 10 % dans le secteur privé, tandis que 10 % exercent en libéral, de façon partielle ou exclusive.

Les psychologues représentent 13 % des effectifs des CAMSP, 29 % de ceux des CMPP et 13 % de ceux des CMP-IJ. Ils y interviennent dans la prise en charge des enfants et adolescents, avec trois fonctions principales : le diagnostic, l'élaboration du projet thérapeutique au sein de l'équipe pluridisciplinaire et l'accompagnement psychologique (y compris, le cas échéant, l'accompagnement des parents).

Le psychologue peut :

- assurer des premiers entretiens ;
- faire passer des bilans sous forme de tests (intellectuels ou projectifs) ou entretiens ;
- participer à l'élaboration autour des problématiques des patients et de leur famille et apporter son regard clinique ;
- conduire des psychothérapies individuelles, groupales ou familiales.

En CAMSP mais également en CMPP, de nouveaux recrutements de neuropsychologues peuvent être observés. La neuropsychologie clinique est une spécialité de la psychologie qui porte sur les relations entre le cerveau et les fonctions cognitives. Le clinicien spécialisé en neuropsychologie travaille avec des patients qui présentent notamment des troubles neuro-développementaux (dyslexie, dyspraxie, etc.), des traumatismes crâniens, les lésions cérébro-vasculaires, les troubles toxiques et métaboliques, les tumeurs cérébrales, des pathologies neurodégénératives et certains troubles psychiatriques.

En plus des évaluations reposant sur des entretiens cliniques et des outils psychométriques, le neuropsychologue est chargé de la rééducation des troubles au moyen d'interventions variées comprenant des techniques cognitives et comportementales. Le but de la rééducation est de réduire et/ou compenser les troubles du patient afin d'intervenir sur l'autonomie personnelle, sociale et professionnelle du patient. Enfin, il peut orienter, le cas échéant, vers le professionnel le plus à même de prendre en charge le patient.

Infirmiers de secteur de psychiatrie : une spécificité des CMP-IJ

Cette profession est essentiellement présente dans les CMP-IJ. Les infirmiers contribuent à l'accompagnement psychiatrique et psychologique du jeune patient voire de son entourage.

Depuis 2009, la formation unique d'infirmier comprend un enseignement théorique en psychiatrie d'une centaine d'heures et des stages de 175 à 350 heures. Le plan santé mentale 2005-2008 avait permis la mise en place d'un tutorat pour tous les nouveaux infirmiers intégrant un service de psychiatrie mais ce dispositif semble difficile à mettre en place dans des structures de la taille des CMP.

Dans le prolongement de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui crée le métier d'infirmier clinicien, la mission d'information sénatoriale de 2017 sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France recommande de mettre en place une formation de niveau Master en psychiatrie pour les infirmiers, incluant une formation en pédopsychiatrie.

ANNEXE 3 – LES SOURCES DE DONNEES SUR LES CAMSP, LES CMPP ET LES CMP-IJ

Cette annexe présente les principales sources de données relatives aux CAMSP, CMPP et CMP-IJ sur lesquelles la mission s'est appuyée et ne se veut pas exhaustive. Elle détaille les modalités de calcul de certaines données et estimations présentées dans le rapport.

1 LE FICHIER NATIONAL DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX (DREES) : DES DONNEES ENCORE IMPRECISES

Le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) répertorie les structures et équipements des domaines sanitaire, médico-social, et social. Il contient donc les CAMSP (code 190), les CMPP (code 189) et les CMP (code 156 qui regroupe tous les CMP et non uniquement les CMP-IJ). Il est mis en œuvre et maintenu à jour par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

Il contient, pour chaque structure, son statut, ses coordonnées, son nom et sa raison sociale, l'identité et la nature du gestionnaire, sa date d'ouverture et ses « clientèles », qui permettent d'identifier les structures polyvalentes et celles qui sont spécialisées.

S'agissant des CAMSP et des CMPP, la mission a été confrontée à la difficulté de différencier, au sein de FINESS, les structures principales de leurs annexes. Certaines antennes disposent d'un numéro FINESS propre, tandis que d'autres n'en disposent pas. Cela signifie que le nombre de structures apparaissant dans FINESS (342 pour les CAMSP et 480 pour les CMPP à la date d'extraction des données utilisées) ne correspond ni au nombre de sites principaux, ni à la somme des sites principaux et de leurs annexes. Il en découle également que l'exploitation des seules localisations des structures disposant d'un numéro FINESS ne permet pas de reconstituer une carte de France faisant apparaître l'ensemble des CAMSP et CMPP.

La mission a retraité l'ensemble des données des CAMSP pour identifier les annexes qui apparaissent dans FINESS. Elle estime le nombre de sites principaux de CAMSP à 291, et donc à 51 le nombre d'annexes de CAMSP apparaissant dans le répertoire. Un tel travail n'a en revanche pas été possible pour les CMPP. La mission a néanmoins identifié 80 antennes de CMPP dans le fichier FINESS et a considéré qu'il existait environ 400 sites principaux de CMPP, ce nombre étant probablement une borne supérieure.

S'agissant des CMP, les informations contenues dans FINESS n'ont pas été exploitées par la mission en raison de l'impossibilité d'isoler les CMP infanto-juvéniles. Par ailleurs, il n'y a pas toujours d'autorisation pour les CMP qui n'ont donc pas toujours de numéro FINESS.

Comme indiqué par la DREES, une fiabilisation de la base FINESS sur le champ de la mission (CAMSP, CMPP et surtout CMP) aurait un coût sensiblement important. Elle permettrait néanmoins de réduire la charge de reporting des structures dont certaines données (notamment toutes les données sur les ressources humaines) pourraient être récupérées par le biais des déclarations annuelles de données sociales. Selon la DREES, une solution avancée pour fiabiliser la base FINESS serait de faire apparaître le numéro FINESS dans la déclaration sociale nominative qui contient aujourd'hui le numéro de

SIRET ce qui permettrait à la fois de fiabiliser la concordance SIRET/FINESS et de récupérer les données des fiches de paie.

2 LES RAPPORTS D'ACTIVITE CAMSP ET CMPP (CNSA) : UN TAUX ENCORE INSUFFISANT DE REPOSE PAR LES STRUCTURES

En 2008, la CNSA avait procédé à une enquête quantitative sur les CAMSP, suivie d'une enquête qualitative en 2009.

Après une réflexion démarrée en 2013 en lien avec les professionnels des structures et une première collecte de rapports d'activité en 2015, un modèle de rapport d'activité a été officialisé par l'arrêté du 28 janvier 2016¹⁷⁸. Cette démarche a été dupliquée pour les CMPP dont le modèle de rapport d'activité a été officialisé un an plus tard, par l'arrêté du 3 février 2017¹⁷⁹.

Les principales données collectées concernent les caractéristiques du CAMSP et CMPP (date d'ouverture, file active, spécialisation éventuelle (CAMSP), statut, convention collective, amplitude d'ouverture au public), l'activité (répartition des enfants de la file active selon le mode de suivi, nombre d'interventions individuelles ou collectives, activité de concertation et de formation des professionnels), l'analyse de la population d'enfants accueillie au 31 décembre (notamment selon la déficience principale des enfants en suivi thérapeutique), les parcours des enfants (notamment selon l'origine de leur entrée, les temps d'attente avant l'accès et avant le premier soin, la durée du suivi, les motifs de sortie et les solutions préconisées à la sortie, l'attente d'une place dans une autre structure), enfin les ressources humaines et les partenariats du CAMSP.

Les rapports d'activité sont une des principales sources de données disponibles pour décrire l'activité des CAMSP et des CMPP. Leur mise en place récente ne permet pas encore de les utiliser pour avoir une vision dynamique du fonctionnement de ces centres.

