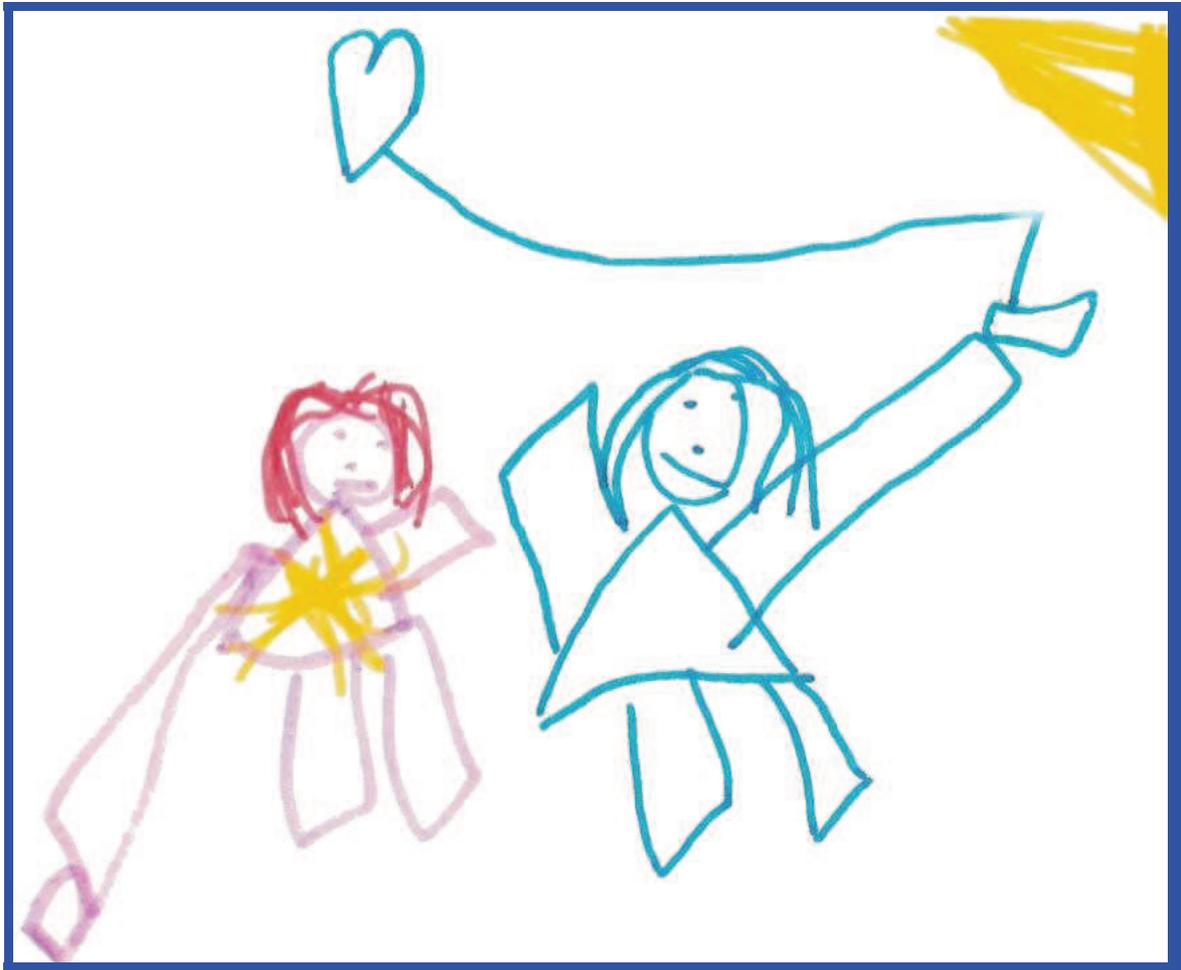


CAMSP CREUSE



RAPPORT D'ACTIVITE 2012



Association gestionnaire: AD PEP 23

SOMMAIRE

Préambule	2
Conseil d'Administration	3
Textes législatifs.....	4
Missions	5
Plateau technique.....	6
1 Organigramme	6
2 Temps de travail	7
3 Niveau de formation des personnels	8
4 Ancienneté.....	9
Fonctionnement.....	10
1 Budget	10
2 Capacité d'accueil	11
3 Organisation technique.....	12
4 Répartition de l'activité.....	Erreur ! Signet non défini.
5 Délais d'attente.....	17
Données quantitatives	19
1 Caractéristiques des enfants.....	19
2 Répartition des enfants selon les troubles constatés	20
3 Scolarisation /socialisation	21
4 Durée des prises en charge	21
5 Origine de l'orientation vers le CAMSP	22
6 Indications relatives à la fin de prise en charge.....	23
Aspect qualitatifs au regard de l'enquête CNSA	25
1 Réponses aux besoins sur le territoire	25
2 Fluidité des parcours de soins et d'accompagnement (cf. étude.....	27
3 Partenariat.....	28

Préambule

Le présent rapport est établi sur les bases de l'enquête quantitative réalisée par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) en 2008 auprès de 77 CAMSP du territoire national et de l'enquête qualitative réalisée en 2009.

Les résultats des enquêtes CNSA, utilisés comme repères pour situer l'activité du CAMSP 23 en référence à des données nationales, apparaissent en bleu dans les différents tableaux et graphiques.

Conseil d'Administration

Le CAMSP est géré par :

L'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de la Creuse,

Association loi 1901

Située 16, Avenue Pierre Mendès France

B.P. 244 23005 GUERET ☎ 05 55 51.02.14. 📠 05 55 52 37 66

Président

Jean-Claude TRUNDE

Secrétaire Général

Bernard CUBIZOLLES

Trésorier

Claude CLAVE

TEXTES LEGISLATIFS

Les CAMSP sont régis par l'Annexe XXXII bis et le décret n° 76-689 du 15/04/76 qui précise dans son article 1^{ER} :

« Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premiers et deuxièmes âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées.

Ces centres exercent aussi, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation requis par l'état de l'enfant.

