

# **Activité, difficultés et besoins des CAMSP, CMPP, CGI et services de la pédopsychiatrie du Lot-et-Garonne**

Etude réalisée par Bénédicte MARABET,  
Conseillère technique au CREAHI d'Aquitaine

**Août 2008**

# Sommaire

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1 - Files actives en 2007</b>   | <b>6</b>  |
| <b>2 - Délais d'attente</b>  | <b>7</b>  |
| <b>3 - Troubles et pathologies présentés par les jeunes</b>                          | <b>7</b>  |
| <b>4 - Besoins de prise en charge identifiés</b>                                     | <b>8</b>  |
| 4.1 - <i>Les besoins en termes de prise en charge éducative</i>                      | 9         |
| 4.2 - <i>Les besoins en termes de prise en charge thérapeutique</i>                  | 9         |
| 4.3 - <i>L'accompagnement à la scolarisation</i>                                     | 10        |
| 4.4 - <i>Autres besoins de prise en charge</i>                                       | 10        |
| <b>5 - Partenariats mis en œuvre</b>   | <b>11</b> |
| <b>6 - Les difficultés rencontrées pour assurer les prises en charge</b>             | <b>12</b> |
| 6.1 - <i>Troubles et pathologies présentés par les jeunes</i>                        | 12        |
| 6.2 - <i>Equipement interne</i>  | 12        |
| 6.3 - <i>Equipement extérieur et mise en œuvre de partenariats</i>                   | 13        |
| <b>7 - Les difficultés rencontrées en cas de réorientation</b>                       | <b>15</b> |
| 7.1 - <i>L'opposition des parents</i>  | 15        |
| 7.2 - <i>Insuffisance des capacités d'accueil ou absence de structures adéquates</i> | 15        |
| <b>8 - Projets</b>   | <b>16</b> |
| <b>Synthèse</b>  | <b>19</b> |
| <b>Annexe (modèle de fiche de présentation du service)</b>                           | <b>21</b> |

# Introduction

Les CAMSP, CMPP, CGI et services de pédopsychiatrie sont amenés à rencontrer chaque année un nombre important d'enfants et d'adolescents.

Les études réalisées auprès des jeunes pris en charge dans le secteur enfance handicapée (IME, ITEP, établissements pour polyhandicapés...) montrent d'ailleurs que la plupart d'entre eux ont bénéficié auparavant d'un accompagnement par l'une ou l'autre de ces structures. Ces dernières jouent donc **un rôle majeur dans le repérage et le diagnostic des troubles et/ou des handicaps et mettent en œuvre les premières réponses auprès de ces jeunes.**

Dans le cadre des travaux préalables au schéma d'organisation sociale et médico-sociale, volet enfance et adolescence handicapées, il a donc paru pertinent de réaliser une enquête concernant spécifiquement CAMSP, CMPP, CGI et services de la pédopsychiatrie publique pour mettre en évidence les points forts de **leur activité, la nature des besoins identifiés chez les jeunes consultants et les éventuelles difficultés rencontrées pour mettre en œuvre leurs missions et leurs projets.**

Dans cette perspective, une fiche <sup>1</sup> explorant ces questions a été adressée :

- aux **3 CAMSP** (centres d'action médico-sociale précoce) : 2 d'entre eux sont gérés par l'ALGEEI et situés à Agen et Villeneuve-sur-Lot (orientés vers la prise en charge des troubles psychologiques et du comportement), le 3<sup>ème</sup> localisé à Agen et géré par le Centre hospitalier (orienté vers la prise en charge des troubles sensoriels et somatiques)
- aux **3 CMPP** (centres médico-psycho-pédagogiques) gérés par l'ALGEEI, situés sur chacun des 3 pôles urbains du département : Agen, Marmande et Villeneuve
- au **CGI**, centre de guidance infantile, géré par l'Association de sauvegarde et de promotion de la personne.
- aux **2 secteurs de pédopsychiatrie** <sup>2</sup>, secteur nord et secteur sud
- au **RESEDA** : réseau départemental de prise en charge des adolescents en difficulté qui s'est fixé comme objectif « *intervenir et prendre en charge le plus tôt les adolescents en souffrance psychique* ». Ce réseau, animé par une équipe pluridisciplinaire, mène avec des psychiatres travaillant en coopération avec les familles, l'Education nationale, la Justice, les services sociaux et médico-sociaux et les associations concernées, des actions de prévention, de soins et d'accompagnement.

## Voir cartes d'implantation de ces dispositifs pages suivantes

Concernant l'implantation des services, 2 constats peuvent être réalisés :

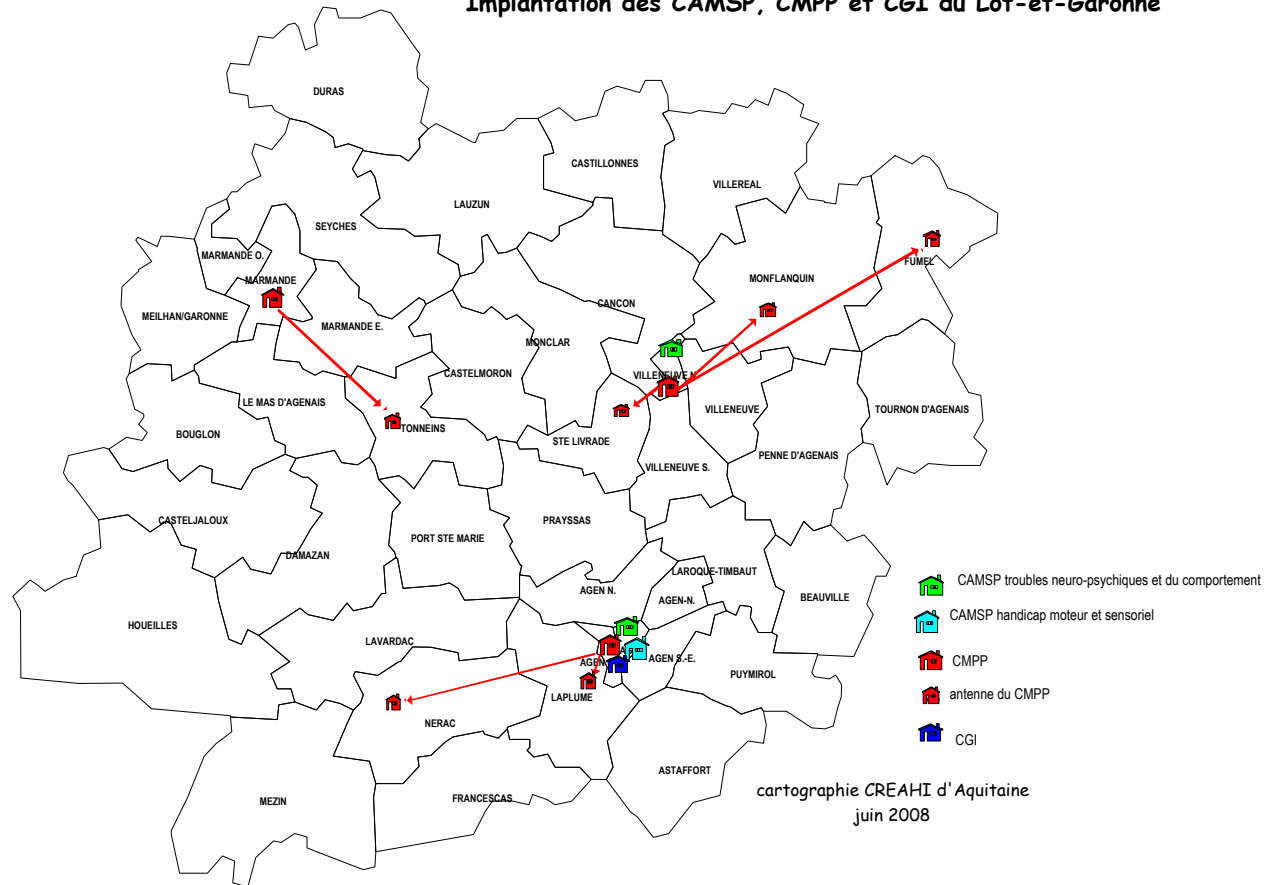
- Le territoire de Marmande/Tonneins ne dispose pas de CAMSP
- Un seul hôpital de jour existe sur le secteur sud de pédopsychiatrie