L'article R314-50 du Code de l'action social et des familles dispose que le rapport d'activité « est joint au compte administratif et décrit, pour l'exercice auquel se rapporte ce compte, l'activité et le fonctionnement de l'établissement ou du service. ». L'envoi systématique de ce rapport, ainsi que la qualité des données qui y sont renseignées, doivent être contrôlés par les ARS au même titre que les comptes administratifs des structures. Ils sont en effet un outil de pilotage utile autant pour les ARS qu'au niveau national.

S'agissant des CAMPS, en 2016 (pour l'activité 2015) 264 structures ont renvoyé un rapport d'activité pour une file active de 42.070 enfants, soit environ les deux tiers des enfants concernés par les CAMSP. En 2017 (pour l'activité 2016), 276 structures (169 CAMSP et 107 antennes) ont renvoyé un rapport d'activité pour une file active de 43.054 enfants.

S'agissant des CMPP, en 2017 (pour l'année 2016, première année de mise en place généralisée du rapport d'activité pour ces structures) 160 rapports d'activité ont été recueillis, concernant 160 structures principales et 212 antennes, soit au total 371 structures.

¹⁷⁸ Arrêté du 28 janvier 2016 fixant le rapport d'activité type des centres d'action médico-sociale précoce.

¹⁷⁹ Arrêté du 3 février 2017 fixant le rapport d'activité type des centres médico-psycho-pédagogiques.

Les données présentées dans les synthèses établies par la CNSA ne reprennent que les données des structures qui ont envoyé un rapport d'activité. Elles sont donc partielles et si elles permettent d'établir des moyennes pour les indicateurs dont le nombre de structures ayant répondu est significatif, elles nécessitent un retraitement s'agissant des données globales comme la taille des files actives au niveau national. Ainsi, les moyennes établies à partir des données des rapports d'activité permettent d'estimer la taille de la file active au niveau national.

Encadré 18 : Exemple de l'estimation de la taille totale de la file active des CAMSP

- Taille totale de la file active des CAMSP déclarée dans les rapports d'activité 2016 : 43 054 enfants.
- Nombre de sites principaux ayant envoyé un rapport d'activité : 169.
- Taille moyenne de la file active d'un CAMSP ayant envoyé un rapport d'activité (site principal et annexes) : 255
- Estimation de la taille totale de la file active des 291 CAMSP : 74.134 enfants
- Ces estimations dépendent donc de la représentativité des structures ayant renvoyé leur rapport d'activité.

Source : Mission.

3 LES COMPTES ADMINISTRATIFS DES CAMSP ET CMPP (CNSA) : DES DOCUMENTS OBLIGATOIREMENT TRANSMIS PAR LES CENTRES

La CNSA reçoit les comptes administratifs (CA) des CAMSP et CMPP et en effectue une synthèse (les fichiers de synthèse des comptes 2016 comportent 223 CAMSP et 258 CMPP). Les dernières données disponibles pour la mission portaient sur l'exercice 2016. Un fichier de synthèse des CA fournit notamment le statut majoritaire du personnel, le nombre de places installées, le montant des charges d'exploitation courantes, charges de personnel et charges de structure, le montant des recettes d'exploitation, le résultat comptable, les effectifs en ETP, le coût salarial par ETP. Un fichier des comptes détaillés permet une vision détaillée des dépenses et recettes de chaque établissement.

Un fichier « Effectifs et taux d'encadrement » donne la répartition détaillée des ETP par métiers répartis selon six grandes fonctions (direction, administration/gestion, services généraux, personnel socio-éducatif, médical et paramédical). La quasi-totalité des métiers des CAMPS et des CMPP y sont mentionnés ce qui a permis à la mission de détailler et de comparer les compositions moyennes des équipes des CAMSP et des CMPP.

4 LE TABLEAU DE BORD DES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICOSOCIAUX (ANAP) : UN OUTIL EN DEPLOIEMENT

Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social a été généralisé progressivement de 2015 à 2017 (co-pilotage ANAP / CNSA / ATIH). Il concerne 20 catégories d'établissements et services, dont les CAMSP et CMPP. Il porte sur les prestations, les ressources humaines et matérielles, l'équilibre financier et budgétaire, les objectifs de la structure, l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et externe et la fonction système d'information (SI). Du fait du co-pilotage du projet par l'ANAP et la CNSA, une articulation est prévue entre les données du tableau de bord et les rapports d'activité des CAMSP et CMPP. Une telle articulation pourrait également être utile avec la DREES chargée de l'enquête ES « handicap », certaines données étant proches voire identiques.

La plateforme de restitution des données est accessible uniquement aux utilisateurs, dont les ARS, et permet en particulier de réaliser des comparaisons au sein de chaque catégorie de structures (parangonnage). La campagne 2017 a été close le 1^{er} juin 2018. En 2017, 74 % des 303 CAMSP éligibles (identification base FINESS revue par les ARS) et 60 % des 424 CMPP éligibles (identification base FINESS revue par les ARS) à la campagne du tableau de bord l'ont complété (renseignement d'au moins 70 % des données). Les restitutions de la campagne 2018 comporteront un retraitement des données aberrantes et un contrôle de cohérence, ce qui n'était pas le cas en 2017 qui doivent donc être interprétées prudemment.

5 L'ENQUETE ETABLISSEMENTS SOCIAUX HANDICAP (DREES) : UN MAILLAGE TROP LARDE POUR ANALYSER LES CENTRES

L'enquête ES « handicap », s'intéresse à l'activité des établissements et services pour personnes handicapées (y compris les CAMSP et les CMPP), au personnel en fonction, au profil des personnes présentes dans ces structures au moment de l'enquête, ainsi qu'à celui des personnes sorties de ces structures au cours de l'année précédant l'enquête.

Les dernières collectes ont été réalisées sur les exercices de 2001, 2006, 2010 et 2014 (collecte au 31 décembre de l'année d'exercice). La prochaine portera sur l'exercice 2018 (collecte au 31 décembre 2018).

La fiche « personnel » de l'enquête détaille la composition des établissements par métier mais n'est pas complétée pour les CAMSP et les CMPP car aucune demande n'a été faite à la DREES dans ce sens. L'enquête ES Handicap ne recueille pas, aujourd'hui, le détail des effectifs de chaque CAMSP et CMPP.

Une alternative au renseignement de cette fiche par chaque structure serait soit d'exploiter les déclarations annuelles de données sociales (DADS) mais qui supposerait que le numéro de SIRET qui figure dans la base FINESS soit fiable, soit comme indiqué ci-dessus de faire figurer le numéro FINESS dans la déclaration sociale nominative.

6 LA STATISTIQUE ANNUELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE (DREES) : UNE SOURCE SUR LES CMP

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France (métropole et DOM), donc notamment les CMP, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leurs personnels médicaux et non-médicaux.

La SAE s'appuie sur la nomenclature des établissements du fichier FINESS. Elle permet notamment de connaître le nombre de consultations en CMP (jusqu'à l'enquête en cours en 2018 portant sur 2017, l'entité interrogée dans le cadre de cette enquête était un agrégat constitué de l'unité de consultation et du CMP ; dans l'enquête en cours la distinction est faite entre CMP et unités de consultation et il sera donc possible de décompter le nombre de CMP).

Deux types de questions sont posés aux établissements enquêtés (600 entités juridiques recouvrant 9.000 localisations de prise en charge) : le nombre de structures et le nombre d'actes, soins et interventions. Cette enquête alimente notamment deux fiches dédiées à la psychiatrie¹⁸⁰ dans l'édition annuelle « Les établissements de santé », synthèse de la DREES des principales données disponibles sur les établissements de santé français.