Le dépistage et les traitements sont effectués et la rééducation mise en œuvre, sans hospitalisation, par une équipe composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnel d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, en tant que de besoin, d'autres techniciens. ..."

Missions

Les missions du CAMSP se déclinent en :

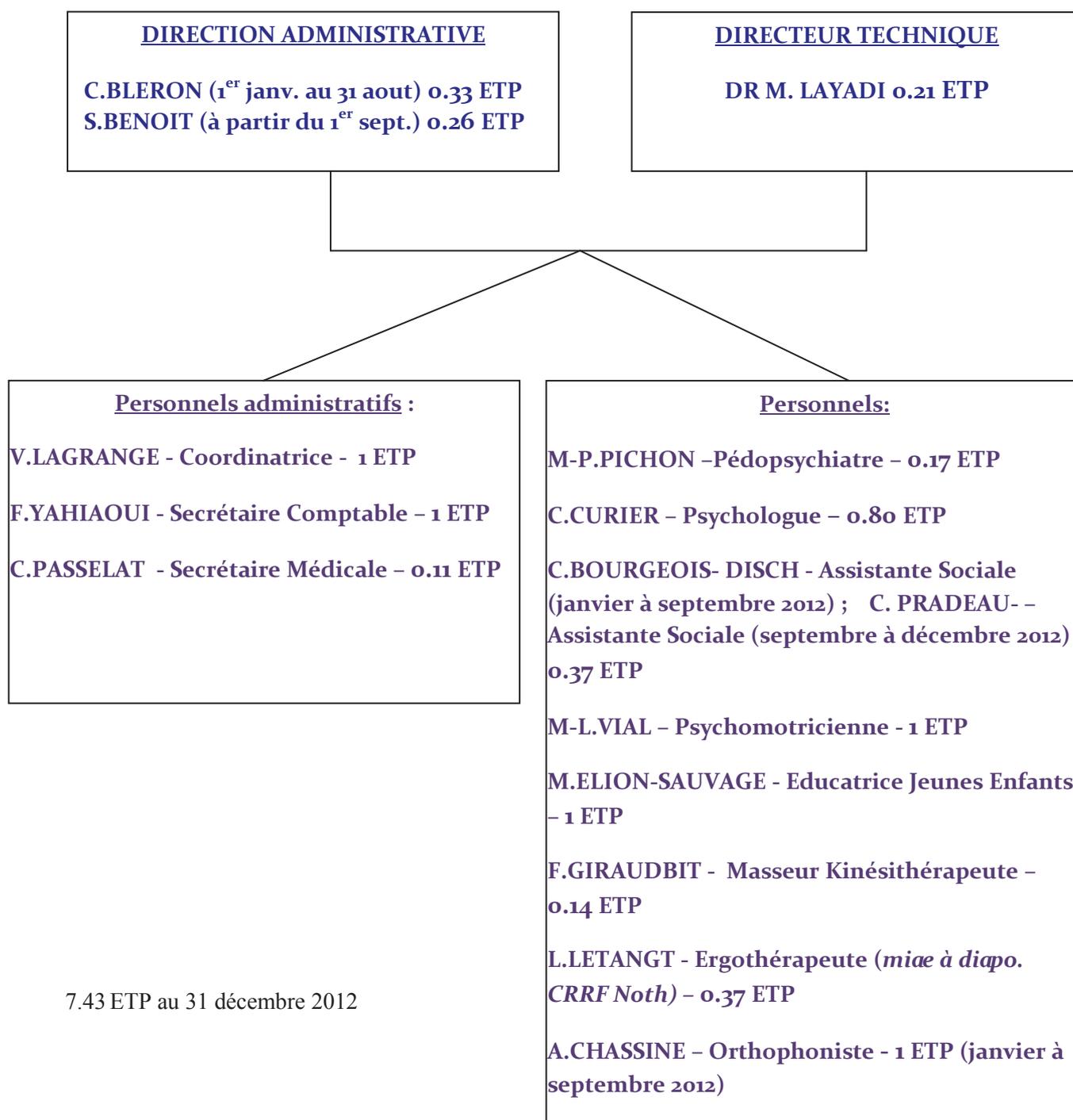
- **Mission de prévention**
- **Mission d'évaluation**
- **Mission de soin**

Autour de cinq types principaux d'interventions :

- **Les accueils** : recouvrent la période se déroulant entre le premier rendez-vous et la date de bilan ou de suivi.
- **Les bilans** : Ils ont pour objectif d'évaluer les besoins de prise en charge au sein ou en dehors du CAMSP. L'ensemble ou partie des spécialistes peuvent être sollicités pour participer à cette phase d'observation et d'évaluation.
- **Les suivis** : Ils consistent en la période de mise en œuvre du projet de soin. Cette forme de prise en charge intervient, sauf exception, à l'issue d'un bilan. Dans ce cadre, les enfants sont reçus de manière hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire, en individuel ou en groupe.
- **Les suivis/surveillances** : Ils s'inscrivent dans le cadre de la mission de prévention concernant une population considérée à risque (à l'instar des enfants prématurés de moins de 34 semaines). Ils consistent en une période de mise en œuvre d'un projet de soin dont l'objectif consiste en une surveillance du développement de l'enfant.
- **Les post prises en charges** : consistent en une période de suivi ponctuel, par des actions directes, après la clôture du dossier de l'enfant sur une période de trois ans.

Plateau technique

1. Organigramme



2. Temps de travail

Sur l'année 2012, l'ensemble des postes équivalents temps plein s'élève à 7,05.

Le budget accordé pour l'année 2012 correspond à 7,33 ETP. La différence de 0,28 correspond à l'absence de l'orthophoniste sur la période de septembre à décembre 2012.

