

# Analyse des files actives des CAMSP, CMP et CMPP de la Dordogne en 1996

Etude réalisée pour la DDASS de la Dordogne dans le cadre des travaux  
préalables à l'élaboration du schéma départemental de l'enfance et  
l'adolescence handicapées

Par **Bénédicte MARABET**, conseillère CREAHI d'Aquitaine  
avril 1998

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	3
1 - Le champ de l'enquête	4
1 - 1 <i>Méthodologie</i>	4
1 - 2 <i>Répartition des réponses</i>	5
2 - Les caractéristiques socio-démographiques des usagers des consultations	8
2 - 1 <i>L'origine démographique</i>	9
2 - 2 <i>Sexe et âge</i>	11
2 - 3 <i>Ancienneté de la prose en charge</i>	13
3 - Les indications et leur devenir	17
3 - 1 <i>Les CAMSP</i>	18
3 - 2 <i>Les CMP</i>	22
3 - 3 <i>Les CMPP</i>	27
4 - Les manques repères par les consultations :	31
- <i>Pour quelles structures ?</i>	
- <i>Pour quelle population ?</i>	
5 - Les refus d'indication de la part des familles :	35
- <i>Pour quelles structures ?</i>	
- <i>Pour quels enfants ?</i>	
<b>Conclusion</b>	36
<b>Annexes</b>	39

## Introduction

Dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du schéma départemental de l'Enfance et l'Adolescence handicapées de la Dordogne, une enquête a été menée auprès des services ambulatoires de prévention et de soins du département.

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et les Centres Médico-Psychologiques (CMP)<sup>1</sup> ont participé à ce travail.

L'objectif fixé était d'évaluer l'activité de ces services à travers l'importance des flux d'enfants accueillis et pris en charge et de mettre en évidence les difficultés éventuelles pour mettre en oeuvre des orientations.

Ces services occupent une place stratégique dans le dispositif destiné aux enfants ayant des difficultés ou des problèmes de développement. Ils reçoivent une part non négligeable des futurs usagers d'établissements médico-sociaux.

A titre indicatif, on peut rappeler que dans un département voisin, le Lot-et-Garonne<sup>2</sup>, 40 % des jeunes en IME et 63 % des jeunes en IR avaient, en 1994, préalablement bénéficié d'une prise en charge dans l'un ou l'autre de ces services ambulatoires.

L'observation des flux d'enfants rencontrés et suivis par ces structures va donc permettre d'accéder à une meilleure connaissance de la demande concernant la population infanto-juvénile dans le département et d'apporter un éclairage sur les capacités et les insuffisances des équipements actuels.

# 1

---

<sup>1</sup> Les définitions de ces services sont présentées dans la méthodologie p.3

<sup>2</sup> Bénédicte MARABET - Jacques LOISY

Etude sur les usagers des Instituts Médico-Educatifs du département du Lot-et-Garonne, CREAHI d'Aquitaine, Janvier 1996, 59 pages + annexes

Bénédicte MARABET - Jacques LOISY

Etude sur les usagers des Instituts de Rééducation du département du Lot-et-Garonne, CREAHI d'Aquitaine, Janvier 1996, 59 pages + annexes.

# LE CHAMP DE L'ENQUETE

## 1.1 Méthodologie

L'ensemble des CAMSP, CMPP et CMP implantés en Dordogne ont participé à cette enquête.

Il s'agit donc des :

- 3 antennes du CAMSP situées à Bergerac, Périgueux et Terrasson,
- 3 CMPP situés à Bergerac, Périgueux et Sarlat,

- 16 antennes de CMP réparties en 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile le secteur Ouest et le secteur Est (y compris les consultations annexes détachées de ces antennes).

*Rappel des missions et textes de référence :*

- **CAMSP** : Dépistage et traitement en cure ambulatoire d'enfants de moins de 6 ans atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental en vue d'une adaptation sociale et éducative dans le milieu naturel - Décret n°76-389 du 15/04/76 - Annexe XXXII bis du décret du 09/06/56.
- **CMPP** : Diagnostic et traitement en cure ambulatoire ou à domicile d'enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles du comportement - Annexe XXXII du décret du 09/03/56 et décret du 18/02/63.
- **CMP** : Unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic de soins ambulatoires et d'intervention à domicile sous forme de soins psychiatriques et de soutien psychologique - Arrêté du 14/03/86, circulaire du 15/03/60.

Le choix a été fait d'observer la totalité des files actives pour l'année 1996, c'est à dire : l'ensemble des primo-consultants pour cette année ainsi que ceux qui étaient en cours de prise en charge.

Le choix de l'année de référence, 1996, a été motivé par le fait que les investigations ont démarré fin 1997, les données concernant cette dernière année quoique plus récentes ne pouvaient être appréhendées dans leur globalité et n'étaient pas toutes enregistrées.

Une fiche élaborée en concertation entre le CREAHI et les médecins et/ou directeurs administratifs de ces services a été remplie pour chacun des jeunes vus au moins une fois en 1996.<sup>3</sup>

Cette grille est assez succincte, l'approche quantitative étant privilégiée pour cette enquête. Elle est constituée par deux groupes de questions :

- ① variables socio-démographiques concernant le jeune reçu,
- ② indication souhaitée d'une part (c'est-à-dire dans l'absolu, sans référence à l'équipement existant) et proposée d'autre part (qui peut donc être différente), mise en oeuvre et identification des éventuels obstacles rencontrés.

Les fiches ont été ensuite remplies par les équipes de ces services de début janvier à la mi-mars 1998.

**Un nombre très élevé de fiches individuelles ont ainsi été renseignées : 3348.**

## 1.2 Répartition des réponses

Ces fiches se répartissent ainsi :

**Tableau 1 :**

**File active CAMSP - CMP - CMPP en 1996<sup>4</sup>**

	Total File Active	Dont Primo Consultants	%
<b>CAMSP</b>	277	140	50,5

<sup>3</sup> Voir exemplaire en annexe 1.

<sup>4</sup> Tableau détaillé en annexe 2.

## Analyse des files actives des CAMSP, CMP et CMPP de Dordogne - 1996

<b>CMP</b> Ouest Est	2 166 907 1 259	1 094 503 591	50,5 55,5 46,9
<b>CMPP</b>	905	386	42,7
<b>Ensemble</b>	<b>3 348</b>	<b>1620</b>	<b>48,4</b>

Globalement près de la moitié des enfants constituant la file active ont été vus pour la première fois au cours de l'année. Cette proportion est un peu moins importante dans les CMPP qui mettent en place des prises en charge de plus long cours (comme on le verra plus loin).

Le taux de primo-consultants dans les CMP : 50,5 % est très proche de ce qu'on peut observer au niveau national : 49,6 %. <sup>5</sup>

Par rapport à l'ensemble de la population du département potentiellement concernée par ces services, c'est-à-dire les jeunes de moins de 20 ans (dont l'effectif s'élevait à 81750 au 01/01/96 <sup>6</sup>), ces usagers représentent une proportion relativement importante : 40 ‰. (4 ‰ pour les CAMSP, 11 ‰ pour les CMPP et 26‰ pour les CMP)

---

<sup>5</sup> Bénédicte BOISGUERIN

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1993 - Info rapides - N° 73, Mai 1996.

<sup>6</sup> Source INSEE - Projections OMPHALE.

A titre indicatif, on peut donner quelques chiffres-repères pour comparer les observations en Dordogne à d'autres données départementales ou nationales.

#### ↳ **France - Juin 1996** <sup>7</sup>

File active CMPP : 73 232 jeunes soit 5 ‰ des moins de 20 ans.

File active CMP : 96 000 jeunes soit 6,4 ‰ des moins de 20 ans.