7 LE RECUEIL D'INFORMATION MEDICALISEE EN PSYCHIATRIE (ATIH) : DES DONNEES BRUTES COMPLETES MAIS PEU ADAPTEES AU SUIVI DE L'ACTIVITE DES CMP-IJ

La connaissance de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité de psychiatrie repose sur le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P). Les informations sont recueillies à l'échelon de l'unité médicale et portent sur l'ensemble des prises en charge : prises en charge à temps complet, prises en charge à temps partiel et prises en charge ambulatoires ; ces dernières distinguent : accueil et soins en centre médico-psychologique (CMP), accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que le CMP et le CATTP.

Le résumé d'activité ambulatoire (RAA) est essentiellement un relevé d'actes, précisant, conformément à la grille EDGAR (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion), le nombre et la nature des actes, le lieu, et le type d'intervenant pour chacun des actes. Chaque trimestre, un fichier d'activité ambulatoire doit être produit sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale : soit un fichier détaillé constitué par tous les résumés d'activité ambulatoire, soit un fichier agrégé contenant, par lieu, nature d'acte et type d'intervenant, le nombre d'actes réalisés et le nombre de patients pris en charge.

A sa demande, l'ATIH a fourni à la mission le nombre d'actes ambulatoires réalisés en CMP pour des enfants de 0 à 17 ans, ainsi que leur répartition par département, par classe d'âge, par sexe, par catégorie de diagnostic et selon la grille EDGAR, et cela pour les années 2010 à 2016.

Le RIM-P est la source de données principale utilisée par la mission s'agissant des CMP-IJ. Elle a permis notamment d'analyser l'évolution de la file active depuis 2010 et de comparer le profil des publics pris en charge entre CMPP et CMP-IJ (par classe d'âge et par type de diagnostic).

Comme indiqué dans le rapport, l'ATIH réalise par ailleurs avec certains établissements volontaires un exercice analytique de retraitement comptable qui permet de mesurer le coût moyen d'un acte pour les CMP-IJ (132€) ce qui a permis à la mission d'estimer à 566 millions d'euros les charges des CMP-IJ. Cette estimation est la seule que la mission ait pu obtenir, le budget des CMP-IJ n'étant pas identifiable au sein de la DAF. Il convient néanmoins de noter que la qualité de cette estimation dépend de la représentativité de l'estimation du coût moyen d'un acte en CMP-IJ, et donc de celle des établissements ayant participé à l'exercice analytique.

Le travail analytique réalisé par l'ATIH a également été utilisé par la mission pour estimer la composition moyenne en ETP d'une équipe de CMP-IJ. En effet, l'enquête SAE 2015 estime le nombre d'ETP médical (1.935 ETP dont 1.839 de psychiatres) et non médical (18.434 dont 7.532 infirmiers et cadres, 2.987 psychologues, 1.991 personnels de rééducation et 3.477 personnels éducatifs et

¹⁸⁰ La fiche 18 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » et la fiche 19 « Les patients suivis en psychiatrie » dans l'édition 2018 basé sur les données 2016.

sociaux) concourant à l'activité de psychiatrie infanto-juvénile. Il s'agit à la fois de l'hospitalisation à temps plein (dont le nombre d'ETP est également estimé dans l'enquête SAE), de l'hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour) et de l'ambulatoire (essentiellement CATTP et CMP-IJ). La mission a ainsi estimé que, hors de l'hospitalisation à temps plein, 62 % du personnel médical et 45 % du personnel non médical concourant à l'activité de psychiatrie infanto-juvénile travaillaient dans les CMP-IJ. Les chiffres obtenus et présentés dans le rapport sur la composition moyenne d'un CMP-IJ sont issus de cette estimation par les coûts. Ils doivent être pris avec beaucoup de précaution, ce qui souligne la nécessité de disposer de données plus fiables sur les moyens consacrés à cette mission pour consolider les estimations figurant dans le présent rapport.

ANNEXE 4 – LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

2009	HAS	Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire
2010	HAS	Anorexie mentale : prise en charge
2012	HAS	Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent
2013	ANESM	Qualité de vie en MAS / FAM – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs
2013	ANESM	Accompagnement à la santé de la personne handicapée
2013	ANESM	Qualité de vie en MAS / FAM – Expression, communication, participation, et exercice de la citoyenneté
2014	ANESM	Qualité de vie en MAS / FAM – Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement
2014	ANESM	Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en CAMSP
2014	HAS	Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant/t adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec/sans hyperactivité
2014	HAS	Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours
2014	HAS	Comportements perturbateurs chez les personnes ayant des lésions cérébrales acquises avant l'âge de 2 ans
2015	HAS	Trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale
2015	HAS	Boulimie et hyperphagie boulimique Repérage et éléments généraux de prise en charge
2017	HAS	L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation
2017	ANESM	Qualité de vie : Handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux
2017	ANESM	Synthèse recommandations de bonnes pratiques – Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses
2017	ANESM	Les espaces de calme-retrait et d'apaisement
2017	HAS	PNDS Syndromes de Rett et apparentés
2018	HAS	Trouble du spectre de l'autisme : des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires
2018	HAS	Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap

Par ailleurs la CNSA a  dit  deux guides constituant également des références pour les professionnels.

2016	CNSA	Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant une épilepsie
2017	CNSA	Guide : Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?

ANNEXE 5 – LA NOUVELLE POLITIQUE DE SANTE MENTALE POUR LES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EN BELGIQUE

Cette annexe est tirée des entretiens menés par la mission à Bruxelles le 24 mai 2018 avec l'équipe chargée de la mise en place de cette nouvelle politique au ministère de la Santé belge.

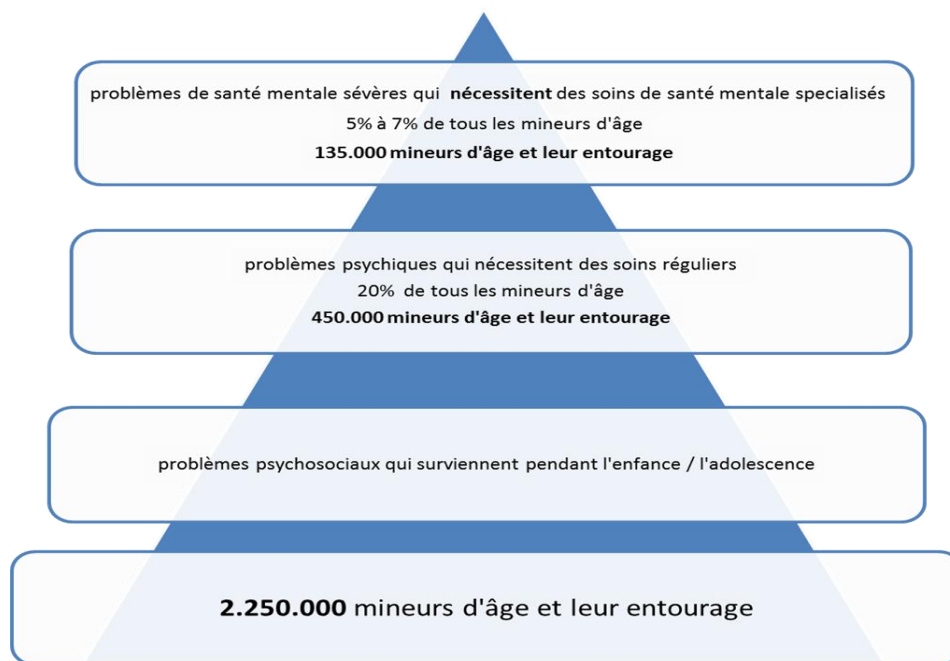
1 LA BELGIQUE MET EN PLACE UNE REFORME AMBITIEUSE QUI REPOSE SUR UNE METHODE INNOVANTE

1.1 Les objectifs d'une ambitieuse réforme

En 2010, une première réforme visant la santé mentale des adultes a été décidée puis traduite dans un guide résumant les nouveaux rôles respectifs de chacun des acteurs.