SPECIALITE	Nb de fonctions	Nb de personnes ayant occupé la fonction sur 2012	ETP Réel
Educateur jeunes enfants	1	1	1
Autre (Coordinatrice)	1	1	1
Secrétaire administrative	1	2	1,11
Psychomotricien	1	1	1
Psychologue	1	1	0,80
Orthophoniste	1	1	0,72
Ergothérapeute	1	1	0,37
Assistante sociale	1	2	0,30
Directeur	1	2	0,23
Médecin pédiatre	1	1	0,21
Médecin psychiatre	1	1	0,17
Kinésithérapeute	1	1	0,14
TOTAL	12	15	7,05

3. Niveau de formation des personnels

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
CNSA 2008	20%	19%	39%	11%	6%	5%
CAMSP 23 2008	25,3%	0%	55,2%	19,5%	0%	0%
CAMSP 23 2009	5 salariés	0%	5 salariés	2 salariés	0%	0%
CAMSP 23 2010	5 salariés	0%	5 salariés	2 salariés	0%	0%
CAMSP 23 2011	5 salariés	0%	5 salariés	2 salariés	0%	0%
CAMSP 23 2012	3 salariés 20%	1 salarié 6%	9 salariés soit 60%	2 salariés soit 13%	0%	0%

Dans l'enquête CNSA seul le niveau de qualification des ETP a été pris en compte. Les chiffres du CAMSP rendent compte des qualifications de l'ensemble des personnels, choix fait en raison de la taille de la structure. L'ensemble est composé de personnels présentant des niveaux de qualification élevés. Les modifications qui apparaissent entre 2011 et 2012 sont à mettre en corrélation avec la modification du plateau technique et les mouvements de personnels survenus durant l'année, dont le départ du Directeur, mis à disposition par l'Education Nationale, en septembre 2012 et de la directrice adjointe au 01/01/2012.

Si l'on considère uniquement le niveau de qualification des ETP, soit 4 professionnels, les qualifications sont pour 75% de niveau 3 et 25% de niveau 4.

Les autres niveaux ne sont pas représentés.

4. Ancienneté des personnels dans la convention 66

Là encore, le choix est fait de prendre en compte l'ancienneté de l'ensemble des salariés, contrairement à l'enquête de la CNSA qui, sur l'ensemble des structures étudiées, a comptabilisé l'ancienneté des seuls ETP.

	< 5	De 5 à 10	De 10 à 15	De 15 à 20	>20
CNSA	27%	22%	15%	13%	23%
CAMSP 2008	33%	45%	0%	11%	11%
CAMSP 2009	41,66%	16,16%	0%	33,33%	8,33%
CAMSP 2010	33,33%	33,33%	0%	25%	8,33%
CAMSP 2011	50%	16,6%	0%	25%	8,33%
CAMSP 2012	28.60%	21.40%	28.60%	7.10%	14.30%

L'évolution s'explique par l'application du GVT et les modifications du plateau technique. Par ailleurs, 50% des personnels du CAMSP ont moins de 10 ans d'ancienneté ce qui permet une marge d'œuvre pour une augmentation de certains temps de travail en 2013.

Fonctionnement

1. Budget

❖ L'enquête CNSA met en exergue:

Un budget moyen de 540 000 euros,

Un budget exécutoire moyen de 568 000 euros

Le coût moyen du groupe 2 du budget (frais de personnel) correspond en moyenne à 84% du compte administratif mais présente de fortes disparités selon les CAMSP en fonction de l'ancienneté et des niveaux de formation des personnels.

❖ CAMSP 23

En ce qui concerne le CAMSP 23 les budgets et compte administratif sont les suivants. Le coût en pourcentage du groupe 2 par rapport au compte administratif est inférieur à la moyenne des CAMSP

	2010	2011	2012
BE	537 315	543 682	539 122
BP	579 966	592 205	596 371
Compte administratif	507 073	509 767	510 761
Pourcentage du groupe 2 // au CA	61,91%	59,44%	63,24%

2. Capacité d'accueil

2.1 Agrément

Le CAMSP 23 bénéficie d'un agrément pour 30 places.

2.2 File active

La file active réelle correspond au « nombre d'enfants ayant bénéficié d'une action directe dans la période sélectionnée ». Elle comprend l'ensemble des actes d'accueils, de bilans, de suivis, de suivis/surveillance, de post prise en charge et concerne **151 enfants** pour l'année **2012**.

❖ Observations CNSA

La file active annuelle est en moyenne deux fois supérieure à l'agrément.

La file active annuelle réelle a été comparée à l'agrément en file active pour les 77 CAMSP ayant communiqué ces deux informations.

Nombre d'enfants	Moyenne	Minimum	Maximum	Total
Agrément en file active	97	15	329	7431
File active annuelle réelle	220	31	602	16941

❖ CAMSP 23

	2008	2009	2010	2011	2012
Agrément en file active	30	30	30	30	30
File active annuelle réelle	134	140	140	139	151
Rapport file active/ agrément	4.46	4.66	4.66	4.63	5.03

Rapport file active/agrément : file active annuelle réelle/ agrément. *Par exemple, pour l'année 2008 la file active est 4.46 fois supérieure à l'agrément pour la Creuse.*

3. Organisation technique

3.1 Déroulement des prises en charge

- *La consultation médicale*

Les enfants de 0 à 6 ans sont reçus, exclusivement à la demande de leurs parents ou de leurs représentants légaux, après une première prise de contact, en consultation assurée par le médecin pédiatre. Le médecin détermine alors la nécessité d'examen complémentaires et leur nature. Il effectue les prescriptions et les bilans nécessaires sont alors réalisés par les thérapeutes concernés de l'équipe pluridisciplinaire.

- *La synthèse et l'élaboration du projet de soin*

Au terme des différents bilans effectués par les professionnels, la situation de l'enfant est présentée en réunion de synthèse et abordée en fonction des spécificités techniques de chaque intervenant.

La synthèse constitue un temps de mise en commun des évaluations réalisées, d'analyse puis d'élaboration pluridisciplinaire. Elle se déroule de façon hebdomadaire avec l'ensemble des professionnels. Une conclusion et des propositions sont élaborées de manière collégiale sous la direction du médecin directeur pédiatre. Les propositions peuvent être soit :

1. Un projet d'accompagnement de l'enfant est préconisé, il en est alors précisé :

- La nature et les objectifs du ou des suivis
- Les modalités d'intervention (lieu, fréquence, individuelles ou en groupe)
- Les modalités d'accompagnement parental
- Les relations partenariales avec accord des parents
- Les préoccupations et positions du CAMSP concernant le devenir de l'enfant (ex: crèche, école maternelle, constitution d'un dossier MDPH, poursuite des soins dans une autre structure...)
- Les bilans complémentaires nécessaires.