Si les chiffres en Dordogne sont nettement plus élevés, on peut pondérer ces écarts en rappelant que :

⇒ certains départements sont totalement dépourvus de CMPP, l'absence d'offre ne peut donc que faire baisser la moyenne nationale.

⇒ l'enquête dont il est question portait sur les files actives d'une semaine seulement (en juin) qui n'est pas, peut-être, représentative d'une année entière d'activité.

#### ↳ **Lot-et-Garonne** <sup>8</sup>

File active CMP en 1994 : 1 460 jeunes soit 20,7 ‰

Primo-consultants en 1995 (CMP - CMPP - CAMSP) 1 600 jeunes soit 22,7 ‰ des moins de 20 ans.

---

<sup>7</sup> Enquête nationale INSERM sous responsabilité de Nicole QUEMADA.

<sup>8</sup> Jacques LOISY

Le dispositif de santé mentale infantile dans le Lot-et-Garonne - CREAHI d'Aquitaine, Mai 1995, 24 pages.

Bénédicte MARABET - Jacques LOISY

Analyse des demandes de prises en charge ambulatoire et institutionnelle en Lot-et-Garonne - CREAHI d'Aquitaine, Septembre 1995, 11 pages.

# 2

## **LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES USAGERS DES CONSULTATIONS**



## 2.1 L'origine géographique

Près d'une centaine d'enfants vus par les CAMSP, CMP et CMPP de Dordogne ne résident pas dans ce département. Ils viennent principalement de Gironde, Corrèze et Charente.

Ce pourcentage faible (inférieur à 3 %) est particulièrement significatif dans 3 consultations :

- 11 % au CMP de Ribérac
- 15 % au CMP de Terrasson
- 13 % au CMPP de Bergerac.

Cet afflux d'enfants est motivé d'une part par la situation du service dans une zone limitrophe du département : Terrasson/Corrèze ou Ribérac/Charente, d'autre part par la nature même du service : le CMPP de Bergerac attire les Girondins qui doivent sinon se rendre jusque dans l'agglomération bordelaise.

Les usagers des consultations se répartissent sur tout le département (voir carte page 8 + cartes par catégorie de services en annexe 3 - 4 - 5).

La répartition des usagers mise en relation avec la densité de la population âgée de moins de 20 ans permet de mieux repérer la demande de prise en charge et l'accès aux soins (voir carte page 9 et tableau détaillé en annexe 6).

On peut ainsi distinguer des cantons où le nombre de jeunes consultants est très supérieur à la moyenne départementale (Montignac, Neuvic, Hautefort, Le Bugue, Saint Cyprien, Monpazier). Il s'agit pour la plupart de cantons soit disposant de lieux de consultations, soit situés à proximité de ces consultations.

**L'accessibilité aux équipements est sans nul doute un élément important dans la demande de prise en charge.**

A l'inverse, dans plusieurs cantons excentrés, notamment tout le Nord du département, la demande est beaucoup plus faible.



Les enfants des zones les plus claires sur ces cartes sont-ils adressés à des équipements situés hors Dordogne ?

Les données collectées ne permettent pas de le dire.

Le Lot-et-Garonne, à en juger par une enquête réalisée en 1994/1995 (déjà citée) n'en reçoit pas.

**Outre les conditions favorables d'accès aux soins créées par la proximité, on peut penser que d'autres éléments entrent en jeu dans la demande de prise en charge auprès des consultations. La connaissance de ces services, la sensibilisation du médecin de famille ou encore de l'école jouent sans aucun doute un rôle important.**

## 2.2 Sexe et âge

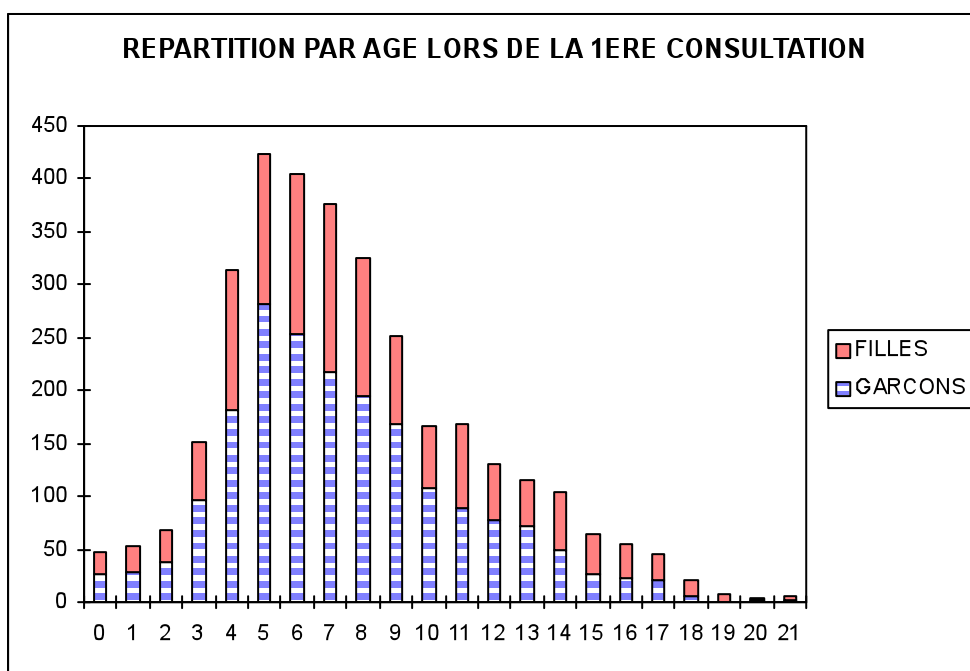
Globalement, les usagers de ces 3 catégories de service se répartissent en 60 % de garçons et 40 % de filles.

La prépondérance masculine se vérifie partout :

- 59 % pour les CAMSP,
- 58 % pour les CMP,
- 64 % pour les CMPP.

Elle est une constante dans ce type de population (en Lot-et-Garonne : 62 % de garçons).

Deux enfants sur trois ont entre 4 et 9 ans lors de la première consultation avec une moyenne peu différente selon le sexe : 7 ans et demi pour les garçons, 8 ans pour les filles