Depuis 2015, la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents se met en œuvre progressivement. Le guide dédié aux adultes a ainsi été repris et adapté aux enfants et aux jeunes jusqu'à l'âge de 23-24 ans. Le recouvrement des prises en charge entre le secteur « enfants et adolescents » et le secteur « adulte » vise à donner une place particulière aux 16-23 ans, dont les ruptures de parcours sont fréquentes.

Graphique 5 : Représentation des besoins en santé mentale chez les enfants et adolescents



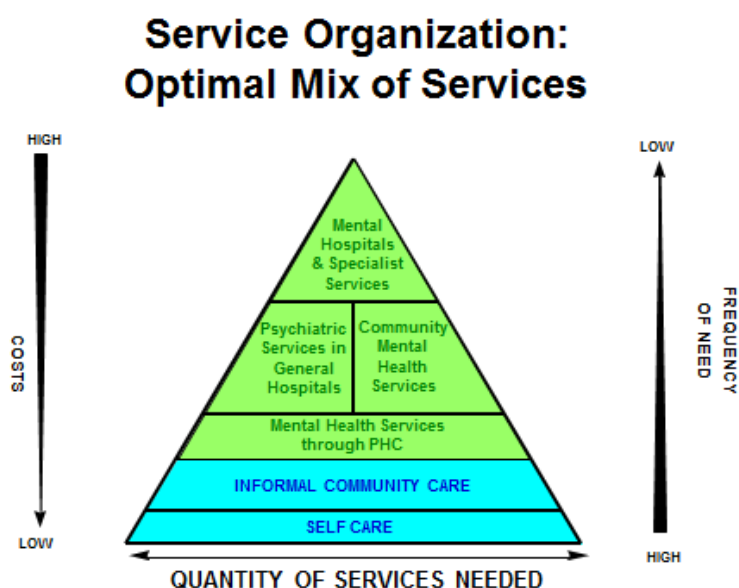
Source : Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, Conférence interministérielle Santé publique de Belgique.

Cette nouvelle politique prend en compte l'ensemble des besoins en santé mentale des enfants d'un territoire donné, et pas uniquement le « haut de la pyramide » des besoins, constituée des problèmes aigus nécessitant des prises en charge spécialisées (cf. graphique ci-dessous). Compte tenu de la prévalence des besoins « légers » en santé mentale (problèmes psychosociaux), l'organisation des soins ne doit pas être réalisée en fonction des pathologies (par « filière ») mais en fonction de l'âge et du niveau de gravité et de spécificité des troubles.

Sur un territoire donné, il s'agit donc d'organiser les soins et les interventions diverses (sociales, scolaires) afin que l'ensemble des enfants ait une réponse adaptée à ses besoins. Une des idées centrales de la réforme est qu'aucun service ne peut prendre en charge l'ensemble des besoins d'un enfant et de sa famille. En effet, seule la complémentarité des services sanitaires, sociaux et éducatifs sera en mesure de le faire, ce qui suppose une nouvelle logique de plateforme d'accès aux différents services et la reconnaissance du caractère non linéaire des parcours.

S'appuyant sur les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁸¹, cette stratégie met l'accent sur la prévention par les patients eux-mêmes (« le self care ») et par leur entourage, avec l'idée de maintenir les enfants dans leur milieu le plus possible. La gradation des soins implique que le patient ne bénéficie d'une prise en charge plus intense et plus spécialisée qu'en cas d'échec ou d'insuffisance de la première ligne de soins qui inclut les parents et prend en compte les problèmes psychosociaux. Ce principe entraîne une réorganisation plus vaste que celle des seuls soins.

Graphique 6 : Représentation des réponses correspondant aux différents niveaux de gravité des troubles et de l'intensité des besoins



Source : Présentation de la nouvelle politique par le coordonnateur fédéral.

¹⁸¹ http://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/

Les quatre objectifs fixés par l'OMS sont les suivants :

- renforcer la gouvernance et le pilotage en santé mentale ;
- fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire ;
- mettre en place des stratégies de promotion et de prévention en santé mentale ;
- renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles/données et la recherche en santé mentale.

Afin de faciliter la mise en œuvre de cette réforme et de garantir l'accès des patients aux soins de première ligne, les actes de psychothérapie et d'orthopédagogie sont reconnus et financés sous conditions depuis le 19 mai 2018. Cette mesure s'appuie sur une expérimentation financée et pilotée par le gouvernement de la communauté flamande. Les psychologues de première ligne travaillent avec les médecins généralistes. Le psychologue intervient en tant qu'aide au médecin, il y a donc une prise en charge financière des consultations. Le résultat est positif : on compte de 40 à 50 % d'usagers pris en charge ainsi qui ne recourent pas aux services spécialisés.

1.2 Une méthode innovante au cœur de la réforme

Compte tenu de l'envergure et des difficultés de la réforme, la manière de la mener a fait l'objet d'une réflexion approfondie. La réforme a été conçue selon une méthode incrémentale qui demande du temps et de la stabilité dans les orientations : il a ainsi fallu 8 à 9 mois pour écrire le plan national¹⁸² (mesures, financements, implications organisationnelles), puis quatre ans pour mettre en place et tester un « projet pilote » avant de lancer la généralisation sur plusieurs années.

Rapidement, plusieurs difficultés concrètes ont été identifiées par les coordonnateurs du projet :

- La réussite d'une telle réforme suppose de faire évoluer les pratiques professionnelles et les modes d'organisation de tous les acteurs en même temps ;
- Le fait que les enfants ont à la fois des besoins d'aide socio-éducative et de soins engendre de nombreuses implications organisationnelles à prendre en compte ;
- Les acteurs spécialisés doivent prendre conscience que la réponse aux besoins d'un enfant n'est pas de leur seule compétence et qu'ils doivent accepter d'être dans une posture complémentaire de la famille, de l'école, du club de sport ou de loisirs, etc. ;
- L'inclusion scolaire ne peut fonctionner selon un modèle imposé et sans la contribution de toutes les parties prenantes au projet.

Ainsi, il a été décidé de :

- ne pas traduire directement le projet en règles et en schémas d'organisation locale, afin de fonctionner sur une base contractuelle et flexible ;
- inclure les familles et les proches à toute la réflexion sur le parcours de l'enfant ;
- faire participer tous les partenaires (familles, services sociaux, école, emploi, formation, logement, culture) qui concourent au rétablissement et à l'autonomie des enfants et des adolescents, selon leurs compétences, à la définition des parcours des patients.

2 LA REFORME S'APPUIE SUR DES RESEAUX PROFESSIONNELS CONSTITUES AU PLUS PRES DES TERRITOIRES

Au niveau national, dix réseaux ont été créés dans les dix provinces belges, ainsi qu'un réseau bruxellois et un réseau correspondant à la communauté germanophone. Dans le schéma précédent, chaque professionnel de soin travaillait au quotidien avec son propre réseau développé par ses relations interpersonnelles, ce qui limitait les options d'orientation et de prise en charge.

La nouvelle approche se veut globale, précoce, et insérée en milieu ordinaire. Elle intègre les déterminants de santé et le contexte socioéconomique, qui peuvent justifier des moyens renforcés.

¹⁸² Plan national pour une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents 2015-2020.

Schéma 7 : Carte des réseaux belges



Source : Présentation de la nouvelle politique par le coordonnateur fédéral.