2. Un suivi prévention ou surveillance

Des bilans d'évolution espacés de 6 mois en général sont alors proposés. Il arrive que, pour un enfant initialement en suivi prévention ou surveillance, l'équipe propose la mise en place d'un suivi thérapeutique lorsque, suite à une réunion de synthèse, il apparaît que l'évolution spontanée n'est pas satisfaisante et justifie donc une action plus conséquente. Les parents ou les médecins traitants peuvent aussi être à l'origine de la demande de réévaluation de la situation.

3. Une réorientation vers une autre structure telle CMPP, CMP, CATTP, hôpital de jour....

- *Compte rendu aux parents*

Les propositions sont faites aux parents (ou responsables légaux) dans le cadre du **compte-rendu post synthèse** par deux membres de l'équipe. Nous sommes attentifs à ce qu'au moins un même intervenant assure les comptes-rendus tout au long du suivi. Par ailleurs les parents peuvent, pour toute demande de précision, solliciter la coordinatrice qui est leur véritable référente, ainsi que la direction administrative et/ou médicale, présente le jeudi après-midi. Une attention particulière est apportée dans le cadre des propositions de suivi faites aux parents. Un délai de réflexion est laissé aux parents qui le souhaitent, un rendez-vous avec la coordinatrice peut être proposé si besoin.

Seules les prestations et modalités d'intervention qui ont reçu l'assentiment des parents sont retenues et formalisées dans le 1^{er} avenant au document individuel de prise en charge (D.I.P.C.).

3.2. Formes de prise en charge

- *Prise en charge individuelles*

Pour l'année 2012 elles constituent une part importante des formes de soins dispensées et sont constituées des prises en charges en orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, psychothérapie, kinésithérapie et éducative.

- *Prise en charge de groupe*

Soucieux d'adapter d'élargir sa prise en charge thérapeutique aux besoins des enfants, le CAMSP assure, indépendamment des séances individuelles, des **accueils en petits groupes** dont la dénomination et les objectifs évoluent en fonction de la demande.

Ces groupes, animés le plus souvent par des binômes, présentent en plus de leurs intérêts thérapeutiques spécifiques, l'avantage de permettre des regards croisés sur la situation des enfants.

Ils ne sont pas pré définis, mais résultent d'une élaboration de l'équipe pluridisciplinaire, sur la base des nécessités rééducatives et thérapeutiques identifiées en réunions de synthèse.

Ils font appel à la créativité des professionnels qui mettent en œuvre leur complémentarité. Leurs objectifs et dénomination sont les suivants :

Animatrices	Dénomination du groupe	Enfants concernés/Objectifs généraux
<i>Psychomotricienne</i>	« Eveil moteur » 3 groupes d'enfants	<u>Enfants de 1 à 3 ans/pré-requis moteurs de base</u>
<i>Psychomotricienne</i>	« Bouge ton corps »	<u>Enfants de 4 à 6 ans/apprendre à évoluer sous le regard de l'autre</u>
<i>Psychomotricienne et Ergothérapeute</i>	« Bouge dans l'eau »	<u>Enfants de tous âges/rééducation motrice, travail sur l'autonomie (toilette, habillage)</u>
<i>Psychomotricienne et Educatrice de J.E.</i>	« Atelier ludique »	<u>Enfants de 3 à 6 ans scolarisés/</u> Eveil moteur, cognitif et culturel
<i>Psychomotricienne et Psychologue</i>	« Bassin thérapeutique »	<u>Enfants de 4 à 6 ans avec difficultés corporelles et/ou de comportement/</u> Maturation psycho affective avec un médiateur contenant
<i>Psychomotricienne et Psychologue</i>	« Corps en Je »	<u>Enfants de 4 à 6 ans avec difficultés corporelles, troubles de l'attention/</u> Canalisation de l'attention, intégration des règles
<i>Educatrice de J.E. et Psychologue</i>	« Eveil sensori-moteur »	<u>Enfants de moins de 4 ans/</u> Eveil, socialisation, intégration de règles et rituels, découverte du monde environnant
<i>Educatrice de J.E. et Psychologue</i>	« Contes »	<u>Enfants de plus de 4 ans avec troubles de l'attention et de la concentration/</u> Travail sur le symbolique, la capacité à écouter et comprendre une histoire et à la mettre en jeu
<i>Educatrice de J.E. et Orthophoniste</i>	« Aide à la communication »	<u>Enfants de 3 ans à 6 ans/</u> Amélioration de la communication verbale et non verbale
<i>Educatrice de J.E. et Orthophoniste</i>	« Langage »	<u>Enfants de 3 à 6 ans/</u> Enrichissement lexical et structuration de la langue

<i>Psychologue et Educatrice de J.E.</i>	« Accompagnement psycho-éducatif »	<u>Enfants à partir de 5 ans/et leurs parents</u> Travail sur les postures éducatives
Animatrices	Dénomination du groupe	Enfants concernés/Objectifs généraux
<i>Educatrice de J.E.</i>	« Aide aux pré-requis du langage »	<u>Enfants de 2 à 4 ans</u> Travail sur l'attention conjointe, la notion de tour de rôle, la communication pré verbale
<i>Psychomotricienne et Orthophoniste</i>	« Marche vers le langage » 2 groupes d'enfants	<u>Enfants à partir de 2 ans/</u> Investissement progressif du canal verbal en partant du moteur
<i>Psychomotricienne Psychologue</i>	"Groupe prématurés"	Favoriser l'expression et les échanges entre parents confrontés à des questionnements du même ordre

Ces accompagnements ont lieu à raison d'1 à 4 séances hebdomadaires, dans certains cas une fois tous les 15 jours, au CAMSP

- *Suivi des prématurés*

Au cours de l'année 2012, le CAMSP a reçu 37 enfants prématurés (32 en 2010). Le premier bilan s'inscrit dans **le dépistage de troubles liés à la prématurité** : évaluer le décalage entre les acquis de l'enfant et son âge corrigé. A priori la prévention liée à la prématurité s'exerce jusqu'à la 6^{ème} année de l'enfant voire jusqu'à l'acquisition de la lecture et de l'écriture.

Le **suivi-surveillance** s'exerce sous forme de consultations de développement tous les 6 mois au début, puis avec un délai plus long atteignant 1 an si la situation est rassurante. Les consultations de développement permettent d'évaluer la situation clinique, somatique, neurologique, mais aussi psychologique et environnementale, tout en appréciant les acquis moteurs et psycho cognitifs. Dès qu'une anomalie est dépistée, des bilans complémentaires peuvent être proposés, et si nécessaire un **suivi thérapeutique** est mis en place. Pour certains enfants, le suivi thérapeutique est proposé d'emblée quand la situation le justifie.

En 2011 a été constitué un groupe de parents_d'enfants prématurés. Ce groupe s'est réuni à 3 reprises en 2012. Il est co-animé par la psychologue et la psychomotricienne et a bénéficié une fois du concours de l'orthophoniste à la demande des parents. C'est un groupe de parole destiné à favoriser l'expression et les échanges entre parents confrontés à des questionnements du même ordre (même si singuliers).

- **Interventions sur les lieux de vie de l'enfant**

Des interventions sont également programmées si besoin sur les lieux de vie des enfants (domicile, école maternelle, crèche) et sont assurées par l'ergothérapeute (moment du repas), l'orthophoniste et l'EJE (aide à la scolarisation). Aucune ne s'est déroulée en 2012.

La mise en œuvre de l'accompagnement nécessite une **coordination** avec les professionnels et services qui connaissent l'enfant et sa famille avec l'accord de cette dernière. Le CAMSP de la Creuse bénéficie d'un ETP de coordinatrice dont les missions, outre celles qui s'exercent au sein de l'équipe, consistent en la mise en place d'un travail partenarial avec le milieu scolaire et les professionnels des secteurs social, médical, médico-social. Cela se traduit par des échanges téléphoniques, des participations aux équipes éducatives, de suivi de scolarisation, des participations à des synthèses organisées par les structures sociales et médico-sociales (ASE, établissements spécialisés, UTAS, services spécialisés, PMI...)

4. Répartition de l'activité

4.1. Par forme de prise en charge

	CNSA		CAMSP 23 2011	CAMSP 23 2012
Actes bilan	7 %	Actes bilan	23,5%	22.5%
Actes dépistage & prévention	6 %	Acte suivis surveillance	18,4%	16%
Actes thérapeutiques	82 %	Actes thérapeutiques	45,5%	38%
Actes libéraux	5 %	Enfants pour lequel un contact a été pris	8,1%	16.5%
		Enfant bénéficiant d'une post prise en charge	4,4%	7%

4.2 Par spécialité professionnelle

	CNSA	CAMSP 23 2008	CAMSP 23 2009	CAMSP 23 2010	CAMSP 23 2011	CAMSP 23 2012
Rééducateurs (kiné, ortho, psychomot, ergo)	51 %	43 %	43 %	46 %	50 %	47%
Psychologues	15 %	12 %	16 %	18 %	18 %	17%
Educateurs	14 %	25 %	19 %	18 %	18 %	17%
Médecins	12 %	10 %	8 %	5 %	4 %	6.5%
Prof. Transversales (AS, Coordinatrice, Direction Administrative., secrétaire)		10 %	14 %	13 %	10 %	12.5%

5. Délais d'attente

5.1 Avant un premier RV

Avant un 1 ^{er} rdv	Moins de 2 mois	De 2 à 3 mois	De 3 à 4 mois	De 4 à 6 mois	6 mois et plus
CNSA	47 %	31 %	11 %	7 %	4 %
CAMSP 23	2008 2012	2009 2011	2010	–	–

En 2012, le délai moyen d'attente entre le premier contact et le premier rendez-vous est de 1.4 mois. Il a été réduit par rapport à l'année précédente, alors de 2,8 mois et correspond au délai inférieur relevé dans l'enquête CNSA.

5.2 Avant un premier soin

Avant un 1 ^{er} soin	Moins de 2 mois	De 2 à 3 mois	De 3 à 4 mois	De 4 à 6 mois	6 mois et plus
CNSA	15 %	26 %	20 %	19 %	20 %
CAMSP 23				2008	2009 2010 2011 2012

En 2012, le délai moyen d'attente entre le premier contact et le premier soin est de 9.4 mois.

Commentaires :

L'attente est moindre pour un 1^{er} RV que pour la mise en place du 1^{er} soin. Cela résulte d'un choix de fonctionnement qui s'explique ainsi :

- Il est important de ne pas faire trop attendre les familles avant un 1^{er} rendez-vous du fait de l'angoisse souvent importante liée à l'incertitude quant au diagnostic.
- Ces rencontres dans le cadre du bilan permettent un premier acte de prévention (prévention secondaire) qui va orienter la suite de l'intervention du CAMSP :
 - Suivi
 - Pas de suivi
 - Réorientation vers un autre service (CMPP, CATTP, Hôpital de jour ...)

- L'accent est mis sur la rapidité de la réponse en terme de 1^{er} rendez-vous et se justifie donc par le fait que cela permet un tri quant aux propositions thérapeutiques et donc de ne pas faire perdre de temps aux enfants qui ont besoin de prises en charge autres que celles possibles au CAMSP.

Données quantitatives

Relatives aux prises en charge de 2008 à 2012 en référence aux données de l'enquête CNSA.

1. Caractéristiques des enfants

1.1 Répartition des entrants par tranche d'âges

❖ Observations CNSA

L'âge des enfants lors du premier rendez-vous est inférieur à un an pour 28% des enfants reçus dans un CAMSP, de 1 à 2 ans pour 31% et de 3 ans ou plus pour 41%. La précocité de l'accueil en CAMSP est donc toute relative.

❖ CAMSP 23

En 2012, 39 enfants entrants ont bénéficié d'un premier rendez-vous.

Tableau de répartition des entrants par tranche d'âge

	CNSA 2008	CAMSP 23 2008	CAMSP 23 2009	CAMSP 23 2010	CAMSP 23 2011	CAMSP 23 2012
< 1 an (y compris anténatal)	28%	25%	28%	24%	24%	10%
de 1 à 3 ans	31%	37%	36%	39%	39%	28%
3 ans et +	41%	38%	36%	37%	37%	62%
3 ans	19%	18%	15%	19%	19%	36%
4 ans	14%	16%	15%	16%	16%	21%
5 ans et +	8%	4%	4%	2%	3%	5%

1.2 Incidence de la prématurité

❖ Observations CNSA

Le terme de naissance est analysé pour 90 CAMSP qui ont répondu à cette question, soit pour 18600 enfants. 35% des enfants accueillis par les CAMSP sont des enfants prématurés dont 19% sont nés à moins de 32 semaines.

❖ CAMSP 23

41% des enfants pris en charge en 2012 sont prématurés. 68% d'entre eux font l'objet d'un suivi surveillance

2. Répartition des enfants selon les troubles constatés

	Trouble des apprentissages et de la communication	Handicap psychique	Handicap moteur	DI	Poly handicap	Troubles du comportement	Surdité	Cécité	Autres
CNSA	27%	20%	19%	17%	5%	2%	4%	1%	4%
CAMSP 2009	39%	4,8%	7,2%	8,4 %	1,2%	9,6%	0%	0%	27,7%
CAMSP 2011	32,8%	3,8%	5,3%	10,7 %	0,8%	14,5%	0%	0%	32%
CAMSP 2012	16%	5%	2%	3%	29%	21%	1%	0%	23%

Les modalités de classifications ne permettent pas de réaliser une classification suffisamment affinée. C'est pourquoi nous avons fait le choix de comptabiliser :

- dans la colonne « Autre » : les enfants prématurés
- et dans la colonne « Poly handicap » : les enfants présentant des troubles associés (dont retard global, retard de langage et de parole) qui étaient classés l'année précédente dans la rubrique « Autres ».

Nonobstant le classement des retards globaux dans la rubrique « poly-handicap », qui conduit de ce fait à une augmentation de ce pourcentage au regard des années précédentes, l'on constate une augmentation importante des troubles du comportement.

3. Scolarisation /socialisation

87.4% des enfants reçus au CAMSP en 2012 sont scolarisés (maternelle et primaire), 4.6% sont accueillis dans des structures de socialisation (crèche ou par des assistantes maternelles). Enfin, 7.3% d'entre eux ne sont accueillis dans aucune structure qu'elle soit scolaire, d'éveil, de garde ou culturelle ;

4. Durée des prises en charge

	< 1 an	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans et +
CNSA	37.5%	22.4%	17.4%	9.7%	5.7%	4.6%	2.7%
CAMSP 23 2008	7.7%	15.4%	19.2%	23%	23%	11.5%	—
CAMSP 23 2009	11%	33%	22%	11%	11%	11%	—
CAMSP 23 2010	11%	30%	30%	7%	18%	0%	4%
CAMSP 23 2011	6%	35%	35%	18%	0%	6%	—
CAMSP 23 2012	7%	29%	21%	29%	7%	7%	—

57% des prises en charge est < ou égal à deux ans.

5. Origine de l'orientation vers le CAMSP

	Autre CAMSP	Ecole Crèche	Famille	Secteur Hospitalier	Secteur libéral	PMI	Secteur Psy.	MDPH	Secteur social
CNSA	2,7%	12,9%	9,9%	37,6%	19,4%	12,1%	1,3%	Non évoqué	3,7%
CAMSP 23/ 2008	4,48%	14,18%	3,73%	52,24%	3,73%	11,20%	0,75%	2,24%	4,48%
CAMSP 23/ 2009	3,57%	15,70%	5,00%	50,70%	5,71%	11,43%	0,71%	2,14%	3,57%
CAMSP 23/ 2010	4,00%	16,30%	8,20%	40,80%	8,20%	14,30%	–	–	8,20%
CAMSP 23/ 2011	3,60%	14,40%	5,70%	48,20%	9,35%	11,50%	–	–	7,20%
CAMSP 23/ 2012	4.50%	20.40%	20.40%	29.50%	4.50%	11.50%	–	–	9.00%

❖ Observations CNSA

Le secteur sanitaire, hospitalier ou libéral, joue un rôle majeur dans l'orientation initiale vers le CAMSP, ou l'indication du CAMSP.

❖ CAMSP 23

Les orientations vers le CAMSP sont essentiellement effectuées par le secteur médical avec en son sein une prépondérance des orientations faite par le milieu hospitalier (secteur hospitalier, libéral et PMI représentent ensemble 46% des structures à l'origine de l'orientation). Ce constat est à corréler avec le fait que le directeur technique du CAMSP soit également chef du service pédiatrie au sein de l'hôpital.

Le milieu scolaire et les structures de socialisation viennent en second. Ces instances du fait de leurs fonctions sont à même d'exprimer des premières inquiétudes quant à des difficultés repérées chez un enfant.

En 2012 l'orientation à l'initiative des familles est exponentielle et nécessiterait une analyse plus fine si cette observation persiste.

