



Etude régionale sur les CAMSP

Etude commanditée par l'ARS Bretagne



Réalisée par le CREAI de Bretagne



Mars 2013

Etude réalisée par le CREAI de Bretagne :

Rachelle LE DUFF, Conseillère technique

Pascal THEBAULT, Directeur

Anne LE DREN, Conseillère technique

Virginie ORHANT, Assistante

Pour l'Agence régionale de Santé (ARS) Bretagne

*Nous remercions vivement l'ensemble des professionnels
qui ont contribué à cette étude,
membres d'équipes de CAMSP ou partenaires,
pour leur disponibilité et leurs apports
issus de leurs expériences professionnelles.*

Sommaire

I – Contexte de l'étude	7
II – Méthodologie	10
III – Analyse régionale	13
1 - Identification des CAMSP de Bretagne	13
2 – Mode de fonctionnement.....	15
3 – Les publics des CAMSP bretons	16
4 – Activités et modalités de mise en œuvre des missions.....	33
5 – Mise en œuvre des missions et prestations	39
6 – Ressources humaines	55
7 – Maillage territorial et fluidité des parcours.....	57
8 – Partenariats	74

I – Contexte de l'étude

Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ont pour vocation essentielle la prise en charge précoce des jeunes enfants (moins de 6 ans) risquant de développer une situation de handicap. Il y a en effet un consensus depuis de nombreuses années pour reconnaître l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge les plus précoces possible afin de prévenir les risques de « surhandicap » et favoriser le développement et la maturation les plus favorables des enfants concernés.

« Les centres d'action médico-sociale ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées. Ces centres exercent aussi, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant. » (article 1, annexes 32 bis)

Leur statut

Le texte réglementaire qui les régit (Annexe 32 bis, décret n° 76-389) date de 1976, est donc antérieur à la création des SESSAD¹, services qui peuvent également exercer des missions de prévention et de prise en charge précoce. Mais les CAMSP se distinguent de ces derniers par leur accès direct (sans procédure de demande d'accès aux droits spécifiques des personnes handicapées auprès d'une commission spécialisée, maintenant la CDAPH). En cela cette formule souple est un atout pour les parents qui vivent de façon bien souvent

¹ SESSAD, services d'éducation spéciale et de soins à domicile ont vocation à intervenir, sur notification de la CDAPH, sur les lieux de vie des enfants handicapés. Leur action est orientée, selon les âges, vers « la prise en charge précoce pour les enfants de la naissance à 6 ans comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures et le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés ».

douloureuse le processus de révélation du handicap de leur enfant et qui recherchent informations, conseils, soutien (actions nommées « guidance » dans le texte de référence) et interventions précoces auprès de leur enfant dès qu'ils expriment la demande. Les CAMSP se distinguent également par leur financement et leur régime d'autorisation, induits par leur double mission - de dépistage d'une part, de soins d'autre part. Ces structures exercent de ce fait une part de leur mission au titre de la PMI.

Les CAMSP sont ainsi des structures pivot, à l'interface des structures sanitaires (maternités, services de néonatalogie, services de pédiatrie, services de pédopsychiatrie), des structures sociales et médico-sociales, des structures fréquentées par la petite enfance et des structures scolaires.

Leur financement

Le financement des CAMSP est défini à l'article L. 2118-8 du code de la santé publique. Les CAMSP bénéficient d'un double financement, sous forme d'une dotation globale : 80 % au titre de l'assurance maladie, pour l'activité de soins et 20 % au titre de la PMI, pour l'activité de prévention.

Rôle de la PMI en matière de prévention

Le service de PMI a été créé à l'origine pour lutter contre la mortalité infantile. En quelques années, sa mission a évolué vers un rôle plus global de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance.

Dans le cadre de ses responsabilités au titre de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance (article L. 1423-1 du code de la santé publique), le département exerce un certain nombre de missions, notamment auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.

Ses missions comprennent :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes,
- des consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles,
- des activités d'éducation et de planification familiales,
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière,
- le recueil et le traitement d'informations en épidémiologie et en santé publique,
- l'agrément, le suivi et la formation des assistantes maternelles,
- la participation aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités,
- le contrôle des établissements d'accueil de la petite enfance.

Leurs missions et leurs rôles

Leurs missions sont multiples et complémentaires pour assurer l'accueil et l'accompagnement global des jeunes enfants de moins de 6 ans atteints ou présentant un risque de développer un handicap et pour offrir soutien et conseils à leurs familles.

Elles relèvent :

- Du dépistage et du diagnostic précoce des déficits ou troubles,
- De la prévention ou réduction des conséquences invalidantes de ces déficits,
- De la cure ambulatoire et la rééducation précoce,
- De l'accompagnement et le soutien des familles lors du processus de révélation du handicap et dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives requis par l'état de l'enfant,
- Du soutien à l'accès aux lieux de la petite enfance et à la scolarité.

Le volet qualitatif de l'étude CNSA réalisé en 2009 préconise le maintien de ces 5 missions considérées comme un ensemble complémentaire, interdépendant et indissociable et de les élargir aux missions de ressource et d'observation.

Cette même étude préconise la valorisation des 5 rôles identifiés :

- organisateur de parcours de soins,
- assembleur d'activités,
- promoteur de compétences parentales,
- ressources et expertise pour les partenaires,
- passeur de relais ;

Extrait de la Charte de l'ANECAMSP

« L'ANECAMSP, dans la continuité de ses valeurs fondatrices adhère aux droits fondamentaux actuels sans exclusive :

- la non discrimination de la personne affectée du fait d'une maladie ou d'un handicap dans l'accès aux soins et leur optimisation, et dans l'éducation,
- l'enfant, sujet en développement, au centre du dispositif de soins et de prise en charge,
- la primauté des parents et la liberté de choix dans les décisions qui s'imposent (projets de soins, projets éducatifs, mode d'insertion, etc.), et la liberté de leur choix,
- le libre accès aux informations concernant la personne malade ou handicapée.

Du fait des objectifs particuliers de l'action médico-sociale précoce, L'ANECAMSP soutient également les valeurs fondatrices :

- l'importance de la prévention,
- la précocité d'intervention, l'approche globale de l'enfant et de sa famille,
- la valorisation des compétences,
- la prise en charge ambulatoire et de proximité pour permettre le maintien de l'enfant dans son milieu naturel, et la mise en place de relais à l'issue de la prise en charge,
- la transdisciplinarité déclinée en interne par un travail d'équipe coordonné, comme en externe avec le travail en réseau,
- la promotion de pratiques de qualité régulièrement réévaluées »

Des éléments de planification de l'offre

Le maintien de l'accès direct (hors notification MDPH) est considéré comme un atout pour la continuité de la chaîne « dépistage-prévention-soins-accompagnement » et facilite les démarches proactive dans certaines situations.

Selon l'étude qualitative de la CNSA, la première couverture territoriale des CAMSP devrait privilégier en premier lieu l'offre polyvalente, le complément de celle-ci par des CAMSP spécialisés étant à penser à l'échelle régionale, avec des missions ressources de haut niveau, en lien avec des services de CHU et des activités de recherche.

Dans la fiche « questions et repères » Action précoce du Guide méthodologique pour l'élaboration du SROSM, la CNSA préconise de « *tendre vers une offre polyvalente d'accompagnement précoce, accessible à moins de 40 minutes du domicile* ».

Au regard de l'importance de la continuité des parcours de soins et d'accompagnement, les points de vigilance devraient se situer sur :

- le délai de latence entre la révélation, ou la suspicion, d'une atteinte qui touche l'enfant et l'accès au CAMSP ;
- le risque d'indisponibilité par manque de moyens induisant des délais considérés importants entre le premier contact et l'accueil effectif par le CAMSP ;
- les difficultés de sortie vers d'autres services comme les SESSAD, le plus souvent du fait de l'engorgement de ces services dans certains territoires.

L'étude CNSA révèle que la passation de relais dépend trop souvent des possibilités d'accueil des autres services et établissements, avec leurs conséquences sur l'accroissement des délais d'attente et la réduction de la précocité des accueils effectués par les CAMSP.

En Bretagne, des prises en charge se prolongent au CAMSP au-delà des 6 ans de l'enfant, du fait des difficultés rencontrées dans les passages de relais.

L'ARS Bretagne dans son SROSM précisait que « *Les objectifs opérationnels du travail sur le dépistage et la prise en charge précoce du handicap consistent à construire la complémentarité de l'offre à partir de l'existant et des spécificités locales en tendant vers une offre polyvalente d'accompagnement précoce accessible à moins de 40 minutes du domicile. De plus, une réflexion devra avoir lieu sur le développement d'une offre spécialisée d'implantation exerçant, outre sa mission première d'accompagnement spécialisé, une mission ressource pour les acteurs polyvalents et notamment les CMPP et SESSAD.*

Les actions devront aussi conduire à une diminution des délais de latence entre la révélation d'un handicap et l'accès à la ressource adéquate (notamment au CAMSP et au SESSAD) ainsi qu'à une réduction des délais de latence entre le « transfert » de l'utilisateur du CAMSP vers un SESSAD ou un CMPP (en organisant les périodes de transition entre ces établissements et services). »

Si l'ARS Bretagne n'exclut pas le développement de l'offre pour répondre à des problématiques d'accessibilité aux CAMSP, l'enjeu principal consiste à optimiser le fonctionnement des CAMSP existants.

Déclinaison de l'étude commanditée

Les objectifs suivants tels que formulés par l'ARS Bretagne sont attendus :

1. *Disposer d'une photographie du fonctionnement actuel des CAMSP en Bretagne au regard des référentiels posés par le cadre réglementaire et des récentes études nationales.*

2. *Identifier les leviers d'action pour optimiser cette offre :*

- *En termes de couverture et d'accès aux structures*
- *Sur le plan de l'exercice des missions et en particulier concernant l'équilibre entre les missions d'une part relatives au dépistage/diagnostic/prévention et d'autre part relatives au soin/accompagnement et soutien*
- *En termes de fluidité des prises en charge entre CAMSP, SESSAD, CMPP² et CMP³.*

L'étude tiendra compte pour chacun des deux objectifs des spécificités du territoire rennais : CAMSP de petite taille, en nombre élevé, adossés à des CMPP.

² *Créés à partir de 1946 sous l'impulsion d'enseignants et de soignants, les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) se situent à la frontière du secteur médico-social et de la psychiatrie (décret n° 56-284 du 9 mars 1956, Annexe 32 ajoutée par décret n°63-146 du 18 février 1963.). Ces structures s'adressent aux enfants et aux adolescents de 0 à 20 ans présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement. Elles ont pour fonction de pratiquer le dépistage précoce par des bilans, le diagnostic d'éventuelles manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action thérapeutique ou rééducative sous la responsabilité d'un médecin. Leur activité est exclusivement ambulatoire et prend la forme de consultations, de séances de traitement d'au maximum quelques heures par semaine. L'enfant est donc maintenu autant que possible dans son milieu familial.*

³ *CMP, centre médico-psychologique, défini dans l'arrêté de mars 1986, en remplacement des dispensaires d'hygiène mentale (DHM). Missions précisées par la circulaire du 14 mars 1990 : prévention, dépistage, soins, suivi et maintien dans le tissu social. Son ambition et sa place dans la politique de sectorisation de la psychiatrie qui prévaut depuis la « circulaire de 1990 » sont d'être le « pivot du secteur », lieu de convergence et point de départ des projets de prise en charge extrahospitalières des patients.*

II – Méthodologie

Pilotage et suivi de l'étude

↳ Le comité de pilotage

Un comité de pilotage a été constitué afin de valider la méthodologie et d'assurer le suivi des travaux.

Ce comité de pilotage regroupe :

- des représentants de l'ARS Bretagne
- des responsables de la délégation régionale de l'ANECAMSP,
- des représentants des CG/services PMI

Co-animé par le CREAM Bretagne et l'ARS Bretagne, ce comité de pilotage s'est réuni une première fois au début de la démarche le 7 septembre 2011 pour valider les objectifs et la méthodologie de l'étude.

Trois autres réunions de ce comité de pilotage sont programmées :

- Le 2 février 2012, à l'issue de la phase d'analyse des données collectées par questionnaire pour une présentation des données recueillies,
- Le 23 mars 2012, pour identifier les thématiques prioritaires à investiguer dans la phase qualitative,
- Le 9 novembre 2012, pour valider le rapport final et les préconisations.

↳ Réunion d'information sur l'étude auprès des CAMSP

Une présentation des objectifs et de la méthodologie de l'étude a été organisée auprès des CAMSP de la région le 19 septembre 2011 par le CREAM de Bretagne, en lien étroit avec la délégation régionale de l'ANECAMSP.

Des représentants de l'ARS ont pu apporter des réponses aux questions des participants.

Lors de cette réunion, les participants ont mis en avant l'existence d'une tension autour de la dimension budgétaire.

Les responsables de CAMSP demandent à ce que les statistiques différencient les files actives et les suivis réguliers.

Les phases de l'étude

Phase 1 : Collecte des données

L'investigation vise à réaliser une photographie de la situation des CAMSP bretons en termes de :

- Mise en œuvre des missions
- Couverture des besoins
- Précocité de l'accueil
- Continuité des parcours de soin et passage de relais

↳ Analyse documentaire

En préalable, les données collectées par l'ARS, notamment dans le cadre de l'IPC « Prise en charge précoce » ont été mises à disposition du CREAM de Bretagne.

Les études CNSA (étude quantitative, 2008 et étude qualitative, 2009) ainsi que les études régionales sur les CAMSP sur d'autres régions à la demande d'ARS et réalisées par des CREAM (Centre, 2010 et Rhône-Alpes, 2011) ont également été prises en compte.

↳ Investigation par questionnaire auprès de l'ensemble des CAMSP

Pour dresser la photographie des CAMSP bretons, les données ont été collectées par questionnaire auprès de chaque CAMSP, soit 18 questionnaires.

Pour l'élaboration du questionnaire, le CREAM de Bretagne s'est appuyé sur les enseignements issus de l'enquête qualitative de la CNSA (2009) (domaines de mise en œuvre des missions, facteurs facilitateurs, ...).

Les questionnaires ont été adressés par mail à l'ensemble des CAMSP de Bretagne le 10 octobre 2011.

La date de réception était fixée le 28 novembre 2011 et le dernier questionnaire a été réceptionné le 13 décembre 2011 après relance.

La plupart des CAMSP ont fait l'objet d'une relance par mail ou par téléphone pour des informations complémentaires reçues jusqu'à début janvier 2012.

Ces questionnaires ont été exploités et analysés par le CREAI.

Des données issues de l'enquête ES 2010 ont été mises à disposition du CREAI par l'ARS Bretagne pour compléter cette analyse.

↳ **Les limites méthodologiques de l'enquête par questionnaire**

Les structures n'ont pas toutes la même appréhension et lecture des questions posées.

Pour décrire les publics accueillis en CAMSP, à défaut de nomenclature commune à l'ensemble des CAMSP bretons, il a été fait référence à la nomenclature utilisée dans le cadre de l'enquête ES 2010. Or, cette nomenclature ne correspond pas aux pratiques à l'œuvre dans certains CAMSP. Depuis, une réflexion régionale a été mise en place autour d'indicateurs communs comprenant une nomenclature pour décrire les publics. L'adoption de ces indicateurs permettra à termes de pouvoir comparer les données des CAMSP entre eux.

La photographie de l'activité des CAMSP proposée dans cette étude porte sur les données de l'année 2010, ce qui peut ne pas refléter la réalité de fonctionnement des CAMSP. Il faudrait pouvoir réaliser ce travail sur plusieurs années.

Par ailleurs, certains CAMSP ont réorganisé leur service en 2011 ou début 2012 et ces modifications ont un impact sur l'activité qui ne peut être apprécié par cette photographie. Les lecteurs sont donc invités à prendre en considération que cette photographie 2010 a pu évoluer.

↳ **Approfondissement par entretiens qualitatifs**

Sur la base des enseignements de cette première phase, ont été identifiés des fonctionnements de CAMSP à approfondir. Les entretiens qualitatifs visaient l'identification de facteurs explicatifs de ces divergences de fonctionnement.

Pour sélectionner les CAMSP dans le cadre de ces entretiens, nous avons pris appui sur un certain nombre de critères (précocité de la prise en charge, part des enfants âgés de 6 ans et plus à la sortie, polyvalence des publics, délais d'attente, bassin rennais, effectif de la file active) ainsi que sur certaines caractéristiques de CAMSP que nous trouvons intéressantes à approfondir (multi-site ; « jardins d'enfants »).

Ont ainsi été rencontrés les CAMSP suivants :

- CAMSP du Centre hospitalier Quimper-Cornouaille
- C.A.M.S.P. du Gacet des PEP 35, Rennes
- C.A.M.S.P. Brizeux de l'ARASS, Rennes
- CAMSP PEP 35, St Malo
- CAMSP Le Coin de soleil, Vannes (Association pour la prévention précoce des difficultés de l'enfant)

Et comme CAMSP spécialisé :

- C.A.M.S.P. Kerveiza, Rennes.

Les CAMSP des Côtes d'Armor n'ont pas été intégrés dans ce panel du fait des monographies déjà réalisées dans le cadre de l'étude nationale pour la CNSA (monographie élaborée à partir des entretiens réalisés auprès de professionnels de ces CAMSP, de leurs partenaires et d'utilisateurs).

Les entretiens se sont déroulés dans les locaux des CAMSP avec des représentants de différentes fonctions exercées en CAMSP.

Des entretiens complémentaires par téléphone ont été réalisés auprès de deux CMPP sur des territoires de santé non pourvus en CAMSP (CMPP de Redon et CMPP de Pontivy) afin d'identifier les réponses apportées sur ces territoires et les limites.

Par ailleurs, pour appréhender la situation du bassin rennais, des entretiens ont été réalisés auprès de partenaires de CAMSP : acteurs de PMI, de pédopsychiatrie, la Ville de Rennes et d'un service hospitalier.

Phase 2 : Groupes d'analyse partagée et de propositions

Pour approfondir les enseignements issus des phases précédentes et consolider les propositions de préconisations, ont été constitués deux groupes d'analyse partagée :

⇒ **Groupe « CAMSP polyvalents du bassin rennais »**, réuni le mardi 25 octobre de 14 h 30 à 17 h 30, auquel étaient invités les directeurs et médecins directeurs de chacun des CAMSP ;

⇒ **Groupe « transversal »**, réuni le jeudi 25 octobre de 10 h à 17 h, auquel était invité un représentant par CAMSP parmi l'ensemble des CAMSP à l'exception des CAMSP polyvalents de Rennes mobilisés dans le précédent groupe.

Une note de travail a été adressée aux participants avant la séance de travail. Le relevé des échanges leur a également été adressé.

III – Analyse régionale

1 - Identification des CAMSP de Bretagne

En 2011, 18 CAMSP sont implantés en région Bretagne, certains d'entre eux ayant des antennes, dépassant ainsi largement l'objectif de dotation initiale en 2007 d'au moins 1 CAMSP par département. En effet, tous les départements bretons ont au moins 3 CAMSP, dont au moins un CAMSP spécialisé pour la déficience auditive.

L'Ille-et-Vilaine se distingue des autres départements bretons par un nombre important de CAMSP implantés sur le bassin rennais (6 CAMSP).

Ces 18 CAMSP sont majoritairement gérés par des associations :

- 13 sont gérés par des associations :
 - 5 par les PEP (PEP 29 et PEP 35)
 - 2 par l'ARASS,
 - 3 par des associations ayant développé notamment des réponses à destination des déficients auditifs : l'AFDA, Gabriel Deshayes, Le Parc
 - 1 par les Papillons Blancs du Finistère
 - 1 par l'association Eclorre,
 - 1 par l'association pour la Prévention Précoce des Difficultés de l'Enfant
- 3 sont gérés par des centres hospitaliers (Lannion, Quimper, Rennes)
- 2 sont gérés par un établissement public (le Centre Jacques Cartier ayant pris la gestion du CAMSP Horizons précédemment hospitalier).

Dans les 4 départements, des gestionnaires de types différents sont présents. Les CAMSP hospitaliers sont présents sur chaque département à l'exception du Morbihan. Le CAMSP hospitalier d'Ille-et-Vilaine est récent (2010). Les CAMSP publics sont présents uniquement en Côtes d'Armor.

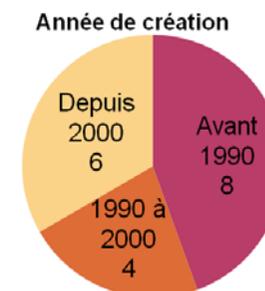
Répartition des CAMSP par statut de l'organisme gestionnaire et par département

	Association	Centre hospitalier	Etablissement public	Total
Côtes d'Armor		1	2	3
Finistère	2	1		3
Ille-et-Vilaine	8	1		9
Morbihan	3			3
Bretagne	13	3	2	18

Parmi ces 18 CAMSP, 14 CAMSP sont polyvalents (dont une transformation du CAMSP Farandole initialement spécialisé Déficience auditive en CAMSP polyvalent) et 4 sont spécialisés déficience auditive (dont des transformations de SAFEP⁴ déficience auditive en CAMSP).

Le CAMSP Farandole intervient donc auprès de 2 types de publics : jeunes avec déficience auditive (avec de plus en plus de dépistage à la maternité) et jeunes avec tout type de handicap (polyvalence). Ces 2 publics ne sont pas distingués dans les données d'activité du CAMSP transmises dans le cadre de l'étude.

Près de la moitié des CAMSP ont ouvert avant 1990.



⁴ Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce

CAMSP polyvalents	Organisme gestionnaire	Statut de l'organisme gestionnaire	Date d'ouverture
CAMSP Horizons	Centre Jacques Cartier	Etablissement public*	1995
CAMSP Hospitalier Lannion	Centre Hospitalier Pierre Le Damany	Etablissement hospitalier	1996
CAMSP Baudelaire	Association Les Papillons Blancs du Finistère	Association	1974
CAMSP Hospitalier Quimper	Centre hospitalier de Cornouaille	Etablissement hospitalier	2002
CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix	A.D.P.E.P. 29	Association	2006
CAMSP Farandole**	Association Le Parc	Association	1977
CAMSP PEP St Malo	A.D.P.E.P. 35	Association	1981
CAMSP Gaston Chaissac	A.D.P.E.P. 35	Association	1978
CAMSP du Gacet	A.D.P.E.P. 35	Association	1977
CAMSP Les Grisons	A.R.A.S.S.	Association	1980
CAMSP Brizeux	A.R.A.S.S.	Association	1980
CAMSP Hospitalier Rennes	Centre Hospitalier Universitaire de Rennes	Etablissement hospitalier	2010
CAMSP Eclore	Association Eclore	Association	1998
CAMSP Le coin de soleil	Association pour la Prévention Précoce des Difficultés de l'Enfant	Association	2002

* La gestion administrative du CAMSP assurée par l'association APAMSP de 1995 à 2007, puis par le Centre Hospitalier de 2008 à 2010 est assurée par le Centre Jacques Cartier depuis le 1er janvier 2011 dans le but de regrouper les activités médico-sociales publiques dans le cadre d'un pôle petite enfance

** Le CAMSP Farandole, initialement CAMSP spécialisé pour enfants déficients auditifs s'est transformé en avril 2004 en CAMSP polyvalent

CAMSP spécialisés Déficience auditive	Organisme gestionnaire	Statut de l'organisme gestionnaire	Date d'ouverture
CAMSP Tournemine	Centre Jacques Cartier	Etablissement public	1982
CAMSP AFDA	Association Finistérienne pour Déficients Auditifs (AFDA)	Association	2010
CAMSP Kerveiza	A.D.P.E.P. 35	Association	1990
AUDI CAMSP	Association Gabriel Deshayes	Association	2003

2 – Mode de fonctionnement

- **Nombre de jours d'ouverture des CAMSP**

L'ensemble des CAMSP est ouvert du lundi au vendredi, à l'exception du CAMSP Farandole qui partage son activité entre 2 sites, 3 jours à Fougères et 2 jours à Vitré.

Certains CAMSP proposent des rencontres avec les parents le samedi matin : ainsi, le CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix propose une plage spécifique d'ouverture le samedi matin sur les vacances scolaires pour favoriser l'implication des parents dans la prise en charge. De même, le CAMSP AFDA propose des Rencontres Parents-Enfant-Professionnels 3 à 4 fois par an, le samedi matin.

Le nombre de journées d'ouverture en 2011 varie de 184 jours à 254 jours. Cette variabilité s'explique pour partie par les congés des professionnels de ces structures, en référence aux conventions collectives. Le personnel relevant de la Convention collective de 1966 bénéficie chaque année, outre les congés de droit commun, de congés trimestriels et de congés liés à l'ancienneté.

Par ailleurs, le CAMSP Kerveiza partage les mêmes périodes de fermeture que son établissement et son SSEFIS, eux-mêmes calés sur les rythmes scolaires.

CAMSP Polyvalents

Nom du CAMSP	Nombre de jours d'ouverture
CAMSP Horizons	235
CAMSP Hospitalier Lannion	227
CAMSP Baudelaire	197
CAMSP Hospitalier Quimper	275 jours (210 jours pour le jardin d'enfants)
CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix	192
CAMSP Farandole	138 / 67
CAMSP PEP St Malo	201
CAMSP Gaston Chaissac	202
CAMSP. du Gacet	
CAMSP Les Grisons	225
CAMSP Brizeux	221
CAMSP Hospitalier Rennes	221
CAMSP Eclore	249
CAMSP Le coin de soleil	254

CAMSP spécialisés déficience auditive

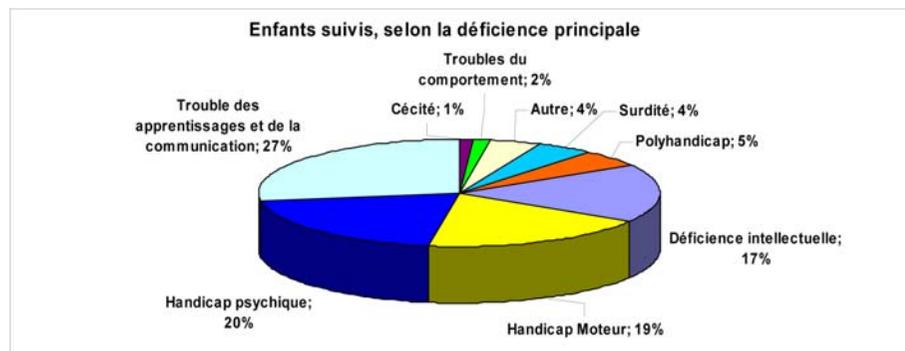
Nom du CAMSP	Nombre de jours d'ouverture annuelle
CAMSP Tournemine	235
CAMSP. DA Brest	203
CAMSP Kerveiza	184
AUDI CAMSP	

3 – Les publics des CAMSP bretons

Déficiences principales de la file active 2010

Selon l'annexe 32bis, les CAMSP « ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des **déficits sensoriels, moteurs ou mentaux**, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci ».

Selon l'étude quantitative de la CNSA (2008), les publics accueillis en CAMSP à l'échelle nationale se répartissaient ainsi :



Source : étude quantitative sur les CAMSP. DREES. Données 2008.

Pour décrire les publics des CAMSP bretons, la nomenclature de déficience principale utilisée par la CNSA a été proposée dans le questionnaire. Cette nomenclature est celle couramment utilisée auprès des établissements et services médico-sociaux dans le cadre de l'enquête ES. Cette nomenclature ne correspond pas aux pratiques de l'ensemble des CAMSP. Mais à défaut de nomenclature commune au moment de l'étude, ce choix a été retenu.

La Délégation régionale de l'ANECAMSP avec l'ARS Bretagne mènent actuellement une réflexion pour définir une « Plate-forme minimale pour le rapport d'Activité des CAMSP », visant notamment à harmoniser la

caractérisation des publics accompagnés par les CAMSP. Ce travail propose d'identifier une déficience principale parmi une liste d'items.⁵

Les chiffres renseignés (annexe) mettent en avant les tendances suivantes :

- la déficience visuelle est peu représentée au sein des publics des CAMSP bretons, comme au niveau national ;
- au sein des CAMSP spécialisés déficience auditive, le public accueilli par le CAMSP Tournemine à St Briec se répartit entre la déficience auditive et la déficience du langage et de la parole là où, dans les autres CAMSP, la déficience auditive apparaît comme déficience principale dans la majorité des situations (sauf pour Audi CAMSP). Le CAMSP de Kerveiza à Rennes a accompagné en 2011 un nombre non négligeable de jeunes avec polyhandicap.
- une sur-représentation des déficiences psychiques au sein des CAMSP adossés à un CMPP, plus particulièrement en Ille-et-Vilaine. Dans une moindre proportion, ce constat s'observe également pour les déficiences du langage et de la parole.
- Une sur-représentation de la déficience motrice au CAMSP hospitalier de Quimper, CAMSP polyvalent « avec section spécialisée de prise en charge (troubles neuro-moteurs, orthopédiques, et retards globaux psychomoteur) »⁶
- Une part importante de déficiences non identifiées chez certains CAMSP (> 75 % dans 3 CAMSP).

⁵ Items proposés pour caractériser la déficience principale : déficience motrice, déficience intellectuelle, déficience sensorielle (A et V), déficience ou troubles du langage, troubles instrumentaux non verbaux, troubles psychologiques ou psychiatriques, polyhandicap, plurihandicap, pathologie somatique lourde, vulnérabilité, autre.

⁶ Le CREJE (Centre de Rééducation et d'Eveil du Jeune Enfant) créé en 1989, unité dépendante du service de Médecine Physique et Réadaptation du CH de Cornouaille a été transformé en 2002 en CAMSP polyvalent

Répartition de la file active 2010 selon la déficience principale

CAMSP polyvalents	déficience intellectuelle	Déficience du psychisme	Déficience du langage et de la parole	Déficience auditive	Déficience visuelle	Déficience motrice	Poly handicap	Pluri handicap	Déficience viscérale, métabolique, nutritionnelle	autre	hors déf	déficience non identifiée (enfants en dépistage)
CAMSP Horizons	15,6	8,1	7,8	0,3	0,6	14,4	2,1	2,4	2,1	7,2	0,0	39,3
CAMSP Hospitalier Lannion												
CAMSP Baudelaire	22,3	18,0	5,2	0,0	1,7	7,3	3,4	7,7	4,3	11,2	0,0	18,9
CAMSP Hospitalier Quimper	3,0	8,0	6,8	1,9	0,0	27,3	0,8	1,1	1,5	23,5	0,0	26,1
CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix	17,3	29,6	8,6	0,0	0,0	7,4	0,0	6,2	0,6	24,1	0,0	6,2
CAMSP Farandole	8,7	5,9	0,0	3,5	0,0	3,1	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	76,0
CAMSP PEP St Malo*	0,0	35,7	36,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	25,8*	0,5
CAMSP Gaston Chaissac	23,6	31,3	15,3	0,0	0,0	9,7	0,7	7,6	0,0	1,4	0,0	10,4
CAMSP du Gacet	6,0	47,0	23,1	0,0	0,0	10,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,4
CAMSP Les Grisons	24,2	44,0	6,6	0,0	0,0	14,3	4,4	1,1	1,1	0,0	0,0	4,4
CAMSP Brizeux**	24,2	41,4	10,1	0,0	2,0	8,1	0,0	8,1	0,0	4,0	0,0	2,0
CAMSP Hospitalier Rennes	3,4	2,5	5,1	0,6	0,0	7,4	2,5	0,3	1,4	0,3	0,0	76,5
CAMSP Eclore	8,2	24,5	9,6	0,4	0,4	17,0	3,9	3,5	0,4	0,0	0,0	32,3
CAMSP Le coin de soleil												

*Le CAMSP de St Malo mentionne que « le terme de déficience n'est pas adapté pour des enfants présentant des troubles psychoaffectifs (47 enfants). L'expression d'une souffrance de l'enfant, de sa fragilité personnelle, souvent transitoire, de sa vulnérabilité à une situation socio-familiale complexe ne peut être codée en termes de déficience. C'est dans ce cadre que rentrent certains symptômes comme : troubles réactionnels, troubles à expression somatique, variations à la normale, état de stress du bébé, distorsions relationnelles, hypermaturité.

** Le CAMSP Brizeux utilise d'autres catégories : déficience intellectuelle / difficultés scolaires ; déficience du psychisme/ difficultés psychologiques ; déficience du langage et de la parole/ trouble du langage ; déficience visuelle / amblyopie ; déficience motrice / trouble psychomoteur ; plurihandicap / handicap

CAMSP spécialisés déficience auditive	déficience intellectuelle	Déficience du psychisme	Déficience du langage et de la parole	Déficience auditive	Déficience visuelle	Déficience motrice	Poly handicap	Pluri handicap	Déficience viscérale, métabolique, nutritionnelle	autre	hors déf	déficience non identifiée (enfants en dépistage)
CAMSP Tournemine	0,0	0,0	47,9	52,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CAMSP DA Brest	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CAMSP Kerveiza	1,7	1,7	0,0	84,5	0,0	0,0	12,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
AUDI CAMSP	0,0	0,0	1,4	9,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	88,9

➔ **Les enfants adressés par l'école maternelle sont repérés de fait plus tardivement (après 3 ans).**

Les participants à l'analyse partagée confirment que le profil des enfants adressés par l'école est différent de celui des enfants adressés par les maternités, services pédiatriques, structures petite enfance, ... avec une proportion plus importante de troubles du langage, de troubles des apprentissages, de TED, de troubles du comportement, ...

Pour ces enfants, se posent les questions de spécificités et d'articulations entre les CAMSP, les CMPP, les SESSAD et les CMP, et donc des agréments de ces services (intervention dès 3 ans). Lors de l'analyse partagée avec le groupe « CAMSP polyvalents du bassin rennais », des professionnels mentionnent que pour certains enfants âgés de 3 ans, il peut être difficile de définir si l'enfant relève d'un CMP ou d'un SESSAD. Sur certains territoires, comme à Brest, le SESSAD déficience intellectuelle a un agrément seulement à partir de 5 ans, ce qui ne permet pas des passages de relais plus précoces.

➔ **Positionnement des CAMSP sur le diagnostic d'autisme :** les CAMSP polyvalents sont positionnés en premier recours pour tous les diagnostics, au même titre que les services de pédopsychiatrie et les CMPP. Les CAMSP peuvent solliciter en second niveau les équipes associées au CRA (mise en œuvre récente sur Rennes et Vannes). Le CRA quant à lui intervient en 3ème niveau à la demande des équipes associées.

Des CAMSP tels que le CAMSP du Coin du Soleil ont développé des pratiques spécifiques de prise en charge de ces publics et orientent certains enfants vers les CMPEA et ont recours aux équipes associées du CRA.

De même, le CAMSP de St Malo accompagne des enfants autistes et passe le relais vers les CMP lorsqu'il n'est plus en mesure d'assurer le suivi.

Lors de l'analyse partagée, ont été repérées les pratiques suivantes :

- ✓ Intervention du pédopsychiatre du CMP au CAMSP de Lannion une demi-journée par mois pour les enfants pour lesquels l'équipe suspecte l'autisme.
- ✓ Des actions de formation sont en cours dans certains CAMSP : ainsi, le CAMSP de Brest bénéficie de supervision commune avec la pédopsychiatrie.

Les participants à la réunion d'analyse partagée groupe « transversal » rappellent que les CAMSP polyvalents sont amenés à répondre à toutes les situations dont celles des enfants autistes.

Le CAMSP de Brest fait état de parents sollicitant en parallèle de l'accompagnement CAMSP et de manière individuelle un diagnostic au CRA et reviennent vers les professionnels du CAMSP en leur annonçant que le CRA a diagnostiqué l'autisme.

A Brest, des parents d'enfants suivis au CAMSP sollicitent directement le CRA pour un avis. Le CRA peut solliciter le CAMSP a posteriori pour des compléments d'information. Pour le CAMSP Baudelaire, la coordination entre le CAMSP et le CRA est à travailler. Dans d'autres CAMSP comme à Lannion, un courrier du CAMSP est nécessaire pour solliciter un diagnostic auprès du CRA.

Sur le bassin rennais, les acteurs solliciteraient davantage le secteur de la pédopsychiatrie que les CAMSP en premier recours. Toutefois, des enfants avec autisme ou TED suivis en CAMSP/CMPP se rendent à l'Espace « Autisme et autres TED » à Rennes. Le SESSAD Mille sabord à Rennes (spécialisé TED) constate l'absence d'enfants orientés par les CAMSP du bassin rennais.

Les professionnels de CAMSP/CMPP du bassin rennais font état des difficultés de passage de relais vers la pédopsychiatrie pour les enfants avec autisme /TED ayant besoin de soins en psychiatrie et pour lesquelles les CAMSP/CMPP n'ont pas les moyens de les suivre. De ce fait, selon ces professionnels, il leur semble préférable, pour ces enfants, d'avoir comme porte d'entrée un CMP plutôt qu'un CAMSP ou CMPP pour une fluidité de parcours.

➔ **Nouvelles demandes adressées au CAMSP dans le cadre du travail de proximité avec les acteurs du territoire :** Les CAMSP sont de plus en plus sollicités pour des actions de prévention auprès de différents publics : nouveaux vulnérables, enfants ayant subi un traumatisme crânien... Ces demandes sont facilitées par une meilleure diffusion du rôle des CAMSP sur le territoire auprès des partenaires.

→ Spécificité de l'offre sur le bassin rennais

A la différence des autres territoires bretons ne comprenant qu'un CAMSP polyvalent, le bassin rennais dispose de plusieurs CAMSP. Jusqu'à récemment, l'offre en CAMSP polyvalent sur le bassin rennais était portée par 2 associations proposant 4 CAMSP adossés à des CMPP. Le manque de polyvalence des publics de ces CAMSP et la faible lisibilité de la différenciation entre les activités CAMSP et les activités CMPP ont été pointés par les tutelles en 2009, en amont de l'ouverture du CAMSP hospitalier.

Le CAMSP hospitalier a ouvert le 18 janvier 2010 avec un projet de service spécifique à destination des enfants issus de la réanimation/néonatalogie, les nouveau-nés vulnérables dans le cadre de prise en charge limitées dans le temps (6 mois prévus initialement). Ainsi, ce CAMSP, à la différence des autres CAMSP de la région, n'investit pas l'ensemble des missions réglementaires des CAMSP avec la même intensité. Ce CAMSP, après un temps de diagnostic, est amené à orienter les enfants vers d'autres acteurs, dont les CAMSP adossés à des CMPP du bassin rennais.

- **Peu de lisibilité sur la différence entre CAMSP et CMPP** pour les CAMSP adossés à des CMPP

Si les professionnels de CAMSP adossés à des CMPP soulignent l'intérêt d'un tel dispositif notamment en termes de continuité de soins, pour d'autres acteurs, ces dispositifs ne permettent pas de différencier l'activité CAMSP et de l'activité CMPP. Pour certains partenaires de ces CAMSP, la différence se pose en termes d'âge (CAMSP avant 6 ans et CMPP à partir de 6 ans). Par ailleurs, cette confusion est alimentée par des accompagnements inchangés lors des passages de CAMSP vers des CMPP⁷ ainsi que par la part importante des orientations à la sortie de CAMSP vers les CMPP (les autres fins de prises en charge CAMSP étant des arrêts et rarement des réorientations vers des SESSAD, des établissements médico-sociaux ou vers la pédopsychiatrie). De plus, lors de l'analyse partagée avec le groupe « CAMSP polyvalents bassin rennais », des participants ont mentionné

⁷ Le CAMSP Brizeux mentionne dans son rapport d'activité que des enfants de plus de 6 ans sont comptés administrativement en CMPP mais poursuite des soins en CAMSP en attente d'une orientation effective.

que si les CMPP disposaient de moyens supplémentaires, des enfants actuellement suivis en CAMSP seraient pris en charge en CMPP. Ce constat confirme bien le besoin de différencier au sein des moins de 6 ans les publics relevant d'un CAMSP de ceux relevant d'un CMPP et d'adapter l'offre pour répondre à ces publics.

Selon l'enquête ES 06 de la DREES, 1,9 % de la file active des CMPP de France étaient âgés de moins de 4 ans en 2006 et 18,3 % étaient âgés de 4 ans à moins de 7 ans, soit 20,2 % de la file active âgés de moins de 7 ans. En Bretagne, le SROSM mentionnait, suite à l'étude qualitative de l'activité menée de décembre 2010 à février 2011 dans les CAMSP et CMPP de Bretagne, la part des enfants de moins de 6 ans représente 32 % de leur activité. Or, certains CAMSP rennais adossés à un CMPP font état de moins de 15 % d'enfants de moins de 7 ans au sein de leur file active.

Dans l'optique de différenciation des activités CAMSP et CMPP, le CAMSP /CMPP du Gacet a modifié son processus d'admission (rapport d'activité 2011) :

« La décision de modifier le processus d'admission a pour but de ne plus avoir un seul critère d'âge pour l'admission au CAMSP mais de croiser les critères d'âge, de pathologies et de prise en charge spécifiques pour améliorer la visibilité et l'identité du CAMSP pour les partenaires.

Fonctionnement : la première consultation est assurée par un médecin du CAMSP et concerne tous les enfants de la naissance à 6 ans. Elle a pour objet d'évaluer si des soins sont nécessaires et dans quel cadre :

- *au CAMSP pour tous les enfants entre la naissance et 3 ans inclus*
- *au CAMSP ou au CMPP pour les enfants entre 4 ans inclus et 6 ans exclus, selon la pathologie et/ou la nécessité de prises en charge multiples à coordonner. Deux critères sont donc utilisés et croisés pour aboutir à cette décision concernant les enfants de plus de 4 ans : un critère d'âge et un critère psychopathologique concernant l'enfant ou ses parents ». (...)*

Enfin, d'autres acteurs différencient les CAMSP Gaston Chaissac et les Grisons des CAMSP du Gacet et Brizeux en termes de profils d'enfants adressés, notamment du fait des interventions du médecin pédiatre en rééducation fonctionnelle sur les deux premiers CAMSP.

- **Une polyvalence limitée des publics accompagnés** au sein de CAMSP rennais adossés à un CMPP

La répartition de la file active 2010 selon la déficience principale fait apparaître une sur-représentation des jeunes avec « troubles psy » au sein des CAMSP adossés à un CMPP sur le bassin rennais (cf. part des troubles « psy » supérieure à 40 % dans 3 des 4 CAMSP adossés à un CMPP contre une moyenne de 20 % des publics des CAMSP selon l'étude quantitative de la CNSA).

Il est rappelé que faute d'une nomenclature commune pour caractériser les publics, ces données sont à prendre avec précaution. Le travail en cours à l'échelle régionale devra permettre d'harmoniser cette caractérisation des publics. Des divergences d'appréciation sur les catégories sont évoquées au sein de la réflexion régionale autour des indicateurs communs, notamment sur la façon de codifier la déficience principale des enfants présentant des TED.

De plus, une partie des publics des CAMSP adossés à des CMPP sur le bassin rennais apparaît proche des publics accompagnés par les CMP Petite enfance (Capucines, Pomme d'Api, Petite Ours sur Rennes). Ces derniers exercent une mission de dépistage, diagnostic et soins également sur les lieux de vie de l'enfant. L'équipe CAMSP du Gacet a développé une pratique d'accompagnement du trouble psychiatrique grave et des troubles de type TED relevant d'un hôpital de jour, afin de pallier à la saturation du sanitaire. Un renforcement des réponses portées par la pédopsychiatrie permettrait à ce CAMSP de se recentrer sur d'autres publics.

Lors de la réunion d'analyse partagée du groupe « CAMSP polyvalents du bassin rennais », les participants ont fait état d'une offre de soins riche et variée pour enfants de moins de 3 ans présentant des « troubles psy », mais au détriment des autres populations telles que les enfants cérébro-lésés qui nécessitent notamment des moyens plus importants en psychomotricité.

Face aux délais d'attente des divers dispositifs, des prescripteurs conseilleraient aux familles de « frapper à toutes les portes » (CAMSP, CMPP, CMP). Or, cette pratique contribue à saturer les dispositifs, à désorienter les parents et à générer un manque de lisibilité sur les spécificités de chacun de ces dispositifs.

La prédominance de certains acteurs dans l'origine de la demande (accès direct, Education nationale, PMI ou service social) et inversement, la faiblesse de la part de l'hôpital (sauf pour le CAMSP Les Grisons) caractérisent également les publics de ces CAMSP.

Des entrées directes sur des séances de psychomotricité ou d'orthophonie sans passer par des séances avec le pédopsychiatre (frein pour certaines familles) sont attendues de la part de certains partenaires.

Pluridisciplinarité médicale et paramédicale restreinte de ces plateaux techniques au sein des CAMSP rennais adossés à des CMPP

L'absence ou le faible temps de pédiatre sur ces CAMSP adossés à des CMPP rennais ne favorise pas la polyvalence de ces services. En effet, l'étude qualitative de la CNSA (2009) identifiait la présence d'un pédiatre au sein d'une équipe CAMSP comme un facteur médian pouvant être commun à tous les CAMSP. Le CAMSP de Saint-Malo témoigne également de l'impact du recrutement d'un pédiatre au sein du CAMSP (approche plus somatique/pathologies organiques complexes ; facilitation du travail avec partenaires de la périnatalité, pédiatres, équipe hospitalière de rééducation fonctionnelle).

La présence du médecin pédiatre de rééducation fonctionnelle au CAMSP Les Grisons et au CAMSP Gaston Chaissac s'accompagne d'un pourcentage plus important d'enfants avec déficience motrice ou polyhandicap au sein de la file active 2010 au sein du CAMSP Les Grisons (impact sur la polyvalence moindre au CAMSP Gaston Chaissac en 2010).

Enfin, l'absence de kinésithérapeute au sein des équipes CAMSP en Ille-et-Vilaine, sauf au CAMSP hospitalier, peut limiter la polyvalence de ces services. De même, les temps de psychomotricien apparaissent insuffisants au regard des besoins.

Sur-handicap d'origine sociale au sein de la file active

Les troubles cliniques sont parfois associés à un sur-handicap d'origine sociale au sens de « contexte socio-familial particulier / carences affectives et éducatives » tel que le propose la classification CFTMEA axe II B. Cette vulnérabilité familiale induit un accompagnement important. Le rôle de l'assistante sociale (si elle est présente dans le plateau technique) se révèle alors particulièrement important.

Dans certains CAMSP, ce sont plus de 10 % des enfants de la file active qui sont comptés avec un sur-handicap d'origine sociale.

Le CAMSP Baudelaire à Brest précise que « *Le médecin pédiatre situe dans cette catégorie les enfants dont la pathologie est en lien avec un problème familial type mauvais traitement ou carence précoce massive (4 enfants en soins réguliers + 2 enfants vus en consultation externe). De nombreux enfants vivent dans un contexte de fragilité sociale : famille monoparentale, séparation des parents, placement chez une assistante familiale, recherche d'emploi des parents... Des parents connaissent eux-mêmes des problématiques de santé importantes (motrices, psychiques, somatiques...).* »

Cette caractéristique n'est pas renseignée par l'ensemble des CAMSP. Toutefois, elle peut apparaître via d'autres indicateurs tels que le nombre d'enfants bénéficiant d'un accompagnement social par le CAMSP et d'une mesure éducative ou d'un placement (ex : 42 enfants parmi les 182 de la file active du CAMSP de St Malo).

Précocité des admissions au sein des CAMSP polyvalents

Les CAMSP hospitaliers, à l'exception du CAMSP de Lannion, présentent une part importante d'admission d'enfants avant l'âge de 3 ans. Le CAMSP Horizons, anciennement hospitalier, présente également cette caractéristique. Ce sont également ces CAMSP qui présentent les proportions d'enfants de moins de un an parmi les admissions les plus importantes (> 30 %).

Ce constat vérifié sur d'autres régions, telles que la Région Centre (étude ARS/CREAI) ou l'étude quantitative de la CNSA sur les CAMSP⁸ de 2008, peut s'expliquer par l'implantation des CAMSP hospitaliers au sein des centres hospitaliers, par le fait que les services de pédiatrie ou de maternité orientent directement les enfants à la naissance s'ils présentent un trouble ou une pathologie pouvant être suivis par le CAMSP ou encore par le fait que des professionnels travaillent à la fois au CAMSP et dans un autre service hospitalier (maternité, pédiatrie, néonatalogie).

Le CAMSP hospitalier de Rennes, ouvert en 2010, propose un projet spécifique orienté davantage sur le dépistage et le passage de relais pour les prises en charge vers divers acteurs dont d'autres CAMSP. L'accueil précoce est y très développé (43 % des enfants de la file active 2010 ont été admis avant l'âge de 1 an et 56 % en 2011).

Parmi les 14 CAMSP polyvalents, 5 CAMSP ont admis en 2010 moins de 40% d'enfants âgés de moins de 3 ans lors de leur entrée au CAMSP. Parmi ces 5 CAMSP, 4 sont adossés à un CMPP.

➔ Priorisation des admissions des enfants en bas âge dans certains CAMSP

Certains CAMSP refusent les premières consultations au-delà d'un certain âge de l'enfant (4 ans au CAMSP de Lorient, 4 à 4,5 ans au CAMSP Farandole, 5 ans aux CAMSP de Vannes ou de Brest). Ce positionnement a été défini au regard des délais d'attente, du temps nécessaire pour la réalisation des bilans et de la priorité donnée aux interventions précoces.

⁸ La précocité du 1er accueil est accentuée dans les CAMSP ayant un statut hospitalier et dans les CAMSP qui pratiquent le plus de dépistages, et encore plus dans les CAMSP où les enfants ont été orientés à plus de 60 % par le secteur hospitalier. Au contraire le 1er accueil est plus tardif dans les CAMSP spécialisés surdité ou surdi-cécité.

→ Le suivi des nouveau-nés vulnérables

« La prise en charge très précoce des bébés vulnérables en Rhône-Alpes » Extrait. Etude du CREAI Rhône-Alpes à la demande de l'ARS Rhône-Alpes.

En vue d'assurer et d'accompagner le développement des réseaux de santé en périnatalité, la circulaire DHOS-O1-O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 en définit le cahier des charges national.

Ces réseaux « doivent proposer, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnées des professionnels concernés ». (L'objectif n'est donc pas de créer un dispositif supplémentaire lourd, mais bien d'assurer la coordination des acteurs et la continuité des parcours.)

L'organisation des réseaux de périnatalité doit permettre « le repérage des vulnérabilités psychosociales et l'accompagnement s'y rapportant, ainsi que le suivi à long terme des nouveau-nés vulnérables et susceptibles de développer un handicap. »

Bien que l'organisation fasse en pratique l'objet de financements distincts, la mission de suivi fait donc partie intégrante des objectifs des réseaux de périnatalité.

S'agissant du suivi des nouveau-nés vulnérables, la circulaire en définit les objectifs et les modalités (II. 4 – « un suivi organisé des nouveau-nés vulnérables »).

Les objectifs :

Assurer le dépistage et l'orientation précoce des déficiences majeures mais également des déficiences modérées et mineures ;

Fournir des informations quantitatives permettant de définir précisément quels sont les besoins nécessaires à la prise en charge des enfants vulnérables (CAMSP par exemple) ;

Fournir des données épidémiologiques permettant pour certains groupes (grands prématurés en particulier) de préciser leur pronostic, de comparer les pronostics entre régions et de donner ainsi aux équipes soignantes un retour sur leurs pratiques. C'est un complément essentiel à toute évaluation d'une politique périnatale ;

Améliorer la prise en charge globale des enfants non vulnérables du fait de la formation générale dispensée aux médecins responsables du suivi ;

Donner aux familles la possibilité de poursuivre le suivi. Les familles se sentent souvent très entourées durant l'hospitalisation néonatale puis « abandonnées », « livrées » à elles-mêmes à la sortie du service de néonatalogie face à un système de santé qu'elles connaissent mal. Offrir un suivi organisé est un élément extrêmement rassurant pour les familles. Cet objectif est en lui-même un objectif majeur et suffisant à justifier la mise en place d'une telle organisation.

Les enfants concernés :

Au moins tous les enfants hospitalisés en période néonatale devraient faire l'objet d'un suivi spécifique organisé dans le cadre des réseaux de santé en périnatalité afin de mesurer l'impact des pathologies périnatales mais aussi l'impact de l'hospitalisation elle-même sur l'enfant et sa famille (quelle que soit la durée d'hospitalisation).

Néanmoins, cette population représentant environ 10 % des nouveau-nés, il n'apparaît pas pour l'instant réaliste d'envisager un suivi structuré et précis de tous ces enfants.

Par conséquent, il convient de choisir des groupes qui paraissent les plus à risque et notamment :

- Les grands prématurés d'âge gestationnel 32 SA à haut risque de déficiences modérées ou mineures qui peuvent entraver la scolarité mais aussi l'intégration dans la famille et la société ;
- Tous les enfants ayant présenté une pathologie lourde en période néonatale et notamment ceux hospitalisés en réanimation néonatale ;
- Les enfants sans pathologie périnatale sévère mais ayant nécessité une hospitalisation prolongée (par exemple, en raison d'un faible poids de naissance et/ou d'une prématurité modérée) ;
- Les enfants présentant un risque particulier éventuel sur le plan psychique et/ou somatique (enfants nés à la suite d'une AMP ou après diagnostic en CPDPN, enfants nés de mères séropositives pour le VIH, enfants dont la mère a souffert d'une dépression grave durant la grossesse ou en post partum,...).

Il est évidemment possible de limiter ou d'élargir le suivi à d'autres groupes particuliers de patients.

Organisation du suivi :

Le projet de suivi envisage la prise en charge de l'enfant dans sa globalité physique et psychique au plus près de son domicile, par un médecin en situation de coordonner l'ensemble des prestations offertes à l'enfant par le système sanitaire social et éducatif.

En pratique, l'organisation du suivi doit être très fortement ancrée dans le secteur extra-hospitalier en faisant participer les médecins libéraux (pédiatres, neuropédiatres et médecins généralistes), les kinésithérapeutes, les médecins rééducateurs fonctionnels, les psychomotriciens, les orthophonistes, les ophtalmologistes, les médecins ORL ainsi que les institutions : CAMSP, PMI, médecine scolaire, CMP, CMPP, SESSAD...

Cependant, le tissu des professionnels qui doit être impliqué dans le suivi des enfants vulnérables est très variable d'un réseau à l'autre ou d'une région à l'autre tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Il appartient donc à chaque réseau d'identifier, en fonction des réalités locales, les professionnels disponibles pour développer ce type de suivi.

La circulaire de 2006 relative au cahier des charges des réseaux de périnatalité reste peu contraignante dans les modalités de fonctionnement des réseaux et de l'organisation du suivi ; elle évoque ainsi leur variabilité « d'un réseau à l'autre et d'une région à l'autre ».

Le plan périnatalité 2005-2007 aborde la problématique du handicap principalement dans l'action 1.7 par un suivi et une prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap sous trois angles :

- l'élaboration de protocoles standardisés d'évaluation des enfants présentant des risques de troubles du développement ;
- le suivi des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap dans les réseaux ville-hôpital ;
- le renforcement de la capacité des CAMSP (poursuite des plans 2003-2007
⇒ financement pour la création ou l'extension de 110 CAMSP sur 5 ans.

Secondairement, au titre de l'axe 2, proximité :

- l'action 2.1 de développement des réseaux en périnatalité se fixe un objectif de couverture totale du territoire fin 2005 (un cahier des charges national, un label de conformité, un financement sur la DNDR). Les liens ville/hôpital/PMI sont cités. L'implication des CAMSP est à préciser.
- l'action 2.3 concerne la PMI, citée comme acteur-clé du réseau. Les actions prévues sont exclusivement centrées sur la communication et le partage d'information autour de la PMI et notamment autour de l'exploitation des certificats de santé.

Lors de la première réunion du comité de pilotage de l'étude le 7 septembre 2011, l'organisation du suivi des nouveau-nés vulnérables en Bretagne avait été interrogée, avec le constat d'absence de définition consensuelle de cette population sur l'ensemble de la Bretagne. Les seuils utilisés sont-ils liés aux moyens disponibles ?

Si la circulaire de 2006 définit un cadre au suivi des nouveau-nés vulnérables, chaque département a organisé ce suivi avec des niveaux d'intervention différents. De même, au sein d'un même département, les pratiques diffèrent. L'objectif est de disposer d'un niveau de suivi identique sur l'ensemble des départements. Cette démarche est effective dans les Côtes d'Armor et l'Ille-et-Vilaine, une dynamique est à l'œuvre dans le Morbihan. Les protocoles de suivi sont en cours de rédaction et seront déclinés par les réseaux périnatalité. Les participants font état de désaccords entre médecins autour de ces protocoles.

Comme le mentionnait le volet périnatalité du SROS de Bretagne, « un programme de suivi des nouveau-nés vulnérables se met en place progressivement dans le cadre d'une réflexion commune aux 4 réseaux périnataux, avec des modalités d'application différentes.

Des actions de formations, d'échange et d'évaluation des pratiques, de définition des liens fonctionnels entre structures de différents niveaux, portés par 4 réseaux périnataux départementaux. Ces réseaux ont acquis leur légitimité et sont devenus un partenaire incontournable dans l'organisation des relations entre les différents acteurs de la périnatalité et dans la garantie de l'amélioration de la qualité des pratiques. Une dynamique de formation et d'amélioration dans la

qualité des pratiques dont témoignent l'adhésion et l'engagement des établissements dans le programme NIDCAP. ».

Ce volet a défini comme orientation l'objectif de « Garantir la sécurité et la qualité des soins ainsi que l'efficacité » pour le post-partum :

- « Développer un dispositif organisé de suivi des nouveau-nés vulnérables sur l'ensemble de la région pour tous les enfants répondants aux critères de sélection proposés par l'Inserm, selon des modalités pratiques qui peuvent être différents d'un département à l'autre mais qui répondent à un cahier des charges régional unique (principes d'organisation, charte, modalités de financement, programme de suivi – évaluation...).
- Organiser un dispositif pour assurer la continuité des soins du post-partum pour la mère et l'enfant en ambulatoire qui répond à un cahier des charges régional unique recouvrant des objectifs en matière de sorties anticipées mais aussi en matière de promotion de l'allaitement maternel, de développement des projets de soutien à la parentalité et de mise en place des suivis des vulnérabilités médicales, sociales ou psychologiques. Les modalités d'application seront adaptées aux conditions locales (politiques des partenaires, PMI notamment ; réalités démographiques des acteurs, structures et dispositifs de prise en charge existants...)

Ce dispositif s'appuiera sur les expérimentations menées sur plusieurs territoires bretons avec une prise de relais par les professionnels de santé libéraux ou sages-femmes hospitalières, voire une structure d'HAD dans le cas des situations pathologiques complexes.

- Un dispositif spécifique sera organisé pour la prise en charge des troubles psychopathologiques sévères sans rupture des liens mère – enfant.
- Améliorer le repérage des vulnérabilités psychologiques et sociales pendant la grossesse et assurer leur prise en charge dans le cadre d'une coordination interprofessionnelle. »⁹

⁹ Plan d'action défini dans le volet périnatalité du SROS de Bretagne concernant l'objectif « Améliorer le suivi des mères et des enfants dans le post partum » :

- Définir le cahier des charges du dispositif de suivi des nouveau-nés vulnérables au bénéfice des prématurés et des nouveau-nés ayant fait l'objet d'une hospitalisation en néonatalogie en précisant :
- les missions et le rôle d'une coordination régionale

La volonté des réseaux périnatalité est que les enfants sortant de périnatalité aient un suivi régulier afin de dépister les éventuels troubles et assurer un accompagnement ou une guidance parentale. Il n'y a pas de schéma pré-établi sur la place des CAMSP dans ce suivi. Il est rappelé que les réseaux périnatalité ne sont pas dans la prise en charge mais dans l'organisation de cette prise en charge : ils ont un rôle d'organisateur en utilisant les ressources existantes dont les CAMSP. A titre d'exemple, le réseau ADEPAFIN des Côtes d'Armor fait état de l'activité du CAMSP Horizons de St Brieuc en matière de suivi des enfants nés prématurément.

Des CAMSP participent aux réseaux de périnatalité et au réseau d'aval régional de périnatalité (cités par 6 CAMSP bien que davantage de CAMSP soient en relation avec ce réseau) :

- Réseau ADEPAFIN sur les Côtes d'Armor : le CAMSP Horizons est un partenaire actif du réseau : le Médecin Directeur a une voix au CA, le CAMSP participe activement aux formations organisées par le réseau. Les 2 CAMSP polyvalents des Côtes d'Armor ont une convention avec le réseau de périnatalité. Ils participent à des actions de formation en commun.
- Réseau périnatalité de Bretagne occidentale (RPBO) : le CAMSP Baudelaire a une convention avec ce réseau. Les 3 CAMSP polyvalents du Finistère participent à des actions de formation avec ce réseau.
- Réseau périnatal BNIV (Bien Naître en Ille et Vilaine) avec un projet de Réseau de suivi des nouveau-nés vulnérables BGIV (Bien Grandir en Ille et Vilaine) implanté au CAMSP hospitalier de Rennes à partir de 2012. Aucune

- la place des services de néonatalogie et de pédiatrie, des CAMSP, de la PMI et des professionnels libéraux dans l'organisation opérationnelle du suivi au sein de chaque réseau départemental

- Définir les objectifs d'un projet de suivi des mères et des enfants dans le post partum :
- Soutien de la relation mère enfant, prévention des troubles du lien familial, de la dépression post-natale.
 - accompagnement de l'allaitement maternel.
 - réduction des durées de séjour en maternité corrélée à la mise en place des relais à domicile
 - soutien à la parentalité

L'ensemble des partenaires des réseaux de périnatalité devront être associés au projet (Sages femmes libérales mais également médecins généralistes et pédiatres, PMI et l'ensemble des dispositifs d'accompagnement au domicile).

convention n'est mentionnée entre les CAMSP d'Ille-et-Vilaine et ce réseau. Des professionnels du CAMSP Farandole sont impliqués dans ce réseau via des participations à des formations (pédiatre) ou au conseil d'administration (psychologue).

- Le réseau Périnat 56 : le CAMSP Eclore partage une charte ou document équivalent avec ce réseau tandis que le CAMSP Le Coin de soleil mentionne des interventions dans les locaux du partenaire.

Selon l'investigation par questionnaire, parmi les 14 CAMSP polyvalents, 9 CAMSP déclarent assurer le suivi de nouveau-nés vulnérables, de manière marginale (4 enfants de la file active 2010 au CAMSP St Malo) à 120 enfants (CAMSP Eclore) ou 130 (CAMSP Horizons).

Parmi les 9 CAMSP impliqués dans ce suivi :

- 4 ont pour définition, la population des enfants nés à un terme < 32 semaines et poids de naissance < 1 500 g. Parmi eux, un CAMSP s'adresse également aux enfants présentant une encéphalopathie anoxo-ischémique périnatale ou autres pathologies neurologiques repérées dans les premiers jours de vie ; Syndrome d'alcoolisation fœtale
- 1 CAMSP celle des enfants nés à un terme < 30 semaines et < poids de naissance 1 200 g
- 1 CAMSP celle des enfants nés à un terme < 30 semaines et < poids de naissance 1 000 g
- 1 CAMSP celle des enfants nés à un terme < 30 semaines sans critère de poids de naissance
- Pour le CAMSP hospitalier de Rennes, Terme < 28 SA, poids de naissance < 750 g, pathologies neurologiques et/ou génétiques identifiées en période périnatale, cumul de vulnérabilité

➔ Hétérogénéité des modalités et intensités de l'inscription du CAMSP dans ces suivis :

- CAMSP Horizons : la psychomotricienne intervient en amont en néonatalogie. Le suivi des nouveau-nés vulnérables (< 30 semaines, < 1000 g et/ou souffrance néonatale sévère) est assuré par un médecin néonatalogiste, une psychologue, une psychomotricienne, une kinésithérapeute, suivant un programme d'au moins 5 à 6 consultations

dans les 6 premières années. Les autres membres de l'équipe peuvent être sollicités à la demande. Le groupe «marmots» une fois par mois encadré par une psychomotricienne et une kinésithérapeute, permet un accompagnement postural et relationnel sur 3 séances dans les premières années de vie. Ce suivi s'intègre actuellement dans le programme de suivi des enfants vulnérables coordonné par le réseau d'aval issu du réseau périnatal, en lien avec les 4 départements bretons. Un cahier de suivi est remis aux familles dès la sortie du service de néonatalogie, et les données épidémiologiques sont recueillies par le réseau. Le pédiatre de néonatalogie intervient tous les jeudis matin au CAMSP pour le suivi des nouveau-nés vulnérables. Par ailleurs, le CAMSP est impliqué dans une étude avec le CHU de Rouen sur les conséquences sur le développement du langage chez les nouveau-nés vulnérables. Des professionnels sont communs au CAMSP et au service néonatalogie : psychomotricienne, kinésithérapeute et médecin. Les sorties à domicile sont encadrées par le réseau de suivi, PMI, CAMSP (<30SA). L'accueil proposé au CAMSP est composé d'une première consultation à 3 mois d'AC (consultation médicale puis séance psychomotricienne / psychologue).

- CAMSP Baudelaire à Brest : le CAMSP travaille dans le cadre du réseau de périnatalité de Bretagne occidentale (RPBO). Participation des médecins du CAMSP aux staffs de néonatalogie et de neuropédiatrie. La psychomotricienne du CAMSP intervient en amont en néonatalogie une demi-journée par semaine. Le CAMSP suit la population des enfants nés à un terme < 32 semaines et poids de naissance < 1 500 g. Protocole mis en place : 3 consultations conjointes lors de la première année (3 mois, 9 mois, 12/18 mois) avec psychomotricien, orthophoniste et organisation du suivi jusqu'aux 6 ans de l'enfant). Des moyens spécifiques ont été alloués au CAMSP pour assurer ce suivi. CAMSP Baudelaire à Brest. L'activité de suivi des nouveau-nés vulnérables est développée par le CAMSP depuis presque trois ans. En 2010, 10 enfants suivis dans le cadre du protocole ont intégré le suivi de soins réguliers.
- CAMSP de Cornouaille : mise en place en 2012 du protocole de suivi des prématurés en collaboration avec le service de néonatalogie basé sur les recommandations du réseau de périnatalité. Population des enfants nés à un terme < 32 semaines et poids de naissance < 1 500 g. Tous les enfants sortant de néonatalogie sont orientés vers le CAMSP. La kinésithérapeute

du CAMSP intervient en amont en néonatalogie. Le CAMSP et le pédiatre de néonatalogie assurent conjointement le suivi. Toutefois, le CAMSP attire l'attention sur le fait qu'il ne pourra tenir les délais d'évaluation en psychomotricité définis dans le protocole. Les enfants nés à un terme < 30 semaines naissent à Brest et sont « visités » par la psychomotricienne du CAMSP de Brest en néonatalogie : aujourd'hui, cette professionnelle vérifie la domiciliation de la famille avant de présenter le protocole de suivi, qui diffère entre les CAMSP de Brest, de Quimper et de Morlaix.

- CAMSP Coin du Soleil de Vannes : Rendez-vous programmé au CAMSP systématiquement 3 mois après la sortie du service néonatalogie (enfants nés à un terme < 30 semaines et < poids de naissance 1 000 g - environ 100 enfants pour suivi et surveillance). La puéricultrice du CAMSP intervient en amont en service de néonatalogie. Le CAMSP et le service néonatalogie assurent conjointement le suivi post-néonatalogie.
- CAMSP de Lorient : propose un dispositif pré-CAMSP, groupe qui accueille les enfants nés vulnérables orientés par la néonatalogie. La puéricultrice du CAMSP travaille avec la puéricultrice de la PMI et elles s'entendent pour définir les accompagnements. Tous les enfants sortant de néonatalogie sont orientés vers le CAMSP. Un travail en amont est réalisé par les professionnels du CAMSP. Population des enfants nés à un terme < 32 semaines et poids de naissance < 1 500 g. Uniquement consultation médicale.
- CAMSP St Malo : le CAMSP hospitalier de Rennes adresse les enfants soit au CAMSP de St Malo soit à l'hôpital de St Malo pour ces suivis. Le service de pédopsychiatrie a développé des compétences pour le suivi des tout petits. L'orientation vers le CAMSP ou le service de pédopsychiatrie se fait en fonction du service de pédiatrie. Le pédiatre du CAMSP exerce également en service pédiatrique hospitalier.
- CAMSP Farandole travaille avec le CAMSP hospitalier de Rennes qui réoriente vers le CAMSP Farandole sur Vitré/Fougères. Pour l'instant, le CAMSP ne peut pas mettre en place le protocole de suivi faute de moyens.

Exemple de dispositif hors Bretagne : La P'tite Cabane, à Vienne (38) de l'APAJH

CAMSP polyvalent de 45 places, étendu à 65 places avec la création de l'équipe mobile.
Membre du comité de pilotage de l'APPEVE, réseau périnatal et petite enfance de Vienne et environs.

Des détachements de personnel :

- une éducatrice dans un lieu de parentalité en référence à la maison verte créée par Françoise Dolto

- une psychomotricienne à l'hôpital par intégration dans l'équipe de pédopsychiatrie de liaison qui intervient en maternité et néonatalogie

Intervention sur le bassin de vie viennois situé à l'interface de 5 départements : Isère, Rhône, Loire, Drôme et Ardèche

Initialement prévu dans le cadre d'une création spécifique en marge du CAMSP afin de ne pas stigmatiser les difficultés potentielles, le projet a dû être réajusté pour obtenir une validation par les autorités de tarification.

● Ainsi, validé par l'ARS en date du 18 mai 2010, via une augmentation de capacité de 20 places obtenue dans le cadre de la dernière fenêtre CROSMS, ce projet va voir le jour. Cette équipe disposera de locaux distincts de ceux du CAMSP.

L'initialisation du lien

● Dès la maternité, néonatalogie de niveau 3 voire niveau 2, il sera proposé une rencontre avec soit une éducatrice spécialisée soit une puéricultrice. Cette première prise de contact favorisera les échanges futurs.

● Une fois au domicile, en partenariat avec la PMI, des rencontres régulières auront lieu afin d'apporter une écoute attentive aux inquiétudes et aux besoins des familles.

● En fonction des situations, à la demande, des paramédicaux effectueront des évaluations des troubles éventuellement constatés par les familles.

● Au terme de ces interventions précoces, l'enfant sera orienté vers la structure la mieux adaptée à prendre le relais si des soins durables s'avèrent nécessaires.

● Il pourra s'agir d'un CAMSP, d'un CMP, d'un praticien libéral ou simplement d'un arrêt d'intervention. Ce passage, travaillé en équipe, canaliser les angoisses familiales et s'effectuera ainsi plus en douceur pour les familles.

● L'équipe restera un lieu-ressource permanent pour la famille qui pourra à tout instant solliciter l'équipe.

L'équipe pluridisciplinaire

● Une infirmière puéricultrice spécialiste du bébé prématuré.

● Une éducatrice spécialisée pour favoriser l'écoute et la mise en lien.

● Des paramédicaux à temps partiel pour évaluer au domicile et tester des signes précurseurs détectés.

● Un pédiatre à temps partiel pour faire le lien avec l'hôpital mais également pour collaborer avec le réseau Ecl'Aur de suivi des grands prématurés.

Le CAMSP de Vienne propose ainsi la création d'une unité en pleine adéquation avec l'annexe XXXII bis du décret 76-389 régissant les CAMSP et la circulaire des réseaux périnataux du 30 mars 2006. Cette équipe conjuguera quatre dimensions :

● accompagnement dans la découverte de l'enfant, l'éventuelle révélation de la déficience et

ses incidences.

● pôle ressources : un repère durable pour les familles.

● inscription dans le cadre du protocole régional de suivi des grands prématurés du réseau périnatal lyonnais Aurore.

● un quatrième volet proposera des soins à domicile pour les enfants difficilement transportables en raison d'un état de dépendance majeur...

Est identifié comme facteur facilitateur à cette précocité des admissions, l'intervention de professionnels de CAMSP dans les locaux du service de néonatalogie.

Le suivi systématique des nouveau-nés vulnérables fait émerger d'importants besoins de psychomotricité que les équipes de certains CAMSP ne peuvent couvrir.

✓ Précocité des admissions au sein des CAMSP spécialisés (déficience auditive)

Parmi les 4 CAMSP spécialisés, seul le CAMSP de l'AFDA a admis en 2010 moins de 40 % d'enfants âgés de moins de 3 ans.

Le CAMSP Tournemine se distingue avec une part importante d'enfants de moins de 1 an lors de l'admission en 2010.

L'arrêté ministériel organisant le dépistage néonatal de la surdité a été publié au journal officiel le 4 mai 2012 : tous les nouveau-nés pourront désormais bénéficier d'un dépistage de la surdité permanente avant leur sortie de la maternité. Ce texte de loi ne fait cependant pas l'unanimité.

Aujourd'hui en France, 1 enfant sur 1 000 naît avec une déficience auditive, soit 800 enfants par an. Ce n'est en moyenne qu'entre 16 et 18 mois que l'on repère une surdité. Pour Edwige Antier, qui a défendu le texte devant l'Assemblée, l'objectif d'un dépistage précoce est d'éviter tout retard dans l'acquisition du langage et de permettre le "développement optimal de l'apprentissage de la communication". Le Pr Bernard Fraysse (chef du service ORL à l'hôpital Purpan de Toulouse), de son côté, estime que la surdité répond aux trois critères d'un dépistage utile en termes de santé publique, à savoir "la fréquence, un dépistage facile et la possibilité d'une prise en charge précoce".

Le texte de loi prévoit que le ministère de la Santé établisse un cahier des charges définissant le programme de dépistage de la surdité néonatale, qui sera mis en œuvre par les ARS. Le dépistage devra être systématiquement proposé aux parents du bébé avant sa sortie de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou avant la fin du 3ème mois si l'examen n'a pas pu être réalisé dans les temps. Les professionnels de santé devront parallèlement informer les parents des différents modes de communication existants, en particulier le langage des signes.

Ce dépistage systématique était déjà en place dans certaines maternités. Toutefois, toutes les maternités n'ont pas d'ORL pour faire ce dépistage. Ainsi, sur Vitré, le CAMSP va être sollicité pour ce dépistage faute d'ORL à la maternité.

Ce dépistage systématique va avoir un impact sur les CAMSP spécialisés déficience auditive sur les territoires où les maternités n'ont pas d'ORL.

Ce dépistage systématique va s'accompagner d'une demande d'accompagnement pour le choix du mode de communication. Les évolutions vont très vite dans ce domaine (ex : bi-implantation). Les accompagnements sont de plus en plus précoces (enfants de moins de 1 an), ce qui suppose un accompagnement des pratiques professionnelles pour intervenir auprès des bébés et des tous petits.

Nombre d'admissions en 2010 et répartition en pourcentage par âge à l'entrée

Limite : Les données reflètent la situation de 2010 et cette photographie a évolué dans un certain nombre de CAMSP. Aussi, les constats seront à nuancer ou à réinterroger au regard de données plus récentes.

CAMSP polyvalents	Nb admissions	Âge à l'admission des enfants admis au CAMSP en 2010							
		<1 an	1 à <2	2 à <3	< 3	3 à <4	4 à <5	5 à <6	6 à <7
CAMSP Horizons	117	15,4	37,6	14,5	67,5	12,0	10,3	10,3	0,0
CAMSP Hospitalier Lannion	55	1,8	18,2	12,7	32,7	27,3	10,9	23,6	5,5
CAMSP Baudelaire	233	10,3	21,9	16,3	48,5	14,2	14,2	13,3	9,9
CAMSP Hospitalier Quimper	118	32,2	19,5	20,3	72,0	0,0	0,0	28,0	0,0
CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix	58	13,8	12,1	32,8	58,7	31,0	10,3	0,0	0,0
CAMSP. Farandole	46	4,3	13,0	37,0	54,3	30,4	15,2	0,0	0,0
CAMSP PEP St Malo	182	1,1	7,7	20,3	29,1	29,1	21,4	20,3	0,0
CAMSP Gaston Chaissac	144	4,2	18,8	13,2	36,2	18,8	23,6	21,5	0,0
CAMSP. du Gacet	134	1,5	8,2	13,4	23,1	32,8	26,1	17,2	0,7
CAMSP Les Grisons	31	3,2	16,1	22,6	41,9	22,6	25,8	6,5	3,2
CAMSP Brizeux	50	0,0	2,0	14,0	16,0	28,0	40,0	16,0	0,0
CAMSP Hospitalier Rennes	353	42,8	23,2	13,3	79,3	10,2	5,9	3,7	0,8
CAMSP Eclore	117	24,8	17,9	13,7	56,4	18,8	17,9	3,4	3,4
CAMSP Le coin de soleil	219	3,7	19,6	14,2	37,5	22,4	25,6	12,8	1,8

CAMSP spécialisés déficience auditive	Nb admissions	Âge à l'admission des enfants admis au CAMSP en 2010							
		<1 an	1 à <2	2 à <3	< 3	3 à <4	4 à <5	5 à <6	6 à <7
CAMSP Tournemine	3	33,3	33,3	0,0	66,6	33,3	0,0	0,0	0,0
CAMSP DA Brest	12	8,3	16,7	0,0	25,0	25,0	33,3	16,7	0,0
CAMSP Kerveiza	15	6,7	20,0	33,3	60,0	6,7	20,0	13,3	0,0
AUDI CAMSP	24	12,5	12,5	20,8	45,8	25,0	8,3	16,7	4,2

CAMSP polyvalents	assure le suivi de nouveau-nés vulnérables	nombre de suivis de nouveau-nés vulnérables au sein de la file active 2010	Définition retenue pour la population « nouveau-nés vulnérables »		
			< 32 semaines et < 1 500 g	< 30 semaines et < 1 000 g	Autre, précisez
CAMSP Horizons	Oui	130		x	
CAMSP Hospitalier Lannion	Oui	22			
CAMSP Baudelaire	Oui	96	X		encéphalopathie anoxo-ischémique périnatale ou autres pathologies neurologiques repérées dans les premiers jours de vie ; Syndrome d'alcoolisation fœtale
CAMSP Hospitalier Quimper	Oui	28	X		Seuls les enfants « suspects » à la consultation pédiatrique des prématurés sont adressés au CAMSP
CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix	Oui				<32 semaines
CAMSP Farandole	Non				
CAMSP PEP St Malo	Oui	4	X		A risque de handicap (maladies génétiques)
CAMSP Gaston Chaissac	Non				
CAMSP du Gacet	Non				
CAMSP Les Grisons	Non				
CAMSP Brizeux	Non				
CAMSP Hospitalier Rennes	Oui				Terme < 28 SA, poids de naissance < 750 g, pathologies neurologiques et/ou génétiques identifiées en période périnatale, cumul de vulnérabilité
CAMSP Eclore	Oui	125	X		Réa néonatale, anomalie repérée à la naissance : ex syndrome génétique, malformatif
CAMSP Le coin de soleil	Oui	100			<30 semaines et <1200 g

CAMSP spécialisés déficience auditive	assure le suivi de nouveau-nés vulnérables	nombre de suivis de nouveau-nés vulnérables au sein de la file active 2010	Définition retenue pour la population « nouveau-nés vulnérables »		
			< 32 semaines et < 1 500 g	< 30 semaines et < 1 000 g	Autre, précisez
CAMSP Tournemine	Non				
CAMSP DA Brest	Non				
CAMSP Kerveiza	Non				
AUDI CAMSP	Non				

6 CAMSP sur les 14 CAMSP polyvalents déclarent proposer un accompagnement anténatal auprès des familles. Les familles sont alors orientées vers le CAMSP par le Centre de diagnostic prénatal (4), par le service de maternité (4), par le service de néonatalogie (3).

Etablissement	Acteurs qui orientent les familles vers le CAMSP				Quelles actions proposez-vous dans le cadre d'un accompagnement anténatal des familles (Actions sur des grossesses à risques...) ?
	Centre de diagnostic prénatal	Service maternité	Service néonatalogie	Autres	
CAMSP Horizons	x	x	x		Participation aux actions et formations du Réseau Périnatal (Réseau ADEPAFIN). Le médecin néonatalogiste qui intervient au niveau du CAMSP participe aux staffs de diagnostic prénatal (staff anténatal) et rencontre les familles à la demande. De façon très ponctuelle, nous avons pu être amenés à rencontrer quelques familles dont l'enfant à naître était porteur de trisomie 21
CAMSP Hospitalier Lannion	x	x	x		
CAMSP Hospitalier Quimper		x			Entretiens avec les 2 parents et les rééducateurs qui prendront en charge l'enfant avec diagnostic anté natal d'une pathologie
CAMSP du Gacet				Famille inscrite et consultant pour un autre enfant	Accompagnement psychologique à la demande des parents
CAMSP Les Grisons	x	x	x		Accompagnement parental, psychologique et éventuellement administratif
CAMSP Hospitalier Rennes	x				Dans le cadre du CPDP (centre de diagnostic prénatal) : Informations délivrées aux parents par le médecin du CAMSP (neuropédiatre) sur les risques de troubles du développement, sur la nécessité d'un suivi du développement en post natal et sur les modalités éventuelles de prise en charge en cas de difficultés repérées. Proposition de suivi au sein du CAMSP si le domicile des parents correspond à la zone géographique d'intervention. En parallèle, intervention des néonatalogistes dans le service des grossesses à risque

→ Préconisations

- Définir et rendre lisible à l'échelle régionale le rôle des CAMSP dans le suivi des nouveau-nés vulnérables. Identifier les moyens nécessaires pour décliner les protocoles de suivi (en termes de compétences, formation, ...)
- Définir le positionnement des CAMSP vis-à-vis des enfants âgés de plus de 5 ans pour une première consultation :
 - soit refus d'admission en CAMSP et réorientation vers autres dispositifs (SESSAD, CMPP, CMP...) en priorisant ces admissions et en réalisant un travail avec les partenaires
 - Soit définir un type d'accueil et d'accompagnement spécifique pour ces enfants sur une durée courte
- Revoir les agréments de certains CMPP (CMPP de St Brieuc) et SESSAD avec un abaissement des âges d'admission le plus tôt possible pour permettre des passages de relais dès que possible (avant 6 ans).
- Développer des places de SAFEP pour déficients visuels en Ille-et-Vilaine, actuellement dépourvu de réponses pour les enfants en bas âge déficients sensoriels. Un CAMSP ne remplace pas un SAFEP (dont l'accès nécessite une notification de la CDAPH comme pour les SESSAD) : les interventions à domicile, sur l'environnement sont plus intenses en SAFEP qu'en CAMSP.
- Rappeler la place du CRA en matière de diagnostic, positionné en 3^e niveau après les équipes associées sauf sur le Finistère et les Côtes d'Armor, en second niveau. Le premier niveau étant assuré par les équipes de proximité dont font partie les CAMSP. Soutenir les actions de formation au dépistage de l'autisme¹⁰ ainsi que les actions de supervision ou analyse de pratiques avec les équipes associées.

¹⁰ La Haute Autorité de Santé a établi des recommandations en matière de dépistage des signes d'alerte et de diagnostic chez l'enfant. La déclinaison régionale du Plan Autisme, dont l'ARS a la charge, prévoit de diffuser largement ces recommandations afin de promouvoir le dépistage précoce des troubles. L'ARS et le CRA de Bretagne ont organisé des rencontres départementales en septembre /octobre 2012 afin de proposer une information permettant aux professionnels de la petite enfance de repérer les signes d'alerte et d'orienter au mieux les enfants et leurs parents. Ces rencontres s'adressent aux professionnels pouvant être amenés dans leur activité à détecter chez les enfants des troubles autistiques et notamment aux médecins généralistes, pédiatres

- Sur le bassin rennais, proposer une ré-organisation de l'offre de soins pour les moins de 6 ans :
 - Identifier les besoins d'enfants de moins de 6 ans non pris en charge sur le bassin rennais par les CAMSP.
 - Renforcer l'offre des CMP à destination des moins de 6 ans
 - Renforcer l'offre de CMPP : requalification de certaines places CAMSP en places CMPP
 - Favoriser la polyvalence des CAMSP/CMPP du bassin rennais :
 - Temps de pédiatre suffisant,
 - Travail avec les partenaires
 - Recentrage des CAMSP sur leurs publics (cf. CAMSP le Gacet / troubles psychiatriques relevant de la pédopsychiatrie) et adaptation des CAMSP aux besoins des enfants adressés par le CAMSP hospitalier : « *Le projet CAMSP devra s'adapter à la nouvelle population notamment du CAMSP Hospitalier et répondre aux besoins de la population du secteur géographique RENNES Sud et Couronne* » (entretien CAMSP le Gacet)

Propositions :

- Option 1 : Soit maintien des 4 CAMSP actuels adossés à des CMPP mais avec redéfinition des projets de service
 - Construire la polyvalence des CAMSP et de fait mettre en place une sectorisation (répartition des aires de recrutement)
 - Ou identifier des projets spécifiques à chaque CAMSP (« spécificité « psy » du CAMSP Le Gacet ou Brizeux, polyvalence aux CAMSP Grisons et Gaston Chaissac pour les cérébro lésés) et dans ce cas les rendre lisibles.
- Option 2 : Soit regroupement de CAMSP pour renforcer les équipes et contribuer à la pluridisciplinarité et à une plus grande lisibilité des dispositifs.

Des premières réflexions de regroupement avaient été initiées en 2009, comme en fait état le rapport d'activité du CAMSP Brizeux :

libéraux et hospitaliers, internes, orthophonistes, médecins de l'Education Nationale, médecins et professionnels de crèche, de PMI, de CAMSP, de CMPP et de MDPH.

« Dans la perspective de l'ouverture du CAMSP hospitalier, une rencontre a été initiée par la DAS 35 et le CG 35 avec l'ARASS et l'ADPEP en janvier 2009. Les financeurs ont formulé leurs attentes, à savoir :

- constituer sur le sud de Rennes un dispositif CAMSP polyvalent plus lisible et répondant aux besoins de la population et aux besoins du CAMSP Hospitalier
- étudier le groupement des deux CAMSP GACET et GRISONS sur les Grisons avec un glissement de places CMPP vers le Gacet
- la DDASS parle d'autonomie administrative des CAMSP
- La notion de polyvalence est déterminée par le plateau technique (avec pédiatre) et la population accueillie »

Suite à une rencontre de l'ARASS avec la DDASS le 22/03/11 et en lien avec le projet de déménagement des locaux Brizeux, le Directeur de la DDASS, via Mr Rouxel, nous a demandé par courrier du 31/03/2011, de réfléchir sur la faisabilité d'un CAMSP unique au sein de l'ARASS, en privilégiant une implantation au sud de Rennes (...).

L'ARASS avait alors mené une première réflexion en interne sur la faisabilité d'un tel regroupement (annexe).

Le tour de table des participants à la réunion d'analyse partagée fait apparaître les propositions suivantes :

- Réorganisation de l'offre actuelle des 4 CAMSP adossés à un CMPP en proposant deux CAMSP polyvalents. Bien que l'organisation de l'offre CMPP ne soit pas l'objet de la réunion, des acteurs proposent de garder les 4 sites de CMPP actuels.
- Réorganisation des moyens humains entre ces 4 CAMSP pour ne proposer que 2 CAMSP.
- Etoffer les plateaux techniques de ces 2 CAMSP pour assurer la polyvalence (temps de pédopsychiatre et temps de pédiatre ; augmentation du temps de psychomotricité, temps de

kinésithérapeute, ...)

- Redéfinir sur le bassin rennais le mode d'entrée en CAMSP et en CMPP.
- clarifier pour les enfants de moins de 6 ans, les enfants relevant d'un CAMSP et ceux relevant d'un CMPP.

Réaliser une étude de faisabilité de cette réorganisation autour de 2 CAMSP polyvalents

4 Activités et modalités de mise en œuvre des missions

Bien que demandée dans divers recueils de données (notamment l'enquête ES où cet indicateur semble renseigné par l'ensemble des CAMSP), la notion de nombre de séances ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle. Des pratiques très différentes existent entre les CAMSP avec des séances d'une durée de 45 minutes à des séances de 3 heures. La durée d'intervention semble plus importante en CAMSP spécialisé.

Cette hétérogénéité rend les comparaisons peu significatives. La nécessité d'un travail de définition autour des notions de séances, d'actes, de places ... est reconnue et est à articuler avec le travail régional sur les rapports d'activité CAMSP.

Par ailleurs, comme le révélait l'étude quantitative de la CNSA (2008), l'agrément n'est pas un indicateur suffisant de capacité de la structure. « *La capacité d'accueil, précisée en théorie par l'agrément, n'est pas calculée de la même façon par tous les CAMSP (nombre de places, nombre d'enfants accueillis...) et n'est parfois pas connue des gestionnaires du CAMSP* ».

A défaut d'un indicateur unique de capacité, le dénombrement statistique du nombre d'enfants concernés a donc été recueilli en file active annuelle (nombre d'enfants vus au moins une fois au cours de l'année, chaque enfant n'étant compté qu'une seule fois, pour la dernière intervention connue).

Les tableaux suivants montrent une absence de lien entre la capacité d'accueil installée et l'effectif des files actives : ainsi, pour une capacité de 50 places, le CAMSP le Coin de soleil présente une file active de 429 enfants en 2010 contre 282 au CAMSP Eclaire ou 264 au CAMSP de Quimper.

Enfin, les postes en équivalent temps plein (ETP) n'apparaissent pas proportionnels à la capacité d'accueil ni à la file active.

La mise en perspective de l'ensemble ETP (12 à 15 ETP estimés¹¹ en 2010) des CAMSP adossés à des CMPP sur le bassin rennais à leur file active cumulée (468 en 2010) révèle une importante file active au regard des moyens des CAMSP des autres territoires.

Le taux d'enfants en file active 2010 pour 1 000 enfants de moins de 6 ans par territoire de santé (tableau ci-après) varie de 8,5 pour 1000 sur le territoire de santé n°1 (Brest -Morlaix-Carhaix) à 14,5 pour 1000 sur le territoire de santé n°7 (St-Brieuc, Guingamp, Lannion).

Le taux d'enfants en suivi au sein de la file active 2010 varie de 3,2 pour 1 000 sur le territoire n°2 (Quimper-Douarnenez-Pont l'Abbé) à 5, 5 pour 1 000 sur le territoire n°5 (Rennes-Fougères, Vitré-Redon).

Toutefois, ces taux sont à prendre avec précaution faute de définition commune.

L'élaboration et la mise en œuvre des indicateurs communs d'activité permettront à termes de poser une analyse comparée des fonctionnements des CAMSP.

¹¹ Absence de données pour le CAMSP Gaston Chaissac

Territoire de santé	Pop 0-6 ans	CAMSP polyvalent	ETP	Capacité	File active			File active 2010/ pop 0-6 ans	Suivi 2010/pop 0-6 ans	Projet extension	Existence d'un CAMSP spécialisé DA
					2008	2009	2010				
1 (Brest-Morlaix-Carhaix)	46296	CAMSP Papillons Blanc – Brest	21,4	80**	158	197	233	8,5 °/00	4,4°/00	non	CAMSP AFDA, Brest (département) File active = 91
		CAMSP PEP 29, Morlaix	10,3	40	167	175	162			25 supplémentaires (10 places autorisées par arrêté pour 2012 dans un premier temps)	
2 (Quimper – Douarnenez – Pont l'Abbé)	22268	CAMSP hospitalier Quimper	13,9	50	263	244	264	11,9 °/00	3,2°/00		
3 (Lorient – Quimperlé)	22191	CAMSP Eclore Lorient	9,2	50	279	263	282	12,7 °/00	4,4°/00	non	Audi CAMSP Auray (département Morbihan) File active =216
4 (Vannes, Ploermel, Malestroit)	31228	CAMSP Le coin de soleil, Vannes	8,4	50	439	472	429	13,7 °/00	3,8°/00	non	
5 (Rennes – Fougères – Vitré – Redon)	80130	CAMSP du Gacet	2,4	-	121	118	134	13,8 °/00	5,5°/00	non	C.A.M.S.P. Kerveiza File active = 58
		CAMSP G Chaissac		-	129	128	144			non	
		CAMSP Les Grisons	3,8	-	103	98	91			non	
		CAMSP Brizeux	4	-	80	86	99			non	
		CAMSP Hospitalier Rennes	7	25	-	-	353			Oui, 15 places	
		CAMSP Farandole, Vitré/Fougères Redon	10	40	316	314	288			non	Intervention du CAMSP Farandole
6 (St Malo-Dinan)	20548	CAMSP PEP, St Malo	5,6	-	159	170	182	8,9 °/00	5,3°/00	non	Partie 35 : Kerveiza, Partie 22 : J Cartier
7 (St Briec-Guingamp-Lannion)	33181	CAMSP Horizons, St Briec	10,7	60	312	321	355*	14,5 °/00	4,4°/00	non	CAMSP J Cartier, St Briec (département) File active = 96
		CAMSP Hosp Lannion	8,2	30	108	120	126			non	
8 (Pontivy-Loudéac)	11481	Pontivy-Loudéac						0	0		Audi CAMSP CAMSP J Cartier

* dont 22 post-prise en charge

** extension accordée en 2010

Une des questions posées par le comité de pilotage de l'étude était de savoir si des CAMSP étaient engorgés par des suivis réguliers au détriment des autres missions.

Pour cela, il a été demandé aux CAMSP de répartir les effectifs de la file active 2010 selon la nature de l'intervention lors de la dernière séance réalisée avec l'enfant (dépistage, bilan, suivi, contacts ponctuels).

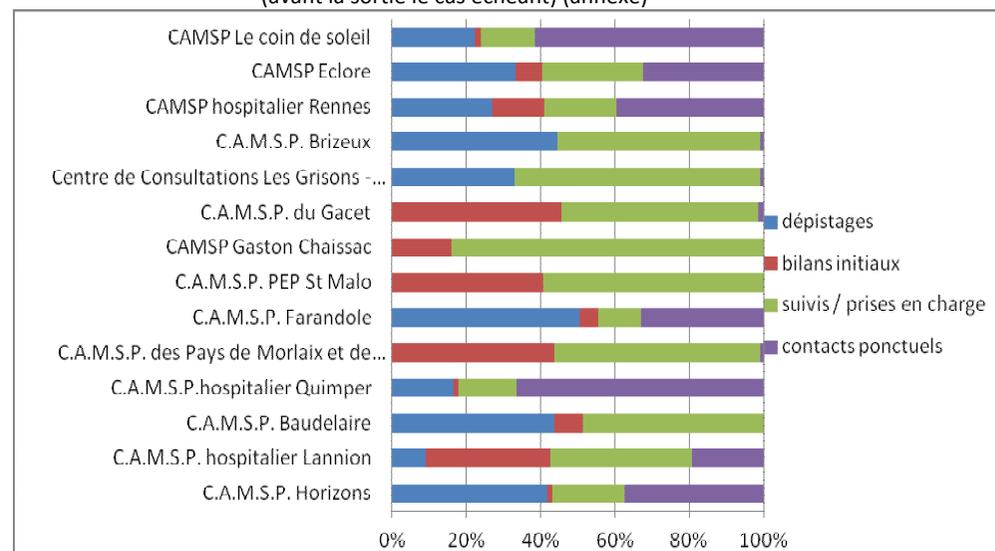
Le logiciel Orgacamsp utilisé par certains CAMSP différencie les suivis Surveillance¹², les bilans pluridisciplinaires¹³ proposés à l'issue d'une consultation avec l'un des médecins du CAMSP et les suivis thérapeutiques (suivi régulier avec un projet de soin).¹⁴

Le CAMSP hospitalier de Rennes distingue les contacts ponctuels (consultations ; suivi-surveillance), les bilans paramédicaux (intervention précoce, bilan) et les suivis thérapeutiques (prise en charge).

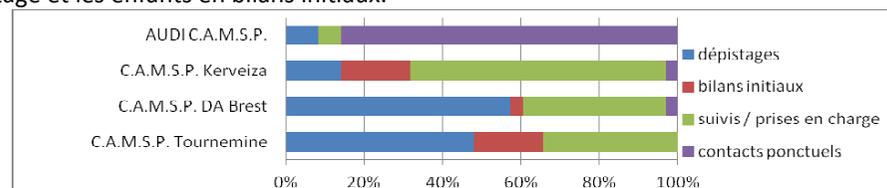
Ces données sont à interpréter avec précaution, faute de définition consensuelle autour de cette catégorisation.

Le croisement de la file active avec la part des enfants en suivis/prises en charge révèle une hétérogénéité dans l'investissement des différentes missions et pose la question de savoir si des missions sont suffisamment investies par des CAMSP sur des territoires sur lesquels d'autres acteurs ne répondent pas à ces missions.

Répartition des enfants de la file active 2010 selon leur dernière situation connue (avant la sortie le cas échéant) (annexe)



Le CAMSP du Gacét ne distingue pas dans ses statistiques les enfants en dépistage et les enfants en bilans initiaux.



Le choix de l'investissement de certains CAMSP sur l'activité « bilan » avec une diminution de l'activité « prise en charge/suivi » (cf. modèle du CAMSP hospitalier de Rennes ; réflexion au sein du CAMSP Cornouaille) pour répondre à un nombre plus important d'enfants suppose de pouvoir trouver les relais de prise en charge nécessaires et adaptées.

¹² Enfants orientés vers le CAMSP dans le cadre d'une mesure de prévention pour une population considérée à risque, par ex. les enfants grands prématurés, le dépistage a pour but de déterminer la nécessité d'un suivi ultérieur.

¹³ Enfants qui bénéficient d'une prise en charge de la SS. L'intervention du CAMSP a pour objectif d'évaluer les besoins de prise en charge de l'enfant au sein ou en dehors du CAMSP.

¹⁴ Ces enfants bénéficient d'une prise en charge de la SS. Ils sont reçus en moyenne une fois par semaine, cette situation est postérieure au bilan

Sur le bassin rennais, le projet de service du CAMSP hospitalier positionne son intervention autour des enfants issus de la réanimation/néonatalogie, les nouveau-nés vulnérables dans le cadre de prises en charge limitées dans le temps (6 mois prévus initialement). Ainsi, ce CAMSP, à la différence des autres CAMSP, n'investit pas l'ensemble des missions réglementaires des CAMSP avec la même intensité. Toutefois, le CAMSP assure la prise en charge tant que le relais n'est pas mis en place. Du fait des difficultés de passage de relais, la durée d'accompagnement tend à augmenter. Le projet de ce CAMSP d'ouverture récente, est bien identifié par les acteurs, avec des regrets de la part de certains d'entre eux qu'il n'assure pas le suivi dans la durée des enfants ayant des séquelles importantes.

Au-delà des besoins individualisés, l'intensité et la nature des suivis/prises en charge sont plus ou moins développées en fonction des moyens en interne mais également des moyens existants sur le territoire. Le recours au libéral dépend aussi des moyens internes du CAMSP.

→ Pratiques de « jardins d'enfants »

Des CAMSP ont opté pour la mise en place de regroupements d'enfants, dénommés « jardin d'enfants » bien que ces regroupements ne soient pas en tant que tels des jardins d'enfants, dispositif appartenant à la famille des équipements d'accueil des jeunes enfants (EAJE).

Ainsi, le CAMSP Cornouaille distingue 2 types de soins :

- ✓ « Soins Simples » : l'enfant est pris en charge à la séance (individuelle ou de groupe) 1 à 2 fois par semaine par un ou deux intervenant(s) (3 au maximum). La séance a une durée de 45 minutes.
- ✓ « Soins Complexes » : l'enfant est pris en charge à la demi-journée à raison de 2 à 5 demi-journées par semaine. Il bénéficie d'une prise en charge éducative au « jardin d'enfants » entre les séances individuelles de rééducation, et/ou d'activités rééducatives en groupe (escalade, piscine, âne...). Ces regroupements de séances de soins sur une même demi-journée permettent de limiter les temps de déplacements des enfants et permettent aux parents un temps de répit.

Le CAMSP Kerveiza a mis en place, pour optimiser ses moyens, un regroupement d'enfants avec des besoins de communication. Il s'agit d'un accueil collectif par des EJE, orthophoniste et AMP de 7 enfants maximum âgés de 18 mois ou plus, dans des locaux du groupe scolaire Carle Bahon, avec des activités à visée de socialisation et préparer l'entrée à l'école primaire. La tendance du CAMSP a été de centrer l'activité à l'école Carle Bahon : jardin d'enfant, classe de maternelle en co-éducation dès 3 ans, intégrations individuelles également sur ce site. Le travail réalisé sur l'école Carle Bahon s'apparente à un travail d'IES.

Des réflexions autour de regroupements d'enfants sont à l'œuvre dans d'autres CAMSP pour optimiser les moyens mais aussi pour limiter les temps de déplacements des enfants et permettent aux parents un temps de répit.

Le CAMSP de Brest évoque la halte-garderie des Lucioles pour 6 enfants en situation de handicap lourd, pris en charge au CAMSP ou dans d'autres services (Sessad APF, pédopsychiatrie...). Cette halte-garderie est co-financée par la CAF, la ville de Brest et le Conseil Général. L'accueil de 2 jours par semaine est assuré par une infirmière et une EJE ainsi qu'une AVS le midi, il se fait dans les locaux utilisés les autres jours par d'autres dispositifs (crèche familiale, lieu d'accueil parents-enfants).

Les participants au groupe d'analyse partagée « transversal » mettent en avant l'âge limite des crèches/halte-garderie (4 ans) ne permettant pas d'offrir des lieux de socialisation pour les enfants âgés de 4 à 6 ans ne pouvant être scolarisés ou scolarisés à des temps très partiels. Le dispositif « jardins d'enfant » apparaît intéressant alors.

Un projet de multi-accueil est en cours sur Dinan avec un agrément de 30 places dont 5 places journalières pour enfants en situation de handicap avec appui des professionnels de l'IME Les Vallées.

Une proposition similaire est en cours sur Auray via l'association des PEP 56.

A Brest, un multi-accueil de 60 places dont 6 places pour enfants en situation de handicap va ouvrir. La halte-garderie Les Lucioles n'aura plus lieu d'être.

Enfin, signalons également l'investissement du CAMSP de St Malo auprès d'une classe passerelle¹⁵ : par le passé, ce CAMSP intervenait directement dans la classe passerelle dès les 2 ans de l'enfant. Aujourd'hui, leur intervention a diminué.

→ **Préconisations :**

- Requestionner la notion de « places autorisées » définie dans les agréments. S'appuyer sur les travaux en cours à l'échelle régionale autour des indicateurs d'activité pour harmoniser la mise à plat des activités des CAMSP et redéfinir les moyens des CAMSP pour répondre aux besoins de leur territoire.

La réflexion actuelle autour de la définition des indicateurs communs et l'harmonisation des modes de comptage nécessitera une réflexion sur les moyens mis à disposition des CAMSP pour répondre à ces indicateurs : aujourd'hui, trois logiciels différents existent au sein des CAMSP, d'autres produisent leurs statistiques par un comptage manuel.

Les professionnels CAMSP proposent la répartition des publics CAMSP selon les 4 catégories suivantes :

- contact ponctuel : contact 1 à 2 fois dans l'année, non pris en charge par la sécurité sociale. Peut constituer une étape avant le bilan ou le suivi thérapeutique ou encore après la sortie du CAMSP. → *Cette activité relève-t-elle d'une fonction ressource ou d'une fonction veille ? Nécessité de définir plus précisément cette activité pour mesurer de manière harmonisée son poids dans l'activité générale de chaque CAMSP.*
- bilan pluridisciplinaire : enfants faisant l'objet d'une observation en vue

¹⁵ Les classes passerelles s'adressent aux enfants de 2 à 3 ans. Ce mode d'organisation a pour but de faciliter la scolarisation des enfants et de faciliter leur entrée à l'école. Il n'existe pas de définition officielle pour la classe passerelle. En 1990, un protocole d'accord entre le ministère des affaires sociales et le ministère de l'Éducation nationale a été signé. Ce protocole visait à favoriser l'intégration des enfants en milieu scolaire. Selon les départements, ce protocole a été plus ou moins utilisé. La Classe passerelle est mise en place à l'initiative du groupe scolaire maternelle, elle associe un instituteur et un professionnel de la petite enfance au sein de la même classe, afin de renforcer la disponibilité et les compétences auprès des enfants

d'évaluer les besoins de prise en charge. A l'issue de cette phase de bilan, soit l'enfant nécessitera une prise en charge pluridisciplinaire au sein du CAMSP (cf. suivi thérapeutique défini ci-dessous) soit de soins à l'extérieur du CAMSP (et donc réorientation).

- suivi thérapeutique : population bénéficiant d'une prise en charge pluridisciplinaire au sein du CAMSP, à l'issue de la phase de bilan. Ce suivi fait l'objet d'une contractualisation au sens de la loi 2002-2 (contrat de séjour ou document individuel de prise en charge). → *Cette activité nécessitera d'être croisée avec d'autres indicateurs pour identifier si l'intensité de ces suivis varie selon les CAMSP (en fonction de leurs moyens internes mais également des profils des enfants suivis).*
- suivi-surveillance : population concernée par une mesure de prévention (ex : suivi des nouveau-nés vulnérables selon un protocole défini → *Il a été constaté précédemment des investissements différents entre CAMSP dans cette mission). Nécessité de définir quelles autres populations sont susceptibles de bénéficier de cette activité afin à aussi de clarifier les pratiques et harmoniser les comptages d'activités.*

Un enfant sur une même année pourra être compté en contact ponctuel, puis en bilan, puis en suivi thérapeutique.

Pour les SESSAD, tous les enfants sont dit « pris en charge » en identifiant des étapes dans cette prise en charge : la première étape d'observation/évaluation (3 premiers mois) puis l'élaboration du projet d'accompagnement donne lieu à une mise en œuvre. Tandis que pour les CAMSP, à l'issue de la phase « bilan », une partie des enfants sera réorientée et ne relèvera pas d'une prise en charge au sein du CAMSP.

Les disparités entre CAMSP en matière de comptage des enfants comme entrée/admission au service ayant un impact sur les relevés trimestriels transmis aux caisses, il y a nécessité de définir à l'échelle régionale une pratique commune.

- Requalifier des places de CAMSP Kerveiza en places d'IES au vu des accompagnements proposés pour certains enfants du CAMSP
- Etudier les besoins d'accueil en structure petite enfance pour enfants en

situation de handicap dont la scolarisation à temps plein n'est pas possible

- Définir un socle de ressources humaines minimum en CAMSP pour assurer les missions au regard de son agrément (spécifique ou polyvalent) et au regard des ressources de son environnement. Assurer le financement pour ce socle minimal de compétences pluridisciplinaires.
 - Absence de kinésithérapeute dans certains CAMSP
 - absence ou temps insuffisant de pédiatre dans certains CAMSP
 - absence d'assistant du service social dans certains CAMSP
 - absence de professionnel éducatif (EJE ou ES) dans certains CAMSP
 - absence de codeuses dans certains CAMSP déficience auditive. A croiser avec la généralisation des agréments SSEFIS dès 3 ans et la formation à la LSF des enseignants et des AVS/EVS.

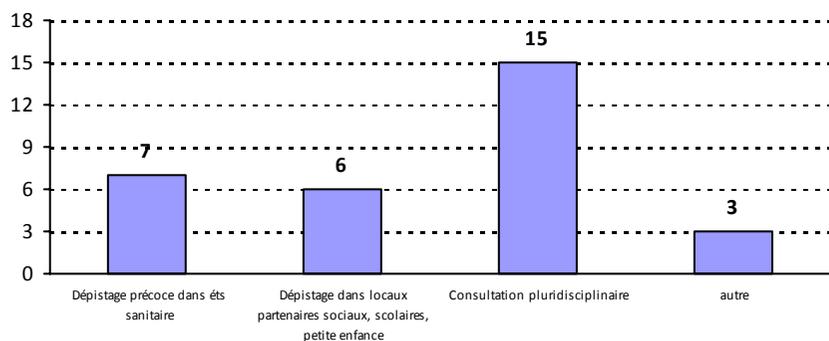
5 – Mise en œuvre des missions et prestations

Pour décrire les modalités de mise en œuvre des missions CAMSP, il a été demandé aux CAMSP de préciser, mission par mission, pour chaque type d'activité identifié dans le cadre de l'étude qualitative de la CNSA¹⁶, s'ils mettaient en œuvre ce type d'activité, avec quels professionnels (salariés du CAMSP ou partenaires), les lieux d'intervention ainsi que tout autre élément facilitateur à la mise en place de cette activité.

Ces diverses activités ne sont pas toutes mises en œuvre par les CAMSP.

Des différences d'interprétation des activités proposées peuvent être à l'origine de différence de remplissage du questionnaire.

↳ Mission « Dépistage et diagnostic précoce des déficits ou troubles »



¹⁶ Intervention des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Étude qualitative 2009. CNSA. Étude réalisée par le CREAI Rhône-Alpes en collaboration avec le CREAI Bretagne.

↳ Actions de dépistage précoce dans les établissements sanitaires (services néonatalogie, pédiatrie et maternité).

Intervention des CAMSP dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Étude qualitative sur les CAMSP, CNSA (2009). Extrait

« **Le dépistage le plus précoce est celui organisé auprès de grands prématurés dès la néonatalogie**
Les CAMSP impliqués dans une activité de dépistage précoce auprès de grands prématurés le sont selon deux modalités repérées : certains conformément à un protocole construit mis en œuvre systématiquement ; d'autres en réponse à une demande (du service hospitalier ou des parents) en fonction des situations. L'offre de service systématique est reliée à un fort ancrage dans un service de néonatalogie. La présence au sein de ce service se matérialise par des consultations du médecin directeur-technique ou par la participation à des réunions de transmission entre praticiens hospitaliers. Ce suivi systématique est mis à mal ici ou là, comme nous l'avons vu dans le cadre de cette étude, du fait de la saturation des CAMSP. Cet ancrage est bien souvent alors renforcé par l'inscription du CAMSP dans le réseau de périnatalité. Nous avons repéré des **démarches** nettement **proactives**. En effet, dans le contexte de grande prématurité, souffrance néonatale, le CAMSP va au devant des populations qui pourraient en bénéficier. L'objectif est ici d'établir rapidement un lien entre le CAMSP et la famille afin de faciliter le suivi post natal de l'enfant. Le CAMSP est à l'initiative du premier contact grâce à la présence régulière d'un membre du personnel au sein du service de néonatalogie (un médecin de rééducation fonctionnelle, une puéricultrice), ou à une rencontre des familles lors de l'hospitalisation suivie d'une visite systématique au domicile peu après la sortie du nouveau-né du service hospitalier. Cette pratique, à rapprocher d'une tentative d'approvisionnement des parents avec preuve de sollicitude et recherche de confiance, tend ainsi à établir un continuum de la prise en charge de ces nouveau-nés, du service hospitalier jusqu'au CAMSP. Elle vise à la fois à soulager les parents de la démarche d'accès aux prestations et surtout à garantir une chaîne continue dépistage-prévention-soins pour ces bébés à haut risque. La précocité de la prise en charge, soulignée par une file active comprenant plus d'un tiers de nourrissons, signe bien souvent un ancrage du CAMSP, tout au moins un engagement de certains de ses professionnels, dans les services de néonatalogie.