2.1 Le cadre juridique est souple

Sur le plan juridique, les réseaux n'ont pas de personnalité morale. Il ne s'agit pas d'une superstructure, ni d'une association classique, de service ou fédérant d'autres structures. C'est une « association de fait ». Pour les concepteurs de la réforme, la forme juridique n'a pas été un enjeu déterminant, sauf pour certaines problématiques spécifiques liées à la mise à disposition d'un professionnel par un des employeurs « partenaires » pour l'animation et la coordination du réseau.

Les règles de constitution des réseaux sont souples et adaptés aux besoins territoriaux. Un réseau comprend une représentation de la santé mentale, de la santé généraliste, de la culture, de la société civile, de l'emploi, etc. On compte en moyenne entre 80 et 150 structures par réseau. Toutefois, tous les services ne doivent pas être présents dans toutes les provinces. Ainsi, la participation des centres spécialisés pour les troubles alimentaires est une spécificité de la région francophone. Les services de l'Education ne sont pas encore intégrés dans tous les réseaux.

Le réseau a pour objectif la réalisation d'actions concrètes (réorientations d'enfants, solutions à des urgences, définition de « parcours type », traitement de cas complexes). Par le traitement de cas concrets, il constitue pas à pas une culture de collaboration et des méthodes de travail réunissant des agents payés et formés par des structures différentes. Il est important de noter que chaque structure conserve son fonctionnement interne propre.

Dans chaque réseau, le « comité de réseau » est un organe de gestion qui comprend environ 15 personnes, parmi lesquelles 3 ou 4 personnes représentent chaque sphère professionnelle (santé mentale, santé généraliste, société civile, représentants des usagers et des familles). Si les acteurs de la santé mentale restent encore majoritaires, on observe un basculement progressif avec une

modification de la place des représentants de la santé mentale qui passent de 2/3 à 1/3 dans les organes de gestion. Au niveau local, des sous-groupes de travail se mettent en place.

2.2 La création des réseaux s'appuie sur des financements complémentaires

La mise en place des réseaux s'est appuyée sur des financements complémentaires à hauteur de 78 millions d'euros, dégagés par le niveau fédéral. Chaque réseau est financé via un hôpital, compte tenu de l'organisation des financements du système de santé en Belgique.

La méthode de calcul de la répartition des nouveaux financements a été définie dans un souci de transparence, pour éviter les résistances institutionnelles. Ainsi par exemple, les financements existants ont été soit reconduits, soit remis en cause selon le niveau d'efficacité des projets concernés, puis les moyens ont fait l'objet d'une péréquation avec un niveau de financement minimum par province (390 000 euros).

La répartition des enveloppes entre les programmes se fait sur la base du nombre d'ETP nécessaires pour le renforcement des moyens d'intervention en santé mentale sous forme d'équipes mobiles (67.600€ par temps plein nécessaire) sur la base d'une évaluation qualitative. Ainsi, des financements ont été accordés au réseau de Bruxelles pour la création de 50 ETP.

Pour inciter ces réseaux à agir et à développer des synergies, le principal levier des pouvoirs publics est l'abondement de ces nouveaux financements. Pour en bénéficier, chaque réseau doit candidater et proposer une feuille de route qui comprend nécessairement plusieurs points :

- Choix d'utilisation des moyens financiers supplémentaires consentis :
 - Au niveau clinique (création d'équipes mobiles, etc.) ;
 - Au niveau organisationnel (coordination, animation) ;
- Mise en place de groupes de travail sur des programmes précis de mise en œuvre (par exemple, la gestion des urgences dans chaque province) ;
- Modalités d'articulation entre services afin de répondre à l'augmentation de la demande, suite à l'élargissement des groupes-cibles dans le cadre de la nouvelle politique.

Chacun des programmes a été construit au niveau local et est passé devant un jury composé des communautés, des régions, et du niveau fédéral. Certaines provinces ont dû refaire 2 à 3 fois leur proposition sur certains programmes d'où un certain décalage dans le démarrage.

2.3 Leur action est centrée sur les parcours individuels et sur l'amélioration continue

La valeur ajoutée du réseau doit porter en priorité sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des situations individuelles. Dès qu'un patient entre dans le dispositif, quel que soit le professionnel qu'il rencontre, la question qui doit être posée par chaque membre du réseau est « Suis-je le bon service pour répondre au besoin de cette personne ? Un autre membre du réseau serait-il pertinent ? ». Ainsi, par exemple, selon les professionnels, les pédopsychiatres prennent en charge de nombreuses difficultés sociales, y compris aux urgences, qu'il pourrait être bénéfique de réorienter. Cette responsabilité d'auto-questionnement doit être partagée par tout le réseau.

Pour prévenir les objections liées au respect du secret médical, la prise en charge distingue entre le plan de soin, qui concerne le réseau (conduites à tenir, besoins de l'enfant) et le dossier médical de

l'enfant, qui concerne le médecin. Des enjeux particuliers ont été identifiés en termes de compatibilité des systèmes d'information. Les travaux portent actuellement sur le RAI (outil d'évaluation des compétences sur le domaine de la vie utilisé au Québec) qui permet de construire un profil du patient avec la pathologie, et des priorités et un programme¹⁸³.

Chaque réseau fonctionne selon une méthode itérative qui permet d'adapter au mieux les solutions définies aux besoins locaux et aux possibilités concrètes de l'offre locale. Ainsi, le plan national pour une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents est décliné au niveau local, puis au niveau de chaque institution. Tous les services utilisent le même outil et la même procédure pour traiter les cas individuels (plan de services individualisé). Cet outil est conçu sur une année, puis il est testé localement. Si sa mise en œuvre ne convient pas à un partenaire, ou si des obstacles pratiques sont identifiés, la procédure est réévaluée et renégociée par les membres du réseau.

2.4 Des moyens spécifiques ont été consacrés à la coordination

En théorie, les missions de coordination font partie des responsabilités de toutes les structures chargées de la prise en charge des enfants et des adolescents, mais dans les faits les emplois du temps ne permettent pas aux professionnels de réaliser ces tâches.

Le gouvernement belge en a déduit qu'il était nécessaire de payer des professionnels formés pour assurer ce rôle essentiel. Ainsi, pour chaque réseau, les pouvoirs publics allouent les moyens nécessaires au financement de 1,5 ETP de coordinateur de réseau et 1 ETP de pédopsychiatre de réseau.

Le coordinateur de réseau est central. Il s'agit d'un nouveau métier qui travaille en lien direct avec les autorités fédérales, les communautés et les régions. Leurs missions sont décrites dans des cahiers des charges.

Le pédopsychiatre de réseau suit principalement les équipes mobiles. Il aide à la construction du réseau entre soignants et joue un rôle de liaison entre les différents acteurs. Ces postes de pédopsychiatre ont été pourvus, malgré des problèmes de démographie médicale.

Le profil idéal du coordinateur est une personne qui connaît bien la politique de santé mentale sans être nécessairement un soignant lui-même. Il s'agit encore, le plus souvent, d'un acteur de la santé mentale. Après un appel à candidature, les coordinateurs sont engagés par les réseaux, après avis des administrations. Ces personnes ne doivent pas avoir d'intérêt avec les parties prenantes du réseau et ne doivent pas s'ingérer dans les services. Elles doivent être dotées du savoir-faire pour mettre les acteurs autour de la table et construire des stratégies (négociation, médiation, organisation, coaching). Elles bénéficient de formations en ce sens (cf. 2.5).

Des mises à disposition d'emplois par différents ministères ou structures sont possibles. Dans ce cas, les professionnels travaillent pour le réseau et non plus pour leur institution d'origine.

La fonction de coordinateur est jugée éprouvante par les professionnels. Au départ, la rémunération était à la discrétion des réseaux (négociation directe) mais les écarts constatés de compensation financière pour la coordination et les frais de fonctionnement (de 60 000€ à 142 000€ par an) ont conduit les pouvoirs publics belges à lancer un travail d'harmonisation et de reconnaissance de la valeur ajoutée par ces coordinateurs.