---

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

<sup>2</sup> Les secteurs de psychiatrie générale ont également été contactés afin de repérer leur éventuel investissement auprès des jeunes de 16 ans et plus qui, à partir de cet âge, peuvent faire appel à ces services. Toutefois, nous n'avons eu aucune réponse de leur part.

## Implantation des CAMSP, CMPP et CGI du Lot-et-Garonne





## 1 - File active en 2007

En 2007, les CAMSP lot-et-garonnais ont vu environ 570 enfants, les CMPP et le CGI près de 2500 et les services de pédopsychiatrie (y compris le RESEDA), plus de 2600.

Au total, c'est **5670** jeunes qui ont transité par l'un ou l'autre de ces services en 2007, ce qui est considérable. Il est certes possible que, parmi ces effectifs, il y ait quelques doubles-comptes (un même jeune pouvant avoir consulté dans plusieurs services). Néanmoins, on peut estimer que ces services ont rencontré sur l'année 2007 environ 8% des jeunes de moins de 20 ans du département<sup>3</sup>.

Parmi ces jeunes, les situations de primo-consultants sont relativement nombreuses : près de 40% au niveau des CAMSP, 37% pour la pédopsychiatrie et près du tiers en CMPP.

### File active en 2007

|                        | CAMSP      |            |            |            | CMPP       |            |            |             | CGI       | Pédopsychiatrie  |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-----------|------------------|------------|------------|------------|
|                        | CH Agen    | Agen       | Villeneuve | TOTAL      | Agen       | Marmande   | Villeneuve | TOTAL       |           | Nord             | Sud        | RESEDA     | TOTAL      |
| File active            | 251        | 182        | 135        | 568        | 741        | 698        | 871        | 2310        | 178       | 868 <sup>4</sup> | 1052       | 694        | 2614       |
| dont primo-consultants | 136<br>54% | 83<br>46%  | 55<br>41%  | 224<br>39% | 248<br>33% | 237<br>34% | 258<br>30% | 743<br>32%  | 50<br>28% | 280<br>32%       | 310<br>29% | 365<br>52% | 955<br>37% |
| dont prises en charge  | 208<br>83% | 152<br>84% | 128<br>95% | 488<br>86% | 464<br>63% | 461<br>66% | 613<br>70% | 1538<br>66% | -         | -                | 774<br>74% | 533<br>77% |            |

La structure par âge de ces jeunes montre :

- en toute logique, une forte majorité de moins de 6 ans dans les CAMSP, en particulier pour celui du Centre hospitalier d'Agen, même si la prise en charge peut se poursuivre au-delà de cet âge comme c'est le cas pour 1 jeune sur 6
- une concentration assez marquée des CMPP et du CGI sur les enfants de 6-11 ans, près de deux tiers de leur file active, tranche correspondant à la scolarisation en primaire
- au niveau de la pédopsychiatrie, le RESEDA est intervenu auprès de près de 700 adolescents souvent âgés de 16 ans et plus tandis que les services sectorisés se consacrent aux enfants plus jeunes avec notamment un fort pourcentage de moins de 6 ans (40%).

### Répartition des jeunes selon l'âge

|             | CAMSP      |            |            |            | CMPP       |            |            |             | CGI        | Pédopsychiatrie |            |            |            |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-----------------|------------|------------|------------|
|             | CH Agen    | Agen       | Villeneuve | TOTAL      | Agen       | Marmande   | Villeneuve | TOTAL       |            | Nord            | Sud        | RESEDA     | TOTAL      |
| < 6 ans     | 242<br>96% | 138<br>76% | 91<br>67%  | 471<br>83% | 28<br>4%   | 165<br>24% | 133<br>15% | 326<br>14%  | 44<br>25%  | 360<br>41%      | 421<br>40% |            | 781<br>30% |
| 6-11 ans    | 9<br>4%    | 44<br>24%  | 44<br>33%  | 97<br>17%  | 547<br>74% | 371<br>53% | 573<br>66% | 1491<br>65% | 111<br>62% | 380<br>44%      | 494<br>47% |            | 874<br>33% |
| 12-15 ans   |            |            |            |            | 141<br>19% | 132<br>19% | 154<br>18% | 427<br>18%  | 22<br>12%  | 128             | 105<br>10% | 245<br>35% | 446<br>17% |
| 16 ans et + |            |            |            |            | 25<br>3%   | 31<br>4%   | 11<br>1%   | 67<br>3%    | 1<br>1%    | 15%             | 32<br>3%   | 447<br>65% | 511<br>20% |
| TOTAL       | 251        | 182        | 135        | 568        | 741        | 699        | 871        | 2311        | 178        | 868             | 1052       | 694        | 2614       |

<sup>3</sup> ELP INSEE 2006 – Lot-et-Garonne, 69.836 jeunes âgés de 0 à 19 ans.

<sup>4</sup> Se répartissant entre 360 sur Villeneuve-sur-Lot, 347 sur Marmande et 161 sur Fumel.

## 2 - Délais d'attente

Compte tenu des nombreuses sollicitations dont ces services font l'objet, **leur temps de réactivité** pour réaliser un 1<sup>er</sup> bilan et, plus encore, pour débiter une prise en charge est **long**, voire très long. Seul le RESEDA parvient à mettre en place des réponses relativement rapidement.

**Délais moyens en semaines pour obtenir...**

|                                      | CAMSP   |         |            | CMPP |          |            | CGI | Pédopsychiatrie |               |        |
|--------------------------------------|---------|---------|------------|------|----------|------------|-----|-----------------|---------------|--------|
|                                      | CH Agen | Agen    | Villeneuve | Agen | Marmande | Villeneuve |     | Nord            | Sud           | RESEDA |
| le 1 <sup>er</sup> RDV               | 20      | 6       | 4          | 5    | 3        | 3          | 3   | 0 à 26          | 6             | 2      |
| la réalisation d'un bilan diagnostic | 20      | 9 à 24  | 10 à 19    | 5    | 16       | 12         | 12  | 0 à 26          | Non renseigné | 3      |
| le début de la prise en charge       | 4       | 14 à 36 | 14 à 31    | 23   | 27       | 24         | 10  | 0 à 52          |               | 2      |

L'enquête réalisée auprès des parents a montré que ces délais constituaient pour eux, et pour leurs enfants, un motif important d'insatisfaction. Face à leur longueur, les services font le constat qu'il est nécessaire **de renforcer leurs moyens en personnels**.

Les CAMSP précisent que la variabilité du temps moyen d'attente dépend : « *de l'âge, du degré d'urgence, de la lourdeur de la problématique ou de la pathologie, conditionnant la nature du dispositif d'accueil à mettre en place et le choix des professionnels concernés par les bilans et les prises charge (délais très différents selon les professions)* ». Tous ces éléments amènent très régulièrement « *des enfants à attendre la mise en place des soins dans un domaine, alors que des soins ont déjà démarré dans un autre* ».

## 3 - Troubles et pathologies présentés par les jeunes

Ces différents services, chacun avec sa spécificité, interviennent dans la prise en charge de **troubles très diversifiés tant dans leur origine, leurs manifestations, leur gravité ou dans leur durabilité probable** (troubles relationnels, troubles du comportement, troubles de la personnalité, déficiences intellectuelles, sensorielles, motrices ou polyhandicap...).

### Problèmes et pathologies présentés par les jeunes reçus dans le service

|  | CAMSP hospitalier | CAMSP associatif | CMPP et CGI | Secteurs de pédopsychiatrie | RESEDA |
|--|-------------------|------------------|-------------|-----------------------------|--------|
| Difficultés de relations parents/enfant en période périnatale  |                   | X                |             |                             |        |
| Difficultés de relations intra et/ou extra-familiales, rivalités fraternelles, troubles psycho-affectifs, enfants inhibés ou régressifs  |                   | X                | X           | X                           | X      |
| Troubles réactionnels et angoisses, voire états dépressifs, liés à des situations existentielles variées : séparation des parents, maladie/handicap, deuils...   |                   |                  | X           | X                           | X      |
| Troubles d'adaptation scolaire et/ou sociale, troubles des apprentissages apparaissant sous des formes diverses <sup>5</sup>   |                   | X                | X           | X                           |        |
| Echec scolaire « installé » et ses conséquences multiples et graves  |                   |                  | X           | X                           |        |
| Troubles du comportement au domicile et/ou en milieu scolaire (agitation, problème de concentration, hétéro ou auto-agressivité...), instabilité motrice   |                   | X                | X           | X                           | X      |
| Troubles du développement psychomoteur, du langage et de la communication, y compris ceux d'origine neurologique ou génétique  | X                 | X                | X           | X                           |        |
| Structuration pathologique de la personnalité, troubles de nature psychologique dont certains en rapport avec des troubles envahissants du développement (autisme, psychose), des troubles névrotiques, des déficiences mentales, des dysharmonies évolutives... |                   | X                | X           |                             | X      |
| Troubles du comportement alimentaire   |                   |                  |             |                             | X      |
| Tentatives de suicide  |                   |                  |             |                             | X      |
| Prématurité ou pathologies néonatales (notamment infirmité motricité cérébrale) nécessitant une prise en charge précoce et au long cours   | X                 |                  |             |                             |        |
| Polyhandicap d'étiologie connue (syndrome de West, séquelles d'infections à cytomégalo virus, anomalies chromosomiques) ou non   | X                 |                  |             |                             |        |

## 4 - Besoins de prise en charge identifiés

L'orientation vers ces services (par l'école, le médecin, un travailleur social...) semble être faite, en général, de façon tout à fait opportune. Un service indique à ce sujet « *les demandes sont parfaitement ciblées par le système scolaire et les services médico-sociaux qui sont les principaux orienteurs* ».

En effet, globalement, la majorité des jeunes examinés relèvent d'une prise en charge par le service consulté. Par ailleurs, après la réalisation d'un bilan, l'orientation vers un autre service est très rare, du moins immédiatement...

Ceci révèle, notamment, qu'est très présent le souci de mettre en place, en première réponse, une prise en charge ambulatoire, avant d'orienter, si nécessaire, le jeune vers une prise en charge institutionnelle.

<sup>5</sup> Notamment alexie ou dyslexie, agraphie ou dysgraphie, anorthographe ou dysorthographe, acalculie ou dyscalculie. Pour illustrer ces situations, les travaux du Dr G. Wettsein-Badour « Apports des neurosciences et pédagogie du langage » ainsi que ceux de L. Lurçat et L. Laurent « La débâcle de l'école » sont cités par le Dr Chauffrut, médecin-chef de secteur de pédopsychiatrie du secteur Sud.



### Réponse mise en œuvre pour les primo-consultants (en % de la file active 2007)

|   | CAMSP   |      |            | CMPP |               |            | CGI | Pédopsychiatrie |     |        |
|---|---------|------|------------|------|---------------|------------|-----|-----------------|-----|--------|
|   | CH Agen | Agen | Villeneuve | Agen | Marmande      | Villeneuve |     | Nord            | Sud | RESEDA |
| Prise en charge par le service consulté | 87%     | 64%  | 87%        | 58%  | Non renseigné | 75%        | 81% | 90%             | 98% | 90%    |
| Orientation vers 1 autre intervenant    | 10%     | 13%  | 2%         | 3%   |               | 20%        | 18% | 5%              | 1%  | 5%     |
| Pas de prise en charge nécessaire       | 3%      | 23%* | 11%*       | 22%  |               | 5%         | 1%  | 5%              | 1%  | 5%     |
| Diagnostic en cours                     |         |      |            | 17%  |               |            |     |                 |     |        |

\* Les services indiquent que dans ce pourcentage figurent des enfants venus une seule fois et plus revenus mais qui auraient peut-être nécessité une prise en charge

#### 4.1 - Les besoins en termes de prise en charge éducative

Les réponses éducatives appropriées pourront prendre **différentes formes**, individuelles ou en groupe de socialisation, et auront des objectifs tels que l'aide à la gestion des contraintes, des limites et des règles, l'aide à l'éveil, la stimulation...

La **prise en compte des parents** et leur association à la prise en charge paraissent essentielles. Un psychiatre souligne l'intérêt de travailler avec les 2 parents ensemble « *car il y a une nécessité de cohérence éducative ; or, beaucoup de parents sont séparés, ce qui entraîne de fréquentes discordances éducatives...* ». Cet accompagnement parental est mis en place sous forme de guidance parentale, d'aide éducative, de psychothérapie familiale, de groupes de parole...

Les prestations éducatives peuvent également être mises en œuvre dans le cadre de **partenariats** (notamment avec des équipes éducatives AED et Justice).

#### 4.2 - Les besoins en termes de prise en charge thérapeutique

Là encore, la nécessité de mettre en œuvre des prises en charge sous des formes diverses apparaît : suivi médical individuel, approches pluridisciplinaires, collectives ou individuelles, travail familial et visites à domicile...

Parmi les prestations les plus souvent évoquées, citons :

- les **soins pédopsychiatriques** qui peuvent prendre la forme de psychothérapie individuelle (ces soins ont notamment pour objectif la gestion de l'anxiété des enfants pouvant être liée à la séparation avec les parents : parents pas ou peu présents, couple parental séparé) ou encore d'ateliers thérapeutiques ou de psychothérapies familiales
- le **suivi pédiatrique** notamment en neuromotricité,
- les **rééducations des fonctions instrumentales** : kinésithérapie neuromotrice, psychomotricité, orthophonie et orthoptie, individuelles et en groupe.
- la **prise en charge psychologique mère/enfants** notamment ceux qui doivent vivre avec un handicap, une déficience physique ou intellectuelle
- la « **guidance parentale** » avec un étayage adapté aux troubles
- les **conseils aux familles** autour de gestes techniques / attitudes à tenir pour par exemple les enfants sous oxygénothérapie ou susceptibles de faire des crises convulsives.

Les CMPP indiquent, en outre, qu'il leur est nécessaire d'être disponibles pour assurer un accueil d'urgence des adolescents en crise.

#### *4.3 - L'accompagnement à la scolarisation*

L'objectif pour ces services est d'assurer la **cohérence de la prise en charge** et la prise en compte du **symptôme scolaire** dans la problématique globale de l'enfant à travers une bonne collaboration avec l'école et une approche psychopédagogique adaptée.

Cet objectif passe donc par la mise en œuvre de partenariats avec l'école mais aussi avec les parents : participation aux équipes éducatives, aux équipes de suivi et de scolarisation, élaboration de projet personnalisé de scolarisation<sup>6</sup>, mise en place d'un AVS...

Toutefois, cette collaboration n'est pas toujours facile en raison des préjugés ou des écarts culturels qui peuvent exister entre les partenaires.

Parfois, une prestation « soutien scolaire » peut être apportée, notamment en partenariat avec l'UDAF (au Pôle La Goulfie du CHS).

#### *4.4 - Autres besoins de prise en charge*

Certains services signalent d'autres besoins auxquels ils s'efforcent de répondre :

- besoin de **prises en charge conjointes** dans le domaine pédiatrique, psychologique, éducatif et instrumental donc qui nécessitent un important travail de coordination de tous les partenaires
- prise en compte de la **problématique familiale** : attention spécifique à porter à la période périnatale, groupe de paroles associant parents et fratries, travail éducatif et social à domicile
- **actions dans la Cité** associant notamment les lieux de scolarisation, partenariat avec les missions locales, les cellules de veille et la Plateforme de Réussite Educative (PRE) sur Agen.
- conseils/accompagnement aux familles dans les **démarches administratives** (dossier de demande d'allocations par exemple)

Par ailleurs, certains services expriment leur préoccupation sur la difficulté à assurer une **cohérence de la prise en charge**, particulièrement en raison de l'attitude de certaines familles : « *les parents sont de plus en plus consommateurs de soins : ils multiplient les prises en charge, changent de lieux de soins...* ».

---

<sup>6</sup> Notamment autour de ces questions : quelles sont les aptitudes à renforcer chez l'enfant ? quels sont les aménagements matériels à mettre en œuvre ?

## 5 - Partenariats mis en œuvre

Outre les parents, premiers partenaires des services dans la mise en œuvre des prises en charge, de nombreux autres partenariats fonctionnent avec :

- Des intervenants de droit commun auprès de l'enfant : crèches et haltes-garderies, écoles (directeur et enseignants), centres médico-scolaires/médecins scolaires, assistant social scolaire ou encore CIO...
- Les équipes RASED (psychologues, maîtres E – à dominante pédagogique - et G – à dominante rééducative) et enseignants-référents
- Les services sociaux et de protection de l'enfance : PMI, CMS, ASE, services AEMO/AED, services de placement familial, MECS, foyer de l'enfance et lieux de vie, services judiciaires...
- Des services médico-sociaux : CAMSP, CMPP, SESSAD, ITEP, IME (en particulier, celui de Moussaron<sup>7</sup> pour le CAMSP du Centre hospitalier)...
- Le secteur sanitaire, public ou privé : services hospitaliers d'Agen, Bordeaux et Toulouse (notamment néonatalogie et pédiatrie), services de pédopsychiatrie (CMP, CATTP, hôpitaux de jour), médecins et professionnels paramédicaux libéraux (notamment orthophonistes)
- Des lieux ressources spécifiques : centre de ressources autisme (Bordeaux et Toulouse) ou centre du langage (Bordeaux et Toulouse également)
- Le réseau AIME (Aide Interactive à la Maternité pour l'Enfant)
- La MDPH du Lot-et-Garonne (et du Tarn-et-Garonne pour le CMPP d'Agen).

**Des conventions formalisant les partenariats existent fréquemment, essentiellement pour les CAMSP et CMPP :**

- Convention avec l'Éducation nationale pour bénéficier de personnels mis à disposition (ex : psychopédagogue ou directeur administratif et pédagogique en CMPP), pour intervenir au sein de CLIS et de l'ÉREA ou pour la mise en œuvre des PPS (projets personnalisés de scolarisation)
- Conventions avec des intervenants libéraux (orthophonistes...) ou encore des crèches municipales et des lieux accueils parents /enfants (la Petite Maison à Agen ou 1.2.3 Soleil à Nérac)
- Convention entre CAMSP hospitalier et CAMSP associatif.
- Convention entre CMPP et services de la pédopsychiatrie, RESEDA et EMPR (Monflanquin), et services médico-sociaux (SESSAD)
- Convention entre le CGI et le réseau AIME

Parfois, les partenariats ne sont pas formalisés à travers une convention « *mais une documentation fait lien entre nous [un CMPP] et les partenaires* ».

Au niveau de la pédopsychiatrie, aucune convention formalisant les partenariats ne nous a été signalée pour le secteur Sud, pour éviter « *des lourdeurs dans leur fonctionnement* ».

Pour le secteur Nord, plusieurs conventions ont été mises en place avec des associations gestionnaires (Solincité, ALGEEI, APRES), la DDVS ou une école (Monbahus) mais ce secteur précise qu'une « *excellente collaboration sans formalisation écrite* » existe avec d'autres établissements (IMP de Casseneuil ou encore ITEP de St Martin des cailles).

---

<sup>7</sup> A Condom, dans le Gers, établissement qui accueille des jeunes déficients intellectuels moyens ou profonds ainsi que des jeunes polyhandicapés.

## 6 - Les difficultés rencontrées pour assurer les prises en charge

### 6.1 - Troubles et pathologies présentés par les jeunes

CAMSP, CMPP et CGI constatent que le nombre d'enfants présentant des pathologies multiples ou des problèmes psychologiques lourds est en augmentation. **Le fait que ces enfants restent plus souvent en milieu ordinaire a pour effet que ces services sont aussi plus fréquemment sollicités.** Les difficultés importantes du milieu familial peuvent, de plus, constituer un frein à la bonne mise en place d'une prise en charge et à son suivi. En outre, est déploré un repérage souvent tardif des difficultés en milieu scolaire.

Cette « *massivité des troubles* » mobilise toute l'équipe et nécessite beaucoup de temps de coordination interne et de partenariat. Elle se manifeste notamment par une augmentation du besoin en rééducation fonctionnelle (qui peut être un problème dans les services où le plateau technique pour y répondre est insuffisant – cf point suivant).

La pédopsychiatrie signale plus particulièrement les situations liées à « *des difficultés psychopathologiques aggravées par un échec scolaire, qui aurait pu être évité, ou encore par un échec parental* ». Sont également considérées comme délicates les situations où les parents consultent sous la pression de l'école mais sans être convaincus de l'utilité de la démarche car, dans ce cas, « *une remise en question de leur part n'existe pas* ».

### 6.2 - Equipement interne

Plusieurs types de problèmes sont signalés.

La question des **locaux trop étroits ou inadaptés** revient assez fréquemment. C'est le cas de ceux de la pédopsychiatrie à Agen (notamment absence de salle de psychomotricité) ainsi qu'à Tonneins, du RESEDA, des 2 CAMSP d'Agen, du CMPP d'Agen et de son antenne de Nérac, du CMPP de Villeneuve et de ses antennes de Monflanquin et Fumel (pas accessibles notamment pour les enfants handicapés, manque d'insonorisation).

A cela se rajoute la question des **locaux d'accueil non spécifiques**. Ainsi, le secteur Sud de pédopsychiatrie exerce son activité dans de nombreuses antennes (13) dans des salles mises à disposition au sein des CMS par les mairies. Vu la multiplicité des sites, il est difficile d'avoir un bon niveau d'équipement partout, ces locaux ne permettent pas toujours de respecter la confidentialité et manquent de flexibilité dans les possibilités d'occupation des lieux.

L'absence de **moyens de transports** spécifiques aux services ou de prise en charge des frais de taxi est également une source de préoccupations car elle limite l'accès de tous à des soins et à leur suivi (notamment pour les familles les plus précaires).

Un défaut de **matériel spécifique** est par ailleurs signalé au CAMSP hospitalier qui aurait besoin d'un matériel de dépistage des troubles auditifs (pour réaliser PEA<sup>8</sup> et audiogrammes) ou visuels (bébéviseur) plus performant. Le pôle pédopsychiatrique La Goulfie déplore aussi un budget en baisse pour le matériel psycho-éducatif, ce problème est également soulevé par le RESEDA.

Le plus gros motif de préoccupations concerne les **ressources humaines**. Tous les services en font état, pratiquement toutes les catégories de professionnelles sont évoquées.

---

<sup>8</sup> Potentiels évoqués auditifs

Ainsi, sont signalés des manques importants de :

- personnels éducatifs notamment d'éducateurs de jeunes enfants,
- rééducateurs : psychomotriciens, orthophonistes<sup>9</sup> ou encore kinésithérapeutes neuromotriciens,
- personnels de soins : infirmières, puéricultrices, pédopsychiatres, pédiatres et psychologues
- personnel administratif : secrétaire...

Ces manques ont notamment pour effet d'**imposer aux familles des délais importants avant de démarrer une prise en charge** ou de ralentir la mise en place ou le rythme de certaines prestations.

Dans ce contexte, les CMPP indiquent qu'il est essentiel que l'Education nationale maintienne en leur sein les postes d'enseignants mis à disposition A Agen, le temps du psychopédagogue a diminué alors que la charge augmente compte tenu des besoins de rééducation et du travail autour du PPS en lien avec la Loi de 2005.

Au niveau de la pédopsychiatrie, *« l'absence de médecins spécialistes va rapidement poser des problèmes graves ayant notamment pour conséquence le risque de réhospitalisation à temps plein ».*

### *6.3 - Equipement extérieur et mise en œuvre de partenariats*

Les changements consécutifs à la Loi du 11 février 2005 ne sont pas toujours appréciés et des difficultés de partenariat avec la MDPH sont parfois signalées. Certains estiment, par exemple, que les décisions de la MDPH peuvent manquer de transparence et considèrent que le regroupement de toutes les décisions au niveau de cette instance ne constitue pas une amélioration.

En outre, certains praticiens dénoncent un recours à la MDPH un peu trop systématique de la part des enseignants pour des enfants manifestant de simples difficultés d'apprentissage avec un peu d'agitation. Pour ces enfants ne présentant pas de handicap, le recours à la MDPH est jugé *« inutile voire contre-indiqué »* et difficile à accepter par les parents.

Par ailleurs pour les CAMPS et CMPP, la mise en place de partenariats est entravée en raison de l'encombrement des structures de la pédopsychiatrie, aussi bien les CMP et les CATTTP que les hôpitaux de jour, ainsi que par le manque de correspondants paramédicaux libéraux spécialisés dans la petite enfance dans le département.

Le CAMSP associatif d'Agen supporte, en outre, le **sous-équipement de départements voisins** (Gers et Tarn-et-Garonne) qui fait que des enfants originaires des zones limitrophes lui sont adressés ce qui contribue à surcharger sa file active et à allonger les délais d'attente.

Les difficultés de collaboration entre différents partenaires (en particulier entre la pédopsychiatrie et les autres acteurs) sont aussi à relier à **des incompréhensions ou méconnaissances des pratiques des uns et des autres**. Le médecin-chef du secteur sud indique ainsi avoir des *« difficultés à comprendre ce que font les autres, particulièrement les CMPP qui, notamment à leur création, devaient voir seulement 3% des enfants du primaire et dans les faits en voient largement plus »*. De son côté, le praticien responsable du Pôle de la Goulfie regrette qu'au niveau des collaborations avec de nombreux partenaires, *« on se heurte à des réticences, des oppositions et même des contestations des décisions de suivi ou du type d'aide proposé. La notion de bienfait que la prise en charge en*

---

<sup>9</sup> Un poste d'orthophoniste vacant depuis plusieurs années au Pôle la Goulfie.

*pédopsychiatrie peut apporter n'est pas encore suffisamment propagée, diffusée malgré la médiatisation de plusieurs chefs de file en France (comme le Pr Rufo). Les clivages et les rivalités entre les services de soins et les services de l'ASE et sociaux en général, devraient s'atténuer ».*

Outre ces difficultés partenariales, les CAMSP sont confrontés à des **difficultés de remboursement en cas de doubles prises en charge**, intra et extra service, rendues nécessaires pour proposer une réponse adaptée à certains enfants.

## 7- Les difficultés rencontrées en cas de réorientation

### 7.1 - L'opposition des parents

L'opposition des parents trouve souvent sa source dans leurs difficultés à accepter le diagnostic, notamment quand il est précoce, à laquelle se rajoute la difficulté à accepter l'étiquette « handicapé » en cas d'orientation vers la MDPH <sup>10</sup> et, plus encore, l'étiquette « folie » si l'orientation vers une structure psychiatrique est jugée opportune.

Les services estiment toutefois que, globalement, les refus de parents quant à la mise en œuvre d'une prise en charge sont peu fréquents et se manifestent principalement en cas de préconisation de prises en charge institutionnelles (IME, hôpital de jour...) surtout si elles entraînent une **rupture de la scolarisation en milieu ordinaire**, alors vécue comme un échec.

Toutefois, un CMPP remarque que les refus émanant des familles sont rares et que le problème majeur est le manque de places tant dans le médico-social, que dans le sanitaire et le social (cf. paragraphe suivant)

### 7.2 - Insuffisance des capacités d'accueil ou absence de structures adéquates

La mise en œuvre des orientations vers d'autres structures constitue souvent un véritable problème :

→ soit que le **nombre de places offertes soit insuffisant**, cela concerne :

- Les structures pour enfants : IME, ITEP, établissement pour enfants polyhandicapés, SESSAD, CMPP...
- Les structures pour adultes, assez rarement, compte tenu de l'âge de la population suivie par ces services. Toutefois, le RESEDA note un manque de structures de travail protégé type ESAT.
- Les services de psychiatrie : CMP, CATTP, hôpital de jour, hospitalisation complète pour adolescents, RESEDA, secteur psychiatrique adultes (pour les adolescents de 16 ans et plus). *L'encombrement des psychiatres libéraux est aussi signalé (voire leur absence sur Nérac).*
- Les dispositifs spécialisés de l'Education nationale : CLIS et SEGPA
- Les services avec hébergement pour enfants en difficultés sociales : MECS et lieux de vie

Ces capacités d'accueil insuffisantes entraînent des délais de mise en œuvre importants quand une orientation est décidée.

Notons qu'en dehors du manque de places, assez peu de refus d'admission des structures pressenties sont signalées. Des problèmes ponctuels peuvent exister entre les services de pédopsychiatrie et les ITEP sur les profils d'enfants adressés avec des refus ainsi motivés : « *pas assez d'élan pour les apprentissages* » ou « *personnalité n'entrant pas en harmonie avec le profil du petit groupe* ».

Parfois aussi, les services, en particulier les CMPP, peuvent se heurter dans la mise en œuvre de leurs préconisations, à un refus de la MDPH qui privilégie toujours le maintien en milieu ordinaire. La pédopsychiatrie (secteur Nord) déplore, en outre, que les contacts préalables

---

<sup>10</sup> Un médecin propose à ce propos que soit changée l'appellation de la MDPH, la notion de handicap étant mal vécue par les parents.

entre établissements « *soient déconseillés [par la MDPH] et que les orientations ne soient pas toujours conforme à ce qui avait été demandé* ».

→ soit que les **structures recherchées n'existent pas sur le département** :

- Pour les tout-jeunes enfants : jardin d'enfants spécialisé, structure de soins pour enfants polyhandicapés de moins de 3 ans, CAMSP dans le Marmandais/Tonneinquois
- Pour les adolescents : des structures sanitaires ou de « rupture » spécialisées : anorexie, obésité, dépression... type Centre Abadie à Bordeaux (Dr Pommereau) pour la prise en charge de jeunes suicidants/suicidaires ou ayant des troubles des conduites alimentaires, type Jean Sarrailh à Aire-sur-l'Adour assurant une double prise en charge soins/études ou type Montpribat à Montfort-en-Chalosse pour jeunes en surpoids
- Structures type IME de Moussaron (à Condom dans le Gers) pour enfants déficients moyens et profonds ou polyhandicapés, cette structure est trop éloignée et les orientations y sont difficiles car les parents refusent la séparation.
- Structures médico-sociales pour enfants déficients moteurs ou sensoriels
- Lieux ressources spécifiques : centre de ressources autisme <sup>11</sup> et centre de référence troubles du langage
- Service de placement familial spécialisé accueillant des enfants présentant des troubles graves de la personnalité.

Par ailleurs des problèmes peuvent être liés aux plages d'ouverture des structures : par exemple, le CADS (centre d'accueil départemental de semaine au Centre hospitalier la Candélie) n'est pas ouvert le week-end, ce qui peut poser problème car il n'existe pas de possibilités d'hébergement pour des jeunes pour lesquels le retour en famille est impossible.

## 8 - Projets

Les services interrogés sont nombreux à avoir des projets en cours d'élaboration même si beaucoup de ces projets en sont encore au stade de la réflexion. On note que la plupart d'entre eux ne se concrétiseront que si des **moyens humains supplémentaires**, qui font défaut tant au médico-social qu'à la pédopsychiatrie, **peuvent être mis à disposition**.

Le secteur Nord de pédopsychiatrie ne fait pas état de nouveaux projets mais manifeste son inquiétude que quant à l'avenir et à la pérennité des moyens alloués : « *maintenir l'existant est en soi un projet particulièrement ambitieux* ».

---

<sup>11</sup> A noter, dans sa lettre info-doc n°23 du mois d'avril 2008, le CRA d'Aquitaine annonce l'ouverture d'antennes départementales au cours du second semestre 2008. A Agen, la Candélie va mettre un pavillon à la disposition de l'antenne du CRA.



### Création de nouveaux dispositifs (ou renforcement de dispositifs existants)

| Services concernés       | Natures des projets   |
|--------------------------|---|
| CAMSP Agen et Villeneuve | Projet de création d'un <b>jardin d'enfants spécialisé</b> (justifié par la nécessité de mettre en œuvre des moyens supplémentaires vu l'augmentation du nombre d'enfants présentant des pathologies « lourdes », en attendant leur orientation vers des établissements type IME et hôpital de jour). |
| CMPP Marmande            | Création d'un <b>CAMSP</b> sur Marmande   |
| CMPP Agen                | Mise en place d'une <b>structure d'accueil pour préadolescents</b> en souffrance scolaire et personnelle avec partenariat avec une Maison des adolescents (cf. RESEDA ci-dessous)   |
| RESEDA                   | Mise en place d'un <b>service d'hospitalisation pour adolescents</b> (ouverture en mai 2008)  |
| RESEDA                   | Projet de création d'une <b>Maison des adolescents</b> (en cours de discussion)   |

Deux publics pourraient bénéficier de ces nouveaux dispositifs :

- Les très jeunes enfants grâce à un CAMSP à Marmande, seul pôle urbain du département n'en étant pas équipé
- Les adolescents à travers plusieurs structures, prenant en compte leur problématique spécifique, mises en œuvre à partir d'un CMPP et du RESEDA

### Développement de certaines prestations (notamment par l'introduction de nouvelles qualifications)

| Services concernés            | Natures des projets   |
|-------------------------------|---|
| CAMSP Hôpital                 | <b>Accompagnement des parents d'enfants prématurés</b> (à travers des « groupes de parents » animés par la psychologue et l'infirmière)                                 |
| CAMSP Agen                    | Mise en place (récente) d'un <b>accueil spécifique pour les 0 -18 mois</b>  |
| CAMSP Agen et Villeneuve      | Besoin de <b>groupe de paroles pour fratries</b> d'enfants accueillis au CAMSP  |
| CAMSP Villeneuve              | Besoin de <b>nouvelles prestations sur le plan éducatif</b> (non mises en place par manque de temps d'éducatrice).  |
| CAMSP Villeneuve              | Réflexion autour de la mise en place d'un <b>travail en période périnatale</b> (si des moyens supplémentaires sont alloués).  |
| CAMSP Hôpital et Villeneuve   | Mise en place des <b>soins en neuromotricité</b> grâce à l'intervention d'un personnel spécialisé.  |
| CMPP Agen                     | Développement du <b>travail avec les familles</b> (individuel, en groupe, dans la cité...)  |
| CMPP Marmande                 | Evolution des <b>prises en charge en groupe</b> : conte, langage, écriture...   |
| CMPP Villeneuve               | <b>Aide à la parentalité</b> (aide aux parents, « <i>les restaurer, les remettre à leur place de parents face à l'enfant-roi, tout puissant et angoissé</i> »)          |
| Pôle La Goulfie <sup>12</sup> | Mise en place d' <b>ateliers thérapeutiques</b> <sup>13</sup>   |
| Pôle La Goulfie               | Mise en place de <b>thérapie familiale</b> (perspective ouverte par une formation des psychologues en cours)  |
| Pôle La Goulfie               | Eventuellement, spécialisation en <b>prise en charge des troubles des apprentissages</b> , compte tenu du nombre grandissant de situations d'enfants en échec scolaire. |
| RESEDA                        | Mise en place de <b>nouveaux ateliers thérapeutiques</b> et maintien des existants  |
| RESEDA                        | Création d'un <b>poste d'interne médical et de psychologue</b>  |

Tous les services enquêtés sont désireux de mettre en œuvre de nouvelles prestations notamment avec une meilleure prise en compte des familles et un développement des ateliers thérapeutiques.

<sup>12</sup> Secteur sud de pédopsychiatrie

<sup>13</sup> à condition que les familles précaires sans moyen de locomotion puissent venir. Les taxis ne sont actuellement accordés qu'aux pathologies lourdes, ce que déplore le docteur Manka du Pôle La Goulfie.

### Développement du partenariat

| Services concernés              | Natures des projets   |
|---------------------------------|---|
| <b>CAMSP Agen et Villeneuve</b> | Réflexion en cours sur le travail socio-éducatif à <b>domicile</b> et les nouvelles modalités de partenariat  |
| <b>CAMSP Agen</b>               | Réflexion en cours sur l' <b>interculturalité</b>   |
| <b>CAMSP Hôpital</b>            | Implication du CAMSP dans un <b>réseau aquitain</b> autour de la prise en charge des enfants malentendants de 0 à 3 ans.  |
| <b>CAMSP Hôpital</b>            | Mise en place de <b>conventions</b> avec des structures partenaires   |
| <b>CGI</b>                      | Réflexion conjointe avec le <b>réseau AIME</b> sur l'accueil des nourrissons et de leurs parents dans le cadre d'un travail de lien parents/enfant (afin qu'une prise en charge précoce permette d'éviter le développement de certaines pathologies). |
| <b>CMPP Villeneuve</b>          | Développer les <b>liens dans la cité</b> avec l'Education nationale (Plateforme réussite éducative), les Maisons de quartier...   |

Le souci de développer les partenariats est présent dans plusieurs services notamment dans le cadre de réseaux de santé.

# Synthèse

Le place primordiale occupée par les CAMSP, CMPP, CGI et services de pédopsychiatrie auprès des jeunes du département a été confirmée par cette étude : 5700 enfants et adolescents environ ayant en 2007 consulté l'un ou l'autre de ces services et, fréquemment, bénéficié d'une prise en charge (du moins dans un premier temps, avant une éventuelle réorientation).

Le champ d'intervention de ces services est très large : troubles des apprentissages, relationnels, du comportement, de la personnalité, pathologies organiques ou handicaps divers... Le souci de proposer une prise en charge globale est très présent, axée sur le soin et l'éducatif (même si souvent la dimension soin reste essentielle) avec une bonne collaboration avec l'Ecole et un recours fréquent aux autres ressources du territoire (accueil de jeunes enfants, structures sanitaires etc...).

Ces services ont ainsi mis en avant leurs spécificités et le rôle qu'ils jouent tout en faisant le constat d'une **augmentation des demandes** et d'un alourdissement des pathologies et jugeant donc indispensable, en parallèle, une **augmentation de leurs moyens**<sup>14</sup> (tant en locaux, en matériels, en moyens de déplacement qu'en personnel).

Trois préoccupations principales apparaissent clairement au travers de ce qu'ils ont pu faire remonter de leur activité :

- **pouvoir exercer ses missions dans de bonnes conditions** (réduire les délais et améliorer la qualité des prises en charge),
- **mieux accompagner les familles** (écoute et disponibilité),
- **faire fonctionner les partenariats efficacement.**

Ainsi, les CAMSP qui sont des « établissements de proximité en accès direct pour les familles permettant des actions de prévention, de diagnostic et de soins précoces dès la naissance et jusqu'à 6 ans » manquent de temps et de moyens pour les actions de partenariat (en très grande augmentation), pour assurer leurs missions et pour prendre en charge les pathologies multiples et lourdes, de plus en plus nombreuses.

Les CMPP font le constat que la Loi de 2005 a eu pour effet d'augmenter, parmi la population auprès de qui ils interviennent, le nombre d'enfants situés dans le champ de cette Loi, soit à l'initiative des familles qui demandent une réponse adaptée aux troubles de leur enfant, soit du fait d'un refus d'admission de ces enfants en SESSAD, IME ou ITEP. Cette augmentation touche plus particulièrement des préadolescents en grande souffrance (souffrance qui affecte tout autant les familles).

Au niveau de la pédopsychiatrie, un praticien estime que les modalités de travail des services ambulatoires, au plus près de la population, constituent « un très bon moyen de prévention de la prise en charge des enfants en difficultés, à condition **d'offrir les moyens de cet exercice, moyens pas toujours suffisants dans les faits** ».

---

<sup>14</sup> A titre d'illustration, le CAMSP de l'hôpital signale avoir un agrément qui est resté stable à 50 enfants depuis sa création, il a malgré tout reçu 106 enfants en 1986, 200 en 2002 et 251 en 2007 sans moyens humains ou en matériel supplémentaires.

Outre cette demande généralisée de moyens supplémentaires, divers souhaits ou suggestions sont formulés :

Au niveau des CAMSP :

- assurer un **meilleur suivi** de la prise en charge : maintien du remboursement des frais de déplacement pour accéder aux lieux de soin, indispensable pour les familles n'ayant pas de véhicule ; maintien des taxis pour les parents travaillant sinon il existe un risque de mettre en péril la régularité des soins
- assurer la **qualité des prises en charge** : maintien du réseau d'enseignants spécialisés dans les écoles maternelles ainsi que de la possibilité des prises en charge en libéral (en orthophonie surtout)
- créer un **réseau** pour l'accompagnement des enfants handicapés après 6 ans

Au niveau des CMPP et du CGI, est mise en avant la nécessité de pouvoir :

- mettre en place un travail de **régulation et d'analyse des pratiques** pour des pathologies de plus en plus complexes et exigeant un travail pluridisciplinaire.
- développer les **liens** avec les différents partenaires
- approfondir et développer le **travail avec les parents** notamment dans une logique de prévention précoce des troubles de l'enfant
- développer les **soins à domicile**

Le souci d'une **meilleure connaissance/compréhension des logiques d'intervention** de chacun et la nécessité d'aboutir à une **collaboration plus fructueuse en sortant de l'esprit de rivalité** apparaissent également. Il est vrai qu'il existe parfois une méfiance et/ou une méconnaissance entre les intervenants des différents champs.

En définitive, l'analyse de l'activité en 2007 de ces services a permis de mettre en lumière certaines difficultés de fonctionnement dues à des limites internes ou externes et de repérer les attentes des acteurs œuvrant dans ce champ.

Cet état des lieux permettra de valider la nécessité de développer ce dispositif de prise en charge. Il invite, en outre, à réfléchir à la mise en place d'une coordination renforcée entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des problèmes de l'enfance et de l'adolescence.

## Fiche de présentation du service

Nom et coordonnées du service :

**1 – File active 2007:**           |\_|\_|\_|  
*dont nb primo-consultant :*   |\_|\_|\_|  
*dont nb de prise en charge :*  |\_|\_|\_|

**2– Age des enfants de la file active 2007 :**  
nombre des moins de 6 ans :   |\_|\_|\_|  
nombre des 6-11 ans   :       |\_|\_|\_|  
nombre de 12-15 ans :       |\_|\_|\_|  
nombre de 16 ans et plus :   |\_|\_|\_|

**3 – Temps moyen d’attente (en semaines)**  
pour un 1<sup>er</sup> rendez-vous:       |\_|\_|  
pour un diagnostic /bilan :       |\_|\_|  
pour un début de prise en charge :  |\_|\_|

**4 – Descriptif succinct des problèmes et pathologies présentés par les jeunes pour lesquels vous êtes sollicités :**

**5 – Quelles besoins de prise en charge et d’accompagnement, identifiez-vous chez ces jeunes ?**

en terme de prise en charge éducative

en terme de prise en charge thérapeutique

en terme d’accompagnement à la scolarisation et à l’insertion professionnelle

autre...

**6 – Quels sont les partenaires avec lesquels vous entretenez des relations régulières autour de la situation des jeunes suivis :**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**7 – Précisez si ces partenariats s'appuient sur une formalisation écrite (protocole, convention...)**

|  |
|--|
|  |
|--|

**8 – Pour les primo-consultants en 2007, pouvez-vous estimer, en pourcentage, quelle suite a été donnée :**

prise en charge par le service :           |\_|\_|%  
orientation vers un autre intervenant   |\_|\_|%  
pas de prise en charge nécessaire       |\_|\_|%

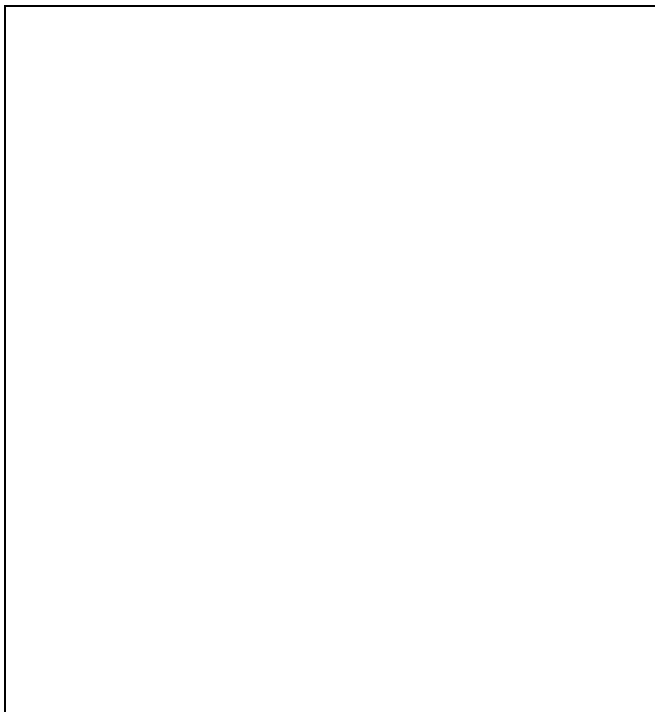
**9 – Dans le cas où vous assurez vous-même la prise en charge, rencontrez-vous des difficultés liées :**

|  |
|--|
| Aux troubles et pathologies présentés par les jeunes                           |
| A l'équipement interne du service (locaux, personnels, nombre d'antennes...) : |
| A l'équipement extérieur au service et à la mise en œuvre des partenariats :   |
| Autres (précisez)  |

**10 - En cas de réorientation vers un autre intervenant, quelles difficultés peuvent apparaître:**

|  |
|--|
| Refus de la famille /du jeune (précisez pour quels types d'orientation)                        |
| Absence de places dans la structure pressentie (précisez types de structure)                   |
| Refus structure pressentie (précisez types de structures et motifs avancés)                    |
| Structure adéquate n'existe pas dans le Lot-et-Garonne ou trop éloignée du domicile (précisez) |
| Autres (précisez)  |

**11– Avez-vous au sein de votre structure des projets pour vous adapter aux besoins de la population accueillie** (augmentation capacité d'accueil, mise en place de nouvelles prestations ou de nouvelles modalités d'accompagnement...)?



**12 – Avez-vous des suggestions pour améliorer l'accompagnement et la prise en charge des jeunes handicapés ou en difficultés du Lot-et-Garonne** (prise en compte de nouveaux publics, modalités de prise en charge, coordination des différents intervenants etc...),