Dépistage en maternité

Dans un autre domaine ce celui de la néonatalogie, on retrouve ainsi cette inscription forte dans un service hospitalier au plus près du début de vie de l'enfant. Des CAMSP exercent des activités de **dépistage des facteurs de risque** dès le début de grossesse (tout particulièrement dans des contextes sociaux précaires, ou des situations de troubles mentaux des jeunes mères). Par exemple, un CAMSP va jusqu'à assurer la visite du quatrième mois dans ses propres locaux par la sage-femme du CAMSP si une situation à risque a été diagnostiquée avant la naissance. C'est ainsi qu'un dépistage peut être fait auprès de mères reçues dans un service de maternité et ayant été reconnues atteintes de pathologies psychiatriques. Dans le cas d'un dépistage anténatal un contact est établi entre le CAMSP et la maternité. Lors de la sortie de la maternité, avec suspicion ou diagnostic d'une situation à risque de handicap, le CAMSP prend directement contact et offre ses services à la famille si celle-ci n'initie pas elle-même un second contact.

Certains organisent une veille toute particulière sur l'installation d'une bonne relation mère-enfant dès la naissance. Un CAMSP dispose ainsi d'une sage-femme et d'un psychologue qui peuvent être directement sollicités par le service maternité afin de participer régulièrement aux réunions de transmission du service maternité.

Dans le même objectif, des réunions mensuelles rassemblent les services de la maternité et du CAMSP, auxquels s'associent, dans certains contextes, les services de PMI.

Dépistage en pédiatrie

Comme pour les services précédents, nous voyons les CAMSP présents au sein du service de pédiatrie. En assurant des consultations et en effectuant des observations au sein du service de pédiatrie des enfants hospitalisés, ils assurent en partie leur mission de dépistage.

Dépistage de la surdité

Dans d'autres contextes, le diagnostic est établi avant l'arrivée au CAMSP. Les CAMSP spécialisés pour les déficiences sensorielles sont dans ce cas. Un diagnostic de premier niveau peut être établi en premier lieu par une consultation hospitalière spécialisée

avant l'orientation vers un CAMSP où sera réalisé le diagnostic de deuxième niveau. Dans les cas d'un partage de temps de travail du médecin directeur technique entre la consultation hospitalière et le CAMSP, l'arrivée au CAMSP apparaît comme un prolongement de la consultation ouvrant celle-ci à une approche et une offre de soins plus élargie ».

7 CAMSP sur 18 déclarent mettre en œuvre des activités de type « Actions de dépistage précoce dans les établissements sanitaires (services néonatalogie, pédiatrie et maternité). Il s'agit de uniquement de CAMSP polyvalents.

Les CAMSP spécialisés comme les CAMSP adossés à un CMPP et le CAMSP Farandole déclarent ne pas mettre en œuvre ce type de prestations.

Ces 7 CAMSP conduisent alors ces actions de dépistage dans les services de néonatalogie (7 CAMSP), de pédiatrie (5 CAMSP) et de maternité (2 CAMSP).

Les professionnels qui interviennent alors sont des pédiatres (4 CAMSP), des puéricultrices (3 CAMSP), des psychologues (2 CAMSP), des psychomotriciens (2 CAMSP) ou encore des kinésithérapeutes (1 CAMSP) ou orthophonistes (1 CAMSP) ou encore assistante sociale (1 CAMSP).

La réalisation de ces prestations est facilitée par :

- le fait que des professionnels exercent à la fois au CAMSP et dans les services hospitaliers (personnels hospitaliers détachés vers le CAMSP, intervention régulière de professionnels du CAMSP dans les services hospitaliers)
- l'implantation du CAMSP dans les bâtiments hospitaliers (proximité avec la pédiatrie et la maternité)
- l'implication du CAMSP dans le réseau de périnatalité

↳ Actions de dépistage dans les locaux des partenaires sociaux, scolaires ou de la petite enfance

Intervention des CAMSP dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Etude qualitative sur les CAMSP, CNSA (2009). Extrait

Des tiers sollicitent cette action de dépistage : c'est ainsi qu'une direction de crèche affirme solliciter le CAMSP dès le constat ou la suspicion d'un problème comportemental ou physique chez un enfant.

Nous voyons combien le dépistage et la prévention sont là encore très liés dans la description des activités. Des consultations sont également organisées au sein de lieux d'accueil ordinaires (PMI, structures petite enfance, écoles maternelles).

On ne s'étonnera pas que prévention et dépistage aient ainsi partie liée. Tout particulièrement en ce qui concerne les troubles précoces du développement.

Des CAMSP offrent présence et observation au sein de structures comme les haltes garderies pour un repérage précoce des troubles du développement (59, 83) ou effectuent des bilans à la suite d'observations menées dans les lieux d'accueil de petite enfance par les personnels de ces structures. L'attention est tout particulièrement portée sur les risques ou sources possibles de fragilisation de l'environnement de l'enfant (précarité, rupture familiale, troubles dépressifs des parents, contextes de violence, de toxicomanie...). C'est ainsi qu'un premier contact avec le CAMSP est initié par les structures de petite enfance, avec l'appui de la PMI ou des autres services comme des services municipaux. Cette organisation et l'indication du CAMSP auprès des familles construisent un schéma nettement proactif de démarrage de l'aide : action de dépistage de second niveau suivie d'une proposition d'accompagnement.

Selon un schéma identique, un premier dépistage au sein de l'école par un enseignant ou un psychologue scolaire est suivi d'un conseil de visite au CAMSP (83).

Des bilans « pluridisciplinaires » sont ainsi effectués à la demande de structures de petite enfance, d'assistantes sociales de secteur, des services de PMI, de l'ASE, de médecins libéraux, des écoles.

Très fréquemment le CAMSP est mobilisé par les services de PMI. La proximité PMI - CAMSP pour ces actions de dépistage peut également se manifester par l'organisation d'une consultation de PMI hebdomadaire, délocalisée dans les locaux du CAMSP ou inversement une consultation du CAMSP au sein des locaux de PMI.

6 CAMSP sur 18 déclarent mettre en œuvre des activités de type « Actions de dépistage précoce » dans les locaux des partenaires sociaux, scolaires ou de la petite enfance). Les CAMSP spécialisés déclarent ne pas mettre en œuvre ce type de prestations.

Cette prestation de la part de CAMSP hospitaliers comme de CAMSP associatifs ou publics s'observe uniquement au sein des CAMSP des Côtes d'Armor et d'Ille-et-Vilaine.

Ces 6 CAMSP conduisent alors ces actions de dépistage dans les locaux de la PMI (2 CAMSP), de structures petite enfance (5 CAMSP) et d'écoles (5 CAMSP).

Les professionnels qui interviennent sont soit la diversité de l'équipe (4 CAMSP) soit des professions spécifiques (2 CAMSP), telles que les psychologues ou l'assistante sociale.

La réalisation de ces prestations est facilitée par :

- la formulation de demandes d'intervention par le partenaire pour des enfants suivis au CAMSP
- l'animation de formation
- l'implication dans la Classe passerelle de St Malo, dispositif piloté conjointement par la ville et l'Education Nationale
- l'existence de conventions avec les crèches (exemple de la convention entre les crèches de la ville de Rennes et les CAMSP/CMPP rennais pour la mise à disposition de psychologues du CAMSP).

Spécificité du bassin rennais :

La ville de Rennes a la particularité d'avoir investi le champ de la prévention précoce via l'intervention de psychologues en structure petite-enfance. Elle assure également par délégation de la PMI les bilans de santé en école maternelle.

Pour assurer l'intervention d'un psychologue dans chaque crèche de la ville de Rennes, cette dernière a passé convention avec les CAMSP/CMPP de Rennes pour une mise à disposition de psychologues dans des crèches.

Ces psychologues interviennent sur un créneau fixe chaque semaine dans le cadre d'un travail collectif auprès des professionnels de la crèche dans une mission de dépistage des troubles. Ils peuvent proposer des entretiens individuels avec les parents, des groupes parents, des observations collectives des enfants.

Parallèlement à ces mises à disposition de psychologues, d'autres membres de l'équipe des CAMSP peuvent être amenés à intervenir dans les structures petite enfance dans le cadre de suivi individualisé d'enfants suivis par le CAMSP.

↳ **Consultation pluridisciplinaire de dépistage dans les locaux du CAMSP**

L'ensemble CAMSP, à l'exception de 3 CAMSP rennais, a déclaré proposer des consultations pluridisciplinaires de dépistage dans les locaux du CAMSP (avis d'un ou plusieurs médecins et professionnels du CAMSP) avec une sollicitation éventuelle de partenaires pour des avis complémentaires au diagnostic initial.

La réalisation de ces prestations est facilitée par :

- la présence de professionnels extérieurs vacataires sur le CAMSP
- l'implication dans le réseau de périnatalité
- les partenariats avec le centre hospitalier, le CAMSP spécialisé, des professionnels libéraux, les centres ressources et centres de référence, ...
- le rassemblement en un même lieu de professionnels pour réaliser les audiométries

↳ **Mission « Prévention ou réduction de l'aggravation de ces handicaps »**

Intervention des CAMSP dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Etude qualitative sur les CAMSP, CNSA (2009). Extrait

La reconnaissance du rôle de l'environnement dans le développement de l'enfant (psychomoteur, affectif, mental, cognitif) conduit les acteurs de l'action médico-sociale que sont les CAMSP à la mise en œuvre d'actions de prévention dans plusieurs domaines :

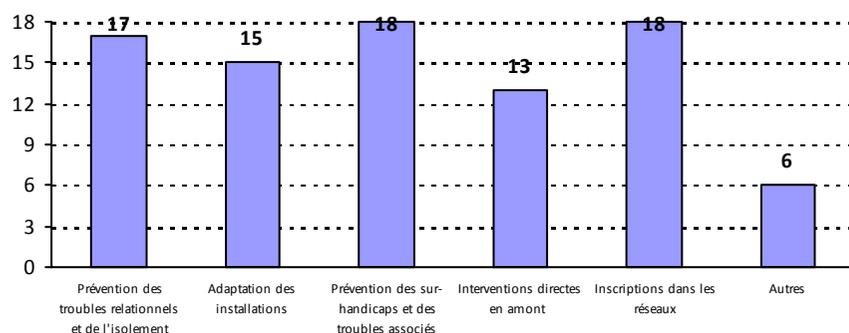
- *Préservation ou aide à l'installation de la relation mère-enfant et des processus d'attachement ;*
- *Prévention des conséquences invalidantes des lésions et troubles diagnostiqués ou suspectés ;*
- *Prévention de l'aggravation de la situation, de troubles associés, fréquemment appelés « sur-handicap ».*

Nous sommes ici essentiellement dans le domaine de la prévention secondaire. Un directeur de CAMSP l'exprime précisément: « il s'agit de prévenir l'aggravation des troubles et d'atténuer leur impact invalidant, prévenir l'apparition de troubles surajoutés, tant physiques (comme des déformations, luxations, fixations...) que psychologiques et relationnels ».

Il insiste sur la nécessité de la mise en place de traitements le plus tôt possible afin de limiter les conséquences des lésions ou troubles constatés. Nous touchons ici à la proximité de la mission de prévention avec celle du soin, après avoir pointé celle entre les missions de dépistage et de prévention.

Des actions précédemment décrites au titre de la mission de dépistage s'agissant des grands prématurés ou des autres nouveau-nés à risque, sont également en grande partie affectées à la

mission de prévention, en particulier celles exercées en lien étroit avec les services de néonatalogie. Le plan périnatalité 2005-20077 pointe comme priorité la prévention auprès des « bébés particulièrement vulnérables » : bébés à la fois prématurés et/ou de faible poids de naissance et issus d'un milieu socio-économique défavorisé. L'expertise INSERM précédemment citée recommande une prévention très active en direction des enfants prématurés. Le groupe d'experts recommande de promouvoir les programmes de stimulations précoces pour les enfants à haut risque de déficiences (enfants nés prématurément ou nés avec un faible poids, en particulier pour les enfants issus de familles en difficulté économique, en grande précarité ou isolées ne pouvant assurer une stimulation suffisante de l'enfant). Des CAMSP rencontrés au cours de cette étude ont fait leur cette recommandation.



↳ Action de prévention des troubles relationnels et de l'isolement induit par le handicap. Actions relatives au lien d'attachement parents-enfant

L'ensemble des CAMSP signale mettre en œuvre des actions de prévention des troubles relationnels et de l'isolement induit par le handicap ou actions relatives au lien d'attachement parents-enfant.

Ces actions sont proposées le plus souvent dans les locaux du CAMSP, mais également au domicile parental (13 CAMSP) ou dans les locaux des partenaires (11 CAMSP).

L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire peut intervenir comme le signalent 7 CAMSP. Les professionnels qui interviennent sont le plus souvent des psychologues (11 CAMSP) mais sont cités également l'assistante sociale (5 CAMSP), le personnel éducatif (5 CAMSP) ou les psychomotriciens (3 CAMSP).

Divers partenaires peuvent être associés à ces actions : la PMI, les travailleurs sociaux de secteur, les professionnels de structures petite enfance ou les enseignants, le REAAP, le Dispositif de Réussite Educative (DRE) comme des professionnels de psychiatrie.

↳ Action relative à l'adaptation des installations pour compenser et prévenir les handicaps

15 CAMSP sur 18 proposent des actions relatives à l'adaptation des installations pour compenser et prévenir les handicaps : actes techniques pour prévenir la survenue du handicap, mise en place de transferts de compétences ou d'outils, proposition d'appareillage pour compenser les difficultés associées au handicap ou risquant de l'être.

Ces actions ont lieu le plus souvent dans les locaux du CAMSP (17 CAMSP), mais également au domicile parental (10 CAMSP) ou dans les locaux des partenaires (11 CAMSP).

Parmi les professionnels du CAMSP, les ergothérapeutes (8 CAMSP) et les kinésithérapeutes (7 CAMSP) sont le plus souvent mentionnés mais sont également cités les psychomotriciens (4 CAMSP), les pédiatres (3 CAMSP) ou encore les assistantes sociales (2 CAMSP), le médecin ORL ou le médecin MPR, l'orthophoniste (2 CAMSP), l'éducatrice (2 CAMSP), ...

Des professionnels extérieurs peuvent également être sollicités : médecins MPR, médecins de rééducation fonctionnelle, prothésistes, ORL, orthoptistes, orthopédistes, audioprothésistes, audiométristes, orthésistes, paramédicaux libéraux, bailleurs sociaux (adaptation du logement), professionnels de CAMSP spécialisés, société de fabrication de matériel médico-chirurgical, « appareilleurs », ...

Parmi les éléments facilitateurs à la mise en œuvre de cette action, sont soulignés :

- la présence de temps suffisant d'ergothérapeute
- la proximité avec le service de rééducation et de réadaptation physique (même bâtiment)
- des consultations conjointes pédiatre-médecin de rééducation fonctionnelle organisées mensuellement au CAMSP, en présence de l'ergothérapeute et des kinés suivant l'enfant.
- Les conventions avec des partenaires : orthoptiste.
- Partenariat avec le CAMSP déficients auditifs
- Intervention au domicile parental, dans les structures petite enfance ou dans les écoles

↳ **Action de prévention des sur-handicaps et des troubles associés**

17 CAMSP sur 18 déclarent mettre en œuvre des actions de prévention des sur-handicaps et des troubles associés : il s'agit alors d'actes médicaux ou de suivis auprès des enfants et de leur famille qui permettent de prévenir la survenue de troubles associés ou de sur-handicaps. Le CAMSP peut orienter pour des examens complémentaires. L'environnement familial ou du contexte social est pris en compte par le CAMSP afin de prévenir l'aggravation du handicap et le sur-handicap.

Ces actions ont lieu le plus souvent dans les locaux du CAMSP (16 CAMSP), mais également au domicile parental (10 CAMSP) ou dans les locaux des partenaires (9 CAMSP).

Parmi les éléments facilitateurs à la mise en œuvre de cette action, sont soulignés :

- La pluridisciplinarité de l'équipe du CAMSP avec plusieurs spécialités médicales
- Les relations avec les partenaires et le travail en réseau : services hospitaliers, PMI, CDAS, ASE, services Petite Enfance, SESSAD déficience motrice (ex : convention entre le CAMSP de St Malo et le SESSAD APF)

- Le rôle de l'assistante sociale pour le montage des dossiers MDPH, pour son implication dans les réseaux
- Les déplacements des professionnels

↳ **Interventions directes en amont auprès des familles à risque en vue de les accompagner vers une prise en charge CAMSP**

13 CAMSP sur 18 déclarent réaliser des interventions directes en amont auprès des familles à risque en vue de les accompagner vers une prise en charge CAMSP : il s'agit d'une démarche proactive des professionnels du CAMSP auprès des familles afin de faciliter l'accès au CAMSP.

Dans les CAMSP polyvalents, ce sont les psychologues (5 CAMSP), les assistantes sociales (5 CAMSP) ou les médecins (4 CAMSP) ou encore les puéricultrices (2 CAMSP) ou psychomotriciennes (2 CAMSP) qui vont au-devant des familles à risque, dans les services hospitaliers (maternité, pédiatrie ou néonatalogie) mais aussi dans les structures petite enfance ou les écoles.

Cette démarche proactive prend des formes très diverses selon les CAMSP :

- Intervention de professionnels du CAMSP dans le service de Néonatalogie avant la sortie des familles à risque pour les rencontrer et présenter les missions du CAMSP (CAMSP Horizons)
- Implication du CAMSP dans la classe passerelle de St Malo, dispositif piloté conjointement par la ville et par l'Education Nationale (CAMSP St Malo)
- Pour les familles en difficultés, une demande peut être adressée par des professionnels ou institutions en lien avec le CAMSP : hôpital, secteur social (CHRS...), lieux d'accueil du jeune enfant (CAMSP Baudelaire)

Dans les CAMSP spécialisés Déficience auditive, c'est l'ORL (2 CAMSP) l'audiométriste ou l'audioprothésiste qui assurent cette démarche proactive.

↳ **Inscription dans les réseaux de professionnels travaillant dans le secteur sanitaire ou de la petite enfance**

Tous les CAMSP bretons témoignent d'une inscription dans les réseaux de professionnels travaillant dans le secteur sanitaire ou de la petite enfance.

Il s'agit en premier lieu des **réseaux de périnatalité** et du **réseau d'aval régional de périnatalité** (cités par 6 CAMSP mais davantage de CAMSP sont en relation avec ce réseau). Voir chapitre « précocité des admissions ».

Parmi les autres réseaux, est signalée la participation aux actions de l'ANECAMSP, nationales ou régionales (cités par 2 CAMSP, bien que plus nombreux à y participer).

Il s'agit également d'inscription dans des réseaux locaux comme en témoigne le CAMSP Horizons inscrit dans divers réseaux :

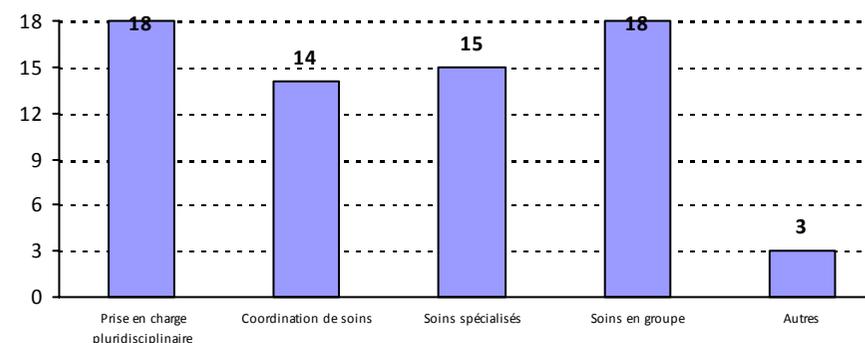
- Réseau Arc-en-Ciel (troubles des apprentissages 4-12 ans), convention signée par le Centre Hospitalier Général et le Centre Jacques Cartier,
- Réseau la Brise (Réseau de soins palliatifs Bretagne) « Partenariat riche pour les enfants concernés »
- APAMSP 22, association réunissant les partenaires médico-sociaux à l'origine de la création du CAMSP. Organisation d'une journée le 09.02.2012 sur le thème : « Périodes sensibles du développement. Implication en action médico-sociale précoce ».

Cette inscription dans les réseaux prend la forme :

- d'organisation de rencontres, de journées à thèmes telle que la participation du CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix au réseau des professionnels de la petite enfance de l'agglomération de Morlaix, réseaux à vocation de formation/information-échanges ; les journées de la Délégation régionale ANECAMSP ; la collaboration du CAMSP Horizons avec l'association « Bébé en avance » qui organise une rencontre tous les 2 mois dans les locaux du CAMSP.

- mais aussi de groupes de travail : ainsi, le CAMSP Baudelaire participe aux groupes de travail des professionnels des crèches et haltes-garderies organisés par la PMI ou la CAF. Le CAMSP Kerveiza participe à des groupes de travail au niveau régional et national. Le CAMSP de St Malo a participé à la création et est membre du comité de pilotage et de suivi du dispositif d'intégration d'enfants avec autisme sur la ville de St Malo.
- ou encore de participation à des actions : le CAMSP Gaston Chaissac a participé à des actions réalisées dans le cadre de fonds mis à disposition par la ville et le conseil Général dans le cadre du CUCS.

↳ **Mission « Soins »**



↳ **Prises en charge pluridisciplinaires : Réalisation d'actes de soins par une diversité des compétences médicales et paramédicales du CAMSP**

Selon l'annexe XXXII bis, les CAMSP assurent « le dépistage, les traitements et la rééducation sont effectués, sans hospitalisation, par une équipe pluridisciplinaire 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 ». Tous les CAMSP bretons déclarent réaliser des actes de soins par une diversité des compétences médicales et paramédicales.

Cette diversité des compétences médicales et paramédicales s'illustre par la présence d'une palette de professionnels tels que pédiatre, pédopsychiatre, médecin MPR, médecin OPH, ORL, psychologue, psychomotricienne, orthophoniste, kinésithérapeute ergothérapeute, puéricultrice, ... Les professionnels éducatifs et sociaux contribuent également à ces actes de soins. Un CAMSP mentionne « 11 corps de métiers du CAMSP mobilisés auprès des enfants ».

Cette diversité de compétence repose sur les ressources humaines internes au CAMSP mais également sur le recours à des ressources externes (praticiens libéraux, vacation de professionnels médicaux ou paramédicaux).

Toutefois, l'absence ou l'insuffisance de temps de certaines professions au sein de CAMSP (absence de kinésithérapeute dans les CAMSP d'Ille-et-Vilaine à l'exception du CAMSP hospitalier, absence ou insuffisance de temps de pédiatre dans les CAMSP rennais adossés à des CMPP, insuffisance de psychomotricité, ...) a été soulignée précédemment, que ce soit pour couvrir les besoins de soins ou pour contribuer à une plus grande polyvalence de certains CAMSP.

Ces soins sont réalisés dans les locaux du CAMSP (18 CAMSP), mais peuvent avoir lieu également au domicile parental (11 CAMSP) et pour certains CAMSP dans les locaux de partenaires : structures petite enfance (7 CAMSP) ou écoles (7 CAMSP) et de manière marginale, dans les locaux de la PMI (1 CAMSP).

La réalisation de ces actions est facilitée par les facteurs suivants :

- Existence d'une équipe multidisciplinaire médicale et paramédicale
- Prise en charge individuelle ou en groupe animée par un binôme de professionnels, consultations conjointes entre professionnels du CAMSP ou avec des professionnels du réseau
- La connaissance des partenaires et les rencontres avec les partenaires
- Les temps indirects : réunions de synthèse ou de bilan, mais aussi les échanges entre professionnels (courriers, entretiens téléphoniques)
- Les formations communes
- Les outils communs

La mission « soins » est également mise en œuvre via les propositions suivantes :

- interventions conjointes de deux professionnels auprès d'un enfant lors d'une séance (exemple de binôme au sein du CAMSP Baudelaire : ergothérapeute-psychomotricienne, éducatrice-kinésithérapeute... « Elle permet de mettre en place une meilleure complémentarité des interventions »)
- Thérapies familiales psychanalytiques (CAMSP Les Grisons)
- Participation à diverses réunions : staffs «oralité», réunions hebdomadaires du CPDP (centre de diagnostic prénatal), staff hebdomadaire de neuropédiatrie (CAMSP hospitalier Rennes)

↳ **Actions de coordination de soins paramédicaux externes par les professionnels du CAMSP**

Le recours aux praticiens paramédicaux libéraux a été abordé au chapitre « ressources humaines » et est complété ici.

13 CAMSP sur 18 mentionnent réaliser des actions de coordination de soins paramédicaux externes, notamment avec des rééducateurs libéraux : kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, prothésistes, ergothérapeutes, infirmiers, ... mais également avec des puéricultrices de PMI.

Les professionnels du CAMSP en charge de cette coordination sont variables selon les CAMSP, pour les uns, c'est le personnel paramédical (Kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, ...) dans 7 CAMSP et pour d'autres, ce sont les médecins (pédiatre, pédopsychiatre) dans 5 CAMSP.

Le recours à ces ressources extérieures peut être motivé par divers éléments :

- Choix d'intervenants proches du domicile parental
- Absence de disponibilité du praticien paramédical au sein du CAMSP :
« Par défaut de place au CAMSP, des parents sont orientés vers des professionnels libéraux. Des suivis peuvent être exceptionnellement poursuivis à l'extérieur. Les paramédicaux externes sont invités aux synthèses des enfants qu'ils suivent. Des conventions sont établies (orthophoniste, kinésithérapeute...). Ils peuvent être invités à des actions de formation CAMSP.

Cependant, l'action de coordination de soins paramédicaux externes n'est pas considérée comme faisant partie du projet du CAMSP ». (CAMSP Baudelaire)

Divers facteurs facilitent cette coordination et l'implication de professionnels libéraux dans le suivi d'enfants accompagnés par le CAMSP :

- Connaissance du réseau local
- Participation aux synthèses ou réunions d'élaboration du plan d'intervention individualisé des enfants dans les locaux du CAMSP
- Temps indirect d'échanges avec les praticiens libéraux (échange téléphonique, courrier)
- Convention entre le CAMSP et les praticiens libéraux
- Participation des praticiens libéraux à des formations proposées par le CAMSP ou conjointement avec des professionnels du CAMSP
- Pratique de séances conjointes dans les locaux du partenaire extérieur.

Extrait du Témoignage de Laurence Bodin, kinésithérapeute au Camsp Horizons dans le cadre des journées régionales SESSAD 2011

Depuis sa création en 1995, le Camsp reçoit des enfants de l'ensemble du département (excepté le secteur de Lannion) ; cette répartition géographique est sujet de réflexion depuis le début, puisque plus de la moitié des enfants font plus de 30 min de trajet pour venir au Camsp. Pour les séances de kinésithérapie, toutes ne peuvent se faire au sein du camsp ; les séances sont très souvent bihebdomadaires voire tri hebdomadaires pour certains enfants, et sur des durées souvent très longues. Les séances sont également quotidiennes après injection de toxine botulique.

De part ces contraintes et afin d'assurer une régularité, il a fallu monter le projet de former les kinés libéraux de proximité à la kinésithérapie neuromotrice auprès du jeune enfant. Cette pratique spécifique nécessite de la part du kiné un investissement différent par rapport à un patient habituel des cabinets libéraux. Les séances sont plus longues (environ 30 à 45 min) ; le kiné ne prend qu'un seul patient à la fois. C'est également un travail de guidance auprès des parents qui peuvent être présent lors des séances.

Tout les kinés libéraux du département ont donc été sollicités pour participer à ce projet, et ceux qui le souhaitent ont reçu la visite de Véronique Thébault, la kiné du camsp. A l'initiative de ce projet, Véronique a donc partagé des séances avec les kinés, les a sensibilisés à l'éducation motrice, a recueilli leur questionnement, s'est impliqué dans un partage d'écrits et de bilans communs, afin d'être en lien constant avec le suivi du Camsp. Ensuite, avec le soutien financier de l'ADEPAFIN (réseau périnatal des cotes d'Armor), plusieurs journées de formation ont été proposées avec des intervenants extérieurs. Mr le métayer est venu 3 fois dans le département pour partager son expérience de kiné et former les intéressés à la pratique de l'éducation motrice et des niveaux d'évolutions moteurs. Béatrice Ney et Sylvie Dérozier, également kinés mais aussi formatrices auprès du CDI (cercle de documentation et d'information pour le rééducation des infirmes moteurs cérébraux), sont venu 2 fois à St Briec pour des stages autour des niveaux d'évolution moteurs. Puis le professeur André Bullinger est venu partager son expérience et son approche autour du développement sensorimoteur auprès du très jeune enfant. Ces journées ont été ouvertes à tous les professionnels du Camsp. Roger

Vasseur, médecin de rééducation au camsp de Villeneuve d'Ascq, est également venu partager son expérience sur le développement moteur et psychomoteur durant les 3 premières années de la vie, période sensible de l'enfant où s'élabore la construction de l'axe corporel. En résumé, de riches et indispensables formations nécessaires à la prise en soins des enfants présentant des troubles précoces du développement, et je le répète, prise en soins kinésithérapiques spécifiques qui nécessite une approche très différentes auprès de ces enfants particuliers.

Aujourd'hui, un réseau de kinés est donc « inscrit » dans un travail de partenaire essentiel avec le camsp. Les médecins sont également sensibilisés à cette « liste » de professionnels formés et c'est vers eux que les enfants sont envoyés préférentiellement. Une convention sous forme de « contrat » a été formalisée entre le camsp et les libéraux à savoir :

-les séances de kinésithérapies neuromotrice sont prescrites par les médecins du camsp et sont financées par le Camsp.

-les kinés doivent se rendre aux synthèses prévues par le camsp moyennant 2 séances, avec indemnisation des frais kilométriques.

- à défaut de participer, envoyer un bilan régulier avant la synthèse.

(...)

Régulièrement, nous sommes en contact soit par téléphone soit par mail. Et parfois, je retourne les voir pour observer un enfant dans le cadre de leur cabinet. Cela permet d'approfondir nos bilans mais aussi de discuter dans un autre cadre que le camsp. Je les appelle avant chaque synthèse pour savoir s'ils seront présents le jour dit, sinon on échange ensemble des soins prodigués à l'enfant et des observations qu'ils ont à transmettre aux autres membres de l'équipe du camsp. Chaque synthèse est un moment d'échanges et de lien avec les partenaires extérieurs, que ce soit kiné, orthophonistes ou structure d'accueil (crèche...). Parfois, les kinés de proximité sont les premiers professionnels à voir l'enfant et sa famille, et leurs observations sont très précieuses pour les professionnels du camsp. Leurs perceptions quotidiennes de l'enfant et de sa famille sont indispensables à une meilleure vision globale du jeune en difficulté.

A l'inverse, il me semble également que les kinés libéraux éprouvent le besoin de partager leurs observations afin de ne pas rester seuls avec, mais également de s'inscrire dans un travail pluridisciplinaire, de croiser les regards autour de nos différentes pratiques professionnelles, bref d'être acteur du projet de soins.

Egalement, avant chaque consultation du Dr Fagnet (médecin de médecine physique et de réadaptation), je téléphone aux kinés pour avoir un complément de nouvelles afin d'informer le médecin lors de la préparation de la consultation à laquelle je participe. Avec mes observations et ceux des kinés libéraux, le médecin a un aperçu global de l'enfant afin d'assurer et de rassurer, pour un meilleur suivi et un meilleur accompagnement.

Le travail de collaboration, c'est aussi les temps informels, les demandes entre 2 synthèses, les questionnements sur tel ou tel appareillage, sur un projet de toxine... je suis présente et disponible pour mes collègues kinés, que ce soit par téléphone ou mail (progrès oblige !).

Je pense être vraiment dans l'interface entre l'enfant et sa famille, entre les médecins, l'équipe du Camsp et les libéraux ainsi que les appareilleurs : c'est un travail de lien fort.

Depuis mars dernier, 2 soirées ont été organisées entre nous afin d'échanger autour de nos pratiques, d'inviter un médecin pour parler des toxines, de montrer des petits films... C'est un temps à poursuivre dans l'avenir (pas encore de date définis).

Du côté administratif, tout les courriers médicaux, les comptes rendu des synthèses ainsi que les dates d'invitations des familles aux rendez vous après synthèses, sont envoyés aux kinés libéraux.

A ce jour, environ une vingtaine de kinés libéraux sur 400 installés se sentent impliqués dans ce travail de collaboration (5%). De plus en plus on observe également que peu viennent en synthèses ou font de rapports écrits. La convention établie ne convient pas forcément à tous les libéraux, qui refuse même parfois, par éthique ou par incompréhension. Des contraintes financières nationales ne permettent plus le remboursement des transports vers les kinés spécialisés du département mais vers un kiné le + proche du domicile et pas obligatoirement formé, ce qui peut être préjudiciable pour l'enfant. Qu'advient-il du suivi de ces enfants ?

Le souhait actuel du Camsp est de permettre pour certains enfants de commencer la prise en soins de kinésithérapie au sein du camsp pour s'inscrire dans un suivi plus global en lien avec mes collègues psychomotriciennes, ergothérapeutes, psychologues ou puéricultrice. Puis de passer le relai vers un kiné extérieur qui serait à même de continuer sur un temps plus long. Le lien téléphonique serait toujours essentiel pour un bon déroulement des soins. Du point de vue administratif, le camsp souhaiterait ne plus payer ces soins extérieurs et établir une nouvelle convention. Les financeurs suivront-ils ? autoriseront-ils une double prise en charge ? le nombre croissant d'enfants entrant en bilans permettra t-il un suivi global le plus adéquat ?

Heureusement, ces aspects financiers n'entrent pas encore en compte dans le travail clinique tant dans la qualité des soins que dans la notion de créativité partagée. Il apparait prioritaire de retenir les notions de précocité du suivi, l'accompagnement des familles, le travail en réseau très présent dans le fonctionnement de l'équipe et le partenariat avec les familles.

REZOCAMSP, de l'APAJH 43

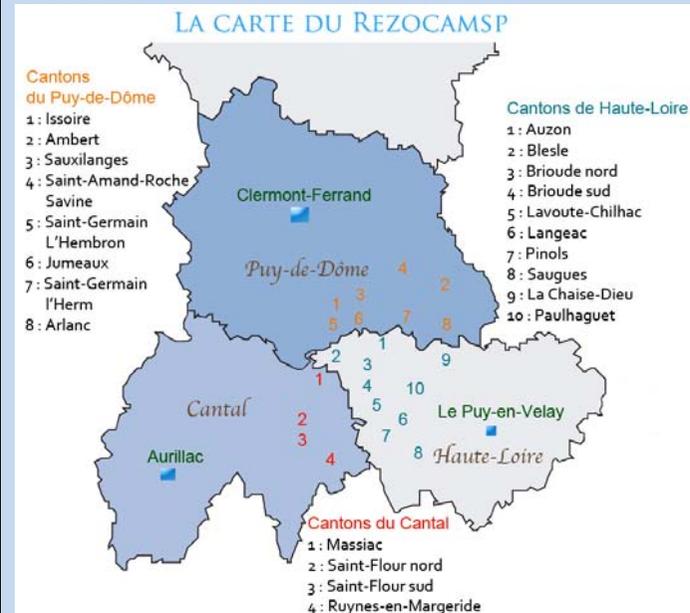
La prise en compte du contexte (évolution sociétale, faible densité démographique, sous-équipement au plan sanitaire et médico-social, situation à + de 40km du CAMSP le plus proche) a conduit l'Apajh 43 à élaborer ce projet REZOCAMSP, premier CAMSP interdépartemental de France ouvert en septembre 2011. Trois Conseils généraux sont aux côtés de l'Assurance maladie pour co-financer ce CAMSP.

Le projet repose sur une approche territoriale (bassin de vie) avec, pour principe, d'organiser autour de chaque enfant un équipe pluridisciplinaire.

L'équipe est composée d'un directeur, d'un médecin directeur médical, d'une secrétaire, d'une orthophoniste, d'une ergothérapeute, d'une kinésithérapeute, d'une psychologue, d'une psychomotricienne, d'une assistante sociale et d'une éducatrice jeunes enfants. A cet organigramme, s'ajoutent des honoraires "réseau" : médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, EJE...

Pour couvrir son territoire étendu (plus d'une 1 heure 15 de trajet pour certaines situations), les professionnels du CAMSP se déplacent soit au domicile familial si cela a du sens soit passe convention avec des acteurs de proximité (exemple : centres médico-sociaux) pour des mises à disposition de salle pour réaliser des consultations. Si au terme du bilan, des besoins de rééducations sont identifiés, le CAMSP passe convention avec des rééducateurs libéraux proches du domicile des enfants pour leur éviter d'importants déplacements. Compte tenu du contexte local, les libéraux s'engageant dans le travail en réseau seront prioritairement des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des psychomotriciens... Le CAMSP dispose d'une enveloppe soins extérieurs à

hauteur de 45 000 €.



Dans le contexte de pénurie de rééducateurs libéraux sur ce territoire, le CAMSP assure la coordination des projets de soins par des échanges téléphoniques avec les praticiens libéraux. Les orthophonistes participent aux synthèses du CAMSP pour les situations de handicap les plus complexes sinon elles transmettent un écrit.

Au regard des situations de familles précarisées, REZOCAMSP est amené à développer des partenariats également avec le réseau de la petite enfance pour exercer un travail d'orientation en matière de socialisation. Il a ainsi passé convention avec une communauté de communes pour des interventions d'observation de la psychomotricienne du REZOCAMSP dans les structures petite enfance. Les professionnels du RAM ont également la possibilité de solliciter la fonction ressource du CAMSP.

Au titre de sa fonction ressources, ce CAMSP organise des conférences tout public à destination des professionnels et des familles (exemple : repérage des difficultés de langage, le jeu, ...).

↳ **Réalisation d'actes de soins spécialisés mis en place ou coordonnés par le CAMSP (Prise en charge spécialisée)**

15 CAMSP sur 18 déclarent réaliser des actes de soins spécialisés mis en place ou coordonnés par le CAMSP. Ces actes ont lieu le plus souvent au CAMSP (12 CAMSP), au domicile parental (6 CAMSP), dans les locaux des partenaires : structures petite enfance (4 CAMSP) ou écoles (7 CAMSP) et marginalement dans les locaux de la PMI (1 CAMSP).

Ces actes de soins spécialisés recouvrent diverses mises en œuvre :

- Injection de toxines botuliques par le médecin MPR qui intervient au CAMSP Horizons (injections réalisées au CHM de Plérin)
- Implantation cochléaire (médecin ORL, audioprothésiste, professeur spécialisé) au CAMSP Farandole
- Recours à des compétences spécifiques : Neuropédiatre, Généticien, CAMSP spécialisé déficient auditif, Centre de Ressources Autisme, Ophtalmologiste, ORL, Réseau de soins palliatifs (CAMSP Eclore), prises en charge complémentaires mises en place avec le SAFEP Déficiants visuels (CAMSP Baudelaire)
- mise en œuvre par l'Éducatrice jeunes enfants de l'outil de communication MAKATON (technique d'émergence du langage) avec guidance de l'entourage de l'enfant au CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix.

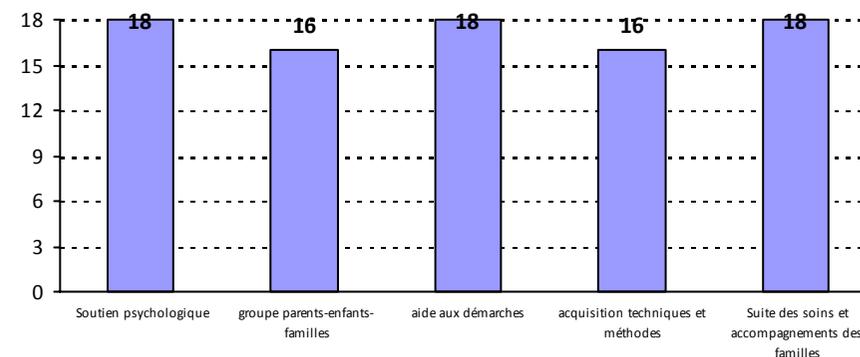
↳ **Organisation de soins thérapeutiques en groupe auprès des enfants**

Tous les CAMSP bretons mettent en œuvre des groupes thérapeutiques dans les locaux du CAMSP mais parfois dans les locaux des partenaires : structures petite enfance (4 CAMSP), écoles (2 CAMSP) et PMI (1 CAMSP).

Ces groupes, animés par divers professionnels du CAMSP, tant médicaux, paramédicaux qu'éducatifs ou sociaux, reposent sur des supports très divers : poney, piscine, cuisine, scénodrame, conte, musique, jardinage, groupes sensoriels, groupes Parents-enfants, groupe fratrie ... Le CAMSP peut avoir recours à des ressources extérieures pour l'animation de ces groupes tels que des intervenants, dumistes pour le groupe musique, école de musique, médiatrice du

livre, ... mais également pour les locaux : médiathèque, piscine d'une MAS (convention avec un CAMSP), jardin d'enfants dans les locaux d'une école.

↳ **Mission « Accompagnement familial »**



↳ **Soutien psychologique auprès des parents et des familles lors du processus de révélation du handicap**

L'ensemble des CAMSP bretons propose un soutien psychologique auprès des parents et des familles lors du processus de révélation du handicap. Ce soutien est proposé lors de rencontres avec les parents dans les locaux du CAMSP, mais peut aussi être proposé à leur domicile (4 CAMSP) ou dans les locaux des partenaires (2 CAMSP).

Si l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire apporte un soutien, des professionnels interviennent davantage sur cette mission, notamment les psychologues mais également les pédopsychiatres/psychiatres (6 CAMSP) ou autres médecins/pédiatres (3 CAMSP).

Le CAMSP de St Malo propose le Dispositif « Petit pas », permanence pour les enfants de 0 à 4 ans, espace où les parents et enfants sont reçus par deux thérapeutes en co-consultation (psychologue, psychomotricienne, orthophoniste) via 4 à 5 séances. A l'issue de ces séances, les professionnels réalisent une synthèse et déterminent si l'accompagnement prend fin ou s'il y a

besoin de proposer un rendez-vous médical. Cette modalité permet d'apporter une réponse réactive et de répondre à un maximum de demandes.

Comme le souligne le CAMSP Baudelaire de Brest, « *la salle d'attente est un lieu permettant de favoriser les échanges entre parents. Les parents du Conseil à la Vie sociale décrivent le CAMSP comme un lieu contenant* ». Ce constat avait également été mis en avant dans l'étude qualitative CNSA :

« Les CAMSP constituent un espace investi par les enfants et leurs parents, par les professionnels.

- *Ils sont propices à l'accueil de l'enfant et de ses parents, constituant pour les parents des lieux de halte après un parcours d'examen médicaux et de soins qui a souvent procuré un sentiment de morcellement.*
- *Ils offrent des lieux où les parents ne sont pas réduits à un statut de parent souffrant mais peuvent exercer leur citoyenneté à travers les conseils à la vie sociale ou groupes d'expression, s'investir dans le projet de soins et d'accompagnement de leur enfant et le projet d'établissement.*

Ce lieu permet une approche unifiée et enveloppante pour les enfants et leurs familles et constitue une référence sur un territoire vers lequel les partenaires adressent les enfants et où les parents viennent trouver des prestations diversifiées ».

Ce soutien est relayé par des professionnels extérieurs que sont les médecins traitants (2 CAMSP), la PMI (1 CAMSP), le réseau pour les soins palliatifs (1 CAMSP), les CMP (1 CAMSP), les associations (1 CAMSP), ...

La réalisation de ce soutien est facilitée notamment par :

- La proposition aux familles, systématique ou facilitée, d'une rencontre avec un psychologue ou pédopsychiatre du CAMSP
- L'intervention de la psychologue du CAMSP sur le service maternité,
- Le travail de partenariat avec les autres intervenants lors du processus de révélation du handicap
- La connaissance du réseau de soins et associatif relais pour les familles

↳ **Organisation d'activités en groupes parents-enfants-familles**

16 CAMSP sur 18 organisent des activités en groupes parents-enfants-familles prenant différentes formes : réunions à thèmes avec les parents, fêtes du CAMSP, Conseil de vie sociale, groupes de parole, animations, activités, groupe fratrie, sorties collectives, ... ces divers événements ou supports sont mis en œuvre pour aider les membres de la famille à s'exprimer, se rencontrer, apprendre à mieux appréhender les handicaps. Ces groupes ont lieu dans les locaux du CAMSP (15 CAMSP) ou à l'extérieur (6 CAMSP).

Pour ces activités, les CAMSP sollicitent parfois l'intervention de partenaires tels que la MDPH pour apporter des informations aux parents ou un conteur pour une activité entre parents et enfants (financement sous forme de prestations externes).

↳ **Aide aux démarches administratives et sociales (enregistrement de leurs dossiers, ouverture de droits ...)**

Tous les CAMSP déclarent apporter une aide aux démarches administratives et sociales (enregistrement de leurs dossiers, ouverture de droits ...). « *Cette aide peut prendre la forme d'une assistance aux démarches, en particulier lors de la constitution des dossiers auprès de la MDPH. Elle peut concerner l'accès à des allocations ou aides financières, le recours à des aides humaines, la demande d'attribution d'une AVS...* » (CAMSP Baudelaire).

L'assistante du service social apparaît alors comme incontournable (16 CAMSP). Or, tous les CAMSP bretons n'ont pas d'assistant du service social. Les secrétaires peuvent apporter une aide à ces démarches (4 CAMSP), ainsi que les médecins (3 CAMSP) ou chef de service/cadre (2 CAMSP).

Dans le cadre de ces démarches, les professionnels du CAMSP sollicitent des professionnels de la MDPH, du Conseil général, de la CAF, des services à domicile, du service social de l'hôpital, les enseignants référents et autres professionnels des écoles, ... Cette aide est mise en œuvre dans les locaux du CAMSP, mais également au domicile parental (16 CAMSP) et plus rarement dans les locaux des partenaires (6 CAMSP).

La mise en œuvre de cette aide aux démarches administrative est facilitée par divers facteurs :

- Existence d'un poste d'assistant du service social au sein du CAMSP et sa disponibilité.
- La bonne connaissance du réseau social du secteur.
- Les étroites relations avec les partenaires MDPH, service social, médecins.

↪ **Aide pour l'acquisition de techniques et méthodes auprès des parents et de la famille**

16 CAMSP sur 18 mentionnent apporter une aide pour l'acquisition de techniques et méthodes auprès des parents et de la famille : il s'agit alors d'un accompagnement des parents ou d'une intervention au domicile familial afin de veiller à l'acquisition des gestes, à l'adaptation des matériels et l'application des préconisations.

Ces interventions ont lieu dans les locaux du CAMSP (16 CAMSP) mais également au domicile parental (14 CAMSP) ou dans les locaux des partenaires (9 CAMSP).

Les professionnels du CAMSP qui apportent une aide pour l'acquisition de techniques et méthodes auprès des parents et de la famille sont le plus souvent les ergothérapeutes (6 CAMSP), les kinésithérapeutes (5 CAMSP), les psychomotriciens (5 CAMSP), les orthophonistes (4 CAMSP), les puéricultrices (4 CAMSP), les éducateurs (4 CAMSP), les médecins /pédiatres/pédopsychiatres (3 CAMSP) ou les enseignants spécialisés (3 CAMSP) et plus marginalement les codeurs (1 CAMSP), l'audioprothésiste (1 CAMSP).

Comme le révélait l'étude qualitative sur les CAMSP de la CNSA, les CAMSP jouent un rôle de « promoteurs de compétences parentales » qui vise à accompagner et soutenir les parents dans leurs tâches et les relations avec leur enfant. Ainsi, comme le souligne le CAMSP Baudelaire, « *l'acquisition de techniques et méthodes ne se limite pas aux gestes et adaptations des matériels : l'équipe du CAMSP assure également un soutien permettant de favoriser l'acquisition des compétences parentales, par exemple par l'intervention des éducatrices en ce qui concerne le quotidien et l'éveil de l'enfant. (...) L'accompagnement familial peut être réalisé sous la forme de guidance parentale*

avec la psychologue clinicienne. Les parents peuvent être présents en séance, à leur demande, lorsqu'un travail parent-enfant est discuté ou proposé (groupe musique). Des échanges ont lieu systématiquement aux transitions (arrivée et départ de l'enfant). Les professionnels éducatifs et paramédicaux proposent des temps de discussion avec les parents régulièrement (bilans intermédiaires) ».

Cette aide peut prendre la forme d'intervention individuelle ou de groupe (ex : atelier de langue des signes et de langage parlé complété proposé aux familles).

Ces interventions sont facilitées par divers facteurs :

- Les interventions à domicile, qui sont « *malheureusement limitées par le manque de temps des professionnels au vu du nombre d'enfants suivis* »
- L'implication des parents dans les prises en charge
- La formation des personnes du CAMSP à des techniques ou approches spécialisées (ex : technique de communication, guidance oro-bucco-faciale, ...)

↪ **Aide auprès des parents pour la suite des soins et accompagnement des enfants**

L'ensemble des CAMSP bretons apportent une aide auprès des parents pour la suite des soins et accompagnement des enfants : il s'agit alors d'accompagner les parents sur les possibilités de relais à la sortie du CAMSP afin d'éviter une rupture de soins et assurer ainsi une continuité dans le parcours de soins. Cet accompagnement se fait par la transmission d'informations, la visite d'établissement, ...

Si l'ensemble de l'équipe du CAMSP est impliqué dans cet accompagnement au passage de relais, les assistantes sociales des CAMSP sont plus particulièrement mentionnées sur cette mission (11 CAMSP).

Cette aide au passage de relais est facilitée notamment par :

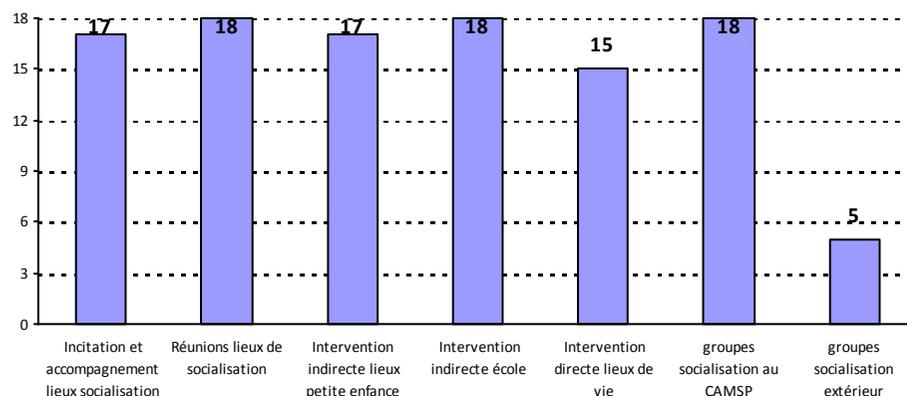
- La bonne connaissance et la qualité des liens avec les structures partenaires
- La possibilité de visite de la structure relais, accompagné par un professionnel du CAMSP (2 CAMSP)

- Transmission des informations utiles et pertinentes de la part du CAMSP à la structure relais (compte-rendu des professionnels ayant suivi l'enfant, réunion de présentation de l'enfant à la structure relais) (2 CAMSP)
- La pratique de consultation « post-CAMSP » pour s'assurer de l'adéquation des relais mis en place (2 CAMSP)
- Des professionnels ayant des temps partagés entre le CAMSP et la structure relais

Le CAMSP peut avoir alors un rôle de facilitateur pour les démarches d'inscription auprès des structures ainsi que mettre en place un travail préparatoire à la séparation.

Si l'ensemble de l'équipe peut être mobilisé sur cette mission (5 CAMSP), des professions apparaissent davantage mobilisées, notamment les psychologues (10 CAMSP), les éducateur/EJE (9 CAMSP) et les assistantes sociales (8 CAMSP). Ces démarches sont réalisées en partenariat avec les équipes de PMI (5 CAMSP, les lieux d'accueil petite enfance (4 CAMSP), les services sociaux de secteur (2 CAMSP).

↳ Mission « Soutien et aide à l'adaptation sociale et éducative »



Certains CAMSP ont développé des propositions d'accueil de type « jardin d'enfants » (CAMSP Kerveiza ou CAMSP de Cornouaille) regroupant des enfants sur des temps collectifs ; d'autres sont partenaires de structures halte-garderie (CAMSP Baudelaire).

Ces démarches sont facilitées notamment par :

- La bonne connaissance des lieux de socialisation (multi-accueil, halte-garderie, écoles, ...)
- Sensibilisation des lieux d'accueil de la petite enfance, des équipes enseignantes,
- La participation des professionnels des structures petite enfance aux réunions de synthèse du CAMSP (1 CAMSP)
- Disponibilité (temps) pour l'accompagnement à l'extérieur
- Poste spécifique de psychomotricienne du service de PMI pour faciliter l'intégration des enfants

↳ Incitations et accompagnement des parents à l'inscription des enfants dans des lieux de socialisation

17 CAMSP sur 18 déclarent inciter et accompagner les parents à l'inscription des enfants dans des lieux de socialisation (crèche, halte-garderie, établissement scolaire).

↳ Participation à des réunions dans les lieux de socialisation

L'ensemble des CAMSP bretons participe à des réunions dans les lieux de socialisation (structure petite enfance ou école). Ces interventions indirectes qui s'inscrivent dans le cadre de réunions institutionnelles sont diverses : réunions avec les structures petite enfance (14 CAMSP), réunions des équipes éducatives (15 CAMSP) et réunion des équipes de suivi de scolarisation (14 CAMSP).

La participation des CAMSP à ces réunions est facilitée par :

- la forte implication des professionnels pour favoriser la socialisation et la scolarisation des enfants
- le déplacement des professionnels sur les lieux de vie de l'enfant (temps à dégager)
- les conventions entre la crèche et le CAMSP
- les partenariats

↳ **Interventions indirectes auprès des professionnels des lieux de la petite enfance**

15 CAMSP sur 18 font des interventions indirectes au sein des structures de la petite enfance pour des observations, des conseils et des propositions d'adaptation des interventions. Les professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux des CAMSP interviennent dans les structures d'accueils en crèche et halte-garderie, comme révélait l'étude qualitative de la CNSA sur les CAMSP :

- *« en amont d'une admission dans ces structures collectives d'intégration pour rencontrer les professionnels et leur présenter la situation de handicap, les potentialités, les besoins spécifiques des enfants ;*
- *ponctuellement ou régulièrement pour mener des observations de l'enfant en situation et des échanges avec les professionnels ;*
- *à la demande des professionnels des structures d'accueil ou de manière régulière pour apporter des conseils sur les postures, des gestes, le choix des jeux et l'utilisation des matériels adaptés. Les professionnels du CAMSP apportent un soutien aux personnels des structures de la petite enfance, répondent à leurs questions, guident et donnent des pistes de réflexion d'amélioration ou proposent d'adapter des outils de travail à leur environnement et leur organisation. »*

La Ville de Rennes a ainsi passé convention avec les CAMSP rennais adossés à un CMPP pour une intervention hebdomadaire de psychologues dans les crèches de la ville de Rennes.

C'est également pour renforcer l'encadrement et pour rendre possible l'accueil d'enfants en situation de handicap, que des professionnels éducatifs du CAMSP peuvent intervenir dans les structures petite enfance.

Toutefois, un CAMSP souligne que ces interventions indirectes auprès des professionnels des lieux de la petite enfance sont parfois restreintes faute de temps disponible.

↳ **Interventions indirectes à l'école**

En parallèle de leur participation aux réunions ayant lieu à l'école (équipe éducative, équipe de suivi de scolarisation), les CAMSP bretons déclarent tous réaliser des interventions indirectes à l'école pour des observations, des conseils et des propositions d'adaptation d'interventions. En cela, ils se différencient des CMPP et se rapprochent des missions des SESSAD en appui à l'environnement de l'enfant.

Les professionnels médicaux, paramédicaux ou éducatifs du CAMSP peuvent être amenés à intervenir à l'école, notamment en lien avec les psychologues scolaires et les enseignants.

Ces interventions sont facilitées notamment par :

- La connaissance des enseignants et la collaboration avec eux
- Les déplacements des professionnels (nécessitant du temps)
- Les échanges téléphoniques

↳ **Interventions directes dans les lieux de vie (structures de la petite enfance et école)**

Enfin, 16 CAMSP sur 18 interviennent directement auprès de l'enfant dans ses lieux de socialisation, dans les structures petite enfance (14 CAMSP) ou à l'école (13 CAMSP). Ils peuvent également être amenés à intervenir chez l'assistante maternelle.

Si ces interventions sur les lieux de vie de l'enfant visent à faciliter sa socialisation et soutenir les équipes dans l'accueil de l'enfant (intervention indirecte), elles permettent également d'éviter des déplacements aux enfants les plus fragiles.

Cette modalité d'intervention est également commune aux SESSAD et se différencie des CMPP.

Ces interventions sont facilitées par :

- La proximité géographique de ces structures
- la possibilité de déplacement des professionnels (disponibilité en temps)
- les partenariats avec ces structures de socialisation

Sur le bassin rennais, l'absence de personnel éducatif ou infirmière/puéricultrice dans certains CAMSP/CMPP est regrettée au regard de l'intérêt de l'intervention d'une éducatrice d'un CAMSP au sein des crèches dans le cadre des suivis individuels (apport en matière de socialisation, facilitation de l'intégration de l'enfant, lien entre le projet personnalisé de l'enfant élaboré au CAMSP et la structure d'accueil). Certains acteurs souhaiteraient pouvoir bénéficier plus souvent d'interventions de professionnels éducatifs ou paramédicaux de CAMSP au sein des structures petite enfance.

↳ **Organisation d'activités de groupes à visée de socialisation dans les locaux du CAMSP**

Les 18 CAMSP bretons organisent des activités de groupes à visée de socialisation dans les locaux du CAMSP. Ces activités sont diverses : cuisine, conte, marmots, musique, relaxation, motricité, ... Un CAMSP précise que « *Les groupes éducatifs sont ceux facilitant le plus la socialisation de l'enfant, d'autres objectifs sont définis pour ces groupes (faciliter l'autonomie, développer l'expression...).* La socialisation est également travaillée dans les autres petits groupes ».

Ces activités sont animées par les professionnels éducatifs et paramédicaux, souvent en binôme.

Le CAMSP de Cornouaille propose un temps d'accueil sous forme de « jardin d'enfants » dans ses locaux (présenté précédemment).

Cette prestation est facilitée par :

- la disponibilité de locaux adaptés au sein du CAMSP
- la pluridisciplinarité des équipes avec des professionnels éducatifs et paramédicaux
- l'animation en binôme

↳ **Organisation d'activités de groupes à visée de socialisation à l'extérieur du CAMSP**

Enfin, ces activités de groupes à visée de socialisation peuvent être organisées à l'extérieur du CAMSP (5 CAMSP). Sont mentionnées comme activités : groupe poney, piscine, sorties culturelles (avec minibus pour le transport des enfants). Le CAMSP Kerveiza propose des regroupements d'enfants sous forme de « jardin d'enfants » dans les locaux d'une école (présenté précédemment).

↳ **Mission « Ressource »**

Au-delà des 5 missions définies par l'annexe 32 bis, une 6^e mission a été confirmée par l'étude qualitative de la CNSA sur les CAMSP, la mission « Ressource ».

↳ **Expertise-consultations**

12 CAMSP sur 18 déclarent intervenir en qualité de centre ressources pour mener des consultations et bilans spécialisés, prodiguer des conseils auprès de leurs partenaires (du fait de la spécialisation et/ou de l'expertise des professionnels).

Cette mission d'expertise-consultations est réalisée notamment à la demande de la PMI (consultation pour avis spécialisé) (4 CAMSP), mais également à la demande de partenaires hospitaliers, libéraux, des écoles, des CDAS, de la MDPH

...

De multiples facteurs contribuent à reconnaître cette mission aux CAMSP :

- le caractère multi-disciplinaire de l'équipe médicale et paramédicale.
- Le partenariat étroit avec toutes les structures pédiatriques et petite enfance.
- Les liens avec les structures hospitalières : convention (CAMSP Kerveiza), l'implantation au sein de l'hôpital et le rattachement au pôle de pédiatrie (CAMSP hospitalier rennais).

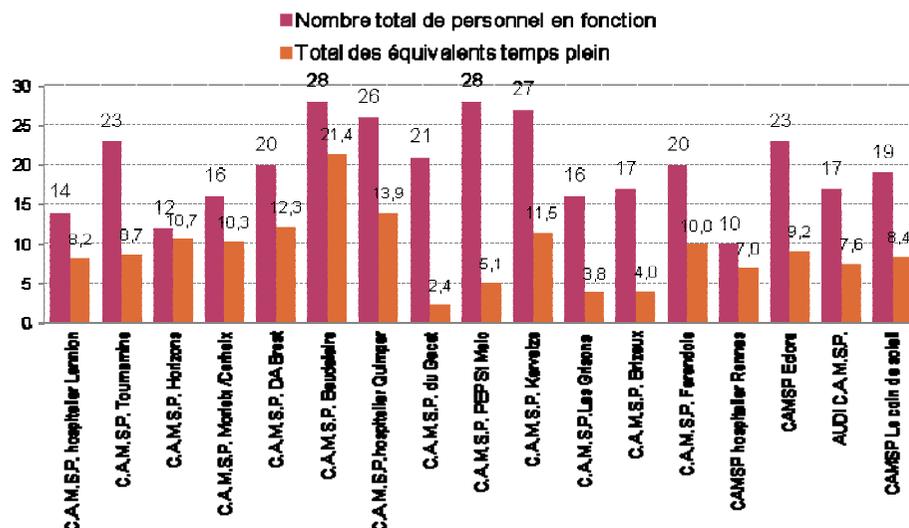
↳ **Formations-informations**

14 CAMSP sur 18 déclarent organiser et mettre en œuvre des temps d'informations et de formations auprès des partenaires et du grand public. Ces formations sont réalisées à la demande des partenaires (école, hôpital, du CG pour les médecins de PMI, de la CAF pour les professionnels de la petite enfance ...) ou sur proposition du CAMSP (exemple : le CAMSP Baudelaire à destination de médecins traitants ou le CAMSP Tournemine qui propose des stages de LSF, code, ...) ou encore dans le cadre d'interventions lors de manifestations organisées par des réseaux (exemple : le CAMSP Horizons intervient lors des journées du réseau périnatalité, de journées du réseau de l'APAMSP 22).

6 – Ressources humaines

Les informations relatives au personnel, renseignées par les services dans l'enquête ES 2010 ont été mis à disposition par l'ARS.

Personnel en fonction au 31/12/2010 (source : ES 2010, exploitation ARS Bretagne)



Ces données 2010 ne reflètent plus la réalité de certains CAMSP : ainsi, le CAMSP de St Malo a différencié ses équipes CAMSP et CMPP réduisant de fait le nombre de personnel en fonction.

Le différentiel « Nombre de personnels en fonction » et « Nombre d'ETP » particulièrement important sur les CAMSP rennais adossés à un CMPP met en évidence l'absence de distinction entre les équipes CAMSP et CMPP.

De plus, la taille minimale de l'équipe est interrogée pour garantir l'efficacité des fonctionnements du service.

La réflexion en cours au niveau régional sur des indicateurs communs d'activité devrait permettre d'apporter des éléments de comparaison de l'investissement dans les différentes missions et des moyens alloués pour leur mise en œuvre.

Le chapitre sur l'exercice des missions ainsi que celui relatif aux publics accueillis en CAMSP révélait la nécessité de renforcer certaines équipes de CAMSP dépourvues de certaines professions incontournables au sein d'un CAMSP.

Lors de la réunion d'analyse partagée du groupe « CAMSP polyvalents du bassin rennais », les participants ont rappelé l'insuffisance des moyens en psychomotricité sur le bassin rennais, notamment pour les enfants cérébro-lésés. De même, certains enfants TED auraient besoin de séances de psychomotricité, mais faute de moyens, la priorité est donnée aux enfants cérébro-lésés.

Difficultés particulières en termes de recrutement

13 CAMSP sur 18 rencontrent des difficultés de recrutement et un 14^e present des difficultés à venir pour les postes de pédopsychiatrie (prochain départ à la retraite).

Ces difficultés concernent les postes :

- Orthophoniste (12 CAMSP) : « *Problème de recrutement d'orthophoniste +++* » (C.A.M.S.P. Tournemine) ; « *Certaines catégories de professionnels sont effectivement difficiles à recruter, nous allons par exemple mettre 9 mois pour recruter une orthophoniste (arrivée prévue décembre 2011)* » (C.A.M.S.P.hospitalier Quimper) ; « *Difficultés de recrutement d'une orthophoniste (pas d'orthophoniste entre le 1/07/2009 et le 1/09/2011)* » (C.A.M.S.P. Horizons) ;
- Médecins (dont pédiatre) (4 CAMSP + 1 à venir)
- Kinésithérapeutes (2)
- Psychomotricien (1)

Par ailleurs, des participants au groupe d'analyse partagée soulignent la difficulté à fidéliser des praticiens paramédicaux (orthophonistes, kiné) au sein de l'équipe CAMSP : des professionnels, une fois formés après quelques années de pratiques au sein du CAMSP, s'installent en libéral à proximité du service. Ce constat a également été pointé dans l'étude régionale sur les SESSAD (2012).

Le recours à des intervenants libéraux¹⁷

Les actes de ces intervenants sont prescrits par un médecin du CAMSP (15 CAMSP) ou un médecin généraliste (à la demande des familles) (2 CAMSP).

Ces intervenants participent aux synthèses dans 12 CAMSP, « trop rarement » selon un CAMSP et « selon les besoins » selon un autre CAMSP. Leur participation aux synthèses est rémunérée dans 5 CAMSP : « uniquement pour l'orthophoniste » pour le CAMSP de Lannion, « uniquement si convention avec le CAMSP » pour le CAMSP Baudelaire.

Une mise à disposition de locaux est mentionnée par 6 CAMSP

- « pour les orthoptistes, orthophonistes. Non pour les kinés, psychomotriciens » (C.A.M.S.P. Baudelaire)
- « Oui pour l'ortho-prothésiste » (C.A.M.S.P.hospitalier Quimper)

La coordination entre le CAMSP et ces professionnels libéraux peuvent également prendre les formes suivantes :

- « Liens téléphoniques et séances conjointes entre les kinésithérapeutes libéraux et la kinésithérapeute du CAMSP. Formations et séances de travail avec les kinésithérapeutes libéraux organisées par le CAMSP ou par le Réseau ADEPAFIN depuis plus de 10 ans. Liens identiques rétablis récemment avec les orthophonistes » (C.A.M.S.P. Horizons).
- « Contacts et échanges téléphoniques, transmission (avec accord des parents), de comptes-rendus de consultation, de synthèse, de bilan de paramédicaux ; séances conjointes dans les locaux du professionnel libéral ou du CAMSP au moment du relai » (CAMSP hospitalier Rennes).
- « Comptes-rendus de consultations et de bilans, échanges téléphoniques avec professionnels de même compétence et médecins prescripteurs, intervention en commun (ex : kiné libéral et ergothérapeute du CAMSP), participation conjointe aux équipes éducatives » (CAMSP Eclore).

Lors de la réunion de présentation de l'étude aux responsables de CAMSP, ces derniers ont attiré l'attention sur la nécessité d'intégrer les différentes CPAM dans

¹⁷ 2 CAMSP semblent avoir eu un problème de compréhension de cette partie du questionnaire puisqu'ils déclarent ne pas faire appel à des intervenants libéraux. Or, dans les missions, ces CAMSP déclarent faire de la coordination de soins paramédicaux extérieurs.

l'analyse, en vue d'une harmonisation des pratiques notamment pour le recours aux libéraux.

→ Préconisations

- S'appuyer sur la réflexion actuelle autour de la définition des indicateurs communs et l'harmonisation des modes de comptage pour harmoniser la mise à plat des activités des CAMSP et **redéfinir les moyens des CAMSP pour répondre aux besoins de leur territoire.**
- **Garantir l'approche globale** qu'offrent les CAMSP comme les SESSAD et ce quels que soient les modes de recours aux praticiens extérieurs (libéraux ou autre) : **garantir la coordination des interventions** via le projet personnalisé individuel et des temps de coordination avec les différents intervenants.

↳ Dans un contexte de recours aux praticiens libéraux et dans l'hypothèse de son développement, affirmer le rôle de coordination et rendre lisible cette fonction de coordination.

- **Mener un travail de concertation avec les CPAM de la région en vue d'harmoniser les politiques sur le territoire**, notamment sur les questions du financement des consultations libérales dans le cadre d'une prise en charge CAMSP et des taux de remboursement des frais de transport.
- **Proposer une convention type de partenariat** entre le CAMSP et les praticiens libéraux mentionnant la participation aux synthèses et la production de bilans écrits.
- **Accompagner l'acceptation par les praticiens libéraux de ces temps de coordination** : chercher des financements sur l'ambulatoire pour la participation aux réunions de synthèse :

cf. **Article L221-1-1 du code de la Sécurité Sociale (AQSV)**

I.-Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

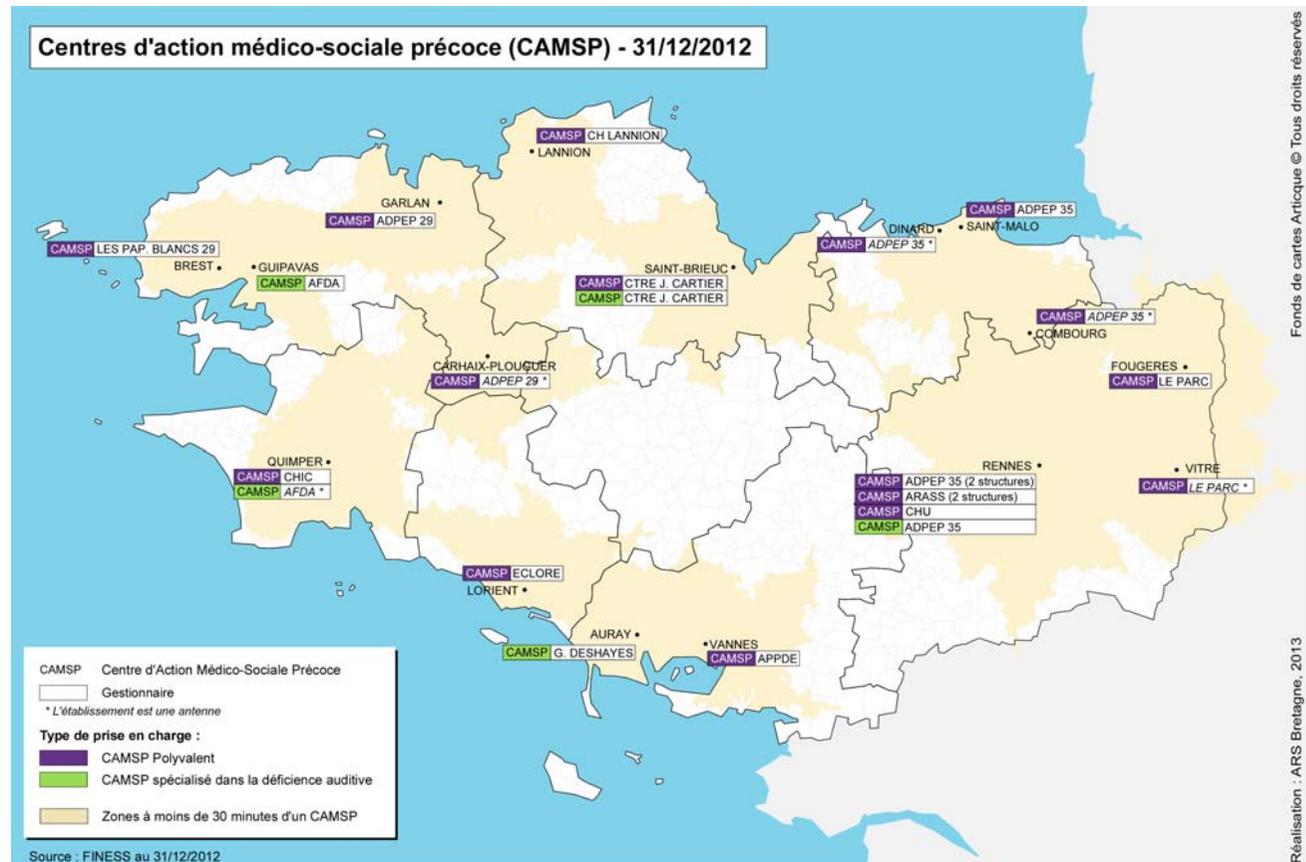
Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article [L. 162-45](#).

7 – Maillage territorial et fluidité des parcours

Accessibilité au CAMSP : maillage territorial et périmètre d'intervention

L'ARS Bretagne mentionnait dans son SROSM que « la localisation géographique de ces structures sur le territoire régional est nettement insuffisante pour caractériser la qualité du service mis à la disposition de la population ». De plus, « concernant l'organisation territoriale, l'offre de services des CAMSP et CMPP est quasi exclusivement placée dans les zones urbaines et côtières. La Bretagne centrale est très nettement moins bien servie. Des implantations nouvelles sous formes d'antennes sont à prévoir ».



CAMSP polyvalents	Zone géographique d'intervention/de recrutement du CAMSP définie	Précisez comment zone a été définie	Existence d'antennes	Recevez-vous des demandes hors zone géo ? Si oui, précisez l'intensité demandes
CAMSP Horizons	Les 4/5 du département, à l'exclusion de la zone située à 30km autour de LANNION, qui s'étend jusqu'à PAIMPOL et l'ouest de GUINGAMP	En accord avec l'équipe du CAMSP de Lannion. Les familles frontalières de cette zone peuvent choisir	Non	Oui : Enfants du centre Bretagne, nés dans le 22 (notamment suivis à Loudéac et transférés à St Briec), et vivant dans le 56. Quelques enfants vivants dans le secteur de Lannion dont les familles souhaitent un suivi sur St Briec
CAMSP Hospitalier Lannion	La partie nord ouest du département	de manière à ce que les 2 CAMSP polyvalents, celui de Lannion et celui de Saint Briec, couvrent les besoins de l'ensemble du département.	Non	Non
CAMSP Baudelaire	Pays de Brest	Donnée dans l'arrêté d'extension du 3 décembre 2010. Précédemment, la zone d'intervention (séance CROSMS du 8 février 2008) s'étendait à Brest et ses environs dans un rayon de 40 kilomètres. Si le pays de Brest (actuel) se définit avec les cantons suivants : Pays d'Iroise, Plabennec-Abers, Lesneven-Côte des Légendes, Landerneau-Daoulas, Presqu'île de Crozon, Aulne Maritime, il peut être signalé la problématique de déplacement pour les personnes de Crozon et des îles. Très peu de demandes émanent de ces secteurs.	Non	Oui. Suivi régulier : Faible (1 enfant suivi actuellement, 2-3 demandes/an) – Ces demandes concernent des territoires limitrophes avec les pays de Morlaix et Quimper. Suivi de prévention : une douzaine d'enfants ayant intégré le suivi sont hors secteur. Il s'agit pour les plus grands d'enfants dans le périmètre des 40 kilomètres (Cf. territoire d'intervention page 2). Nous avons accepté l'intégration de bébés dans des cas particuliers : parents domiciliés vers Quimper mais passant la journée à Brest avec l'enfant. Un enfant a déménagé d'une commune et est passé hors secteur en 2010. A la sortie du service de néonatalogie, nous utilisons aujourd'hui la carte des secteurs afin d'orienter les suivis.
CAMSP Hospitalier Quimper	35 km autour de Quimper + zones limitrophes des bassins de Carhaix, Crozon, Quimperlé éloignés de : autres CAMSP (Quimperlé-Quimper = 47 km, 39 mn / Quimperlé-Lorient = 22 km, 21 mn / Crozon-Brest = 59 km, 55 mn et Crozon-Quimper = 54 km, 55 mn)		Non	Oui : En 2010 4 enfants hors département et quelques uns au delà de 35 km
CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix	Circonscriptions de Morlaix –Landivisiau et de Pleyben-Carhaix	Par la DDASS et le Conseil Général	Non	Oui. Demandes rares des zones frontalières avec les Côtes d'Armor (Carhaix, Plestin les Grèves) mais aussi de l'autre côté, de la communauté de communes de Landivisiau
CAMSP Farandole	Bassins de Fougères et de Vitry, élargie aux territoires des départements limitrophes (Manche et Mayenne)	Arrêté préfectoral du 14/11/2003	FOUGERES / VITRE	Oui : Il s'agit uniquement d'enfants adressés pour bilan de l'auditeur et venant des départements limitrophes
CAMSP PEP St Malo	Avant le découpage en territoires de l'ARS, la zone d'intervention était le Nord du département, le CMPP/CAMSP dispose d'un siège à St MALO avec une annexe dans le quartier de la découverte, d'antennes à COMBOURG, DOL de BRETAGNE, DINARD. L'activité CAMSP se répartit sur l'ensemble des sites. Dans le cadre d'une réorganisation engagée depuis 2008, et mise en place à la rentrée de septembre 2011, nous avons rationalisé la répartition des moyens techniques et humains sur deux sites St MALO, découverte, et COMBOURG. Les enfants de DOL de BRETAGNE sont reçus à	Zone définie en fonction de l'activité réalisée sur chacun des sites, en fonction des moyens et de la nécessité de les concentrer pour mieux les utiliser. Prise en compte de l'implantation des partenaires : existence de CMP à DINARD, à BAGUER PICAN (proche de DOL), il n'y avait que le CAMSP PEP sur la région de COMBOURG et le CAMSP de RENNES avait aussi besoin d'un relais sur cette zone.	St MALO / COMBOURG / DOL DE BRETAGNE	Oui Enfants des Côtes d'Armor. Pour 2010=3. Jusqu'en septembre : 3 Depuis le découpage du territoire de santé 6, nous sommes sollicités pour intervenir sur la région de Dinan, non pourvue en CAMSP

	COMBOURG ou St MALO selon leur lieu d'habitation, et les enfants de DINARD sont reçus à St MALO.			
CAMSP Gaston Chaissac			Non	
CAMSP du Gacet	Bassin Rennais sud	Proximité du domicile des parents ou du lieu de vie de l'enfant	Non	Oui : Non chiffrable car on ne les inscrit pas sur notre liste d'attente. On les informe des structures proches de leur domicile.
CAMSP Les Grisons	35 km de rayon	Par l'usage : zone de recrutement environ 35 km de distance (1/2 heure de trajet)	RENNES / CHATEAUGIRON	Oui : 4 demandes (Plélan le Grand, Maxent, Iffendic, Guipry)
CAMSP Brizeux	Elle correspond globalement au quart nord-ouest de Rennes	La répartition des CAMSP Rennais à délimité plus ou moins cette zone. Zone délimitée en fonction de l'implantation des CAMSP, répartition jamais officialisée	Non	Parmi les 99 enfants de la file active 2010, 39 hors secteur. Sud : Chavagne, Bruz, Mordelles, Laillé, Châteaubourg, Guignen, Chantepie, Noyal s/ Vilaine, Goven, Chanteloup, Chartres de Bretagne, Brecé, Plélan le Grand, St Seglin, St Melaine. Nord (>de 20 km du CMPP donc HS) : Dourdain, La Bouexière, St Thural, Pleumeleuc, Irodouer, St Aubin du Cormier Hors Département : Carentoir
CAMSP Hospitalier Rennes	Le département d'Ille et Vilaine	zone d'influence du réseau est-Bretagne du réseau de médecine périnatale et au recrutement des services hospitaliers de réanimation néonatalogie du CHU de RENNES (niveau III)	Non	Oui Territoire du pays de REDON frontière avec le département 44 et 56 (absence de CAMSP sur REDON) : département 56 : 22 enfants et département 44 : 3 enfants ; département 22 : 8 enfants ; département 53: 4 enfants ; département 72 : 1 enfant ; hors métropole (97) : 2 enfants et hors France 1 enfant (Australie)
CAMSP Eclore	Intersecteur sanitaire 3	Lors de la création de l'association Eclore : bassin lorientais	Non	Oui : Finistère, centre Bretagne 56, Gourin, Guéméné, Pontivy. Difficile à chiffrer car non recensées, les familles étant systématiquement réorientées.
CAMSP Le coin de soleil	Secteur sanitaire IV : Vannes, Auray, Ploërmel	Selon schéma départemental médico-social 2000-2005	Non	Oui : enfants hors secteur sanitaire 4 ou des circonscriptions sociales 1, 2, 3, 4, 6, 8

CAMSP spécialisés déficience auditive

Nom du CAMSP	Zone géographique d'intervention/de recrutement du CAMSP définie	Précisez comment zone	Existence d'antennes	Recevez-vous des demandes hors zone géo ? Si oui, précisez l'intensité demandes
CAMSP Tournemine	Le département des Côtes d'Armor		Non	Non. S'il y a une erreur d'aiguillage, réorientation dès le premier appel téléphonique
CAMSP DA Brest	Finistère		GUIPAVAS / QUIMPER	Non
CAMSP Kerveiza	Rennes - Nord du département et sud du département	L'association La Parc accompagne les familles sur la région Fougères/Vitré	1) Rennes siège 2) Rennes jardin d'enfants et grande section Carle Bahon / 3) Rennes maternelle grand Carle Bahon	Oui, A la marge. Des enfants hors département pour consultation ORL uniquement
AUDI CAMSP	Département du Morbihan	Par le Conseil Général du Morbihan dans l'agrément	Non	Oui : De moins en moins car nos partenaires savent que notre limite est le département. Cela pose un problème pour le Centre hospitalier de Lorient qui couvre le bassin de Quimperlé. Même problème pour le secteur de Pontivy, limitrophe Côtes d'Armor.

- Identifications des zones d'intervention des CAMSP

- **Étendue des zones d'intervention des CAMSP polyvalents** : selon la carte illustrant les communes distantes de 30 minutes des locaux du CAMSP, existence de zones éloignées voire non couvertes, notamment en Centre Bretagne (cf. ci-après)
- **CAMSP spécialisés déficience auditive** : CAMSP départementaux (22, 29 et 56) et cohabitation de 2 CAMSP sur l'Ille-et-Vilaine avec sectorisation définie.

- Modalités pour réponse à la zone d'intervention

- Dépassement ou non de la zone autorisée : le CAMSP de Cornouaille par exemple est amené à dépasser sa zone (Carhaix, presque Ile de Crozon, Quimperlé)
- Mise en place d'antenne : Le CAMSP Farandole de Vitré/Fougères (même équipe qui intervient 2 jours sur un site et 3 jours sur l'autre) ; CAMSP de St Malo (antenne à Combourg, fermeture de l'antenne de Dol ; besoin d'antenne sur Dinan), CAMSP AFPA installée à Guipavas avec une antenne à Quimper.
- Collaboration avec libéraux et coordination (voir « chapitre relatif au recours aux libéraux ») :
 - Des CAMSP ouverts à cette collaboration : participation des libéraux aux synthèses du CAMSP (CAMSP Horizon ; CAMSP Tournemine, CAMSP Coin du Soleil)
 - D'autres qui les limitent aux situations éloignées géographiquement

Le maillage du territoire amène à interroger les zones non pourvues en Bretagne. Ces zones sont à cheval sur 2 ou 3 départements.

L'antenne du CAMSP de Morlaix sur Carhaix (territoire de santé 1) au dernier trimestre 2012, dans un premier temps pour répondre aux enfants finistériens.

- Zones non pourvues de CAMSP

- Secteur de Dinan : CAMSP de St Malo ou CAMSP de St Brieuc ? Le CAMSP de St Malo, implanté sur le territoire de santé n° 6 (Saint-Malo - Dinan) est sollicité pour intervenir sur le secteur de Dinan Est (Dinan/St Malo = 30 min / 33 km). Une répartition est à envisager avec le CAMSP de Saint Brieuc (Dinan/St Brieuc = 45 min / 62 km). Une intervention sur ce secteur de la part de ces CAMSP aura pour conséquence du temps et des coûts de transport importants pour les familles et le service. Des familles renonceront peut-être à ces déplacements. Une antenne sur ce territoire serait à envisager. Mais ces 2 CAMSP connaissent actuellement des listes d'attente. Aussi, créer une antenne suppose des moyens spécifiques.
- Secteur de Redon : absence de CAMSP à proximité du secteur de Redon. Sur ce territoire, existence d'un CMPP 0-20 ans, d'un CMP 0-16 ans, d'un SESSAD Déficience Intellectuelle (1-20 ans) et d'un SESSAD Déficience motrice et polyhandicap (3-20 ans). Le CMPP a créé et porte le dispositif « Le poisson rouge », lieu d'accueil et de prévention des enfants de 0 à 4 ans accompagnés d'un adulte (parents ou nourrice) dans les locaux du centre social de Redon, ouvert 2 matinées par semaine. Des professionnels du CMPP y interviennent ainsi des professionnels extérieurs (infirmières, sage femme, ...). 15 à 20 enfants fréquentent ce lieu, accompagnés d'un parent. Sur ce territoire, le CMPP accueille au sein de son public des enfants de moins de 6 ans, pour des retards de langage, des troubles du sommeil, des difficultés dans la relation parent-enfant, dépistage des TED, des situations ne nécessitant pas de gros appareillages. Des articulations existent entre le CMPP et le SESSAD déficience motrice (temps partagés de professionnels). Toutefois, si les acteurs de ce territoire ont construit des réponses pour pallier à l'absence de CAMSP, une partie des enfants en bas âge de ce territoire sont suivis par le CAMSP hospitalier de Rennes (distance importante) faute de CAMSP. Réflexion en cours portée par l'association des PEP 35 pour une antenne sur Redon des missions CAMSP et SSEFIS pour les déficiences sensorielles.
- Secteur de Pontivy – Loudéac (territoire de santé n° 8) : absence de CAMSP sur ce territoire, mais présence d'un CMPP à Pontivy (0-20 ans) avec une antenne à Guéméné. Les Côtes d'Armor ne disposent que d'un CMPP (8-20

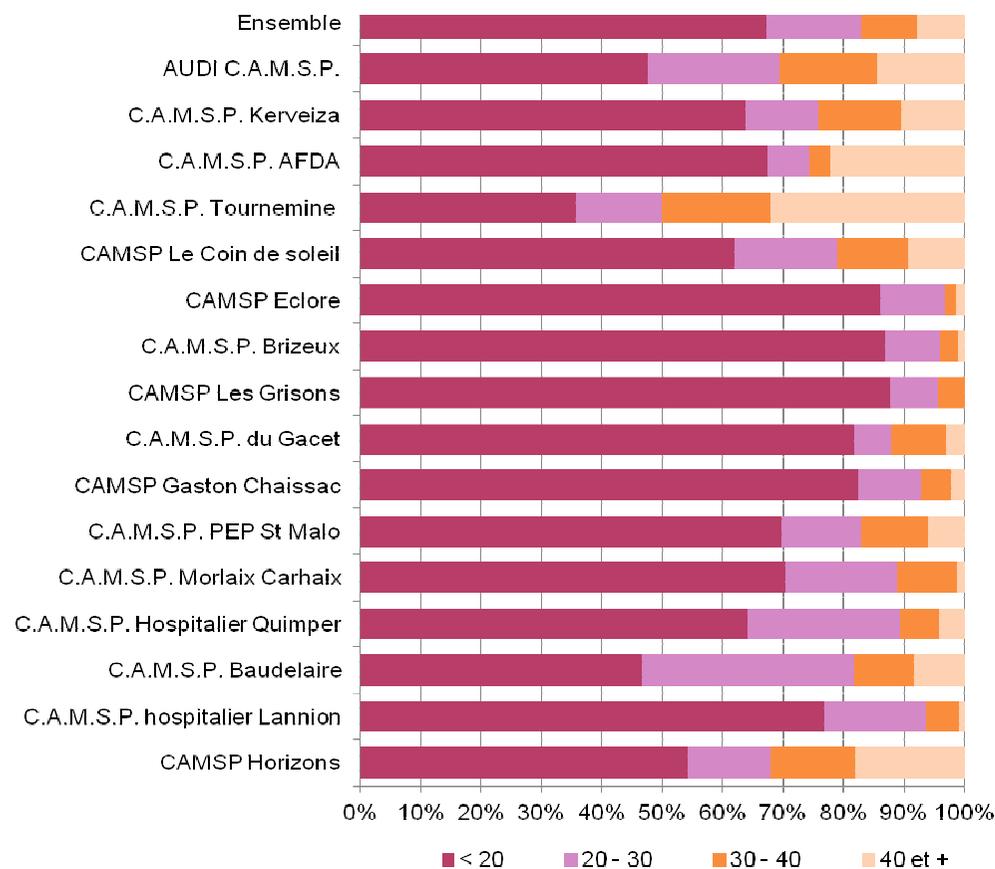
ans) et n'apporte donc pas de réponse pour la population des moins de 6 ans. Le CMPP de Pontivy accueille actuellement une dizaine d'enfants de moins de 4 ans. Une réflexion est en cours pour travailler avec les partenaires de maternité, pédiatrie et PMI. Ce secteur est marqué par la faiblesse des réponses alternatives (« 2 ou 3 pédiatres, pas de pédopsychiatre en libéral, peu de psychomotriciens, des orthophonistes débordés. Le temps de psychomotricité au CMPP est insuffisant par rapport aux besoins»).

- Secteur de Ploermel, rattaché au territoire de santé n° 4 (Vannes-Ploermel, Malestroit) est éloigné du CAMSP de Vannes. Ce secteur ne dispose pas de CMPP non plus (ils sont basés à Vannes ou Auray). Un projet de CAMSP avait été envisagé en 2009 sur Pontivy mais n'a pas abouti.

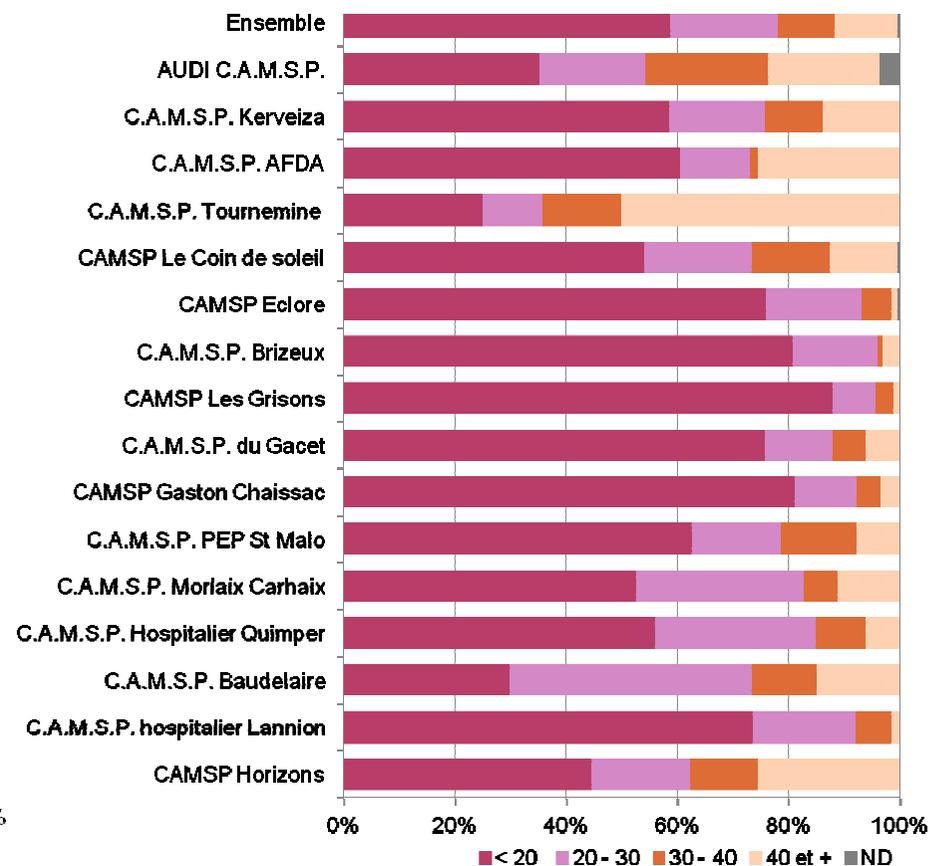
Pratique observée : REZOCAMSP de l'APAJH 43. Ce CAMSP polyvalent interdépartemental propose le projet REZOCAMSP comme modalité de coopération avec le médico-social et les libéraux. Ce projet a comme principe de créer, autour de chaque enfant, une équipe pluridisciplinaire composée de personnels du CAMSP qui pilotent le projet d'accompagnement et professionnels de proximité (libéraux et/ou salariés des structures médico-sociales ou sanitaires). Ce réseau fonctionne via des conventions avec les libéraux et le secteur institutionnel (voir présentation détaillée précédente).

Concernant les distances domicile/CAMSP, il faudrait pouvoir distinguer les publics en dépistage de ceux en suivi.

Distance domicile / CAMSP à vol d'oiseau (en km)

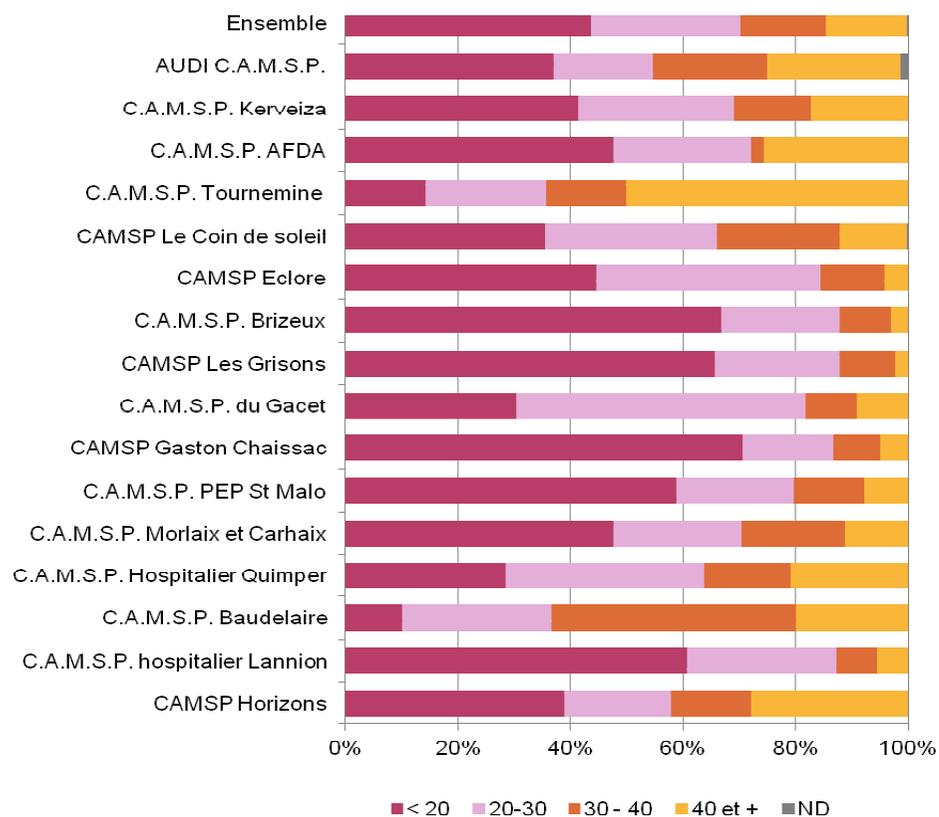


Distance routière moyenne [(aller/retour) / 2] (en km)

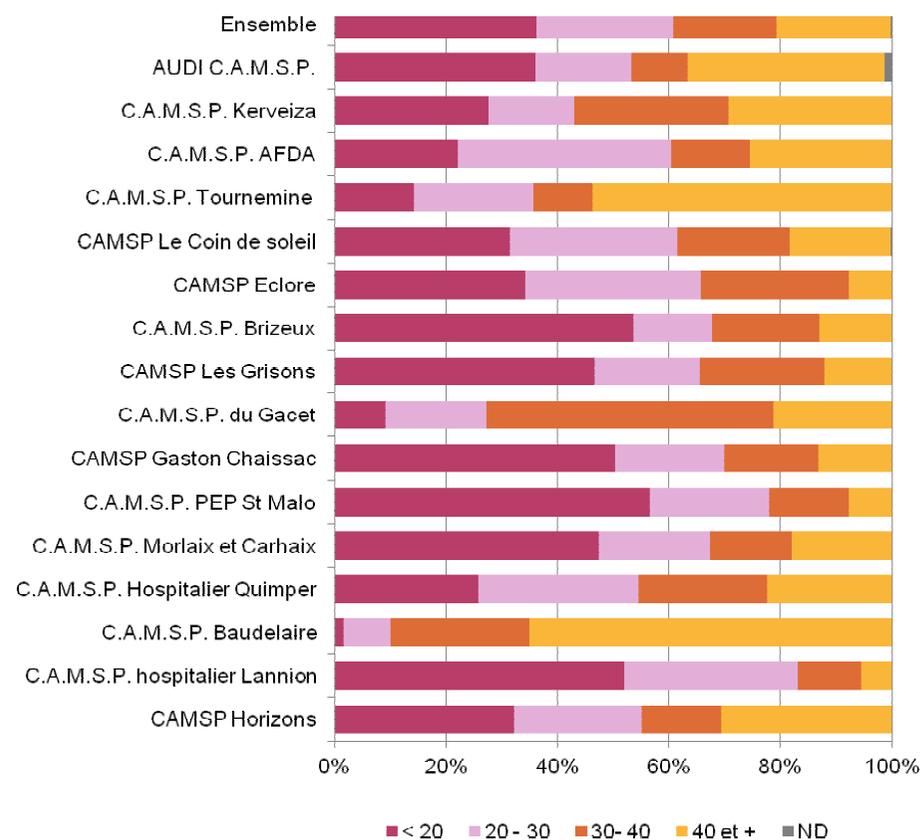


Temps de trajet domicile/CAMSP (en minutes)

Temps de trajet moyen en heures creuses [(aller/retour)/2] (en minutes)



Temps de trajet moyen en heures creuses [(aller/retour)/2] (en minutes)



→ Préconisations

- Couvrir les territoires en matière de CAMSP polyvalents

Le Guide de la CNSA relatif à l'élaboration du SROSM ainsi que le SROSM de Bretagne préconisent de « *tendre vers une offre polyvalente d'accompagnement précoce, accessible à moins de 40 minutes du domicile* ». De son côté, l'ANECAMSP préconise de prévoir un temps de déplacement moyen des familles et de leurs enfants de 30 minutes. Or, la Bretagne connaît encore des territoires éloignés de plus de 40 minutes d'un CAMSP.

- Définir des modalités pour assurer les missions de CAMSP sur les territoires éloignés cités précédemment.

Différents scénarios :

- Créer des CAMSP sur les zones non pourvues
- Installer des antennes de CAMSP : toutefois, la mise en œuvre de ces antennes suppose des moyens dédiés compte-tenu des listes d'attente actuelles
- Développer une approche en réseau sur le modèle de REZOCAMSP ou sur le modèle de réseau tel que le réseau de santé Arc-en-ciel¹⁸ sur les Côtes d'Armor.

- **Garantir l'approche globale** qu'offrent les CAMSP et ce quels que soient les modes de recours aux praticiens extérieurs (libéraux ou autres) : **garantir la coordination des interventions** via le projet personnalisé individuel et des temps de coordination avec les différents intervenants

- **Proposer une convention type de partenariat entre le CAMSP et les praticiens libéraux** mentionnant la participation aux synthèses et la

production de bilans écrits.

- **Accompagner l'acceptation par les praticiens libéraux de ces temps de coordination** : chercher des financements sur l'ambulatoire pour la participation aux réunions de synthèse (cf. **Article L221-1-1 du code de la Sécurité Sociale (AQSV)**)

- Envisager des collaborations entre les acteurs de proximité et les CAMSP via des prises en charge conjointes ou des appuis de la part du CAMSP aux professionnels de ces dispositifs : proposition pour des situations exceptionnelles

- Consolider les interventions conjointes de CAMSP polyvalent/CAMSP spécialisés

Le Guide de la CNSA relatif à l'élaboration du SROSM préconise « *d'offrir une offre spécialisée, d'implantation plus diffuse exerçant outre sa mission première d'accompagnement spécialisé, une mission ressource pour les acteurs polyvalents et notamment les CMPP et SESSAD.* »

¹⁸ Le réseau Arc en ciel a pour objectif une prise en charge qualitative des enfants de 4 à 12 ans présentant des troubles spécifiques des apprentissages (TSA). Il se propose de créer du lien entre les institutions, les professionnels, et les associations concernés par la problématique des troubles des apprentissages, l'enfant et sa famille. Pour fonctionner, le réseau s'est doté d'un médecin coordonnateur, d'une responsable administrative et financière, d'une coordinatrice des soins et d'une secrétaire.

La fluidité des parcours en amont de l'admission au CAMSP

Les délais d'attente avant l'admission au CAMSP

Les délais d'attente en 2010 entre la demande de 1^{er} rendez-vous et le premier rendez-vous au CAMSP varient selon les CAMSP d'une semaine (CAMSP AFDA et Kerveiza) à 4 mois (CAMSP Eclore). Ces données sont peu comparables entre CAMSP (cf. enquête ES et questionnaire CREAI 2011). Un important travail inter-CAMSP sur des indicateurs communs pour alimenter les rapports d'activité est en cours et devra permettre à terme de partager les données entre CAMSP et ainsi avoir une visibilité régionale.

Dans certains CAMSP, les délais varient selon les âges de l'enfant et la « gravité » de la situation, traduisant de fait des critères de priorisation des admissions en CAMSP : ainsi, le CAMSP du Gacet priorise les admissions des enfants de moins de 4 ans (« 15 jours à 3 semaines pour les enfants de moins de 4 ans et 2 mois pour les enfants de 4 à 6 ans », questionnaire).

Le premier rendez-vous se fait systématiquement avec un médecin dans 17 CAMSP sur 18. Exceptionnellement, il peut avoir lieu avec un professionnel paramédical au CAMSP Cornouaille.

Seul le CAMSP de St Malo déclare proposer une organisation différente : « 2 possibilités, en fonction de la demande :

1) Une consultation : rendez-vous parent avec l'enfant avec un des médecins du service (pédiatre ou pédopsychiatre). Ce dernier propose ou non, une prise en charge (psychomotricité, orthophonie, psychothérapie)

2) Un dispositif « Petits Pas » : accueil conjoint de 2 professionnels. Le rendez-vous avec le médecin intervient après quelques séances, et après la synthèse.

Dans ce CAMSP, le premier accueil est assuré par téléphone par l'assistante sociale, dans le cadre d'un temps de coordination sur un temps dédié (1 jour/semaine). Lors de cet échange, elle évalue la demande et l'urgence et oriente en fonction de la situation vers l'une des 3 portes d'entrées présentée ci-dessous. Ces propositions sont présentées systématiquement au médecin tous les lundis pour validation.

- Si pathologie handicap identifiée : rendez-vous avec le pédiatre du service
- Si troubles du langage, isolement..., pathologie avérée : rendez-vous avec le pédopsychiatre
- Si troubles de l'attachement : accueil sur la permanence "Petit Pas pour les enfants de 0 à 4 ans", espace où les parents et enfants sont reçus par deux thérapeutes en co-consultation (psychologue, psychomotricienne, orthophoniste) via 4 à 5 séances. A l'issue de ces séances, les professionnels réalisent une synthèse et déterminent si l'accompagnement prend fin ou s'il y a besoin de proposer un rendez-vous médical. Cette modalité permet d'apporter une réponse réactive et de répondre à un maximum de demandes. Ce CAMSP réfléchit actuellement à proposer en plus de cet accueil téléphonique, un accueil physique par l'assistante sociale. Cet entretien permettrait d'apporter des informations sur le CAMSP ainsi que sur les dispositifs existants dans le champ de la petite enfance du territoire.

Lors de la réunion d'analyse partagée « groupe transversal », ont pu être repérées d'autres pratiques d'analyse de la demande lors du premier contact des familles avec le CAMSP.

Ainsi, le pédiatre du CAMSP de Morlaix a établi un questionnaire permettant aux secrétaires, après formation à ce questionnement, de balayer différentes dimensions de vie de l'enfant pour recueillir des éléments factuels auprès des parents. Ces enseignements sont ensuite présentés une fois par semaine au sein d'une commission interne regroupant la secrétaire, le médecin et la directrice du CAMSP. Ces échanges permettent d'identifier si l'enfant relève du CAMSP ou si une autre orientation est proposée aux familles (par exemple, réorientation vers un pédiatre libéral pour une première exploration). Il peut être demandé aux familles de consulter un autre spécialiste pour compléter le bilan somatique en amont du rendez-vous au CAMSP. Sur ce territoire, 80 % des orientations vers le CAMSP sont issues de médecins pédiatres.

Au CAMSP Farandole, un premier rendez-vous est donné à toute famille qui sollicite le CAMSP sauf pour les enfants âgés de plus de 3 ans, pour les enfants adressés par l'école ou par un professionnel ne relevant pas de la santé. En effet, pour ces situations, la secrétaire recueille lors du premier appel téléphonique des

parents les informations suivantes : acteur qui leur a conseillé le CAMSP, les motifs de la consultation tels que formulés par la famille, les observations de la famille. Si l'école a préconisé à la famille une orientation vers le CAMSP, il est demandé à l'école, via la famille, de transmettre un écrit sur la situation de l'enfant.

Ces situations pour lesquelles la secrétaire a demandé des informations sont étudiées chaque semaine en concertation avec le médecin directeur du CAMSP (pédiatre) et la chef de service. La secrétaire du CAMSP rappelle ensuite ces familles pour donner une suite à leur demande. En cas de doute, un professionnel peut recontacter la famille pour des informations complémentaires. Lorsque lors de l'analyse de ces demandes hebdomadaires, les professionnels pressentent une problématique d'ordre psychique, la situation est présentée en réunion de concertation clinique qui a lieu tous les 15 jours et réunit en plus les psychologues et pédopsychiatre pour un examen plus fin. A l'issue de cette concertation interne, un rendez-vous est fixé avec la psychologue ou la pédopsychiatre. A l'issue d'une ou deux consultations, ces professionnels précisent si l'enfant relève d'un accompagnement par le CAMSP ou si une réorientation vers un CMP ou CMPP est plus pertinent.

Par ailleurs, sur le pays de Fougères, les représentants des CAMSP, CMPP, CMP se réunissent une fois par trimestre sur un temps de concertation pour échanger des situations. Cet échange ne correspond pas à une étude des candidatures.

Afin de faciliter l'analyse de la demande par le CAMSP, les CAMSP de Brest et Lannion interrogent les parents sur le professionnel ayant orienté vers le CAMSP et demandent à ce que celui-ci transmette un courrier explicatif. S'il ne s'agit pas d'un médecin ou d'un paramédical exerçant en libéral, les parents sont invités à échanger de la problématique de l'enfant avec le médecin traitant de l'enfant (généraliste ou pédiatre). Le CAMSP de Lannion a fait évoluer sa pratique : ainsi, aujourd'hui, le secrétaire réalise une première analyse de la situation en questionnant la famille. Si l'enfant présente des troubles du comportement, elle peut proposer à la famille de prendre contact avec le CMPEA de Lannion. Cette proposition est validée ensuite par le médecin et la secrétaire rappelle la famille pour confirmer cette réorientation. Si l'enfant relève du CAMSP, la secrétaire propose à la famille un rendez-vous avec le médecin et leur demande d'apporter à ce rendez-vous un document du médecin qui a orienté vers le CAMSP présentant la situation ainsi que les motifs de l'orientation vers le CAMSP.

Le CAMSP AFDA (déficience auditive sur le Finistère) précise que l'entrée au CAMSP se fait toujours via la consultation ORL qui confirme le diagnostic ce qui implique un certain nombre de consultations ORL.

Pour les enfants nés vulnérables, le premier contact proposé par le CAMSP Eclore en « PRECAMSP » est assuré par la puéricultrice ou la psychologue en première intention (visite à domicile de la puéricultrice après rencontre dans le service de néonatalogie, groupe parents/bébés avant la première consultation. Pour les autres enfants, il y a toujours une consultation médicale préalable, en principe pluri-disciplinaire ».

Ces délais d'attente sont attribués par les professionnels des CAMSP aux facteurs suivants :

- Sous-effectif des professionnels de CAMSP (12 CAMSP polyvalents)
- Manque de postes budgétisés (12 CAMSP polyvalents)
- Augmentation de la fréquence des prises en charge (7 CAMSP polyvalents) (« augmentation du nombre de demandes et de la gravité du handicap »)
- Augmentation de la durée des prises en charge (7 CAMSP polyvalents), du fait notamment des difficultés de passage de relais (« saturation des structures de relais notamment les SESSAD »)
- Manque d'offre alternative de soins (12 CAMSP polyvalents et 1 CAMSP spécialisé).

Ces délais d'attente s'expliquent pour partie par l'augmentation des demandes de suivis en CAMSP notamment avec l'augmentation des naissances¹⁹, avec l'implication de CAMSP dans le suivi des nouveau-nés vulnérables (et l'augmentation de cette population au sein des publics de certains CAMSP²⁰) et

¹⁹ Le volet périnatalité du SROS Bretagne mentionne que le nombre de naissances continue d'augmenter régulièrement dans la région. Ainsi, on peut constater une augmentation de +2.6 % en 8 ans et plus particulièrement dans les départements d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan. Les projections à 10 ans établies selon l'hypothèse d'une fécondité maintenue à son niveau de 2007 sont en faveur d'une augmentation de la natalité dans le territoire 5, d'une stabilité dans les territoires 1, 2 et 4 et d'une diminution dans les autres territoires (cf. synthèse des données INSEE).

²⁰ Selon le volet périnatalité du SROS Bretagne, le taux de prématurité (< à 37 semaines d'aménorrhée) observé en maternité en 2009 en Bretagne est de 6.3 % des naissances vivantes (Source : réseaux de santé - 6.6 en 2008) qui situe la région Bretagne parmi les régions à faible taux

avec l'impact des facteurs environnementaux (inflation des problématiques sociales). Des acteurs de la pédopsychiatrie souhaiteraient pouvoir adresser davantage d'enfants vers les CAMSP (retard psychomoteur, syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)), mais sont freinés par la saturation de certains CAMSP.

Les critères d'orientations vers les CAMSP

Dans ce contexte de pression de la demande, certains professionnels de CAMSP s'interrogent sur la pertinence des orientations vers le CAMSP : tous les enfants adressés au CAMSP relèvent-ils d'un CAMSP, notamment au regard des facteurs suivants :

- Faute de places dans d'autres dispositifs (CMP, CMPP, ...), des prescripteurs conseillent de « *frapper à toutes les portes* ».

Sur Brest, les délais d'attente des CMPP supérieurs à un an génèrent des sollicitations vers le CAMSP. Sur ce territoire, des professionnels de CAMSP, de CMPP et de pédopsychiatrie se mobilisent autour d'un projet d'articulation sanitaire-médico-sociale pour les enfants et les adolescents en souffrance psychique, au regard des constats suivants : « *certaines familles adressent leur demande à plusieurs services, faute de savoir à qui s'adresser ; certains usagers « errent » entre services ce qui entraîne sentiments d'insatisfaction et frustrations ; certains professionnels des services n'identifient pas toujours quel acteur est le plus adapté à répondre en raison d'un manque de connaissances réciproques* ».

L'ARS Bretagne notait dans le SROSM des difficultés à connaître et analyser les zones frontalières d'activité des CAMSP et des SESSAD mais aussi des CMPP et SESSAD, soit au titre du diagnostic et de la prise en charge précoce, soit en soins de suite. Une meilleure connaissance des activités de chaque structure permettra ensuite une clarification des rôles.

- Non remboursement d'actes libéraux (psychomotricité, psychologue, ergothérapeute). Le recours au libéral, notamment à la psychomotricité, qui pourrait être adapté dans certaines situations, dépend des possibilités financières des familles.

de prématurité. Ce taux a tendance à augmenter, comme dans les autres régions (5,5 % – enquête périnatale 2003) en sachant que les causes de la prématurité sont diverses.

- Les participants rappellent que les enfants ayant besoin uniquement d'une mono-intervention (ex : psychomotricité, psychologue) ne relèvent pas d'un CAMSP. Au CAMSP de Vannes, la secrétaire médicale oriente lors de la prise de contact par la famille soit vers le pédopsychiatre soit vers le pédiatre du CAMSP. S'il s'avère, après bilan, que l'enfant présente des difficultés d'ordre psychique nécessitant une prise en charge psychologique sans autre modalité d'intervention, il est réorienté systématiquement vers le CMPEA ou le CMPP. Seuls les enfants nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire sont pris en charge au CAMSP.

- Par ailleurs, il est constaté des pratiques différentes entre MDPH en matière d'attribution exceptionnelle de compléments à l'AEEH ou de la PCH charge exceptionnelle pour financer ces soins non pris en charge par la sécurité sociale.

- Situations nécessitant un étayage auprès de l'environnement de l'enfant via des interventions sur les lieux de socialisation : sur Brest, par exemple, les écoles orientent souvent les enfants ayant des difficultés d'ordre psychique vers le CAMSP plutôt que le CMPP afin de pouvoir bénéficier d'intervention de professionnels du CAMSP dans les écoles. Les professionnels des CMPP n'intervenant pas dans les écoles.

- Les CAMSP de Brest et de Morlaix ont souligné la vacance de médecins de PMI dans le Finistère ayant pour impact une diminution des orientations de la part de la PMI. Des écoles ont alors orienté les enfants directement vers le CAMSP (le médecin de PMI est le médecin scolaire en maternelle).

CAMSP polyvalents	En 2010, à combien de temps en moyenne estimez-vous le délai d'attente entre la demande de 1 ^{er} rendez-vous et le 1 ^{er} rendez-vous au CAMSP
CAMSP Horizons	1 mois (mais récemment des RV ont pu être donnés à 2 ou 3 mois)
CAMSP Hospitalier Lannion	2-3 mois
CAMSP Baudelaire	maximum 2 mois (1er appel à consultation médicale)
CAMSP Hospitalier Quimper	20 jours. Le délai peut être beaucoup plus long pour débiter une prise en charge (par exemple en psychomotricité ce délai peut atteindre 1 an).
CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix	2,6 mois

CAMSP Farandole	2 mois
CAMSP PEP St Malo	1 mois
CAMSP Gaston Chaissac	3 mois environ
CAMSP du Gacet	15 jours à trois semaines pour les enfants de moins de 4 ans et 2 mois pour les enfants de 4 à 6 ans.
CAMSP Les Grisons	1 à 3 mois
CAMSP Brizeux	1,6 mois
CAMSP hospitalier Rennes	2 mois
CAMSP Eclore	4 mois
CAMSP Le coin de soleil	56 jours

CAMSP spécialisés déficience auditive	En 2010, à combien de temps en moyenne estimez-vous le délai d'attente entre la demande de 1 ^{er} rendez-vous et le 1 ^{er} rendez-vous au CAMSP
CAMSP Tournemine	15 jours pour une DA et 2 mois pour un TLO
CAMSP DA Brest	1 semaine
CAMSP Kerveiza	8 jours
AUDI CAMSP	Pour 33% <1 mois et pour le reste <2 mois

Pratiques observées :

→ **Plaquette d'information sur les dispositifs en cours d'élaboration sur l'Ille-et-Vilaine** : présentation des dispositifs à l'échelle des pays. Cette plaquette concerne uniquement les dispositifs d'accès direct (CAMSP, CMPP, CMP) et non ceux nécessitant une notification MDPH (SAFEP, SESSAD, établissement médico-social). Constats de difficultés à identifier les spécificités des dispositifs lors de l'élaboration de cette plaquette. Des pays dépourvus de la palette de dispositifs (ex : absence de CAMSP sur Redon).

→ **Groupe de travail animé par la MDPH 22 pour élaborer un annuaire des acteurs de l'enfance inadaptée**. Un schéma selon les troubles de l'enfant précise les acteurs concernés.

Toutefois, l'élaboration de ces outils (plaquette, annuaire) pose la question de leur diffusion, notamment auprès des médecins généralistes, ces derniers étant « envahis » d'informations. Il serait pertinent de diffuser ces informations via les formations proposées aux médecins.

→ Spécificité du CAMSP de Lorient sur son territoire : CAMSP créé par la volonté des divers acteurs d'un portage de la mission de dépistage précoce par un CAMSP, porte d'entrée pour les enfants de moins de 4 ans dans les dispositifs. Tous les enfants de moins de 4 ans sont adressés en première intention au CAMSP, même ceux de CMPEA ou CMPP. Des professionnels du CMPP exercent à temps partagé sur le CAMSP.

→ **Préconisations :**

- Affiner en amont et de manière partagée à l'échelle régionale, les critères de la population relevant d'un CAMSP, d'un CMPP, d'un CMP notamment CMP petite enfance, d'un SESSAD, ... et dans un second temps, diffuser ces critères vers les divers acteurs « prescripteurs » (sanitaire, médecins généralistes, petite-enfance, PMI, Education nationale, CLIC en Ille-et-Vilaine ...)
Rappeler notamment le critère de pluridisciplinarité de la réponse à mettre en place pour qu'un enfant relève d'un CAMSP (comme d'un SESSAD) : les enfants n'ayant besoin que d'une mono-intervention ne relèvent pas d'un CAMSP.
- Introduire dans les formations aux médecins une information précisant les différences entre CAMSP, CMPP et CMP. Sensibiliser l'ARS et l'URPS médecins libéraux²¹ pour porter cette action.
- Confirmer l'accès direct au CAMSP qui inscrit ce type de service dans une démarche de prévention. Cette préconisation est proposée au regard de pratiques de CAMSP qui demandent aux familles un certificat médical pour entrer au CAMSP.
- Analyser la demande lors de la prise de contact avec le CAMSP : Positionner un professionnel non médecin dans la fonction de recueil d'information lors du premier contact en vue d'une analyse pour garantir une plus grande réactivité

²¹ Conformément à la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et au décret n°2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales des professionnels de santé, il est constitué une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association, dite: « Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux de Bretagne ». L'association a pour objet de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre.

de la réponse. Décliner en interne le processus de validation de cette analyse par le médecin du CAMSP. Cette pratique permet de donner une réponse aux familles, de créer le lien et d'apporter un premier niveau d'informations aux familles sur les dispositifs existants, même si les délais d'attente pour accéder aux soins demeurent. Lors de la réunion d'analyse partagée, cette préconisation n'a pas fait l'objet d'un consensus.

- Définir de manière collective et partagée avec les partenaires du territoire des critères de priorisation des admissions : échanger entre partenaires sur la priorisation des admissions en CAMSP, au vue des listes d'attente.
- Coordonner les parcours de soins : « ne pas promener les parents sinon ils lâchent »
- Prioriser les admissions des enfants de moins de 3 ans. Limiter et réorienter les admissions pour les enfants âgés de 5 ans et plus en réorientant vers une autre solution
- Renforcer les plateaux techniques de CAMSP au regard des délais d'attente pour accéder à certaines prises en charge et répondre aux besoins (préconisation développée plus loin).
- Revoir les agréments de certains CMPP et SESSAD avec un abaissement des âges d'admission le plus tôt possible pour permettre des passages de relais dès que possible
- Faire évoluer les pratiques actuelles de non-remboursement par la sécurité sociale des prestations de psychomotricité, psychologue, ergothérapeute. Cette évolution permettrait d'offrir un accès aux soins aux familles les plus défavorisées et une équité de traitement entre département (pratique hétérogène de MDPH quant à la prise en charge de ces frais via les compléments à l'AAEH ou la PCH).

La fluidité des parcours en aval du CAMSP

Age à la sortie et passage de relais

11 CAMSP déclarent avoir poursuivi des prises en charge en 2010 faute de solution (de 2 à 35 enfants selon les CAMSP).

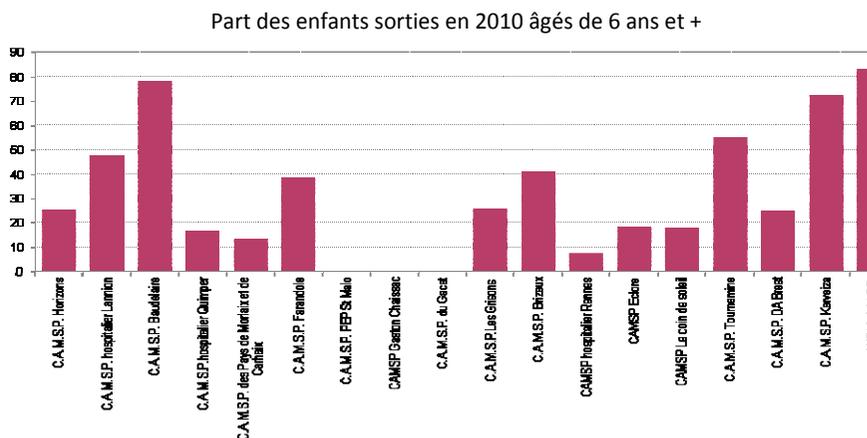
Les accompagnements au CAMSP au-delà des 6 ans de l'enfant font l'objet de demande de dérogation. Toutefois, des CAMSP témoignent de l'absence de réponse à ces demandes.

Un CAMSP mentionne mettre fin aux prises en charge à 6 ans « *quoi qu'il en soit, en mettant des relais en place en attendant une admission vers les SESSAD ou IME* ».

Un autre CAMSP mentionne avoir poursuivi l'accompagnement de 8 enfants en 2010 au-delà de leurs 6 ans (maximum 1 an). « *Des solutions alternatives avec le réseau libéral sont mises en œuvre en attendant une place en Sessad ; solutions pour autant très insatisfaisantes* ».

Selon les données renseignées par les CAMSP sur les âges à la sortie du CAMSP des enfants sortis en 2010, une part non négligeable d'enfants sort de CAMSP au-delà des 6 ans. Le calcul de l'âge à la sortie peut être biaisé dans certains logiciels par rapport à la date de référence (calcul de l'âge de l'enfant à la date de sortie ou au 31.12 de l'année de sortie).

Ces situations sont plus fréquentes dans certains CAMSP et plus particulièrement dans les CAMSP spécialisés déficience auditive (à l'exception du CAMSP de l'AFDA à Brest) et au CAMSP Baudelaire qui accompagne des enfants jusqu'à la fin de l'année scolaire des 6 ans (par le passé jusqu'à la fin de l'année scolaire des 7 ans).



Certains CAMSP font état de démarche d'anticipation de la sortie dès que possible. Toutefois, des CAMSP soulignent l'impact de ces anticipations sur les parents pas toujours « prêts » à ces orientations.

Lors de la réunion d'analyse partagée « CAMSP polyvalents du bassin rennais », il a été fait état des observations suivantes :

- Pour un professionnel de CAMSP/CMPP, il est difficile d'envisager un accompagnement SESSAD dès les 3 ans de l'enfant pour les enfants déficients intellectuels.
- Un professionnel rappelle que la temporalité clinique est différente de la temporalité administrative.
- Un des participants à la réunion d'analyse partagée précise que le SESSAD Trisomie 21 n'intervient plus dès la naissance, au regard de sa liste d'attente.
- Un professionnel précise qu'il est difficile d'aborder avec les parents la notion de handicap : ce n'est pas tant le projet d'orientation vers un SESSAD qui pose difficulté, mais bien la notion de handicap portée par la MDPH. Pour un professionnel, la porte d'entrée est de parler d'AVS pour l'école pour introduire la MDPH.

La précocité de sortie est-elle en lien avec l'investissement des différentes missions (« dépistage/prévention » / « soins ») ? Pour essayer de raccourcir les délais d'attente, le CAMSP de Cornouaille ainsi que le CAMSP de Lorient s'interrogent sur la faisabilité de proposer des bilans pluridisciplinaires à un plus grand nombre d'enfants et de diminuer de fait les enfants en prise en charge. Ce positionnement, qui correspond au projet de service du CAMSP hospitalier rennais, est à réinterroger au regard des 5 missions des CAMSP définies dans l'annexe 32 bis. Comme le réaffirmait l'étude qualitative de la CNSA sur les CAMSP (2009) « ces services sont les seuls à exercer l'ensemble de ces missions considérées comme complémentaires, interdépendantes et indissociables. Elles garantissent une continuité précieuse dans la chaîne dépistage – prévention – soins – accompagnement. Il s'agit donc de veiller à leur non segmentation, notamment aux moments les plus fragiles du processus de révélation du handicap ».

Le CAMSP de Lorient réfléchit à la possibilité d'un recentrage des activités sur l'activité Bilan et à passer le relais vers le libéral plutôt que d'assurer en interne les prises en charge tout en assurant une fonction veille pour ces situations qui resteraient de fait dans la file active, mais avec un suivi espacé.

Dans l'enquête par questionnaire, 16 CAMSP déclarent rencontrer des difficultés concernant les fins de prise en charge et les passages de relais.

Les difficultés de sortie ne se posent pas de la même manière selon les territoires, au regard du panel de l'offre existante sur ce territoire :

- L'absence de relais adaptés sur certains territoires (voir tableau ci-après sur les complémentarités avec les autres équipements) va être à l'origine des difficultés de continuité de parcours selon 8 CAMSP. Sont repérés les inadaptations suivantes :

- ✓ Un seul CMPP sur les Côtes d'Armor à St Brieuc dont l'accueil commence à partir de 8 ans (selon le CAMSP Horizons, 6 enfants en 2010 auraient pu relever d'un CMPP à la sortie du CAMSP) ;
- ✓ Absence de SAFEP Déficience visuelle sur l'Ille-et-Vilaine : toutefois, réflexion en cours au sein du SAAAIS Angèle Vannier pour apporter des réponses aux enfants de moins de 3 ans. Réflexion au sein de l'association des PEP 35 sur la mutualisation de moyens sur la déficience sensorielle.
- ✓ Pour les passages de CAMSP DA vers un SSEFIS, hétérogénéité des âges d'admission des SSEFIS selon leur agrément (3 ans, 5 ou 6 ans)
- ✓ Absence de réponse médico-sociale pour la déficience motrice sur Vitré-Fougères (absence de kinésithérapeute, d'ergothérapeute ou de médecin de MPR au CAMSP, absence de SESSAD déficience motrice).

- La saturation des dispositifs relais (SESSAD, CMPP, établissements médico-sociaux, CRF, CMP) est également mise en évidence sur certains territoires. Si certains territoires ne semblent pas confrontés à ces difficultés (le CAMSP de Lannion mentionne l'absence de liste d'attente en CMPEA), la majorité des CAMSP fait état d'un manque de places disponibles en SESSAD (13 CAMSP, dont le CAMSP Horizons qui signale des difficultés de passages de relais pour 17 enfants en 2010, le CAMSP de Quimper pour 7 enfants, le CAMSP Eclore pour 9

enfants), en établissement médico-social (13 dont le CAMSP Baudelaire pour 5 enfants relevant d'une section pour enfants polyhandicapés ou le CAMSP Eclore pour 3 enfants polyhandicapés), en CMPP (8) et en CMP (5).

Ainsi, sur Brest, le CAMSP Baudelaire a recours au SSR pédiatrique la Passerelle par défaut de solution pour des enfants en attente de place en établissements pour polyhandicapés.

- Les pratiques des MDPH peuvent également freiner la précocité des passages de relais
 - ✓ délais de traitement des dossiers des MDPH (réactivité) ;
 - ✓ limitation de l'ouverture de droit à un accompagnement SESSAD par des MDPH pour les enfants de moins de 6 ans : dans le Morbihan, la MDA 56 attendrait l'âge de 6 ans pour cette ouverture des droits ; toutefois, cette pratique n'est pas constatée par le CAMSP de Vannes. De même, pour la première fois cette année, le CAMSP de Quimper a reçu 2 refus d'orientation vers le SESSD APF par la MDPH 29 au motif que l'enfant suivi par le CAMSP était trop jeune pour cette orientation (or, le SESSD APF a un agrément 0-20 ans).

Certains CAMSP ont mis en place un dispositif de suivi des enfants sortis du CAMSP. Ainsi, au CAMSP de Cornouaille, l'assistante du service social s'assure que l'orientation est effective et adéquate. Le CAMSP Baudelaire s'adresse aux établissements qui ont accueilli les enfants pour s'assurer de l'effectivité de l'admission. Ces suivis des enfants sortis du CAMSP ne sont pas formalisés dans l'ensemble des CAMSP.

Enfin, sur le territoire de Fougères / Vitré, une commissions autour des situations complexes regroupe les divers acteurs afin d'identifier collectivement la solution de prise en charge à mettre en place. Ces acteurs réfléchissent à proposer également un échange inter-service en amont des admissions.

Complémentarités avec les autres équipements du territoire

Il est rappelé l'existence de CMP sur tous les territoires de santé.

De plus, les SSEFIS ainsi que les SAAAIIS ayant une vocation départementale ne sont pas représentés dans ce tableau.

Territoire de santé	Population 0-6 ans	CAMSP polyvalent	Existence d'un CAMSP spécialisé DA	Existence d'un CMPP (et âge admission)	Existence de SAPEP DV	Existence de SESSAD hors sensoriel	Existence de EMS
1 (Brest-Morlaix-Carhaix)	46296	CAMSP Papillons Blancs, Brest	CAMSP AFDA, Brest (département) File active = 91	CMPP St Jean Brest et Ploudalmézeau 0/20 ans CMPP PEP Brest, Plouzané, Landerneau, le Faou 0/20 CMPP SEA Brest, 0/20	SAFEP Brest	DI, TED, TCC, DM	IME, ITEP, IEM, IESDA, IESDV
		CAMSP PEP 29, Morlaix		CMPP PEP Morlaix, Landi, St Pol : 0/18		DI, TCC, DM	IME, ITEP
2 (Quimper – Douarnenez – Pont l'Abbé)	22268	CAMSP Hospitalier Quimper		CMPP PEP Quimper et Pont L'Abbé 0/20			DI, TCC, DM
3 (Lorient – Quimperlé)	22191	CAMSP Eclaire Lorient	Audi CAMSP Auray (département Morbihan) File active = 216	CMPP PEP Lorient 0/20	SAFEP, Auray	DI, TED, DM, poly,	IME, ITEP, IEM, IEAP
4 (Vannes, Ploermel, Malestroit)	31228	CAMSP Le coin de soleil, Vannes		CMPP PEP Vannes 0/20 CMPP PEP Auray 0/20		DI, TED, DM	IME, ITEP, IESDA, IESDV
5 (Rennes – Fougères – Vitré – Redon)	80130	CAMSP du Gacet	C.A.M.S.P. Kerveiza File active = 58	CMPP Gacet 0/18	-	DI, TED, TCC, DM, SSEFIS, SAAAIIS	IME, ITEP, IEM, IEAP, IESDA, IESDV
		CAMSP Gaston Chaissac		CMPP Chaissac 6/18			
		CAMSP Les Grisons		CMPP Les Grisons 0/18			
		CAMSP Brizeux		CMPP Brizeux 0/18			
		CAMSP Hospitalier Rennes					
		CAMSP Farandole, Vitré/Fougères	<i>Intervention du CAMSP Farandole</i>	CMPP Fougères : 0/18 CMPP Vitré : 0/20	-	DI,	IME, IEM, IEAP, IESDA
		Redon	C.A.M.S.P. Kerveiza	CMPP 0-20 ans Redon	-	DI, TCC, DM	IEM, IME, ITEP
6 (St Malo-Dinan)	20548	CAMSP PEP, St Malo	Partie 35 : Kerveiza, Partie 22 : J Cartier	CMPP St Malo, Combourg, Dinard : 6/18	-	DI, DM, TCC,	IME, ITEP, IEAP, IESDV
7 (St Briec-Guingamp-Lannion)	33181	CAMSP Horizons, St Briec	CAMSP J Cartier, St Briec (département) File active = 96	CMPP St Briec 8/20	SAFEP, St Briec	DI, TED, TCC, DM, polyh,	IME, IEM, ITEP, IEAP, IESDA, IESDV
		CAMSP Hosp Lannion					
8 (Pontivy-Loudéac)	11481	Pontivy-Loudéac	Audi CAMSP CAMSP J Cartier	Loudéac : CMPP St Briec 8/20 CMPP Pontivy et Guéméné 0/20 ans	-	DI, TCC, TED, polyh	IME, ITEP, polyh

→ Préconisations

- Revoir les agréments des SSEFIS : harmoniser les âges d'admission (dès 3 ans ou dès la naissance, via SAFEP)
- Développer des réponses pour les enfants en bas âge déficients visuels (SAFEP ou CAMSP) avec des moyens adaptés aux besoins de cette population : un SAFEP adossé au SAAAIS des PEP 35 semble adapté au regard du plateau technique existant au sein du SAAAIS.
- Revoir l'agrément du CMPP de St Brieuc pour abaisser l'âge d'admission (dès le plus jeune âge) pour favoriser les passages de relais.
- Vérifier, et compléter si besoin, le panel d'offres de prises en charge diversifiées sur chaque territoire (ex : réponse pour la déficience motrice sur Vitré/Fougères ; réponse pour la déficience sensorielle sur Redon).
- Renforcer l'offre sur certains territoires (exemple : réponse insuffisante pour des enfants polyhandicapés sur Lorient ou Brest)
- Anticiper avec la famille et les partenaires la sortie le plus tôt possible. Préparer les projets de sorties avec les partenaires
- Favoriser les passages de relais entre CAMSP, CMPP d'une part et pédopsychiatrie d'autre part : cette fluidité de parcours est attendue notamment pour les enfants avec autisme ou TED ayant besoin de soins en pédopsychiatrie, les CAMSP / CMPP n'ayant pas les moyens de suivre certains de ces jeunes avec des besoins importants en soin.
- Développer, à l'échelle des territoires (agglomérations, pays, territoires de santé ?) des instances de travail de priorisation des admissions en fonction des listes d'attente de sortie de CAMSP pour contribuer à la fluidité des parcours, réunissant les CAMSP et les dispositifs de sortie (CMPP, CMP, SESSAD, établissements médico-sociaux, CRF, ...).
- Assurer le suivi des enfants sortis du CAMSP pour s'assurer de l'orientation.²²

²² Annexe XXXIIbis, article 19 : Le service social doit maintenir le contact avec la famille en fin de traitement pendant une durée minimum de trois ans de manière à pouvoir éventuellement provoquer un nouvel examen de l'enfant ou rechercher s'il y a lieu les causes d'une mauvaise adaptation.

8 – Partenariats

Pour réaliser leurs missions, les CAMSP sont amenés à travailler avec divers acteurs du champ sanitaire, médico-social, social ou encore de la petite enfance et de l'Éducation Nationale. La nature des relations avec leurs partenaires est très variée selon la place occupée par l'acteur vis-à-vis du CAMSP dans le parcours de soins de l'enfant (en amont, contemporain ou aval) ; et variable selon les réalités des territoires dans lesquels s'inscrivent les CAMSP (contexte sociodémographique, offre de soins existante, etc.).

La description des modalités de mise en œuvre des missions avait permis d'illustrer les motifs de recours des CAMSP à leurs partenaires. De même, l'analyse des origines des enfants à l'admission au CAMSP et des sorties identifiait les acteurs inscrits dans les parcours de soins en amont ou en aval des CAMSP.

Il s'agit dans cette partie de mettre à plat les formes prises par ces partenariats avec les divers acteurs suivants :

- ✓ secteur sanitaire (hospitalier, libéraux, réseaux de santé, ...),
- ✓ secteur médico-social (autres CAMSP, CMPP, SESSAD, établissements médico-sociaux),
- ✓ secteur social (PMI),
- ✓ secteur de la petite enfance (crèches, halte-garderie),
- ✓ secteur de l'Éducation Nationale (écoles).

Partenaires du secteur sanitaire

Maternité et services de néonatalogie²³

Les maternités et services de néonatalogie en qualité de structures d'amont orientent des enfants vers les CAMSP après des activités de dépistage réalisées avec ou sans la collaboration des professionnels des CAMSP. De plus, du fait de leur expertise, des professionnels de CAMSP interviennent dans ces services pour apporter des conseils aux professionnels ou répondre à leurs interrogations. Ils sont alors sollicités par la maternité pour intervenir auprès de certains enfants. Des professionnels d'un CAMSP se rendent à la maternité dans le cadre d'une démarche pro-active, pour donner des conseils à une mère ou une famille et l'informer des missions du CAMSP.

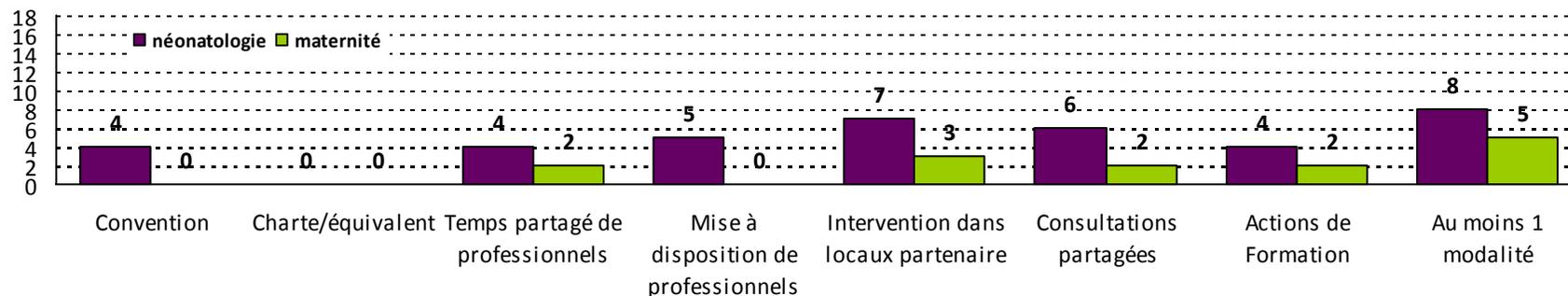
Des conventions peuvent formaliser le rôle du CAMSP dans le suivi des nouveau-nés vulnérables, comme cela a été mentionné dans la description des publics accueillis en CAMSP.

Les relations entre le CAMSP et le service de néonatalogie peuvent être facilitées par l'existence de temps partagés de professionnels ou des mises à disposition de professionnels entre les deux structures. Ainsi, au CAMSP Tournemine, le médecin néonatalogiste intervenant 2 jours par mois au CAMSP pour le suivi des grands prématurés. Le médecin directeur du CAMSP prend des gardes en pédiatrie-néonatalogie.

Au CAMSP hospitalier de Lannion, la psychologue travaille à hauteur de 10 % de temps de travail au sein de la maternité : *«Quand un enfant est né avec un handicap, la psychologue va expliquer les propositions de prises en charge et les aides. Les mères ainsi rencontrées à la maternité prennent plus facilement contact avec le CAMSP ensuite, ce qui joue en faveur de la précocité de la prise en charge»*. De même, l'assistante sociale du CAMSP travaille à 25 % au pôle mère-enfant depuis 3 ans.

²³ Les services de néonatalogie prennent en charge de manière adaptée les nouveau-nés prématurés ou présentant une pathologie particulière à la naissance (infectieuse...), une malformation ou des anomalies génétiques. Ce sont des services de soins où le nouveau-né est hospitalisé jusqu'à ce que son état de santé lui permette de revenir auprès de ses parents

Modalités de partenariat avec les maternités et les services de néonatalogie



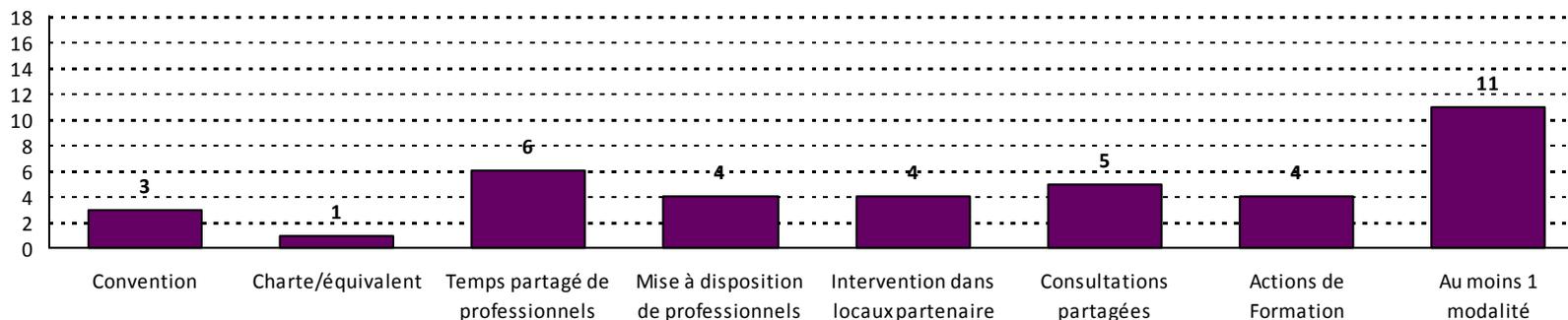
Services de pédiatrie

Les services pédiatriques en qualité de structures d'amont orientent une partie des enfants vers le CAMSP pour mettre en oeuvre un accompagnement pluridisciplinaire. Ils peuvent être des acteurs contemporains du suivi en CAMSP, lorsqu'ils sont sollicités par le CAMSP pour des bilans spécifiques et complémentaires ou des recherches sur des maladies génétiques. Enfin, les

CAMSP en qualité de pôle ressources peuvent proposer des formations à l'équipe hospitalière.

Les collaborations entre le CAMSP et un service hospitalier pédiatrique sont d'autant plus facilitées qu'un professionnel du CAMSP travaille par ailleurs en service de pédiatrie. Le médecin directeur du CAMSP Tournemine partage son temps de travail entre le CAMSP et le service pédiatrique et peut ainsi orienter des enfants vers le CAMSP pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Modalités de partenariat avec les services de pédiatrie

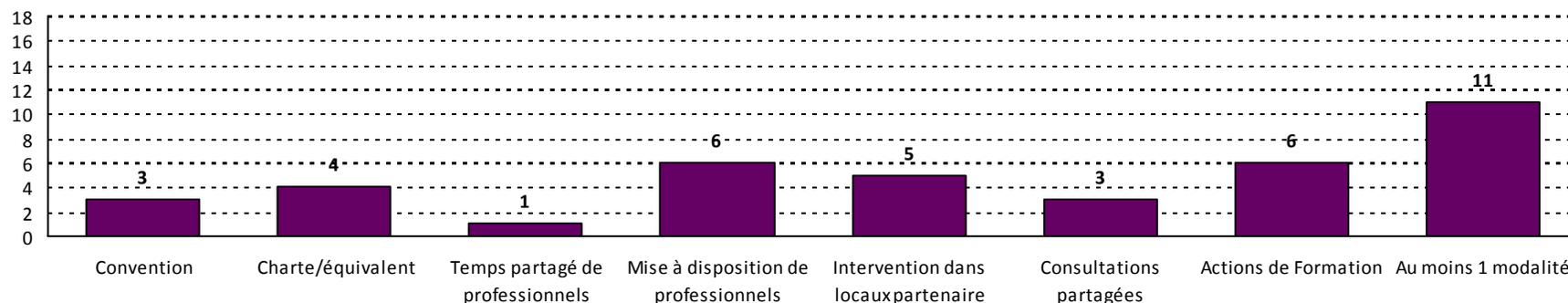


Réseau de périnatalité

Le développement des réseaux de santé en périnatalité est l'un des éléments majeurs du Plan Périnatalité 2005-2007. L'objectif de ces réseaux est d'organiser en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés.

Dans ce cadre, les CAMSP sont, pour certains d'entre eux, membres de ces réseaux de santé en périnatalité et leur implication peut être plus ou moins forte. Celle-ci se matérialise par une adhésion au réseau, tandis que d'autres siègent au titre du CAMSP au conseil d'administration de l'association gérant le réseau de santé (exemple : CAMSP Farandole, CAMSP Tournemine). A l'inverse, d'autres CAMSP ne sont pas impliqués dans ces réseaux. Ces relations ont été développées dans le chapitre relatif aux publics des CAMSP.

Modalités de partenariat avec les réseaux de périnatalité



Centre ressources autisme (CRA)

Les CAMSP peuvent être en relation avec le Centre de Ressources Autisme (CRA). Cet acteur est situé en amont, lorsqu'il est à l'origine de diagnostics et oriente vers le CAMSP pour un accompagnement global et pluridisciplinaire précoce. Il peut être contemporain, lorsque le CAMSP le sollicite pour réaliser des bilans complémentaires en vue d'un diagnostic.

Les Circulaires du 8/03/2005 et du 27/07/2010 ainsi que le Plan Autisme 2008 – 2010 définissent le rôle des équipes associées au CRA, à savoir :

- Diagnostics complexes de TED (Complexité liée au tableau clinique présenté par l'enfant ou souhait d'un 2^{ème} avis par la famille).
- Appui et formation des équipes hospitalières et médico-sociales de proximité : secteurs de pédopsychiatrie, CAMSP, CMPP, équipes susceptibles

d'intervenir en 1^{ère} intention en matière de diagnostic, évaluation, PEC et accompagnement des TED.

En Bretagne, comme cela a été présenté précédemment, deux équipes associées au CRA ont été mises en place (Rennes et Vannes), dont les missions principales sont les diagnostics complexes de TED et l'appui-formation des équipes de proximité. La mise en place des équipes associées au CRA a été l'occasion de rappeler que « *L'importance du partenariat avec les équipes de proximité [dont les CAMSP] est soulignée en positionnant les équipes associées en appui – conseil des équipes de proximité. Cette posture favorisera l'appropriation par les équipes de 1^{ère} ligne [dont les CAMSP] des bonnes pratiques en matière de diagnostic. Il faut être vigilant à ce que les équipes associées ne fassent pas tous les diagnostics d'autisme, au risque de retarder ceux-ci même partiellement* » (CTRA décembre 2011).

L'étude qualitative de la CNSA en 2009 avait montré que les CRA attendraient des CAMSP un développement de compétences pour le repérage des troubles envahissants du développement, ainsi qu'un positionnement en tant que coordonnateur du projet en lien avec d'autres acteurs.

Dans l'enquête par questionnaire, seul le CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix mentionne des actions de formation avec le CRA.

Lors de la réunion d'analyse partagée, le CAMSP Baudelaire a également mentionné des temps de supervision de son équipe par la pédopsychiatrie.

Centres de référence Troubles des apprentissages

Comme avec les CRA, les CAMSP peuvent être amenés à travailler avec les centres de référence Troubles du langage en Bretagne. Ces acteurs sont situés en amont, lorsqu'ils sont à l'origine de diagnostics et orientent vers le CAMSP pour un accompagnement global et pluridisciplinaire précoce. Ils peuvent être contemporains, lorsque le CAMSP les sollicite pour réaliser des bilans complémentaires en vue d'un diagnostic.

4 CAMSP précisent leurs modalités de partenariat avec des centres de référence :

- ✓ mise à disposition de professionnels (1 CAMSP)
- ✓ intervention dans les locaux du partenaire (3 CAMSP)
- ✓ consultations partagées (3 CAMSP)
- ✓ action de formation (1 CAMSP)

Réseaux de santé

Les CAMSP s'inscrivent également dans les dynamiques territoriales en s'impliquant, au-delà des réseaux de périnatalité, dans d'autres réseaux de santé : réseau Arc-en-Ciel (enfants âgés de 4 à 14 ans et présentant des troubles des apprentissages) par le CAMSP Horizons et le CAMSP Tournemine, le Réseau

La Brise (Soins palliatifs) par le CAMSP Baudelaire, le réseau Pieds bots par le CAMSP hospitalier de Quimper.

4 CAMSP bretons précisent leurs modalités de partenariat avec des réseaux de santé :

- ✓ convention (1 CAMSP)
- ✓ charte ou équivalent (2 CAMSP)
- ✓ Intervention dans les locaux du partenaire (1 CAMSP)
- ✓ Consultations partagées (1 CAMSP)
- ✓ Actions de formation (3 CAMSP)
- ✓ Membre du Conseil d'administration du réseau (1 CAMSP)

CMP

Les CMP constituent pour les CAMSP un partenaire contemporain permettant d'organiser des prises en charge partagées. C'est également un partenaire d'aval lorsque les CAMSP sont amenés à leur passer le relais et orientent des enfants après avoir réalisé le bilan au sein du CAMSP.

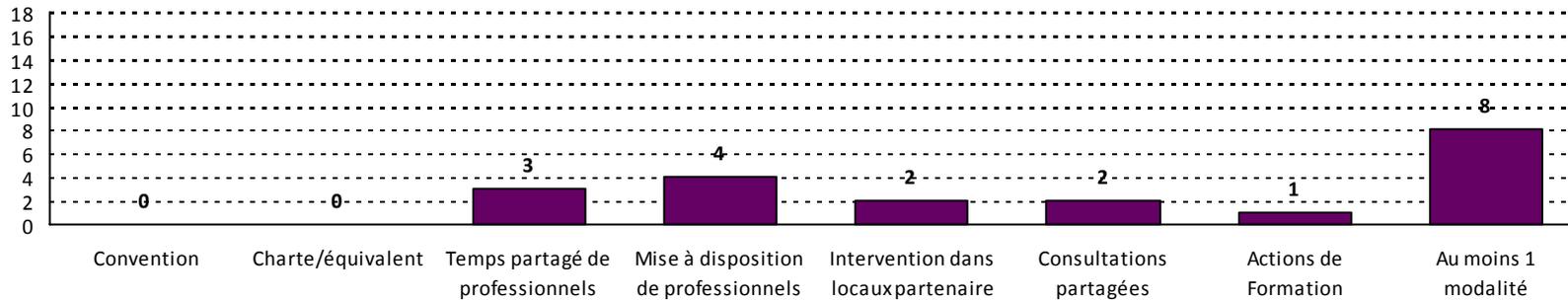
Seuls 8 CAMSP mentionnent au moins une modalité de partenariat avec des CMP.

Autres services sanitaires

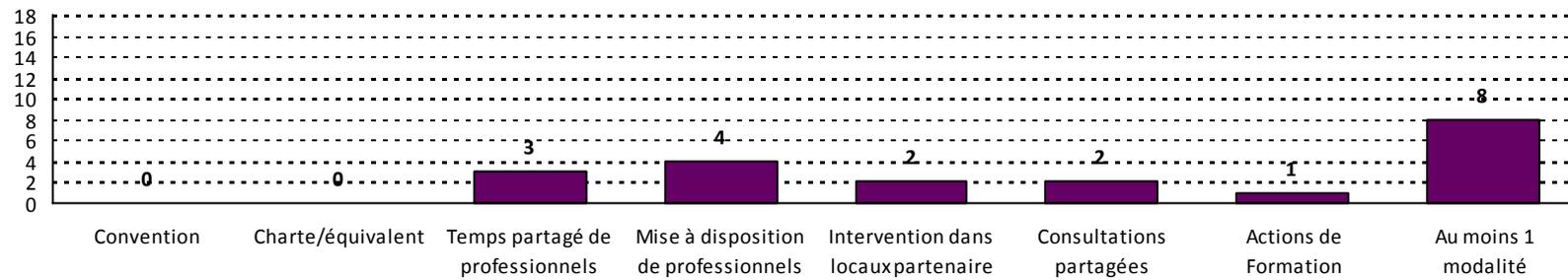
Pour répondre aux spécificités des publics accompagnés, les CAMSP sollicitent d'autres compétences du champ sanitaire. Dans le cadre d'exams spécifiques ou complémentaires, les services hospitaliers orientent des enfants vers les CAMSP spécialisés. A l'inverse, ces mêmes CAMSP peuvent avoir recours aux services sanitaires spécialisés (ORL, ophtalmologie, centre d'implantation cochléaire du CHU, orthopédie...) afin de confirmer ou d'infirmer des diagnostics, des dépistages, de prévenir des troubles associés et de réaliser des soins ou des suivis complémentaires.

Seuls 8 CAMSP mentionnent au moins une modalité de partenariat avec d'autres services sanitaires.

Modalités de partenariat avec les CMP



Modalités de partenariat avec d'autres services sanitaires



Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) font partie des partenaires de l'action des CAMSP.

Un certain nombre de CAMSP en Bretagne ont été créés par des organismes gestionnaires de CMPP. Aussi, certains CAMSP partagent les locaux, mais aussi du personnel avec des CMPP. Ces dispositifs contribuent selon les professionnels à la continuité de parcours. Toutefois, la séparation et la spécificité de ces deux agréments ne sont pas toujours lisibles, comme cela a été évoqué précédemment pour le bassin rennais.

11 CAMSP sur 18 décrivent les formes de partenariat avec les CMPP :

- Convention (4 CAMSP dont 1 CAMSP adossé à un CMPP)
- Charte ou équivalent (4 CAMSP adossés à un CMPP)
- Temps partagés de professionnels (6 CAMSP dont 5 CAMSP adossés à un CMPP)
- Mise à disposition de professionnels (6 CAMSP dont 3 CAMSP adossés à un CMPP)
- Intervention dans les locaux du partenaire (7 CAMSP dont 4 CAMSP adossés à un CMPP)
- Consultations partagées (7 CAMSP dont 4 CAMSP adossés à un CMPP)
- Actions de formation (3 CAMSP dont 2 CAMSP adossés à un CMPP)

CAMSP spécialisés Déficience auditive

En fonction des pathologies repérées, un CAMSP polyvalent peut adresser un enfant vers un CAMSP spécialisé ou effectuer une prise en charge conjointe. Les CAMSP peuvent avoir du personnel commun entre eux (temps partagés, mise à disposition). Par exemple, le phoniatre du CAMSP Tournemine intervient en vacation auprès du CAMSP polyvalent Horizons.

Les SAFEP

Les services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP), désignent les SESSAD spécifiques à l'accompagnement précoce (moins de 3 ans) des enfants avec une déficience sensorielle. L'orientation des enfants en SAFEP nécessite une notification de la MDPH, à la différence des CAMSP qui sont en accès direct. En Bretagne, les SAFEP déficience auditive ont disparu au profit de CAMSP spécialisés, tandis que les SAFEP déficience visuelle perdurent ou se créent, en l'absence de CAMSP spécialisés. Seul l'Ille-et-Vilaine ne dispose pas de SAFEP à ce jour et des acteurs de ce département pointent ce manque. Des réflexions sont en cours au sein de l'association des PEP 35 pour abaisser l'âge du SAAAS pour permettre des prises en charge plus précoces des déficients visuels.

Les équipes des SAFEP sont également pluridisciplinaires comme au sein des CAMSP. Les enfants peuvent être orientés vers ces services pour un suivi et un accompagnement spécialisé.

Des professionnels de SAFEP réalisent des vacations pour élargir la pluridisciplinarité de l'organigramme de CAMSP, comme l'illustre la convention entre le SAFEP déficience visuelle et le CAMSP Tournemine pour la mise à disposition d'une orthoptiste qui intervient à la demande.

SESSAD

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), ont vocation à intervenir, sur notification de la CDAPH, sur les lieux de vie des enfants handicapés. La prise en charge précoce fait partie de leurs missions, au même titre que le soutien à la scolarité.

Les CAMSP, comme les SESSAD, peuvent intervenir au domicile de l'enfant, mais également dans les structures petite enfance et dans les écoles. Toutefois, une des différences majeures entre les CAMSP et les SESSAD réside dans le fait que l'intervention des SESSAD est conditionnée à une notification de la CDAPH, ce qui nécessite des démarches auprès de la MDPH, là l'accès aux CAMSP est direct.

Le CAMSP se présente pour de nombreux parents comme une première étape avant un passage de relais vers un SESSAD. L'étude régionale sur les SESSAD commanditée par l'ARS Bretagne (2012) révélait que sur la période 2007/2011,

16 % des enfants admis en SESSAD ont été dirigés par un CAMSP. Toutefois, les passages de relais de CAMSP vers les SESSAD semblent variables selon les départements : selon cette étude, les SESSAD d'Ille-et-Vilaine ont accueilli une proportion deux fois moins importante d'enfants venant de CAMSP que les SESSAD des autres départements (9,5 % contre 17,5 % à 22 %). Dans ce département, une partie des CAMSP est adossée à un CMPP et les passages de relais sont plus fréquents vers les CMPP pour ces CAMSP, avec parfois poursuite de l'accompagnement avec un SESSAD. Il y a d'ailleurs 12,5 % des enfants admis dans ces SESSAD qui viennent d'un CMPP, contre 0,2 à 6 % dans les autres départements.

« Aucun enfant ne vient de CAMSP, c'est une spécificité du département. Les CAMSP du département interviennent peu sur les TED. Le réseau pédopsychiatrique en Ille-et-Vilaine a mis en place une réponse adaptée pour une prise en charge précoce. La situation est différente dans le Finistère où des liens très forts existent entre acteurs de pédopsychiatrie et CAMSP » (SESSAD Mille Sabords).

Les CAMSP peuvent avoir des personnels communs avec des SESSAD (temps partagés de professionnels dans 5 CAMSP ou mise à disposition dans 3 CAMSP). Ainsi, le CAMSP de St Malo a passé convention avec le SESSD APF pour une mise à disposition de professionnels du SESSD (ergothérapeute, médecin de rééducation fonctionnelle) pour une approche plus spécifique de certaines pathologies.

Pour faciliter le passage de relais, des CAMSP peuvent inviter des professionnels de SESSAD à une réunion de synthèse en amont de l'admission des enfants.

Certains participent également à la première réunion de synthèse du SESSAD après leur admission.

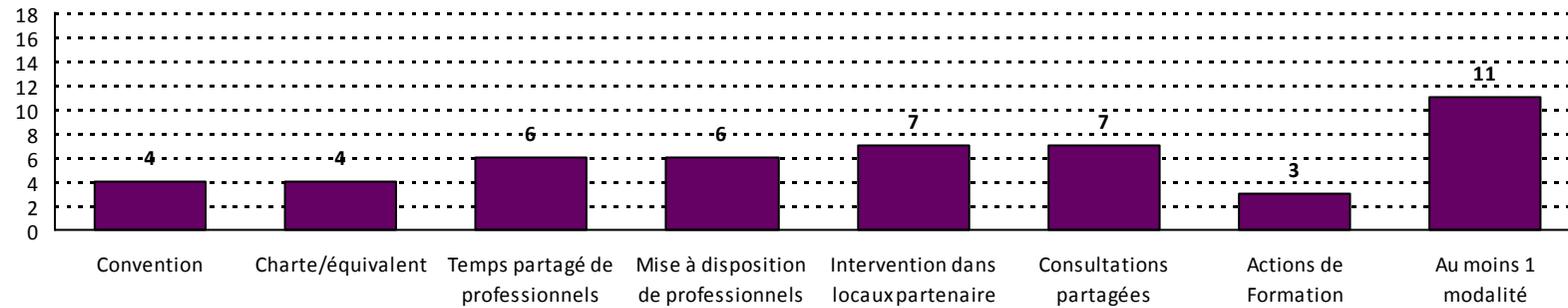
Certains professionnels de CAMSP spécialisés travaillent par ailleurs en SESSAD, ce qui facilite les passages de relais. Ainsi, l'orthophoniste et l'enseignant spécialisé du CAMSP Tournemine exercent également au SSEFIS géré par le même organisme. Parfois, l'organisme gestionnaire du CAMSP gère également un SESSAD ou SSEFIS, facilitant ainsi les passages de relais.

Sur les Côtes d'Armor, l'association départementale pour l'action médico-sociale précoce regroupe les CAMSP, les SESSAD, la psychiatrie infanto-juvénile dans le but de favoriser la rencontre des institutions. Cette association a pour objet d'analyser les besoins en matière d'éducation précoce et de faire remonter les données analysées telles que les listes d'attentes en CAMSP et en SESSAD.

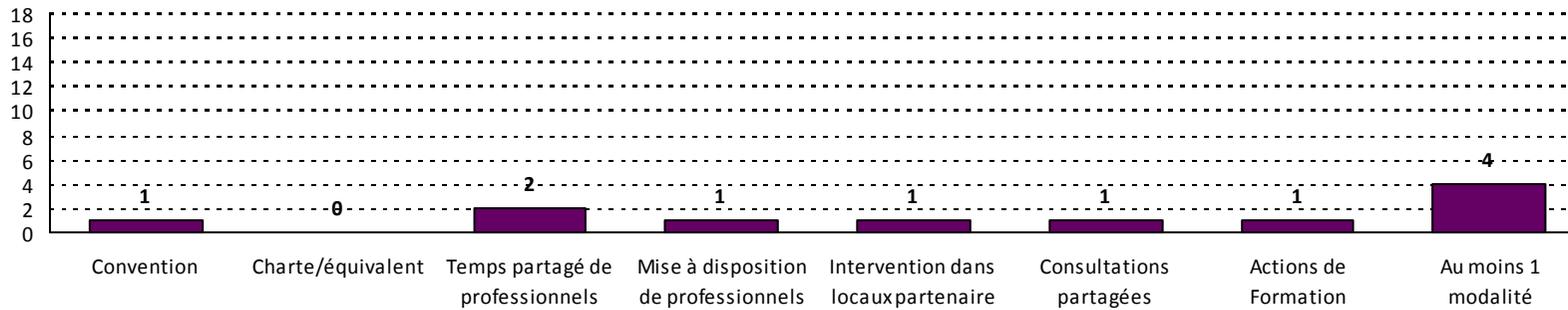
Etablissements médico-sociaux

Lorsque la situation de handicap nécessite un accompagnement plus conséquent, le CAMSP oriente l'enfant vers un établissement médico-social, via une notification de la CDAPH. Le CAMSP peut alors faciliter le passage de relais en proposant à la famille une visite de l'établissement relais ou encore en présentant l'enfant à l'équipe de l'établissement lors d'une réunion de synthèse. Les relations avec les établissements médico-sociaux peuvent aussi prendre la forme de ressources humaines communes (temps partagés, mise à disposition de professionnels).

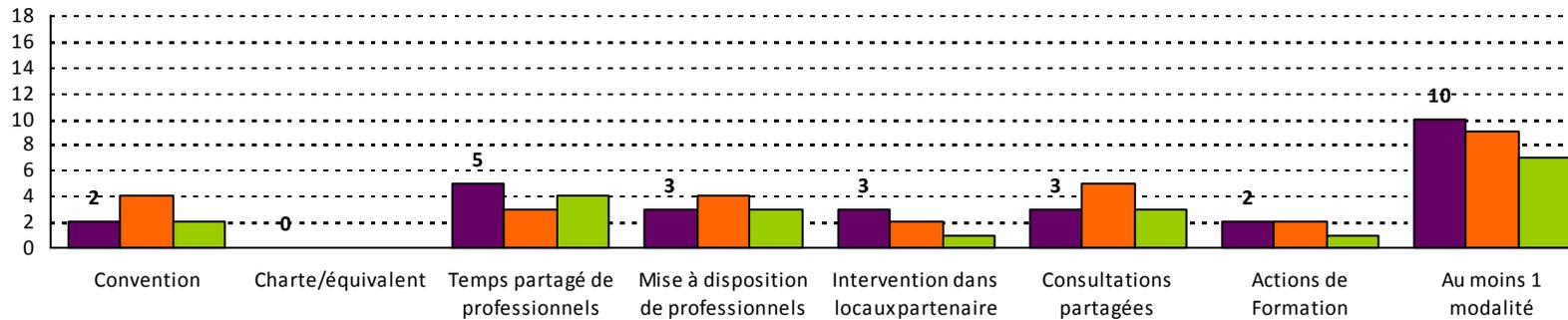
Modalités de partenariat avec les CMPP



Modalités de partenariat avec les CAMSP spécialisés Déficience auditive



Modalités de partenariat avec les SESSAD, SAFEP et établissements médico-sociaux



Services de PMI

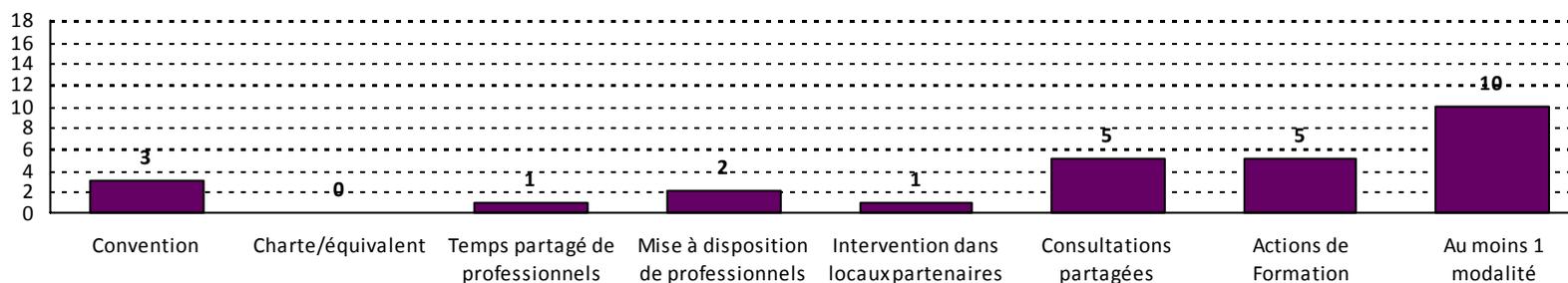
Les services de la PMI font partie des prescripteurs. De part leurs missions, ils sont situés en amont des suivis et orientent des enfants vers les CAMSP. En effet, les services de PMI assurent des missions de dépistage lors des suivis des maternités dans le cadre des réseaux de santé de périnatalité et réalisent des bilans au cours des consultations médicales au sein des écoles. Ils réalisent un premier dépistage et adressent au CAMSP les enfants ayant besoin d'investigations complémentaires pour affiner le diagnostic, ou pour mettre en place des interventions pluridisciplinaires.

Au-delà des orientations vers les CAMSP, les coopérations avec les services de PMI peuvent être contemporaines de l'intervention du CAMSP, que ce soit dans le cadre de consultations partagées (exemple : le CAMSP Tournemine accompagne des puéricultrices de PMI à certaines consultations) ou d'intervention dans les locaux du partenaire (exemple : CAMSP Baudelaire).

Les services de PMI peuvent avoir des ressources humaines communes avec les CAMSP, que ce soit par des temps partagés (CAMSP hospitalier de Rennes) ou de mise à disposition de personnel (CAMSP Baudelaire, CAMSP Eclore).

Enfin, c'est autour d'actions de formation que les professionnels de CAMSP et de services de PMI peuvent se rencontrer et partager des approches communes (5 CAMSP).

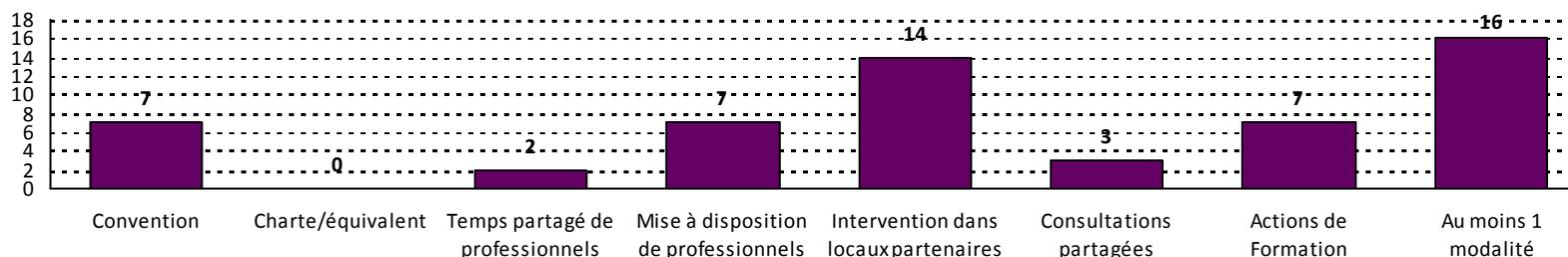
Face à la recrudescence des problématiques sociales au sein des publics CAMSP, les partenariats avec la PMI, les services relevant de la protection de l'enfance et les dispositifs de soutien à la parentalité sont essentiels. Les professionnels de service de protection de l'enfance sont invités à la synthèse du CAMSP lorsqu'ils sont mobilisés sur une situation. Toutefois, certaines équipes font état d'un sentiment de désengagement de la part de certains acteurs de la protection de l'enfance lorsqu'une prise en charge CAMSP est en place. Ce constat avait également été mentionné par les professionnels des SESSAD.



Structures de petite enfance

Les crèches ou haltes-garderies font également partie des partenaires d'amont en interpellant les CAMSP lorsqu'elles s'interrogent sur le développement d'un enfant. Sur le bassin rennais, des psychologues de CAMSP assurent sur la base d'une convention avec la Ville de Rennes, des temps de présence dans des crèches municipales « afin d'observer pour dépister ».

16 CAMSP sur 18 précisent les modes de relations avec les structures petite enfance. Il s'agit le plus souvent (14 CAMSP) d'intervention dans les locaux de ces



structures, auprès de l'enfant (exemple : l'éducatrice de jeunes enfants et les codeuses en langage parlé complété (LPC) du CAMSP Tournemine) ou en appui aux professionnels.

Les professionnels de CAMSP et de structures de petite enfance se rencontrent également au travers d'actions de formation (7 CAMSP).

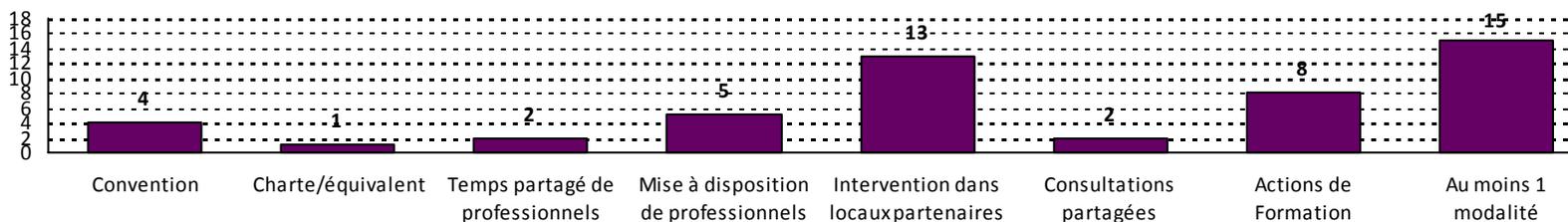
Le CAMSP Baudelaire a été un acteur de la création de la halte-garderie Les Lucioles gérée par les Papillons Blancs du Finistère.

Ecoles

Au-delà des relations avec les enseignants référents qui assurent le suivi du parcours de scolarisation, avec notamment l'animation des réunions des équipes de suivi de scolarisation (ESS) auxquelles les professionnels du CAMSP participent, les professionnels des CAMSP sont en relation avec les écoles à divers titres.

En effet, comme les structures petite enfance, les écoles font partie des partenaires d'amont lorsqu'elles orientent un enfant vers le CAMSP. Mais le CAMSP peut aussi rencontrer les enseignants et la direction de l'école en amont d'une scolarisation pour introduire l'enfant et faciliter son inclusion scolaire.

Au-delà de la prescription vers le CAMSP, les modes de relation entre les CAMSP et les écoles prennent différentes formes. 15 CAMSP décrivent ces relations ainsi :



Vue d'ensemble des modalités de partenariats, déclarées par les 18 CAMSP bretons

	Convention	Charte ou équivalent	Temps partagés de professionnels	Mise à disposition de professionnels	Intervention dans les locaux du partenaire	Consultations partagées	Actions de formation	Au moins 1 modalité
Services de néonatalogie								
Services de pédiatrie	0	0	2	0	3	2	2	5
Maternités	3	1	6	4	4	5	4	11
Réseau de périnatalité	3	4	1	6	5	3	6	11
Centres ressources autisme (CRA)	0	0	0	0	0	0	1	1
Centres de référence	0	0	0	1	3	3	1	4
Réseaux de santé	1	2	0	0	1	1	3	4
CMP	0	0	3	4	2	2	1	8
Autres services sanitaires	0	0	3	4	2	2	1	8
CMPP	4	4	6	6	7	7	3	11
SAFEP (SESSAD déficience visuelle)	4	0	3	4	2	5	2	9
CAMSP spécialisé	1	0	2	1	1	1	1	4
SESSAD	2	0	5	3	3	3	2	10
Etablissement médico-social	2	0	4	3	1	3	1	7
Services de PMI	3	0	1	2	1	5	5	10
Structures de petite-enfance	7	0	2	7	14	3	7	16
Ecoles	4	1	2	5	13	2	8	15

→ **Préconisations**

- Renforcer les moyens de certains CAMSP pour leur permettre de développer avec leurs partenaires le partage d'information, le partage de pratiques professionnelles ou la mise en œuvre d'activités conjointes. Faute de temps disponible, des professionnels de CAMSP ont du renoncer à ces échanges avec leurs partenaires.
- Au regard de l'intensification des problématiques sociales au sein des publics CAMSP, renforcer les coopérations avec les services relevant de la protection de l'enfance.

Annexes

Répartition de la file active 2010 selon le type d'activité

CAMSP polyvalents	File active 2010	Nb total	Dépistage (dont activité anténatale et suivi / surveillance)	Bilans initiaux (dont pré-accueil éventuel)	Suivis / Prises en charge	Contacts ponctuels (dont post-sortie avant 2010)
CAMSP Horizons	355 (dont 22 Post prise en charge)	355	56,9	2,0	26,8	14,4
CAMSP Hospitalier Lannion	126	126	9,5	34,9	39,7	15,9
CAMSP Baudelaire	233	233	43,8	7,7	48,5	0,0
CAMSP Hospitalier Quimper	264	264	28,0	2,3	26,9	42,8
CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix	162	162	0,0	43,8	55,6	0,6
CAMSP Farandole	288	288	64,6	6,3	14,6	14,6
CAMSP PEP St Malo	182	182	0,0	40,7	59,3	0,0
CAMSP Gaston Chaissac	144	144	0,0	16,0	84,0	0,0
CAMSP du Gacet	134	134	45,5		53,0	1,5
CAMSP Les Grisons	91	91	33,0	0,0	65,9	1,1
CAMSP Brizeux	99	99	44,4	0,0	54,5	1,0
CAMSP Hospitalier Rennes	353	353	37,7	19,5	27,2	15,6
CAMSP Eclore	282	282	42,2	8,9	34,4	14,5
CAMSP Le coin de soleil	429	429	42,2	3,0	27,7	27,0

CAMSP spécialisés déficience auditive	File active 2010	Nb total	Dépistages (dont activité anténatale et suivi / surveillance)	Bilans initiaux (dont pré-accueil éventuel)	Suivis / Prises en charge	Contacts ponctuels (dont post-sortie avant 2010)
CAMSP Tournemine	96	96	47,9	17,7	34,4	0,0
CAMSP DA Brest	91	91	57,1	3,3	36,3	3,3
CAMSP Kerveiza	58	58	13,8	17,2	63,8	5,2
AUDI CAMSP	216	216	15,3	0,0	11,1	73,6

Domiciliation des enfants de la file active 2010

CAMSP polyvalents

Finess	Distance domicile/CAMSP à vol d'oiseau (en kilomètres)					Distance routière moyenne [(aller/retour)/2] (en kilomètres)					
	< 20	20 - 30	30 - 40	40 et +	Total	< 20	20 - 30	30 - 40	40 et +	ND	Total
CAMSP Horizons	180	46	46	60	332	148	59	40	85		332
	54,2	13,9	13,9	18,1	100,0	44,6	17,8	12,0	25,6	0,0	100,0
CAMSP Hospitalier Lannion	96	21	7	1	125	92	23	8	2		125
	76,8	16,8	5,6	0,8	100	73,6	18,4	6,4	1,6	0,0	100,0
CAMSP Baudelaire	28	21	6	5	60	18	26	7	9		60
	46,7	35,0	10,0	8,3	100,0	30,0	43,3	11,7	15,0	0,0	100,0
CAMSP Hospitalier Quimper	169	67	17	11	264	148	76	24	16		264
	64,0	25,4	6,4	4,2	100,0	56,1	28,8	9,1	6,1	0,0	100,0
CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix	114	30	16	2	162	85	49	10	18		162
	70,4	18,5	9,9	1,2	100,0	52,5	30,2	6,2	11,1	0,0	100,0
CAMSP PEP St Malo	127	24	20	11	182	114	29	25	14		182
	69,8	13,2	11,0	6,0	100,0	62,6	15,9	13,7	7,7	0,0	100,0
CAMSP Gaston Chaissac	118	15	7	3	143	116	16	6	5		143
	82,5	10,5	4,9	2,1	100,0	81,1	11,2	4,2	3,5	0,0	100,0
CAMSP du Gacét	27	2	3	1	33	25	4	2	2		33
	81,8	6,1	9,1	3,0	100,0	75,8	12,1	6,1	6,1	0,0	100,0
CAMSP Les Grisons	79	7	4		90	79	7	3	1		90
	87,8	7,8	4,4	0,0	100,0	87,8	7,8	3,3	1,1	0,0	100,0
CAMSP Brizeux	86	9	3	1	99	80	15	1	3		99
	86,9	9,1	3,0	1,0	100,0	80,8	15,2	1,0	3,0	0,0	100,0
CAMSP Eclore	244	30	5	4	283	215	49	15	3	1	283
	86,2	10,6	1,8	1,4	100,0	76,0	17,3	5,3	1,1	0,4	100,0
CAMSP Le Coin de soleil	265	74	50	40	429	232	83	61	51	2	429
	61,8	17,2	11,7	9,3	100,0	54,1	19,3	14,2	11,9	0,5	100,0

CAMSP spécialisés

Finess	Distance domicile/CAMSP à vol d'oiseau (en kilomètres)					Distance routière moyenne [(aller/retour)/2] (en kilomètres)					
	< 20	20 - 30	30 - 40	40 et +	Total	< 20	20 - 30	30 - 40	40 et +	ND	Total
CAMSP Tournemine	10	4	5	9	28	7	3	4	14		28
	35,7	14,3	17,9	32,1	100,0	25,0	10,7	14,3	50,0	0,0	100,0
CAMSP AFDA	58	6	3	19	86	52	11	1	22		86
	67,4	7,0	3,5	22,1	100,0	60,5	12,8	1,2	25,6	0,0	100,0
CAMSP Kerveiza	37	7	8	6	58	34	10	6	8		58
	63,8	12,1	13,8	10,3	100,0	58,6	17,2	10,3	13,8	0,0	100,0
AUDI CAMSP	103	47	35	31	216	76	41	48	43	8	216
	47,7	21,8	16,2	14,4	100,0	35,2	19,0	22,2	19,9	3,7	100,0

Ensemble des CAMSP

Finess	Distance domicile/CAMSP à vol d'oiseau (en kilomètres)					Distance routière moyenne [(aller/retour)/2] (en kilomètres)					
	< 20	20 - 30	30 - 40	40 et +	Total	< 20	20 - 30	30 - 40	40 et +	ND	Total
Total	1741	410	235	204	2590	1521	501	261	296	11	2590
	67,2	15,8	9,1	7,9	100,0	58,7	19,3	10,1	11,4	0,4	100,0

Sans information pour le CAMSP Farandole et le CAMSP Hospitalier

CAMSP polyvalents

	Temps de trajet moyen en heures creuses [(aller/retour)/2] (en minutes)						Temps de trajet moyen en heures pleines [(aller/retour)/2] (en minutes)					
	< 20	20-30	30 - 40	40 et +	ND	Total	< 20	20 - 30	30- 40	40 et +	ND	Total
CAMSP Horizons	129	63	47	93		332	107	76	47	102		332
	38,9	19,0	14,2	28,0	0,0	100,0	32,2	22,9	14,2	30,7	0,0	100,0
CAMSP Hospitalier Lannion	76	33	9	7		125	65	39	14	7		125
	60,8	26,4	7,2	5,6	0,0	100,0	52,0	31,2	11,2	5,6	0,0	100,0
CAMSP Baudelaire	6	16	26	12		60	1	5	15	39		60
	10,0	26,7	43,3	20,0	0,0	100,0	1,7	8,3	25,0	65,0	0,0	100,0
CAMSP Hospitalier Quimper	75	93	41	55		264	68	76	61	59		264
	28,4	35,2	15,5	20,8	0,0	100,0	25,8	28,8	23,1	22,3	0,0	100,0
CAMSP des Pays de Morlaix et de Carhaix	77	37	30	18		162	77	32	24	29		162
	47,5	22,8	18,5	11,1	0,0	100,0	47,5	19,8	14,8	17,9	0,0	100,0
CAMSP PEP St Malo	107	38	23	14		182	103	39	26	14		182
	58,8	20,9	12,6	7,7	0,0	100,0	56,6	21,4	14,3	7,7	0,0	100,0
CAMSP Gaston Chaissac	101	23	12	7		143	72	28	24	19		143
	70,6	16,1	8,4	4,9	0,0	100,0	50,3	19,6	16,8	13,3	0,0	100,0
CAMSP du Gacet	10	17	3	3		33	3	6	17	7		33
	30,3	51,5	9,1	9,1	0,0	100,0	9,1	18,2	51,5	21,2	0,0	100,0
CAMSP Les Grisons	59	20	9	2		90	42	17	20	11		90
	65,6	22,2	10,0	2,2	0,0	100,0	46,7	18,9	22,2	12,2	0,0	100,0
CAMSP Brizeux	66	21	9	3		99	53	14	19	13		99
	66,7	21,2	9,1	3,0	0,0	100,0	53,5	14,1	19,2	13,1	0,0	100,0
CAMSP Eclore	126	113	32	12		283	97	89	75	22		283
	44,5	39,9	11,3	4,2	0,0	100,0	34,3	31,4	26,5	7,8	0,0	100,0
CAMSP Le Coin de soleil	152	131	94	51	1	429	135	129	86	78	1	429
	35,4	30,5	21,9	11,9	0,2	100,0	31,5	30,1	20,0	18,2	0,2	100,0

CAMSP spécialisés déficience auditive

	Temps de trajet moyen en heures creuses [(aller/retour)/2] (en minutes)						Temps de trajet moyen en heures pleines [(aller/retour)/2] (en minutes)					
	< 20	20-30	30 - 40	40 et +	ND	Total	< 20	20 - 30	30- 40	40 et +	ND	Total
CAMSP Tournemine	4	6	4	14		28	4	6	3	15		28
	14,3	21,4	14,3	50,0	0,0	100,0	14,3	21,4	10,7	53,6	0,0	100,0
CAMSP AFDA	41	21	2	22		86	19	33	12	22		86
	47,7	24,4	2,3	25,6	0,0	100,0	22,1	38,4	14,0	25,6	0,0	100,0
CAMSP Kerveiza	24	16	8	10		58	16	9	16	17		58
	41,4	27,6	13,8	17,2	0,0	100,0	27,6	15,5	27,6	29,3	0,0	100,0
AUDI CAMSP	80	38	44	51	3	216	78	37	22	76	3	216
	37,0	17,6	20,4	23,6	1,4	100,0	36,1	17,1	10,2	35,2	1,4	100,0

Ensemble des CAMSP

	Temps de trajet moyen en heures creuses [(aller/retour)/2] (en minutes)						Temps de trajet moyen en heures pleines [(aller/retour)/2] (en minutes)					
	< 20	20-30	30 - 40	40 et +	ND	Total	< 20	20 - 30	30- 40	40 et +	ND	Total
Total	1133	686	393	374	4	2590	940	635	481	530	4	2590
	43,7	26,5	15,2	14,4	0,2	100,0	36,3	24,5	18,6	20,5	0,2	100,0