¹⁸³ <http://www.francerai.fr/index.php/qui-sommes-nous>

Le niveau fédéral est chargé de l'animation des coordinateurs locaux. Ceux-ci se réunissent 4 à 6 fois par an afin de partager leurs bonnes pratiques, de bénéficier de formations et de s'apporter un soutien mutuel.

2.5 Le changement est accompagné par un plan ambitieux de formation

Pour accompagner le changement de manière non directive, la formation est prioritaire. L'enjeu de surmonter les craintes des professionnels et de garantir des modes de coopération constructifs et permettant de développer de la confiance entre des acteurs parfois peu habitués à travailler ensemble. Une des clés de succès est de faire comprendre aux différents acteurs qu'aucune ingérence extérieure n'est prévue, et que ce sont bien eux qui mettent en place leur propre projet.

Le projet intègre la participation des usagers à la définition du programme et aux formations. L'acceptation de ce principe progresse, en dépit d'une opposition résiduelle de certains psychiatres, qui jugent le projet trop contraignant pour leur pratique professionnelle. Dorénavant, les usagers offrent eux-mêmes des formations. De même, la communauté scientifique est associée, bien que les modalités de conciliation des différents enjeux (recherche fondamentale, pratiques quotidiennes) doivent encore être affinées.

La mise en place de ce programme de formation a demandé 1,5 à 2 ETP du service public fédéral en santé publique. Il a concerné l'ensemble des membres des réseaux professionnels. Un des objectifs est que ces formations soient reprises par des universités, le cas échéant avec un certificat universitaire. Les médecins sont incités à suivre les formations pour avoir certaines accréditations. Une fois formés, les participants pourront à leur tour diffuser ces nouvelles compétences.

Le financement s'est élevé à 800 000 euros par an et pendant 8 ans pour le champ adulte d'abord, puis pour les deux populations.

La formation des coordinateurs de réseau a été intensive. Elle a porté en particulier sur :

- les équipes mobiles, avec un grand programme d'échange international et de parangonnage sur les bonnes pratiques des équipes mobiles en santé mentale ;
- le travail en réseau, la coordination et l'animation (négociation, coaching, etc.) ;
- le rétablissement et la réhabilitation psychosociale (modèle individuel de Boston, par exemple) ;
- la participation des usagers et des familles à la coordination des parcours.

3 LES PREMIERS RESULTATS DE LA REFORME MONTRENT QU'UNE VISION DE LONG-TERME EST INDISPENSABLE

Encadré 19 : Témoignage des professionnels sur la création du réseau bruxellois

Au printemps 2015, il a été décidé de restructurer le réseau existant dans une logique intersectorielle (santé mentale, social, représentants de patients, de leur entourage, associations diverses, etc.).

Les dispositifs de soins créés par le réseau ont été pensés en complémentarité avec l'existant et non en substitution ou en concurrence. N'étant pas prescriptif, le réseau vise à partager des modèles afin que chaque service puisse l'adapter.

La première fonction mise en place dans le réseau bruxellois a été la coordination de réseau. Ensuite, les pédopsychiatres de réseau ont été nommés (4 pour Bruxelles avec soutien d'un psychiatre médico-légal). Près de 30 ETP, soit 40 personnes, travaillent dans le réseau de Bruxelles.

Les premières équipes du réseau ont été organisées autour des programmes de crise. L'objectif est d'accéder à des patients qui échappent au maillage existant, mais aussi d'éviter l'engorgement des urgences par des situations de crise, qui ne sont pas des urgences au sens clinique. Il s'agit d'anticiper des difficultés en allant vers les jeunes, dont l'état de santé risquerait de s'aggraver.

Quelques exemples des réalisations du réseau à ce jour :

- Un numéro de crise intersectoriel 24h/24h et 7j/7 a été organisé ;
- Un parcours est défini si un service d'urgence estime qu'un patient qui s'est présenté à la garde est en crise, sans relever toutefois de l'urgence. Dans les 24h-48h, l'équipe rencontre le jeune et co-analyse la situation et valide le dispositif qui apparaît le plus opportun (éloignement, intervention mobile au sein du contexte de vie du jeune, hospitalisation dans une unité de crise) ;
- En parallèle, une logique de partenariat avec les hôpitaux a été mise en place, pour que 10 % des lits soient dédiés aux situations de crise. Un système d'information permet au réseau de voir le taux d'occupation des lits de crise sur l'ensemble des hôpitaux de Bruxelles. Si le danger est imminent, un lit de crise peut être mobilisé. La décision finale est prise par le médecin de l'hôpital ;
- Compte tenu de la pénurie de pédopsychiatres, un système de délégation de tâches a été mis en place : un psychologue peut développer une vision clinique avec un éducateur ou infirmier. Une première supervision sera assurée par téléphone, ce qui demande de pouvoir se rendre disponible ;
- Certains centres de santé mentale prévoient des créneaux d'accueil sans rendez-vous.

Source : *Déplacement mission.*

Trois ans après le début de la réforme, les professionnels rencontrés constatent des progrès dans l'organisation des prises en charge, mais prennent aussi acte de l'ampleur des transformations à réaliser :

- Malgré la volonté de mettre en place une logique de gradation des soins, certaines mauvaises pratiques persistent (tendance à faire basculer les patients sur le programme de soin de longue durée) ;
- Les moyens renforcés apportés par les réseaux viennent « combler les failles » du système de prise en charge et s'y substituent parfois, au lieu de jouer un rôle de relais entre les modalités de soins. En effet, la participation du réseau ne suffit pas à fluidifier les services à court-terme. A l'inverse, elle améliore la prévention précoce et peut donc contribuer à augmenter la demande. Les concepteurs considèrent ainsi que 10 ans seront nécessaires pour que la nouvelle politique de gradation des soins soit opérationnelle, que les publics soient bien orientés en fonction de leurs besoins, et que les services soient fluides ;

- Les réseaux ont encore des difficultés à « aller vers » les jeunes les plus fragiles et/ou ceux qui ne sollicitent pas de soins. L'enjeu est d'inciter les structures à orienter les publics les plus aisés vers d'autres types de prise en charge, notamment libérales ;
- La fonction de coordinateur contribue à construire les liens entre les services mais cette tâche est difficile. Par exemple, des conflits peuvent émerger sur les approches cliniques. Il est nécessaire de porter la discussion sur un autre niveau pour éviter les crispations.

Ces premiers éléments de constat viennent corroborer le fait qu'une telle réforme de la santé mentale nécessite un changement profond des mentalités et des pratiques professionnelles, ce qui implique une vision de long-terme, une stabilité dans les orientations politiques ainsi que des moyens importants d'appui à la transformation (formation intensive, moyens dédiés à la coordination, souplesse d'organisation, méthode incrémentale, etc.).

ANNEXE 6 – LES CLASSIFICATIONS UTILISEES EN PEDOPSYCHIATRIE

Plusieurs types de classification sont utilisés en pédopsychiatrie pour aider les praticiens dans leur démarche clinique et diagnostique, les chercheurs dans leurs travaux épidémiologiques, ou les administrations dans leur démarche d'évaluation et de planification de l'offre de soins.

La Classification internationale des maladies (CIM)

Il s'agit de la classification statistique internationale de l'OMS dont le but est de permettre, via la transposition des diagnostics de maladies ou autres problèmes de santé en codes alphanumériques, le stockage, la recherche et l'analyse des données et son utilisation en épidémiologie, en planification et gestion sanitaire ou encore à des fins cliniques.

Dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) des établissements hospitaliers français, la CIM-10, actualisée régulièrement depuis sa création en 1983, est utilisée pour le codage des diagnostics et des motifs de recours aux services de santé hospitaliers, et notamment aux CMP, l'information produite nourrissant le recueil d'information médicalisée en psychiatrie¹⁸⁴.