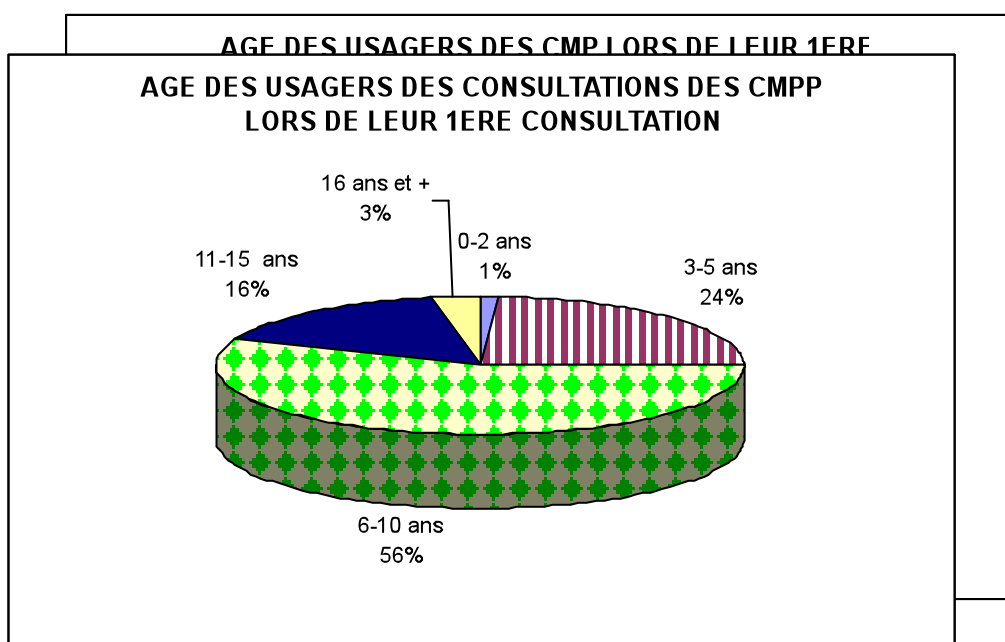
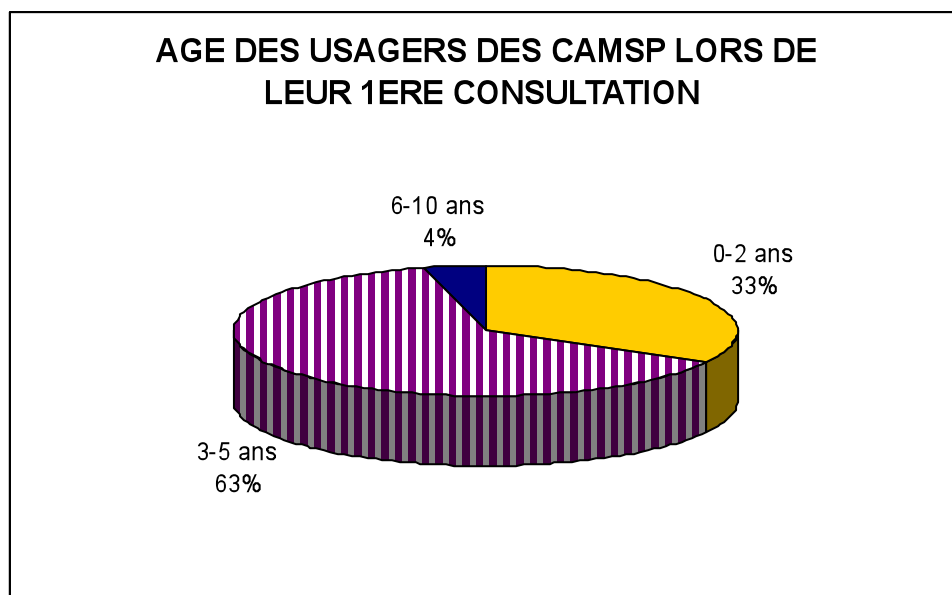
Toutefois, on peut remarquer des variations dans la distribution par âge selon le sexe.

La sur-représentation masculine se renforce entre 3 et 10 ans. Elle est moindre avant et après. A partir de 14 ans, les filles deviennent même majoritaires.

Selon les services des variations existent également :

→ les CAMSP compte tenu de leur agrément ne reçoivent pas d'enfants âgés de + de 6 ans. Le gros de leur activité est concentré sur les 3 - 5 ans : l'âge de la maternelle.

→ les CMP sont les services recevant le plus d'adolescents (1 usager sur 4 a entre 11 et 20 ans).



### 2.3 Ancienneté de la prise en charge

En moyenne, les enfants constituant la file active des consultations de la Dordogne en 1996 sont accueillis et suivis par ces services depuis 13 à 14 mois.

Dans les CAMSP, où la tranche d'âge des enfants reçus est limitée à 6 ans, les prises en charge sont plus courtes : elles durent depuis 9 mois en moyenne lors de la réalisation de l'étude.

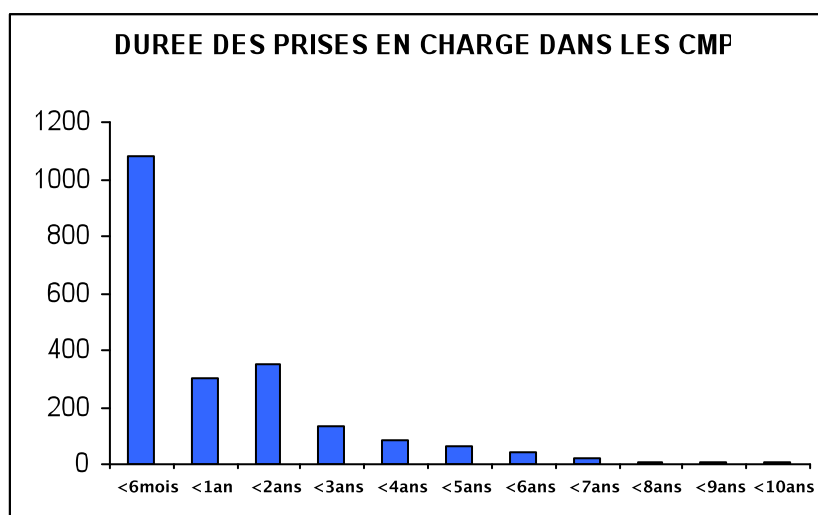
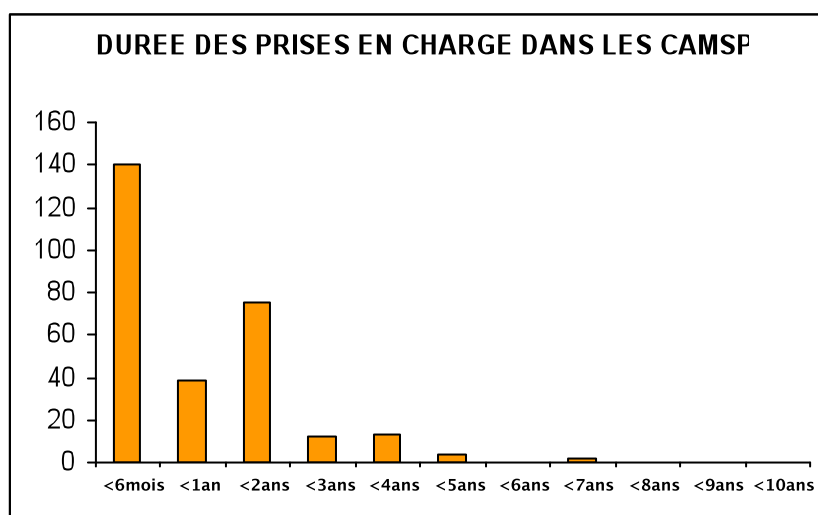
Elles sont plus longues dans les CMP : 13 mois et demi et dans les CMPP : près de 15 mois.

Il faut souligner, pour mieux apprécier ces chiffres, que :

⇒ ces moyennes concernent les prises en charge en cours, il s'agit donc de l'ancienneté des enfants dans le service et non de la durée totale de prise en charge qui pourra se prolonger selon les cas encore plusieurs mois, voire plusieurs années ;

⇒ ces moyennes sont "tirées" à la hausse par un petit nombre de jeunes qui sont suivis par ces services depuis 5 ans ou plus.

En réalité pour près de la moitié des enfants, les prises en charge sont commencées depuis moins de 6 mois (49 % dans les CAMSP, 51 % dans les CMP, 43 % dans les CMPP).

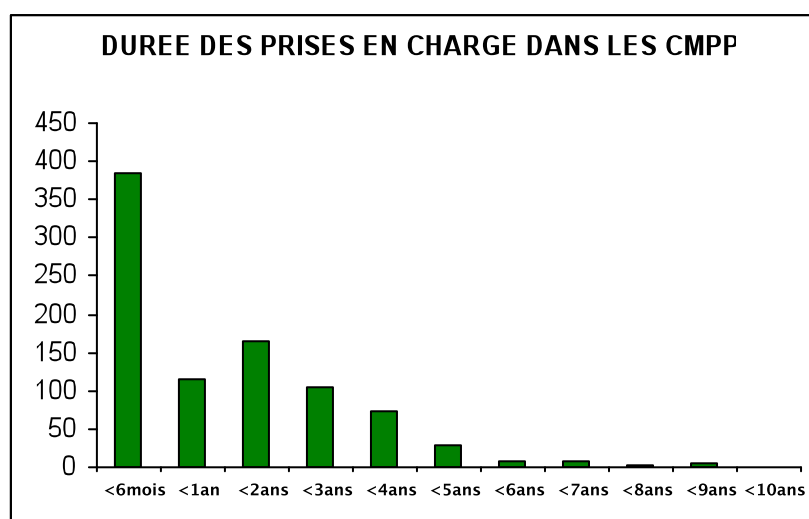


Les distributions des durées de prise en charge selon les services ont ainsi une configuration très semblable : les effectifs sont importants pour les durées les plus courtes et chutent brutalement ensuite. Il faut noter aussi pour les 3 services un rebond pour les durées comprises entre 1 et 2 ans sans que l'on dispose actuellement d'éléments d'explication sur ce phénomène.

Que dire des prises en charge qui s'inscrivent dans le temps ?

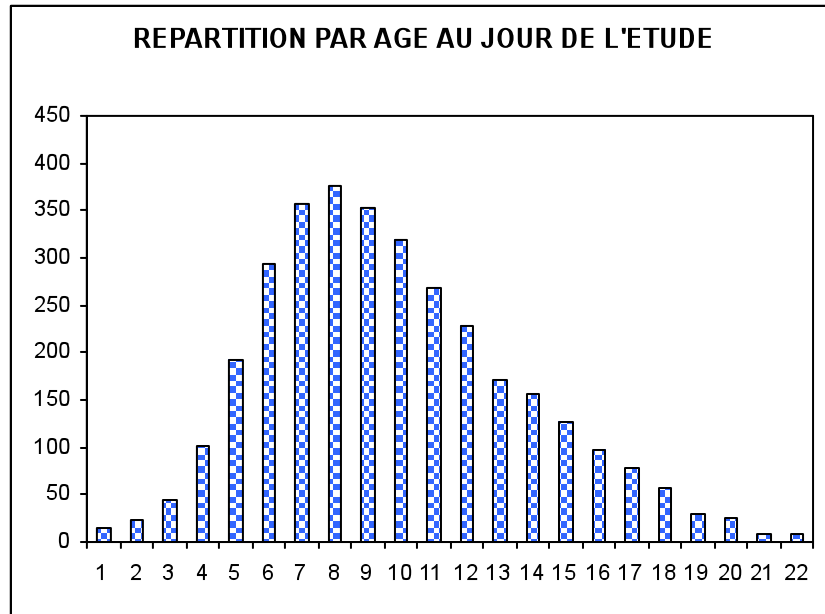
Plusieurs cas de figure existent :

- certaines prises en charge particulièrement longues sont justifiées par la nature des prestations servies. Par exemple, dans les CMP, des enfants bénéficient de psychothérapies qui peuvent durer plusieurs années ;
- d'autres fois, la prise en charge par la consultation est maintenue par défaut, l'absence de place dans une structure adaptée ou la position de la



famille empêchant toute autre forme d'intervention.

Les prises en charge sont donc en cours depuis plus d'un an en moyenne. La répartition par âge des usagers au jour de l'étude est donc globalement décalée vers la droite (par rapport à l'histogramme présenté page 10). Ainsi, le pic de cette distribution se situe maintenant entre 7 et 9 ans alors qu'il se situait lors de la première consultation entre 5 et 7 ans (voir en annexe 7 tableau détaillé par service).





# 3

## LES INDICATIONS ET LEUR DEVENIR

On a choisi de distinguer les indications souhaitées et les indications proposées.

**Les indications souhaitées** sont celles qui sont formulées dans l'absolu, c'est-à-dire sans prendre en compte la réalité du terrain mais uniquement le "tableau clinique" observé chez l'enfant.

**Les indications proposées** sont faites en relation avec les contraintes matérielles propres à l'environnement dans lequel agit le service prescripteur.

De ce fait, il existe un décalage plus ou moins important entre ces deux données.

### 3.1 Le CAMSP

Sur les 277 usagers vus par le CAMSP (en englobant les 3 antennes) au cours de l'année 1996, l'information concernant les indications est exploitable pour 256 d'entre eux.

En effet, pour 11 enfants, il a été clairement signalé que la prise en charge avait cessé (du fait de la famille de l'utilisateur) avant que le bilan ne soit fait. Pour les 10 autres, on peut penser qu'il s'agit de la même situation.

**TABLEAU 2**  
**NATURE DES INDICATIONS SOUHAITEES PAR LE CAMSP**

	Indication souhaitée théorique	
	effectif	%
CAMSP	202	78.9
CMP	11	4.3
CMPP	1	0.4
CATTP	4	1.6
Hôpital de jour	16	6.2
IME externat	4	1.6
IME SESSAD	1	0.4
IR externat	3	1.2
IEM SESSAD	2	0.8
Etablissement Polyhandicapés SESSAD	7	2.7
Autre		
Suivi libéral	1	0.4
Prise en charge pas nécessaire	4	1.6
TOTAL	256	100.00

Plusieurs constatations peuvent être faites concernant les indications souhaitées :

■ 80 % des enfants adressés au CAMSP présentent des troubles ou des pathologies qui relèvent directement de cette structure,

■ pour un enfant sur huit (12 %), c'est une prise en charge par les services de psychiatrie infanto-juvénile (CMP, CATTP ou hôpital de jour) qui semble le plus adaptée,

■ l'orientation vers la CDES concerne peu d'enfants (17 enfants soit 6,6 %), la prise en charge en SESSAD étant le plus souvent souhaitée. On peut noter qu'aucun suivi par établissement pour enfants déficients sensoriels n'est demandé,

■ il est extrêmement rare que le bilan aboutisse à la conclusion qu'aucune prise en charge n'est nécessaire (moins de 2 %).

**Cette très faible proportion tend à montrer que les demandes de consultations faites auprès du CAMSP sont motivées par des besoins réels.**

**TABLEAU 3**

**DEVENIR DES INDICATIONS SOUHAITEES PAR LE CAMSP**

	Indications souhaitée	Indication proposée	
		Identique	Différente
CAMSP	202	188	14 dont 4 CMPP 1 RASED 1 rééducateur libéral 8 non précisées
CMP	11	10	1 CAMSP
CMPP	1	1	
CATTP	4	1	3 CAMSP
Hôpital de Jour	16	7	9 dont 8 CAMSP 1 CMP
IME externat	4	1	3 CAMSP
IME SESSAD	1	0	1 CAMSP
I.R. externat	3	0	3 dont 2 CAMSP 1 CMPP
IEM SESSAD	2	0	2 CAMSP
Ets Polyhand.SESSAD	7	0	7 CAMSP
Suivi libéral	1	0	
Prise en charge pas nécessaire	4	4	1 non précisé
<b>TOTAL</b>	<b>257</b>	<b>212</b>	

On observe que 82 % des indications souhaitées sont proposées sous la même forme, les autres, 18 % donc, subissent des transformations.

Les indications finalement proposées sont beaucoup moins diversifiées que celles qui avaient été souhaitées. En effet dans la plupart des cas, c'est une prise en charge en CAMSP qui est au bout du compte prescrite.

Plusieurs types de difficultés ont été pointées :

**TABLEAU 4**

**RAISONS DU DECALAGE ENTRE L'INDICATION SOUHAITEE ET L'INDICATION PROPOSEE PAR LE CAMSP**

	Indication théorique souhaitée	MOTIFS			
		pas de structure adaptée <sup>9</sup>	pas de place	refus famille	non précisé
CAMSP	14	3	1	3	7
CMP	1			1	
CATTP	3	2			1
Hôpital de jour	9	3	4		2
IME externat	3		2		1
IME SESSAD	1			1	
IR externat	3		2	1	
IEM SESSAD	2	2			
Etab. Polyhand. SESSAD	7				7

L'insuffisance des capacités d'accueil dans les structures de soins psychiatriques à temps partiel ou à temps complet apparaît nettement.

On peut également souligner que les enfants devant bénéficier d'une rééducation orthophonique ne peuvent être pris en charge par le CAMSP de Bergerac qui n'a pas, dans son équipe, une personne ayant cette qualification.

La question des enfants polyhandicapés se pose par ailleurs avec une certaine acuité.

<sup>9</sup> Pas de structure adaptée car trop éloignée ou ne disposant pas de l'équipe nécessaire

**TABLEAU 5**

**MISE EN OEUVRE DES INDICATIONS PROPOSEES PAR LE CAMSP**

	Indication proposée		Mise en oeuvre	
	effectif	%	oui	non
CAMSP	224	87.5	181	43
CMP	15	5.6	14	1
CMPP	2	0.8	1	1
CATTP	1	0.4	-	1
Hôpital de jour	7	2.7	6	1
IME externat	1	0.4	1	-
IME SESSAD	1	0.4	1	-
suivi libéral	1	0.4	1	-
RASED	1	0.4	1	-
Prise en charge pas nécessaire	4	1.6	4	-
<b>TOTAL</b>	<b>256</b>	<b>100.00</b>	<b>210</b>	

Globalement 82 % des indications finalement proposées sont mises en oeuvre.

Après s'être heurtées à l'absence de structures adaptées pour orienter les enfants selon leurs souhaits, les équipes du CAMSP sont confrontées à de nombreux refus des familles lorsqu'elles formulent des propositions.

Parmi ces refus, sont comptabilisés des abandons après quelques séances de prise en charge.

C'est la raison quasi-exclusive de la non mise en oeuvre de l'indication proposée (39 cas sur 47), si ce n'est quelques déménagements (6 sur 47) et l'éloignement du lieu pressenti pour réaliser les soins (pour un enfant, orienté en CMP).

Il est relativement rare que l'on dispose d'informations sur ce qui a été décidé quand l'indication proposée n'est pas suivie des faits.

Généralement, il semble que l'enfant ne bénéficie d'aucune prise en charge, à l'exception de 3 enfants dont les parents avaient refusé la prise en charge en CAMSP et pour lesquels on fait appel, à défaut, à des intervenants très diversifiés : AEMO, PMI et CMP.

### 3.2 Les CMP

Pour 90 des 2 165 enfants et adolescents vus au moins une fois au cours de l'année 1996, il y a un arrêt de la fréquentation de la consultation avant que le bilan ne soit terminé (soit 4 %). Par ailleurs, 7 enfants sont adressés en milieu hospitalier pour faire ce bilan sans que d'autres informations soient données sur la suite de leur itinéraire.

C'est donc sur 2 068 jeunes que va porter l'analyse concernant la file active des CMP.

**TABLEAU 6 :**  
**NATURE DES INDICATIONS SOUHAITEES PAR LES CMP**

	Indication souhaitée théorique	
	effectif	%
CAMSP	16	0.8
CMP	1 660	80.3
CMPP	5	0.2
CATTP	84	4.1
Hôpital de jour <i>dont avec CMP</i>	62 5	3.0
IME externat <i>dont avec CMP</i>	20 1	1.0
IME internat <i>dont avec CMP</i>	21 1	1.0
IME SESSAD <i>dont avec CMP</i>	2 1	0.1
IR externat <i>dont avec CMP</i>	19 6	0.9
IR internat	15	0.7
IR SESSAD	3	0.1
IEM externat	1	
IEM SESSAD	1	
Etab. Polyhand. externat	6	0.3
Autre		
Suivi libéral	6	0.3
Protection enfance	11	0.5
EREA	2	0.1
Guidance parentale	1	
Secteur adulte	2	0.1
Pas de prise en charge nécessaire	130	6.3
TOTAL	2 068	100.00

La proportion de jeunes adressés aux CMP et relevant d'une prise en charge dispensée par ces services s'élève à 80 % (on observe le même chiffre dans les CAMSP).

Les orientations directes vers la CDES en vue d'une prise en charge médico-sociale (c'est-à-dire dans un IME, IR, IEM ou établissement pour enfants polyhandicapés) sont relativement rares : 88 jeunes sont concernés soit 4,2 % de la file active.

Dans un certain nombre de cas, le CMP souhaite continuer à s'impliquer dans le suivi de ces jeunes et envisage une prise en charge en partenariat avec un IR ou un IME. Des soins concomitants avec un hôpital de jour sont aussi parfois envisagés. Pour plus de 6 % des jeunes, on estime qu'aucune prise en charge n'est nécessaire.

### TABLEAU 7

**DEVENIR DES INDICATION SOUHAITEES PAR LES CMP**

	Indication souhaitée	Indication proposée	
		identique	différente
CAMSP	16	3	13 ⇨ 13 CMP
CMP	1 660	1 652	7 ⇨ 1 CAMSP, 2 CMPP, 2 CATTP, 1 suivi libéral, 2 non précisées
CMPP	5	4	1 ⇨ 1 CMP
CATTP	84	17	67 ⇨ 67 CMP
Hôpital de jour dont avec CMP	62 5	16	46 ⇨ 39 CMP, 1 CAMSP, 1 CMPP, 3 IME, 2 IR
IME externat dont avec CMP	20 1	13	7 ⇨ 6 CMP, 1 IME SESSAD
IME internat dont avec CMP	21 1	6	15 ⇨ 13 CMP, 1 IME externat 1 IME SESSAD
IME SESSAD dont avec CMP	2 1	2	0
IR externat dont avec CMP	19 6	6	13 ⇨ 11 CMP, 2 IME SESSAD
IR internat	15	1	14 ⇨ 13 CMP, 1 IR externat
IR SESSAD	3	0	3 ⇨ 2 CMP, 1 non précisée
IEM externat	1	0	1 ⇨ 1 CMP
IEM SESSAD	1	0	1 ⇨ 1 CMP
Etab. Polyhand. externat	6	3	3 ⇨ 3 CMP
Autre			
Suivi libéral	6	6	
Protection enfance	11	8	2 ⇨ 2 CMP
EREA	2	2	
Guidance parentale	1	1	
Secteur adulte	2	0	2 ⇨ 1 CMP, 1 non précisée
Pas de prise en charge nécessaire	130	130	
TOTAL	2 068	1 872	196

Neuf fois sur dix, l'indication souhaitée est proposée sous la même forme.

Comme pour le CAMSP, quand une indication est modifiée c'est en général en faveur du service prescripteur qui se propose de prendre en charge le jeune concerné. Les indications qui subissent le plus de transformations sont celles qui projetaient un placement en structure institutionnelle de psychiatrie infanto-juvénile ou en établissement médico-social.

**TABLEAU 8****LES RAISONS DU DECALAGE ENTRE LES INDICATIONS SOUHAITEES ET LES INDICATIONS PROPOSEES PAR LES CMP**

	Nombre de souhaits non proposés	MOTIFS			
		pas de structure adaptée <sup>10</sup>	pas de place	refus famille	non précisé
CAMSP	13	13			
CMP	7	2			5
CMPP	1	1			
CATTP	67	65		2	
Hôpital de jour	46	30	6	9	1
IME externat	7	1	3	3	1
IME internat	15		6	9	
IR externat	13	5	2	2	1
IR internat	14	8	5	1	
IR SESSAD	3	2	2		1
IEM externat	1	1			
IEM SESSAD	3	1			
Etab. Polyhand. externat	3	3			
Protection enfance	2			2	

**Le manque de structures de psychiatrie infanto-juvénile (CATTP, hôpital de jour) apparaît encore de manière particulièrement flagrante. Près d'une centaine d'enfants n'ont pu bénéficier de soins dans ce type de service, ce qui est considérable.**

Le CAMSP, bien que implantés en Dordogne dans 3 sites, n'est pas toujours accessible en raison de l' éloignement du domicile de certaines familles. Par ailleurs, les difficultés pour faire des indications de placement en structures médico-sociales (notamment les IR) apparaissent liées principalement à l'insuffisance des capacités d'accueil.

<sup>10</sup> Pas de structure adaptée car trop éloignée ou ne disposant pas de l'équipe nécessaire



**TABLEAU 9****MISE EN OEUVRE DES INDICATIONS PROPOSEES**

	Indication proposée		Mise en oeuvre	
	effectif	%	oui	non
CAMSP	5	0,2	5	
CMP	1 829	89,9	1 524	305
CMPP	6	0,3	2	4
CATTP	19	0,9	15	4
Hôpital de jour <i>dont avec CMP</i>	17 5	0,8	14	3
IME externat <i>dont avec CMP</i>	13 1	0,6	12	1
IME internat <i>dont avec CMP</i>	9 2	0,4	6	3
IME SESSAD <i>dont avec CMP</i>	7 2	0,3	6	1
IR externat <i>dont avec CMP</i>	9 1	0,4	6	3
IR internat	1	-	1	
Etab. polyhand. externat	3	0,1	1	2
Autre				
Suivi libéral	10	0,5	1	
Protection enfance	6	0,3	2	10
EREA	2	0,1	1	3
Guidance parentale	1	-	1	
		6,3		
Pas de prise en charge nécessaire	130		130	
TOTAL	2 068	100,0		

Environ 83 % des indications proposées ont pu être mises en oeuvre.

L'obstacle majeur vient de la famille ou parfois du jeune lui-même qui n'acceptent pas le projet présenté par la consultation.

Sans que la famille ne s'oppose clairement aux propositions qui lui sont faites, certaines attitudes aboutissent également à la non mise en oeuvre de l'indication : abandon au bout de quelques séances, indisponibilité, incohérence de la famille.

Sur les 328 indications qui n'ont pas été concrétisées, 260 (soit 79 %) sont à mettre en relation avec un refus de la famille (ou du jeune) plus ou moins explicite.

La difficulté de faire reconnaître les intérêts d'une prise en charge et d'y faire adhérer la famille apparaît donc nettement.

**Cette question pourrait constituer l'objet d'une réflexion réunissant les consultations mais aussi les établissements médico-sociaux.**

Les autres difficultés signalées pour la réalisation des indications sont :

- le manque de places dans la structure pré-sentée : 9 cas (pour les CMP et les IME),
- le refus de la structure : 4 cas (CATTP, IME et IR),

■ les problèmes de transports et d'éloignement : 22 cas qui concernent tous des enfants devant être pris en charge en CMP.

Il n'a semblé possible de mettre en place une ultime solution que pour un nombre très restreint d'enfants, une vingtaine environ.

Le plus souvent le CMP va s'impliquer dans la prise en charge (quand des placements institutionnels n'ont pu aboutir).

La justice est parfois saisie (en désespoir de cause ?) pour 4 ou 5 enfants.

### 3.3 Les CMPP

La file active des CMPP en 1996 est constituée par 906 enfants ; pour 60 d'entre eux, le bilan n'a pu être mené à son terme (soit 6,6 %).

L'analyse va donc porter sur 846 jeunes.

**TABLEAU 10 :**  
**NATURE DES INDICATIONS SOUHAITEES PAR LES CMPP**

	Indication souhaitée théorique	
	effectif	%
CMP	6	0.7
CMPP	726	85.8
CATTP	28	3.3
Hôpital de jour	19	2.2
<i>dont avec CMPP</i>	6	
IME externat	8	0.9
<i>dont avec CMPP</i>	4	
IME internat	12	1.4
<i>dont avec CMPP</i>	2	
IR externat	9	1.1
<i>dont avec CMPP</i>	3	
IR internat	11	1.3
<i>dont avec CMPP</i>	1	
IR SESSAD	3	0.4
<i>dont avec CMPP</i>	1	
Etab. déf. visuelle SESSAD	1	0.1
Autre		
Suivi libéral avec CMPP	1	0.1
Protection enfance	2	0.2
EREA	3	0.4
Pas de prise en charge nécessaire	17	2.3
TOTAL	846	100.00

Pour une grande majorité d'enfants et d'adolescents adressés aux CMPP, une prise en charge par cette catégorie de service est jugée souhaitable : près de 86 %, ce qui est supérieur aux proportions de même nature dans les CAMSP et les CMP (autour de 80 %).

Les orientations vers le secteur médico-social concernent 5 % des jeunes avec une préférence pour les internats.

L'indication d'une prise en charge par les services de psychiatrie infanto-juvénile est relativement rare (à peine plus de 6 %).

Par ailleurs, les jeunes adressés aux CMPP alors qu'ils ne nécessitent aucune prise en charge sont peu nombreux.

**Ces services sont donc sollicités pour des enfants présentant des besoins réels de prise en charge spécialisée.**

**TABLEAU 11 :**  
**DEVENIR DES INDICATIONS SOUHAITEES PAR LES CMPP**

Analyse des files actives des CAMSP, CMP et CMPP de Dordogne - 1996

	Indication souhaitée	Indication proposée	
		identique	différente
CMP	6	6	
CMPP	726	726	
CATTP	28		28⇒ 28 CMPP
Hôpital de jour	19	7	12⇒ 10 CMPP, 1 IR, 1 IME
IME externat	8	4	4⇒ 4 CMPP
IME internat	12	6	6⇒ 5 CMPP, 1 non précisé
IR externat	9	4	5⇒ 5 CMPP
IR internat	11	1	10⇒ 9 CMPP, 1 IME internat
IR SESSAD	3	1	2⇒ 2 CMPP
Etab. Déf. visuelle SESSAD	1	1	
Suivi libéral	1	1	
Protection enfance	2	1	1⇒ 1 CMPP
EREA	3	2	1⇒ 1 CMPP
Pas de prise en charge nécessaire	17	17	
TOTAL	846	776	

Dans les CMPP, il est assez rare que les indications souhaitées subissent une modification avant d'être proposées. Ceci ne concerne en effet que 8 % des indications. On avait observé un chiffre et équivalent dans les CMP : 10%. Par contre, le CAMSP doit plus souvent changer de stratégie : 18% des indications souhaitées sont modifiées.

La difficulté à orienter vers une structure de type CATTP ou hôpital de jour apparaît clairement de même que vers certains établissements médico-sociaux.

**TABLEAU 12 :**

**RAISONS DU DECALAGE ENTRE LES INDICATIONS SOUHAITEES ET  
LES INDICATIONS PROPOSEES**

	Nombre de souhaits non proposés	MOTIFS			
		Pas de structure adaptée <sup>11</sup>	pas de place	refus famille	non précisé
CATTP	28	28			
Hôpital de jour	12	3	4	2	3
IME externat	4			4	
IME internat	6		2	3	1
IR externat	5	3		2	
IR internat	10	3	5	1	1
IR SESSAD	2	2			
Protection enfance	1			1	
EREA	1			1	

L'absence de CATTP est très pénalisante, aucune orientation vers cette structure ne peut être proposée pour cette raison.

L'insuffisance de la possibilité d'accueil dans les internats des IR est aussi mise en évidence.

**TABLEAU 13**

**MISE EN OEUVRE DES INDICATIONS PROPOSEES PAR LES CMPP**

	Indication proposée	Mise en oeuvre	
		oui	non
	<b>effectif</b>		
CMP	6	6	
CMPP	788	674	
Hôpital de jour <i>dont avec CMPP</i>	7 1	2	5
IME externat avec CMPP	5	5	-
IME internat <i>dont avec CMPP</i>	7 1	3	4
IR externat <i>dont avec CMPP</i>	6 2	4	2
IR internat <i>dont avec CMPP</i>	3 1		3
IR SESSAD avec CMPP	1	1	
Etab. Déf. visuelle SESSAD	1	1	
autre			
Suivi libéral avec CMPP	2		2
Protection enfance	1	1	
EREA	2	2	
Prise en charge pas nécessaire	17	17	-
<b>TOTAL</b>	<b>846</b>	<b>716</b>	

Près de 85 % des indications proposées ont pu être mises en oeuvre.

La famille joue un rôle majeur : 78 % des propositions qui n'aboutissent pas se sont heurtées à un refus des parents ou à celui du jeune.

<sup>11</sup> pas de structure adaptée car trop éloignée ou ne disposant pas de l'équipe nécessaire

## Analyse des files actives des CAMSP, CMP et CMPP de Dordogne - 1996

L'impossibilité pour la structure pressentie de recevoir l'enfant, faute de places, apparaît dans 10 % des cas. Ceci concerne principalement les CMPP qui sont à saturation.

# 4

**LES MANQUES REPERES**  
**PAR LES CONSULTATIONS :**  
**POUR QUELLES STRUCTURES ?**  
**POUR QUELLE POPULATION ?**

En analysant successivement les files actives des CAMSP, CMP, CMPP, il est apparu que les indications souhaitées étaient modifiées avant d'être proposées en raison, la plupart du temps, de l'absence ou de l'insuffisance de la capacité d'accueil de la structure pressentie.

Une synthèse des données collectées auprès de ces 3 types de service va permettre d'évaluer le nombre de places selon la catégorie de structure qui ont fait défaut aux prescripteurs durant l'année 1996.

**TABLEAU 14 :**

**ENSEMBLE DES INDICATIONS (CAMSP, CMP, CMPP) CONCERNEES  
PAR LE MANQUE DE STRUCTURES**

	Indications souhaitées et/ou proposées	Non réalisées faute de structures ou de places
CAMSP	247	19
CMP	1 795	19
CMPP	800	11
CATTP	118	95
Hôpital de jour	97	47
IME externat	37	6
IME internat	33	10
IME SESSAD	7	
IR externat	35	18
IR internat	26	18
IR SESSAD	6	4
IEM externat	1	1
IEM SESSAD	3	3
Etab. Polyhand. externat	6	3
Etab. Polyhand. SESSAD	7	7
Etab. déf. sens. SESSAD	1	

Le maillage du territoire départemental par les CMP semble correctement répondre aux besoins.

Les CMPP implantés sur 3 pôles urbains importants ont un rayonnement qui paraît également satisfaisant.

Le CAMSP ne peut pas toujours répondre à la demande notamment émanant d'enfants résidant dans le quart Sud-Est de la Dordogne.

Il faut noter que lorsque l'indication est proposée, CMP ET CMPP peuvent parfois ne pas prendre en charge l'enfant concerné faute de moyens suffisants en personnel.

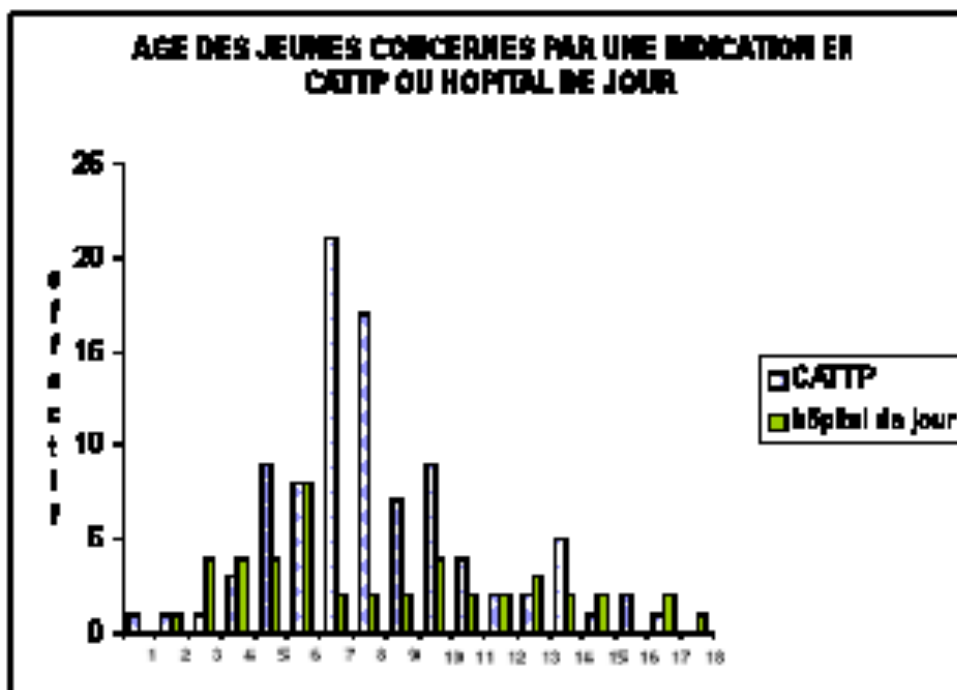
**Ces services soulignent également les délais d'attente parfois très longs qu'ils sont contraints d'imposer à leurs usagers et qui parfois découragent les familles.**

Les orientations souhaitées en direction des structures de soins type CATTP et hôpitaux de jour sont généralement vouées à l'échec : plus de 140 places manqueraient.

Les enfants concernés se situent le plus souvent dans la tranche d'âge 5-10 ans pour les CATTP.

La répartition est plus étalée pour les hôpitaux de jour.

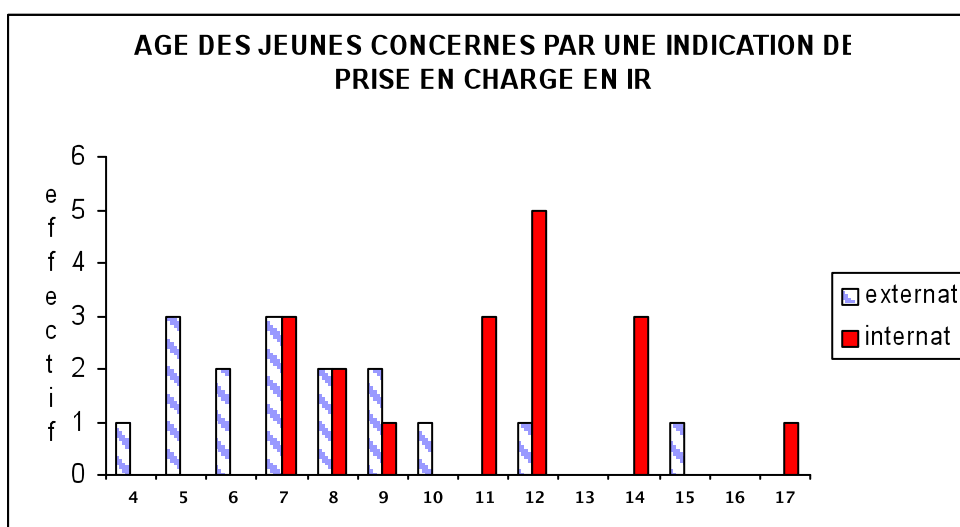




Le manque de places en IR est également particulièrement préoccupant tant en internat qu'en externat : 36 places.

L'accueil en externat est plutôt demandé pour les moins de 12 ans.

L'internat concerne les adolescents mais aussi les 7-9 ans.



Cette enquête concerne les usagers des CMP, CMPP et CAMSP. En Dordogne, ces derniers ont une spécialisation santé mentale. Le repérage des besoins des enfants handicapés physiques (déficiency motrice, sensorielle ou polyhandicap) est donc peu couvert par ces consultations.

**L'éclairage donné par cette étude sur les manques présentés dans l'offre des établissements "annexes XXIV" n'est que partiel et ne pourrait être complet qu'en enquêtant auprès de la CDES.**



# 5

**LES REFUS D'INDICATION  
DE LA PART DES FAMILLES :  
POUR QUELLES STRUCTURES ?  
POUR QUELS ENFANTS ?**

Les caractéristiques de l'offre du département jouent, on vient de le voir, un rôle important dans la constitution de l'indication. Le type de prise en charge le plus adapté à l'enfant n'est pas toujours accessible ce qui conduit donc à modifier l'indication souhaitée.

La seconde difficulté à laquelle sont confrontées les consultations est de recueillir l'adhésion de la famille au projet qu'elles lui proposent.

**TABLEAU 15 :**

**ENSEMBLE DES INDICATIONS CONCERNEES PAR UN REFUS DE LA FAMILLE**

	Indications souhaitées et/ou proposées	Non réalisées en raison du refus de la famille	Non réalisées faute de structures ou de places ( <i>rappel</i> )
CAMSP	247	43	19
CMP	1 795	242	19
CMPP	800	95	11
CATTP	118	5	95
Hôpital de jour	97	18	47
IME externat	37	7	6
IME internat	33	14	10
IME SESSAD	7	1	
IR externat	35	6	18
IR internat	26	6	18
IR SESSAD	6		4
IEM externat	1		1
IEM SESSAD	3		3
Etab. Polyhand. externat	6	2	3
Etab. Polyhand. SESSAD	7		7
Etab. déf. sens. SESSAD	1		

D'une manière générale, les familles sont assez réticentes quand une prise en charge institutionnelle est préconisée pour leur enfant, surtout en internat. Ainsi si on tient compte du manque de places ou de structure adéquate qui font que de toute façon l'indication ne sera pas mise en oeuvre, le refus des familles prend parfois des proportions considérables : 61 % pour le placement en IME en internat ou encore 75 % pour les IR en internat.

Les propositions de prise en charge par les services qui ont réalisé le bilan recueillent moins de refus de 12 à 14 % pour les CMPP et les CMP et ce taux est plus important pour les CAMSP (19 %).

Dans ces dernières structures, le jeune âge des enfants est certainement un élément qui suscite la résistance des parents à s'engager dans un processus de prise en charge. De plus ces services proposant des réponses préventives, la nécessité d'un suivi ou de soins n'est pas toujours évidente aux yeux des parents.

On peut noter qu'il n'y aucune corrélation entre le sexe de l'enfant et la décision des parents. L'âge joue un rôle assez minime : les parents d'enfants de moins de 6 ans sont un peu plus enclins à refuser une prise en charge mais cette tendance est peu significative.

## Conclusion

L'analyse des files actives des consultations de la Dordogne a permis de :

- réaliser un certain nombre de constats concernant la population infanto-juvénile recourant à ces services

➤ de mettre en évidence les contraintes et les obstacles rencontrés à l'occasion de l'orientation de ces jeunes.

Au cours d'une année, CAMSP, CMP et CMPP reçoivent et traitent plus de 3300 patients soit 40 jeunes pour 1000 habitants de la Dordogne âgés de moins de 20 ans.

**L'accès à ces services semble assez différencié selon le canton de résidence.** Il semblerait que plusieurs éléments rentrent en compte dans ce processus : la proximité des lieux de prise en charge évidemment (quoique pas toujours de manière linéaire) mais vraisemblablement aussi le degré d'information et les pratiques des intervenants habituels auprès de l'enfant : école, médecin de famille, autres praticiens libéraux ...

Les effectifs très peu fournis de consultants dans le Nord du département sont à souligner : quelle complémentarité existe avec les départements voisins ? l'offre de soins ne devrait-elle pas être déployée dans cette zone ?

Dans la répartition par âge des consultants, la question de l'accès aux soins des adolescents apparaît également : 11% des jeunes suivis par les CMP seulement ont 15 ans ou plus<sup>12</sup>.

**Il semble donc que la nécessité de proposer des lieux et des prises en charge adaptés à cette population soit une préoccupation qui pourrait faire l'objet d'une réflexion au niveau départemental.**

Cette enquête rapide et essentiellement quantitative ne permet pas de répondre aux questions plus qualitatives sur le diagnostic porté sur les enfants fréquentant les consultations et sur les raisons du choix des modalités de prise en charge.

Il semble qu'en Dordogne les enfants présentant un handicap physique, moteur ou sensoriel, soient peu vus par ces consultations. Les CAMSP dont l'une des missions principales est le dépistage précoce des handicaps ont, dans ce département une spécialisation « santé mentale ».

La parution récente d'une circulaire incitant au développement des moyens affectés aux CAMSP et proposant une enveloppe nationale pour ce faire, pourrait, peut-être, constituer une opportunité pour renforcer ces dispositifs en créant une antenne polyvalente.

En ce qui concerne, les enfants atteints de troubles du comportement ou de troubles mentaux, on peut considérer que ces consultations reçoivent une proportion non négligeable de « cas lourds », si on en juge par le nombre important de jeunes devant être orientés vers des services type CATTP ou hôpital de jour.

**On peut souligner que les enfants orientés vers ces consultations le sont rarement sans l'existence de besoins réels d'interventions spécialisées :** les faibles effectifs des jeunes pour lesquels, à l'issue du bilan, aucune prise en charge n'est décidée en témoignent.

---

Au niveau national, 13% de la file active des jeunes suivis par l'ensemble des services du secteur psychiatrie infanto-juvénile se situe dans cette tranche d'âge

Dans le même ordre d'idée, à savoir sur la pertinence des orientations faites par les prescripteurs, on n'a relevé sur les 3350 enfants qu'un ou deux cas d'indications refusées par la structure pressentie.

Toutefois, l'action de ces consultations est limitée par deux obstacles fondamentaux :

- ☞ l'absence ou la rareté de certaines catégories de services. Il est ainsi urgent de développer de manière significative les modalités de prise en charge à disposition des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : CATTTP et hôpitaux de jour font cruellement défaut. Dans le secteur médico-social, des manques sont aussi flagrants comme en Instituts de Rééducation ; mais, rappelons-le encore pour les établissements pour enfants handicapés le recensement des places ou modes d'accueil manquants n'est que partiel.
- ☞ la difficulté de travailler avec les familles et d'obtenir leur accord pour la mise en œuvre d'un projet de prise en charge ; ce problème n'est pas propre à la Dordogne. Plusieurs questions peuvent sans doute y être reliées : l'annonce du handicap, l'information des parents de l'ensemble des possibilités qui leur sont offertes, la connaissance de leurs droits et de ceux de leur enfant, leur préparation à la prise en charge de leur enfant. Une concertation pourrait s'établir entre les divers intervenants confrontés à ces difficultés. On peut aussi s'interroger sur le devenir des enfants dont les parents refusent une prise en charge. Il est probable que certains d'entre eux consulteront de nouveau plus tard avec des troubles aggravés qui nécessiteront des prises en charge plus lourdes.

Pour mieux évaluer la place prise par ces consultations dans le dispositif départemental des enquêtes complémentaires seront certainement utiles :

- auprès des CCPE et de la CCSD pour mieux connaître les enfants repérés par les services de l'Education Nationale, la nature de leurs difficultés, les réponses mises en œuvre et notamment l'action des RASED et la population reçue en CLIS.
- auprès de la CDES pour apprécier les difficultés rencontrées pour réaliser des délais et des conditions raisonnables, l'orientation des jeunes handicapés.

**Les éléments que détiennent ces organismes sont essentiels pour potentialiser les moyens existant, comprendre l'articulation des différents services et faire évoluer les équipements en fonction des besoins de la population.**

## Annexes

1 - Questionnaire utilisé pour l'enquête	38
2 - File active par service	40
3 - Origine géographique des usagers des CAMPS	41
4 - Origine géographique des usagers des CMP	42
5 - Origine géographique des usagers des CMPP	43
6 - Nombre d'usagers pris en charge par canton et taux pour 1000 jeunes de moins de 20 ans	44
7 - Age actuel des usagers des consultations	45

