6. Indications relatives à la fin de prise en charge

5.1 Age des enfants en fin de prise en charge (sortie du CAMSP)

	< 1 an	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans et +
CNSA	4.9%	6.4%	10.9%	15.3%	17.5%	20.8%	24.3%
CAMSP 23 2008	2.27%	9.09%	6.82%	6.82%	11.36%	31.82%	31.82%
CAMSP 23 2009	1%	8%	8%	12%	9%	29%	31%
CAMSP 23 2010	–	7%	6%	7%	21%	32%	27%
CAMSP 23 2011	–	6.3%	8.9%	12.6%	13.9%	25.3%	32.9%
CAMSP 23 2012	–	–	–	3%	3%	18%	76%

5.2 Orientations préconisées

	Arrêt parents	CMPP CMP	Pas d'orientation	SESSAD SSESD SSAD	ESMS	PMI	Autre CAMSP	Secteur libéral	Non renseigné
CNSA	25.4%	25.4%	3%	9.4%	7.4%	1.2%	6.7%	–	–
CAMSP 23 2008	27%	25%	16%	4.5%	6.8%	0%	0%	–	6.8%
CAMSP 23 2009	37%	25%	16%	2%	6%	0%	0%	–	2%
CAMSP 23 2010	15.7%	55%	35%	7.8%	2%	–	–	3.9%	7.8%
CAMSP 23 2011	38%	35%	11%	5.4%	2.7%	–	2.7%	5.4%	–
CAMSP 23 2012	9%	41%	18%	12%	12%	0%	0%	6%	3%

Si l'état de santé de l'enfant le nécessite, une réorientation en cours de prise en charge, de même que des examens médicaux complémentaires peuvent être préconisés. Toutes les orientations sont travaillées avec l'enfant et sa famille à qui un soutien et une guidance peuvent être apportés dans les démarches par la coordinatrice. Ces(ré) orientations font l'objet d'un travail de partenariat entre le CAMSP et la nouvelle structure de prise en charge ce avec l'aval des familles et dans le respect de l'autorité parentale.

L'orientation majoritaire s'effectue vers le CMPP ou la CMP pour une poursuite des soins. Les orientations préconisées en fin de prise en charge liée à l'âge de l'enfant sont élaborées en synthèse, par anticipation afin d'éviter une rupture dans le parcours de soin. Un effort particulier est demandé à l'équipe pour préparer l'orientation post CAMSP suite :

- à la réflexion menée dans le cadre du CPOM signé en Juillet 2012
- au résultat de l'audit régional sur les CAMSP mené en 2012 par le CREAHL

Aspects qualitatifs

Au regard de l'enquête CNSA

En janvier 2010, est publié un rapport sur les aspects qualitatifs du fonctionnement des CAMSP, sur commande de la CNSA. Ce rapport passe en revue les missions attribuées au CAMSP

par le décret du 15 avril 1976, identifie par ailleurs 5 rôles tenus par les CAMSP et enfin examine quelques domaines importants tels que la « fluidité des parcours de soins et d'accompagnement », les « réponses aux besoins des populations sur un territoire » et enfin la question des « partenariats et ressources ».

1. Réponses aux besoins sur le territoire

L'enquête de la CNSA identifie un certain nombre de facteurs dits facilitateurs en vue de la réponse à ces besoins :

1.1 L'accessibilité pour le dépistage et la prévention des situations de handicap :

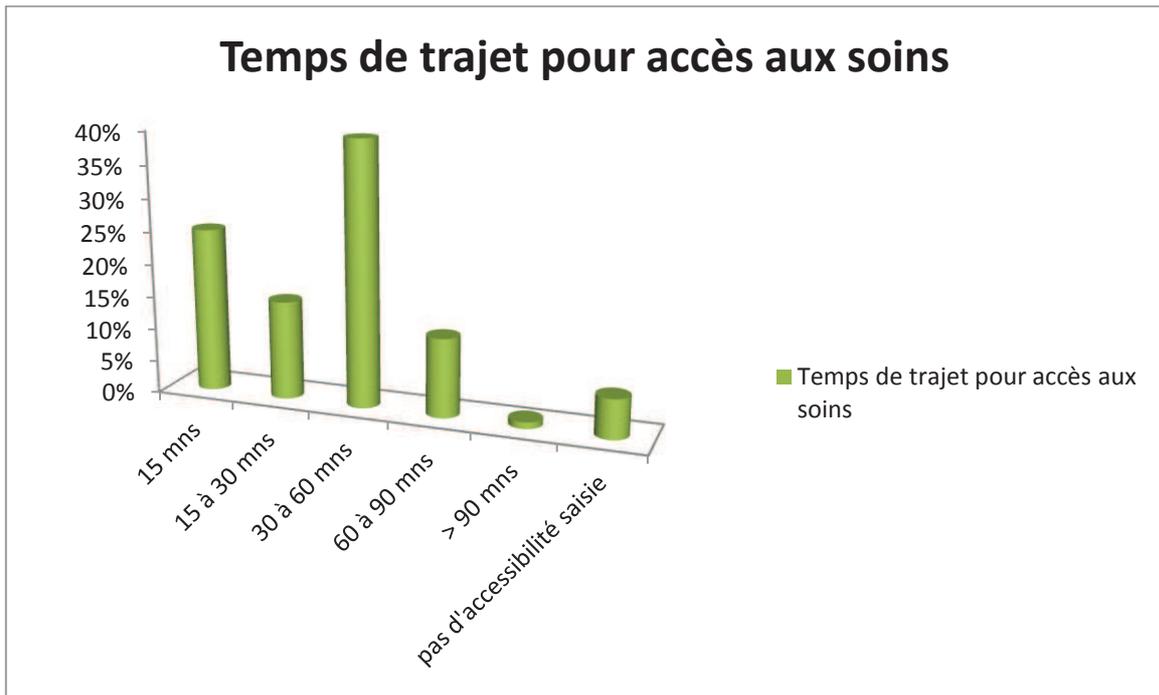
Cette accessibilité est rendue plus effective par les relations étroites qui lient le CAMSP et le service de néonatalogie du centre hospitalier ainsi que par les réunions régulières (1 par trimestre en 2012) avec la PMI. Dans le cadre de la prévention, des situations d'enfants sont évoquées en présence des médecins de PMI, de la coordinatrice du CAMSP et de la direction administrative.

1.2 La pluridisciplinarité des compétences internes :

L'organigramme du CAMSP est presque complet sur le plan qualitatif (Cf page 6 plateau technique 2012).

On peut déplorer le manque de médecin spécialisé en rééducation ainsi que le départ de l'orthophoniste en septembre 2012 lequel vient se greffer sur une situation territoriale de déficit en orthophonistes tant en libéral que dans les structures.

1.3 Accessibilité et développement des soins et des activités sur le territoire



Le tableau rend compte des durées de trajets nécessaires aux enfants pour accéder au lieu de soin en fonction de leur lieu de résidence. Le calcul a été fait à l'exclusion des enfants suivis en post CAMSP, soit sur la base de 140 enfants.

La particularité du territoire rural faiblement peuplé et la localisation du CAMSP à Guéret explique cette configuration. La répartition des temps de trajet subit très peu de variation de 2009 à 2012.

Un soin particulier est porté aux horaires de prise en charge pour les enfants qui effectuent des temps de trajets supérieurs à 30 minutes.

2 Fluidité des parcours de soins et d'accompagnement

(En référence à l'étude qualitative CNSA)

Le CAMSP se préoccupe de la fluidité du parcours de soin à laquelle il tente d'apporter des réponses dans un contexte difficile :

Modalités de mise en œuvre :

Afin de favoriser la poursuite de soins après 6 ans, nous nous efforçons d'anticiper la sortie du CAMSP et de donner le plus tôt possible un avis concernant la nature de ces soins.

Les synthèses de traitement relatives aux sortants sont donc programmées en début d'année, sachant que les sorties sont plutôt en rapport avec le calendrier scolaire (sorties en juillet dans l'année des 6 ans), calendrier qui est également la référence des SESSAD et établissements médico-sociaux.

De plus, à travers le travail de partenariat mené par la coordinatrice, la MDPH est sensibilisée à la situation des enfants de 6 ans suivis au CAMSP afin que la continuité thérapeutique (en SESSAD par exemple) soit possible.

Pour un certain nombre d'enfants, des réorientations sont nécessaires avant 6 ans, quand il nous apparaît que les difficultés présentées pourraient être prises en charge de manière plus pertinente par d'autres structures de soins. Dans ces cas précis, la coordinatrice est allée présenter **7 situations** aux partenaires **en 2012**, avec l'accord des parents.

Il convient de préciser que depuis septembre 2011, le CAMSP a recruté un nouveau médecin pédopsychiatre à temps partiel, et qui intervient également en pédopsychiatrie (CMP, CATTP, Hôpital de jour). Cette double appartenance facilite incontestablement les relations entre les différents services et donc la fluidité des parcours.

Dans ce même souci de fluidité du parcours, la coordinatrice a effectué un accompagnement de parents avec leur enfant pour une visite d'établissement spécialisée (IME) dans le cadre d'une orientation post CAMSP. De plus il a été proposé aux familles de présenter le dossier de leur enfant aux structures susceptibles de l'accueillir dans le cadre d'une réorientation.

Nous sommes cependant confrontés à des difficultés d'équipement territoriales. Ces dernières sont essentiellement dues au manque de spécialistes exerçant en libéral sur le département, d'où l'afflux de demandes arrivant au CAMSP ayant entraîné une file active en constante augmentation depuis l'ouverture de notre établissement, qui cependant se stabilise depuis 2011. Par ailleurs, le manque de places en SESSAD, nous conduit parfois à poursuivre le travail au-delà des 6 ans pour des enfants qui pour lesquels une rupture de la continuité des soins serait préjudiciable.

Les conséquences apparaissent au niveau de l'accueil de nouveaux enfants pour lesquels les délais d'attente de traitement augmentent, notamment en psychomotricité et orthophonie. Nous sommes contraints parfois de mettre en place des suivis incomplets, avec des prestations « en attente », et ce au grand désarroi des parents, sans parler de la frustration des personnels qui ont connaissance de besoins non pris en compte.

3. Partenariat

Les liens avec les partenaires sont établis par l'ensemble des membres de l'équipe, et plus particulièrement par le directeur administratif, la coordinatrice et l'assistante sociale pour toutes questions traitant de l'adaptation et de la scolarisation de l'enfant et par l'éducatrice de jeunes enfants particulièrement lors de la phase de bilans.

L'EJE a des relations très suivies avec le milieu scolaire. Elle peut effectuer des observations en classe, **une intervention** a été réalisée **en 2012**. Le CAMSP est sollicité pour participer aux réunions d'équipes éducatives et de suivi de scolarisation, **10 participations** sont enregistrées **pour l'année 2012**. Les orientations à l'issue de la prise en charge au CAMSP nécessitent aussi échanges et rencontres avec les partenaires déjà concernés et ceux qui pourraient assurer le relais.

Afin de faciliter et de formaliser les liens partenariaux, **4 conventions** ont été signées avec :

- La MDPH (qui peut solliciter l'expertise du CAMSP dans le cadre de l'instruction des dossiers)
- La crèche municipale de Guéret (interventions de la psychologue auprès des professionnelles) à la demande.
- Le centre hospitalier de Guéret (interventions des professionnels du CAMSP pour les patients de la maternité, de la néonatalogie et de la pédiatrie)
- La CMP (utilisation du bassin de balnéothérapie)

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

Le CAMSP Creuse s'inscrit dans ce positionnement retenu par la CNSA, et c'est ce qui le conduit à tisser et cultiver des liens avec les structures évoquées. Les rencontres avec les partenaires sociaux et médico sociaux sont au nombre de **16 pour 2012**.

Certains partenariats sont formalisés (crèche, MDPH, SSAD, Centre hospitalier de Guéret), d'autres non, tels que ceux avec le CMPP, la CMP et les SESSAD et SSESD.

L'absence de document contractuel n'est toutefois pas un obstacle à la réalité de la coopération qui se concrétise en règle générale par des invitations aux réunions de synthèse (où sont présentés les dossiers des enfants concernés), ou par des démarches proactives en direction des structures accueillant ou en attente d'accueillir les enfants.

Les relations avec les écoles sont fréquentes, parfois formelles (équipes éducatives et équipes de suivi de scolarisation, déplacements de l'EJE, ergothérapeute, psychomotricienne pour observations), parfois informelles (échanges téléphoniques).

Enfin, les psychologues scolaires sont sollicités pour échanges d'observations et d'informations (avec l'accord des parents).