Les codes relatifs aux « troubles mentaux et du comportement » de la 10ème version de la CIM (CIM-10) sont abordés au chapitre V, la psychiatrie de l'enfant étant pris en compte depuis la 9ème version (CIM-9 en 1975).

La CIM regroupe les troubles mentaux en grandes catégories, elles-mêmes décomposées en sous-diagnostics de plus en plus précis. Par exemple, l'autisme infantile est classé sous le code F84.0, et regroupé avec 7 autres items au sein des troubles envahissant du développement (F84)¹⁸⁵, eux-mêmes classés dans la rubrique des troubles du développement psychologique (F80-F89).

La HAS a retenu la CIM-10 comme classification de référence pour le diagnostic des troubles envahissants du développement et préconisé son utilisation systématique par tous les intervenants¹⁸⁶.

S'agissant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), la HAS renvoie aux catégories diagnostiques de la CIM-10¹⁸⁷.

¹⁸⁴ Le recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) permet de décrire l'activité réalisée au bénéfice de malades par les établissements de santé, en hospitalisation complète ou partielle comme en ambulatoire. Il permet de réaliser des études sur la morbidité hospitalière (diagnostics, motifs de prise en charge), l'analyse des prises en charge et des flux des hospitalisations.

¹⁸⁵ Syndrome d'Asperger, autisme atypique, syndrome de Rett, autre trouble désintégratif de l'enfance, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, autres troubles envahissants du développement, TED, sans précision ; la distinction entre les catégories de TED est en partie fondée sur l'âge d'apparition, les signes cliniques (association ou non à un retard mental, à un trouble du langage) ou la présence d'une atteinte génétique. L'autisme représente le tiers des TED, et le syndrome d'Asperger moins de 10 %.

¹⁸⁶ Autisme et autres troubles envahissants du développement, État des connaissances, HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles, janvier 2010.

¹⁸⁷ « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec trouble spécifiques du langage et des apprentissages ? » HAS, Les Parcours de Soins / Décembre 2017.

Tableau 24 : Classification CIM-10, chapitre V « troubles mentaux et du comportement »

CIM-10	Intitulés
F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
F10-F19	Troubles mentaux /comportementaux liés à l'utilisation de substances psychoactives
F20-F29	Schizophrénies, trouble schizotypique, trouble délirants
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs]
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
F50-F59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
F60-F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F70-F79	Retard mental
F80-F89	Troubles du développement psychologique
F90-F98	Troubles du comportement /troubles émotionnels apparaissant habituellement durant enfance et adolescence
F99	Trouble mental, sans précision

Source : OMS.

Le “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM)

Le DSM¹⁸⁸ est le manuel de l'Association psychiatrique américaine décrivant et classifiant les troubles mentaux. Cette classification est devenue une référence internationale à partir de sa troisième édition (DSM-III) qui voit abandonner l'approche explicative de la maladie pour se concentrer sur des critères diagnostiques (symptômes, comportements, traits de personnalité, fonctions cognitives, signes physiques, durée).

Elle est compatible avec la CIM-10 de l'OMS, ces deux classifications ayant en commun d'être syndromiques¹⁸⁹, fondées sur le modèle biomédical et de contenu très similaires pour les troubles neuro-développementaux.

Plus proche des besoins des cliniciens, la cinquième édition (DSM-5) publiée en 2013 a été l'occasion d'évolutions importantes¹⁹⁰. Moins nombreuses, les pathologies sont regroupées dans des catégories plus larges¹⁹¹. La présentation des troubles neuro-développementaux caractéristiques de l'enfance et de l'adolescence y est organisée de manière chronologique décrivant d'abord les troubles qui surviennent en âge préscolaire ou dans la petite enfance (trouble du développement intellectuel à la place du retard mental, troubles du spectre autistique (TSA) à la place des troubles envahissant du développement (TED) et des troubles de la communication) puis les troubles des apprentissages scolaires (TAS) diagnostiqués plutôt dans la seconde enfance.

Les grandes catégories diagnostiques des troubles neuro-développementaux chez l'enfant et l'adolescent (trouble du développement intellectuel, troubles de la communication, troubles du

¹⁸⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* est un ouvrage publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA) décrivant et classifiant les troubles mentaux. Le manuel évolue à partir des statistiques collectées depuis des hôpitaux psychiatriques. Il a été révisé en 1980, et la dernière édition, la cinquième est publiée en 2013.

¹⁸⁹ Un syndrome est un ensemble de signes cliniques et de symptômes qu'un patient est susceptible de présenter lors de certaines maladies, ou bien dans des circonstances cliniques d'écart à la norme pas nécessairement pathologiques.

¹⁹⁰ Supervisé par l'APA, la rédaction de l'ouvrage a mobilisé une centaine de scientifiques expérimentés en recherches, soins cliniques, biologie, génétiques, statistiques, épidémiologie, santé publique et dans la défense des consommateurs).

¹⁹¹ Introduction nouveaux items (stress post-traumatique de l'enfant d'âge préscolaire, dysrégulation des émotions avec colères et dysphorie).

spectre autistique, trouble de l'attention avec/sans hyperactivité, troubles spécifiques des apprentissages, troubles moteurs) ont leurs correspondances avec la CIM-10.

Pour le cas particulier de l'autisme, la HAS a récemment préconisé¹⁹² que l'évaluation initiale de l'enfant s'appuie, en plus de l'anamnèse développementale et des explorations fonctionnelles¹⁹³, sur une observation clinique, en situation d'interaction avec l'enfant, de ses capacités de communication sociale et de ses comportements afin de rechercher les signes centraux de TSA en référence aux critères du DSM-5. Cette observation peut également être structurée au moyen d'outils standardisés, tels que la CARS (Childhood Autism Rating Scale) ou l'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule). Issues de regroupement de sous-catégories, les nouvelles définitions du TSA¹⁹⁴ et des troubles des apprentissages¹⁹⁵ conduiraient à prendre en compte un plus grand nombre d'enfants dans le cadre de ces affections¹⁹⁶.

S'agissant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), la HAS renvoie également aux catégories diagnostiques du DSM-5¹⁹⁷.

Le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est également inclus dans les troubles neuro-développementaux et n'est plus associé aux « troubles des conduites ou troubles oppositionnels avec provocation », comme il l'était dans le DSM-IV. A dire d'experts, cette nouvelle définition doit permettre un diagnostic et un accès aux soins plus précoces pour les enfants présentant un TDA/H. Couplée à la réduction du nombre de critères nécessaires au diagnostic, la hausse de 7 à 12 ans de l'âge du seuil limite d'apparition des symptômes est également susceptible de s'accompagner d'une augmentation de la prévalence du TDA/H.

Les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) font encore l'objet de discussions en France, notamment autour de leur origine purement neurobiologique (pour le courant psychanalytique, il s'agirait plutôt d'une symptomatologie réactionnelle à des conflits internes) et sur leur valeur d'entité clinique à part entière (les comportements hyperkinétiques et inattentifs des symptômes pouvant révéler pour certains des contextes pathologiques ou des problématiques relationnelles)¹⁹⁸. Ces débats expliquent les différences des trois classifications actuellement utilisées en France en psychiatrie infanto-juvénile (CIM-10, DSM-5, CFTMEA).

Sur le plan épistémologique, des cliniciens formés aux approches psychodynamiques critiquent la DSM-V en considérant que la maladie mentale ne peut avoir d'origine uni-modale mais qu'elle demeure le produit de facteurs environnementaux, psychologiques et biologiques, ce déterminisme biopsychosocial imposant de ne pas réduire la maladie à ses seules expressions symptomatiques.

Sur le plan méthodologique, le DSM-5 fait par ailleurs l'objet de controverses internationales, une branche de l'Association américaine de psychologie lui reprochant son manque de scientificité, et l'Institut américain de la santé mentale s'en étant désolidarisé¹⁹⁹. Le débat divise les milieux de la

¹⁹² Trouble du spectre de l'autisme, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent, HAS, Février 2018.

¹⁹³ Langage, communication non verbale, fonctionnement intellectuelle, capacité adaptatives, profil cognitif, habilités motrices, processus d'intégration sensorielle.

¹⁹⁴ Issus du regroupement des troubles autistiques, syndromes d'Asperger, troubles envahissant du développement non-spécifié, considérés comme simples variantes d'une même pathologie avec l'idée d'un continuum d'un même trouble

¹⁹⁵ Issus du regroupement des troubles de la lecture (dyslexie), trouble du calcul (dyscalculie), trouble de l'expression écrite (dysphasie) et troubles des apprentissages non spécifiés (dyspraxie) du DSM IV.

¹⁹⁶ « Pédopsychiatrie : quoi de neuf ? » Réalités pédiatriques # 182, Novembre/Décembre 2013, P. Fumeaux, O. Revol.

¹⁹⁷ « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec trouble spécifiques du langage et des apprentissages ? » HAS, Les Parcours de Soins / Décembre 2017.

¹⁹⁸ « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Décembre 2014.

¹⁹⁹ « Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou », Le monde science et techno, 13/05/2013, S Cabut.

psychiatrie, une frange des praticiens évoquant un risque de sur-diagnostic et donc de surmédicalisation. En tout état de cause, il demeure un outil d'utilisation courante dans le monde.

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)

Cette classification a été conçue à la fin des années 1980 sous l'impulsion du Professeur Misès à l'attention des cliniciens français jugeant les classifications en vigueur trop réductrices²⁰⁰. La CFTMEA est, en partie, une réponse à la crainte de voir l'attribution d'un diagnostic fixer des processus pathologiques encore peu structurés. Le diagnostic peut de surcroît constituer un biais dans le jugement sur le comportement ou les performances de l'enfant.

Cette classification appréhende le patient comme un être ayant une certaine organisation psychique à un moment donné et dans un environnement donné. S'appuyant sur une clinique psychodynamique, elle resitue les symptômes dans une approche du fonctionnement psychique global : il s'agit pour le clinicien de décrire l'organisation psychopathologique (psychose, névrose, pathologie de la personnalité, troubles réactionnels) dans laquelle s'inscrivent les symptômes de l'enfant, ceux-ci pouvant être aussi considérés comme des variations de la normale (symptômes transitoires pouvant survenir au cours du développement sans signification pathologique).

La classification initiale comprenait neuf axes nosographiques²⁰¹, subdivisés en plusieurs sous-catégories diagnostiques, pouvant elles-mêmes être subdivisées en plusieurs entités cliniques. A titre d'illustration, le premier axe nosographique de la CFTMEA, intitulé « l'autisme et les troubles psychotiques », se divisait en plusieurs catégories diagnostiques (psychose précoce ou TED, schizophrénies, troubles délirants, troubles psychotiques aigus, troubles thymiques, états dépressifs après épisodes psychotiques, autres troubles psychotiques, troubles psychotiques non spécifiés). Au sein de la catégorie « psychose précoce ou TED », la classification distingue l'autisme infantile précoce - type Kanner, les autres formes de l'autisme, les psychoses précoces déficitaires, le syndrome d'Asperger, les dysharmonies psychotiques, les troubles désintégratifs de l'enfance, les autres psychoses précoces ou autre TED et les psychoses précoces ou TED non spécifié.

Le reproche principal adressé à la CFTMEA résidait dans le fait de maintenir les TED dans le champ de la psychose infantile. Au fil des années, les interprétations psychanalytiques, historiquement prédominantes en France, et focalisées sur les relations entre la mère et l'enfant, ont été remises en cause, tandis que la génétique et les neurosciences ont été davantage utilisées par les praticiens.

Dans son état des connaissances de 2010 sur l'autisme, la HAS précise que l'apport de la CFTMEA, sur le plan clinique, ne fait pas consensus. La CNSA ajoute dans son guide de 2016 à destination des MDPH que les termes « psychose précoce », « psychose infantile » et « psychose infantile précoce » ne sont plus acceptés au vu des connaissances actuelles. De même, selon la CNSA : « *tout diagnostic figurant en classification CFTMEA doit être mentionné en équivalent CIM-10* »²⁰².

Dans ce contexte, et compte tenu de la décision des pouvoirs publics d'imposer, pour le RIM-P, le codage des diagnostics en référence à la CIM-10, une cinquième version de la CFTMEA a été élaborée en 2012 en lien avec la Fédération française de psychiatrie. L'ATIH en a assuré la mise en

²⁰⁰ Cf. article de Claude Bursztejn, « Les classifications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : questions épistémologiques », in *L'information psychiatrique*, vol. 87, n°5, mai 2011.

²⁰¹ Autisme et troubles psychotiques, troubles névrotiques, pathologies limites, troubles réactionnels, déficiences mentales, troubles du développement et fonctions instrumentales, troubles des conduites et comportements, troubles à expression somatiques, variation à la normale.

²⁰² Troubles du spectre de l'autisme, guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme, mai 2016.

correspondance, terme à terme, avec les catégories de la CIM-10 via le transcodage automatique²⁰³. A l'occasion de cette révision, la catégorie « Autisme et psychoses précoces » est devenue « Troubles envahissants du développement, schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence »²⁰⁴. Sur son site, l'ATIH met à disposition des utilisateurs de la CFTMEA, le tableau actualisé des équivalences entre cette référence de codage utilisée en pédopsychiatrie et la CIM-10.

Lors de ses déplacements, la mission a pu consulter des dossiers cliniques s'appuyant sur l'une ou l'autre de ces classifications. Dans les modèles de rapport d'activité standardisés mis en place par la CNSA pour les CMPP²⁰⁵, la section C-II-4 interroge les structures sur le nombre d'enfants présents ayant un diagnostic selon les catégories CFMTEA, et la section C-II-3, sur le nombre d'enfants présents ayant un diagnostic selon les catégories CIM-10.

²⁰³ Une nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R2012, correspondances et transcodages avec l'ICD 10, R. Misès et al. / Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 60 (2012) 414-418.

²⁰⁴ La sous-catégorie diagnostique 1.02 jusque-là intitulée « psychoses, etc. » devient « Autisme ou TED avec retard mental précoce », la 1.08 antérieurement « autres psychoses précoces, etc. » donnant « autres TED » et la 1.09 antérieurement « psychoses précoces, etc. » donnant « TED non spécifié ».

²⁰⁵ Arrêté du 3 février 2017 fixant le rapport d'activité type des centres médico-psycho-pédagogiques.

SIGLES

AESH	Accompagnant des élèves en situation de handicap
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APAJH	Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CFTMEA	Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRA	Centre ressources sur l'autisme
CRDV	Centre de Rééducation pour Déficients Visuels
CREAI	Centre Régionaux d'Etudes d'Actions et d'Informations
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMP-IJ	Centre Médico-Psychologique de psychiatrie infanto-juvénile
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectif et de moyen
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GCSMC	Groupement de coopération sociale et médicosociale
HAS	Haute autorité de la santé
IEM	Institut d'Éducation Motrice
IME	Institut médico-éducatif
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MPR	Médecine physique et de réadaptation
OMS	Organisation mondiale pour la santé

PEP	Pupilles de l'enseignement public
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
RASED	Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSR	Soins de suite et de rééducation
TSLA	Troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage
TDHA	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED	Troubles envahissants du développement
TSA	Troubles du spectre autistique
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UNAPEI	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis