

**CENTRE D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE
DE LA CREUSE**

C.A.M.S.P. DE LA CREUSE

RAPPORT D'ACTIVITE

QUALITATIF

2016



Association Gestionnaire :
Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de la Creuse
16, Avenue Pierre Mendès France
siege@lespep23.org – 05 55 51 02 14
www.lespep23.org

Le rapport d'activité des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) a été réalisé par un groupe de travail réunissant des représentants de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM-TS), de l'Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce (ANECAMSP), d'Agences Régionales de Santé (ARS), de Conseils Généraux (CG) et de l'Association des Départements de France (ADF).

Ce rapport est une référence pour décrire l'activité annuelle des CAMSP.

Le rapport comprend une partie quantitative présentée sous forme d'un tableau de bord Excel et une partie qualitative.

Des références sont faites entre la partie quantitative et la partie qualitative.

Les données quantitatives extraites du tableau de bord sont signalées dans la partie qualitative de la sorte : (CXXX).

RAPPORT QUALITATIF

Table des matières

A.	Identification et données générales sur le CAMSP	3
A1.	Contexte Législatif du CAMSP	3
A2.	Contexte Historique et Données générales du CAMSP	5
B.	Activité de l'année 2016 : Point sur les actions marquantes	7
B1.	Mission dépistage et diagnostic des déficits ou des troubles	7
B2.	Mission d'évaluation et bilan	8
B3.	Mission de traitement et de soins.....	9
B4.	Mission d'accompagnement et soutien des familles	11
B5.	Rôle de ressource et d'expertise auprès des partenaires	12
C.	Description des enfants présents au 31 décembre 2016 : point sur les caractéristiques du public accueilli au CAMSP.....	13
C1.	Description du public accueilli.....	13
C2.	Les évolutions constatées	17
C3.	Les besoins non couverts	19
D.	Procédure d'accueil des enfants entrés dans l'année	21
D1.	Les entrées	21
D2.	La procédure d'accueil mise en place	22
D3.	Les délais d'attente pour entrer au CAMSP	22
E.	Enfants sortis et fluidité des parcours.....	23
E1.	Les sorties	23
E2.	Les problèmes de fluidité à la sortie (enfants au CAMSP en attente d'une autre solution). 24	
F.	Ressources humaines	25
F1.	Point sur le personnel et les moyens du CAMSP.....	25
F2.	Point sur les actions marquantes de l'établissement	27
F3.	Point sur le partenariat	28
G.	Périmètre d'intervention et chiffrage du bassin de population.....	31
H.	Compte-rendu d'exécution budgétaire	32
I.	Autres éléments utiles à la compréhension de l'activité de la structure.....	33

A. IDENTIFICATION ET DONNEES GENERALES SUR LE CAMSP

A1. CONTEXTE LEGISLATIF DU CAMSP

La loi du 30 juin 1975, dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, stipule dans son article 3 :

« Les enfants chez qui un handicap aura été décelé ou signalé, notamment au cours des examens médicaux prévus à l'article L164-2 du code de la santé publique, pourront être accueillis dans des structures d'Action Médico-Sociale Précoce en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de cet handicap. La prise en charge s'effectuera sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention de médecins et de techniciens paramédicaux et sociaux et si nécessaire une action de conseil et de soutien des familles. Elle est assurée s'il y a lieu, en liaison avec des institutions d'éducation préscolaire ».

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce viennent de naître. Ils peuvent être spécialisés ou polyvalents avec des sections spécialisées, de statut public ou privé à but non lucratif.

Le décret n° 76-389 du 15 avril 1976 (annexe XXXII bis) en fixe les modalités de fonctionnement technique :

« Ces centres ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premiers et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées. Ces centres exercent aussi, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant. Le dépistage et les traitements sont effectués et la rééducation mise en œuvre, sans hospitalisation, par une équipe composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnels d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, en tant que de besoin, d'autres techniciens. Les actions préventives spécialisées sont assurées par des équipes itinérantes, uni ou pluridisciplinaires, dans les consultations spécialisées et les établissements de protection infantile ainsi que, le cas échéant, dans les établissements d'éducation préscolaire ».

La loi du 2 janvier 2002¹, inscrit les CAMSP dans son champ de compétence par l'Article 15 alinéa 3 du Chapitre II - Section I portant sur l'Organisation de l'action sociale et médico-sociale. Ainsi, les soins et l'accompagnement proposés sont personnalisés et, l'enfant, en fonction de son âge, et ses parents participent à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accompagnement qui le concerne. Les CAMSP proposent des bilans, des soins et un accompagnement global de l'enfant (sans hospitalisation) et de ses parents grâce à la présence d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnels d'éducation précoce, d'éducateurs spécialisés ou d'éducateurs de jeunes enfants, d'assistants sociaux, et, autant que de besoin, d'autres techniciens. Les traitements sont effectués sous l'autorité d'un médecin. Leurs actions se déroulent au sein de la structure, au domicile et dans tous les lieux où l'enfant évolue avec l'autorisation du ou des responsables légaux.

L'accès au CAMSP est facilité sur le plan administratif : les parents s'adressent directement au centre et inscrivent leur enfant qui n'a pas besoin de disposer d'une notification d'orientation par la Maison Départementale des Personnes Handicapée (MDPH). En outre, les interventions réalisées ne nécessitent pas l'avance de frais pour les parents. Le **Code de l'action sociale et des familles** (CASF) stipule que les CAMSP ont un budget relevant de la double compétence « Assurance Maladie » et « Conseil départemental » :

¹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Paragraphe 2 : Centres d'action médico-sociale précoce.

Article R314-123 [En savoir plus sur cet article...](#)

Conformément aux dispositions de l'article L. 2112-8 du code de la santé publique, la dotation globale de financement des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du présent code est versée :

1° Pour 20 % de cette dotation, par le département d'implantation, dans les conditions fixées au sous-paragraphe 1 du paragraphe 2 de la sous-section 3 de la présente section ;

2° Pour 80 % de cette dotation, par l'assurance maladie dans les conditions fixées par les articles R. 174-16-1 à R. 174-16-5 du code de la sécurité sociale.

Tandis que les frais de transport liés aux soins ou traitements sont pris en charge par l'Assurance maladie : **Décret n° 2014-531 du 26 mai 2014** relatif à la participation des assurés sociaux aux frais de transport mentionnés au 19° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

JORF n°0122 du 27 mai 2014 page 8709
texte n° 23

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

NOR: AFSS1331848D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/5/26/AFSS1331848D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/5/26/2014-531/jo/texte>

Article 1

L'article R. 322-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré est supprimée pour les frais de transport mentionnés au 19° de l'article L. 322-3. »

Article 2

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° de l'article R. 322-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« f) Transports liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au [3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles](#) et dans les centres médico-psycho-pédagogiques, mentionnés au 19° de l'article L. 322-3 du présent code. » ;

2° Au b de l'article R. 322-10-4, les mots : « mentionnés au e » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux e et f » ;

3° A l'article R. 322-10-5, les mots : « aux b à e du 1° » sont remplacés par les mots : « aux b à f du 1° ».

La compétence des CAMSP est inscrite à l'Article L343-1 du CASF :

Chemin :

[Code de l'action sociale et des familles](#)

▶ [Partie législative](#)

▶ [Livres III : Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services](#)

▶ [Titre IV : Dispositions spécifiques à certaines catégories d'établissements](#)

▶ [Chapitre III : Centres d'action médico-sociale précoce.](#)

Chapitre III : Centres d'action médico-sociale précoce.

Article L343-1 En savoir plus sur cet article...

Modifié par [Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 4 JORF 3 janvier 2002](#)

Les règles relatives aux centres d'action médico-sociale précoce sont fixées par les dispositions des articles L. 2132-4 et L. 2112-8 du code de la santé publique ci-après reproduites :

" Art. [L. 2132-4](#).-Les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou celles à qui un enfant a été confié sont informées, dans le respect des règles déontologiques, lorsqu'un handicap a été suspecté, décelé ou signalé chez ce dernier, notamment au cours des examens médicaux prévus à l'[article L. 2132-2](#) du code de la santé publique, de la nature du handicap et de la possibilité pour l'enfant d'être accueilli dans des centres spécialisés, notamment, dans des centres d'action médico-sociale précoce, en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap.

Dans les centres d'action médico-sociale précoce, la prise en charge s'effectue sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Elle comporte une action de conseil et de soutien de la famille ou des personnes auxquelles l'enfant a été confié. Elle est assurée, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions d'éducation préscolaires et les établissements et services mentionnés à l'[article L. 2324-1](#).

Le financement de ces centres est assuré dans les conditions définies à l'[article L. 2112-8](#) du code de la santé publique. "

" Art. [L. 2112-8](#).-Le financement des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 est assuré par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80 % de son montant et du département pour le solde. "

Les CAMSP inscrivent également leur action dans le cadre de la loi du **11 février 2005**² qui affirme le droit à la scolarisation des enfants handicapés. Les modalités en sont diversifiées mais la scolarisation en milieu ordinaire est privilégiée. La loi prévoit de construire avec l'enfant et sa famille un parcours qui va lui permettre de s'insérer dans la collectivité. Le droit à la compensation à toute personne handicapée est désormais reconnu comme un droit universel et s'impose comme le pilier juridique sur lequel peuvent s'appuyer les parcours de vie des personnes en situation de handicap.

Ainsi, à l'instar de tout établissement médico-social de France, le CAMSP de la Creuse se doit de placer l'enfant au centre du dispositif de soin en tenant compte de son environnement familial, éducatif et social.

A2. CONTEXTE HISTORIQUE ET DONNEES GENERALES DU CAMSP

Le CAMSP de la Creuse est un **CAMSP associatif** géré par l'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de la Creuse³ (Les PEP 23) dont le siège social se situe au 16 avenue Pierre Mendès France 23 000 GUERET.
[www.lespep23.org]



Données générales du CAMSP de la Creuse :

- Année d'ouverture : 2001 (E13)
- Numéro FINESS : 230000010 (C30)
- Agrément : 30 places / CAMSP polyvalent
- **Spécificité : bassin de balnéothérapie**
- Territoire concerné : département de la Creuse

Le département de la Creuse est équipé d'un seul CAMSP situé à Guéret.

² Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

³ Présentation de l'association gestionnaire sur le site internet www.lespep23.org

Le CAMSP couvre donc l'ensemble du département.

- Adresse : 20 avenue Pierre Mendès France – 23000 GUERET
Le CAMSP n'a pas d'antenne sur le département.

- Direction Technique : Docteur LAYADI, pédiatre à temps partiel
- Direction administrative : Clémentine GOUNY, à temps partiel

Il est à noter que la direction administrative a changé en cours d'année, Mme GOUNY a pris ses fonctions à compter du 1^{er} juillet 2016.

Implantation géographique

Le CAMSP est situé au 20 avenue Pierre Mendès France, 23000 GUERET.

Le CAMSP est idéalement situé à Guéret, il est situé à quelques mètres du CMPP, du CMP enfants favorisant les liens entre ces structures et facilitant la continuité du parcours de soins pour certains enfants (notamment lors des orientations vers autres structures).

Accessibilité et locaux

Le CAMSP détient un parking privatif accessible aux familles et aux taxis.

Le CAMSP bénéficie de locaux récents (construction en 2007).

Ces locaux sont adaptés et permettent notamment l'accueil de personnes en situation de handicap (ascenseur, porte automatique...).

Les personnels bénéficient d'espaces (*salles individuelles, salles de groupe, espace extérieur, salle de réunion, balnéothérapie*) adaptés et entretenus.

B. ACTIVITE DE L'ANNEE 2016 : POINT SUR LES ACTIONS MARQUANTES

B1. MISSION DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES DEFICITS OU DES TROUBLES

❖ Dépistage des troubles du spectre autistique

Dès 2014, la priorité du plan de formation du CAMSP⁴ portait sur le dépistage des troubles du spectre autistique.

Une procédure de diagnostic est initiée par le pédiatre lors de sa consultation en pratiquant le M-CHAT puis organise en cas de doute une évaluation multidisciplinaire. La psychologue et l'Educatrice de Jeunes Enfants vont alors mettre en œuvre deux séances conjointes d'observation pour ces enfants selon une procédure établie.

Cette procédure et les outils utilisés dans le cadre du dépistage et du diagnostic de première intention ont été élaborés en équipe et présentés à l'équipe du Centre Expert Autisme Limousin pour permettre un parcours gradué dans le diagnostic et la prise en charge.

En 2016, parmi les enfants qui ont bénéficié du protocole de dépistage « TSA », pour 1/3 des cas (soit 5 enfants), le diagnostic « Autisme et autres TED⁵ » a été retenu. 100% de ces diagnostics retenus (TSA) ont par la suite été confirmés par le centre expert autisme.

❖ Dépistage et prises en charge des troubles pour les enfants dits « vulnérables »

Sont considérés ici comme « enfants vulnérables » les enfants nés prématurément. Le premier bilan que reçoivent les enfants prématurés au CAMSP s'inscrit dans le dépistage **de troubles liés à la prématurité** avec pour objectif d'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.

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.

Ces enfants prématurés, petits-poids de naissance, avec ou sans anomalies cérébrales néonatales nécessitent une prise en charge et un suivi très particulier permettant une

⁴ Inscription du Médecin Directeur Pédiatre au DIU Autisme en 2014 – validé en 2016, formations et colloques pour l'équipe

⁵ TED Troubles Envahissant du Développement

surveillance de leur développement et la mise en place d'une prise en charge spécifique à la moindre anomalie.

Parmi les enfants présents au 31/12/2016 :

On repère 37% d'enfants prématurés dont 17% nés avant 31 semaines et 8% avant 28 semaines.

Les enfants présentant une infirmité motrice cérébrale représentent 10% de l'ensemble des enfants suivis au CAMSP au 31/12/2016.

❖ **Dépistages et troubles liés aux anomalies génétiques, aux encéphalopathies anténatales acquises, et aux maladies rares**

Le dépistage et la prise en charge de ces pathologies représentent environ 10% de notre activité, elle englobe les pathologies comme la trisomie 21, le déficit en Glut 1, les syndromes d'alcoolisation fœtale et l'ECTAF...

❖ **Dépistage et accompagnement des troubles liés aux situations à haut risque psycho-social**

Seuls les enfants présentant des difficultés neuro-développementales, somatiques ou neurologiques associées à une situation à haut risque psycho-social sont concernés dans ce chapitre. Dans la population suivie au CAMSP, en effet, on retrouve dans **45% des cas, des situations de vulnérabilité psycho-sociale aggravant le contexte médical initial** et nécessitant une prise en charge spécifique et un accompagnement multidisciplinaire.

B2. MISSION D'EVALUATION ET BILAN

La première consultation est obligatoirement assurée par le pédiatre qui va alors évaluer la situation, en prenant en compte les domaines suivants de façon systématique : médical, psychologique, et social ; il préconise parfois des consultations de développement ou de suivi médical au CAMSP dans le cadre d'un suivi-surveillance et du suivi-prévention.

Le pédiatre prescrit si nécessaire un bilan multidisciplinaire auprès de l'équipe du CAMSP, mais peut également faire une orientation vers une autre structure plus adaptée. L'évaluation multidisciplinaire globale et élargie a pour objectif de permettre d'apprécier le niveau de développement de l'enfant, ses capacités, son fonctionnement, et d'identifier les éventuels facilitateurs ou obstacles environnementaux.

Cette évaluation globale est réalisée avec l'enfant et ses parents et/ou les professionnels qui l'accompagnent au quotidien.

A l'issue de cette évaluation, une réunion de synthèse est organisée en présence des différents professionnels du CAMSP sous l'autorité médicale du pédiatre, une conclusion et des propositions sont élaborées de manière collégiale, après mise en commun des évaluations spécifiques et des échanges cliniques.

Quand une prise en charge au CAMSP est décidée, deux personnels sont désignés pour présenter les conclusions et les propositions de la synthèse lors d'un entretien avec les parents. Un Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) est élaboré, et remis aux parents.

Les propositions de suivi au CAMSP peuvent prendre plusieurs formes :

- ↪ **Suivi-prévention** : qui consiste en des bilans successifs le plus souvent biannuels, quelques fois annuels, pour des enfants qui requièrent une certaine vigilance (prévention secondaire).
- ↪ **Suivi- surveillance** : qui procède de la même logique de prévention secondaire, mais qui s'adresse aux prématurés de moins de 34 semaines.
- ↪ **Suivi- thérapeutique** : qui consiste en des soins dispensés de manière pluri-hebdomadaire et relève de la prévention tertiaire.

Il arrive que soit proposé un suivi thérapeutique pour un enfant initialement en suivi-prévention ou suivi-surveillance. Cette décision est collégiale dans le cadre de la réunion de synthèse, lorsque l'évolution spontanée n'est pas satisfaisante et justifie donc une action plus conséquente.

L'avis des parents est pris en considération, ils peuvent accepter une partie ou la totalité des propositions. L'aménagement de ces prises en charge est discuté avec les parents en prenant compte de leurs disponibilités et du temps éventuel de mise en collectivité de l'enfant en fonction de son âge.

En 2016 :

- Tous les enfants inscrits au CAMSP ont bénéficié de façon systématique d'une consultation avec le pédiatre.
- 62 enfants ont bénéficié d'un bilan pluridisciplinaire (par au moins 2 professionnels) (C66)
- 206 synthèses individuelles ont été effectuées (C76)

B3. MISSION DE TRAITEMENT ET DE SOINS

Le suivi proposé au CAMSP peut prendre plusieurs formes comme il est précisé ci-dessus:

- ↪ **Suivi-prévention**
- ↪ **Suivi- surveillance**
- ↪ **Suivi- thérapeutique**

Le suivi peut s'articuler autour de prises en charge multiples :

- **Prises en charge individuelles**
 - Prise en charge en psychomotricité (psychomotricienne)
 - Prise en charge en kinésithérapie (kinésithérapeute)
 - Prise en charge en ergothérapie (ergothérapeute)
 - Prise en charge psychologique (psychologue)
 - Prise en charge éducative (éducatrice de jeunes enfants)
 - Prise en charge psycho-éducative (psychologue, éducatrice de jeunes enfants) pour l'enfant et ses parents
 - Prise en charge médicale : consultations pédiatriques, consultations pédopsychiatriques et coordination avec les centres hospitaliers, les centres de référence, la PMI et les médecins traitants.

Le médecin reçoit l'enfant systématiquement en présence de ses parents et/ou de son assistant familial avec ou sans référent institutionnel.

Le thérapeute recevra l'enfant avec ses parents les premières séances puis en situation duelle ou accompagné par ses parents par la suite.

Le professionnel propose des axes de rééducation étudiés en synthèse et validés par le médecin.

o **Prises en charge en groupe**

La prise en charge en groupe consiste à répondre aux besoins de chaque enfant en favorisant le lien avec les autres enfants, créant une dynamique positive dans l'échange, la communication et les interactions.

Les groupes sont souvent co-animés par un binôme de professionnels.

Ces groupes présentent des intérêts thérapeutiques spécifiques et l'avantage de permettre des regards croisés sur la situation de l'enfant.

Ces groupes résultent d'une co élaboration de l'équipe pluridisciplinaire, sur la base des nécessités rééducatives et thérapeutiques identifiées en réunion de synthèse.

Liste non exhaustive des groupes proposés en 2016 :

Dénomination du groupe	Animatrices	Enfants concernés/Objectifs généraux
« Bouge ton corps »	<i>Psychomotricienne</i>	<u>Enfants de 4 à 6 ans</u> /apprendre à évoluer sous le regard de l'autre
« Bassin thérapeutique »	<i>Psychomotricienne et Psychologue</i>	<u>Enfants de 4 à 6 ans avec difficultés corporelles et/ou de comportement/</u> Maturation psycho affective avec un médiateur contenant
« Corps en Je »	<i>Psychomotricienne et Psychologue</i>	<u>Enfants de 4 à 6 ans avec difficultés corporelles, troubles de l'attention/</u> Canalisation de l'attention, intégration des règles
« Eveil sensori-moteur » 3 groupes d'enfants	<i>Educatrice de J.E. et Psychologue</i>	<u>Enfants de moins de 4 ans/</u> Eveil, socialisation, intégration de règles et rituels, découverte du monde environnant
« Accompagnement psycho-éducatif »	<i>Psychologue et Educatrice de J.E.</i>	<u>Enfants à partir de 5 ans/et leurs parents</u> Travail sur les postures éducatives
« Aide aux pré-requis du langage »	<i>Educatrice de J.E.</i>	<u>Enfants de 2 à 4 ans</u> Travail sur l'attention conjointe, la notion de tour de rôle, la communication pré verbale
« Grapho-motricité »	<i>Ergothérapeute</i>	Stimuler l'aspect sensori-moteur - Favoriser la dissociation des doigts - Accompagner l'enfant dans le développement de la perception-visuelle - Accompagner l'enfant dans la mise en place de compensations concernant des difficultés spatiales et/ou dans les activités constructives - Apprendre à tenir correctement l'outil scripteur - Intégrer le sens graphique - Accompagner l'enfant dans l'apprentissage scolaire : écriture, utilisation d'outils scolaires - Utiliser la dynamique de groupe pour favoriser l'imitation entre les enfants dans la réalisation d'activités manuelles.
« Aide au graphisme »	<i>Ergothérapeute et psychomotricienne</i>	Apprendre à investir son corps comme trame spatiale de base pour pouvoir la projeter à l'extérieur et structurer ainsi correctement l'espace extérieur (travail corporel global) - Apprendre à tenir correctement l'outil scripteur - Favoriser la dissociation de poignet - Intégrer le sens graphique - Accompagner l'enfant à entrer dans l'écriture (avec par exemple des activités de pré graphisme ou des méthodes particulières) - Apprendre à l'enfant à s'organiser sur une

		feuille, sur un cahier... (sur un plan horizontal, vertical...) - Accompagner l'enfant dans l'apprentissage de l'utilisation d'outils scolaires (ciseaux, gomme, colle...) - Accompagner l'enfant dans la mise en place de compensations concernant des difficultés spatiales et/ou dans les activités constructives - Utiliser la dynamique de groupe pour favoriser l'imitation entre les enfants dans la réalisation d'activités manuelles.
« Atelier d'éveil musical	<i>Educatrice de J.E.</i>	Développer les aptitudes sensori-motrices et cognitives : contrôle sensori-moteur, mémorisation, attention, concentration, structuration perceptive des organisations temporelles . Faciliter l'épanouissement affectif et social : expression de soi, expression artistique, écoute des autres.

En 2016 :

76 enfants (C67) ont bénéficié d'un suivi thérapeutique

1 778 séances individuelles (E81) ont été assurées

807 séances de groupe (E82) ont été assurées

➔ Répartition de l'activité (en %) concernant les différentes missions du CAMSP énoncées dans les sous parties précédentes à savoir :

- Le dépistage et le diagnostic des déficits ou des troubles
- L'évaluation et bilan
- Le traitement et les soins

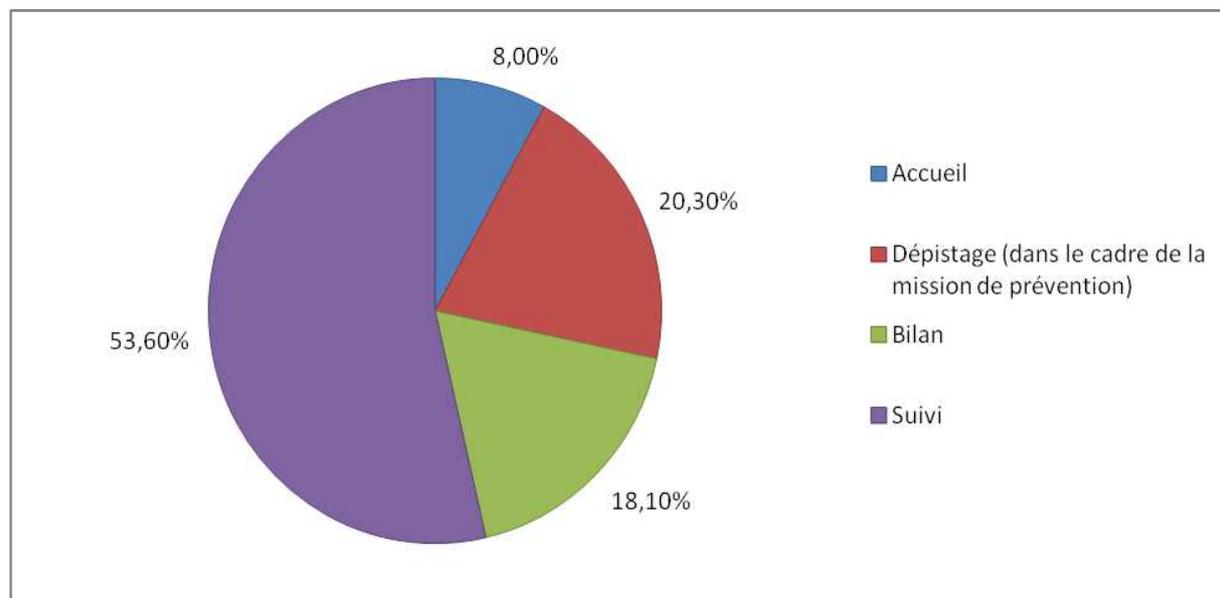


Figure 1 - Répartition de la file active 2016 par type d'intervention

B4. MISSION D'ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIEN DES FAMILLES

La situation de handicap de l'enfant et/ou les difficultés développementales somatiques ou neurologiques peuvent retentir de façon significative sur la vie familiale et rajouter de la vulnérabilité à la vulnérabilité initiale liée aux problèmes de santé.

Par ailleurs, dans notre population suivie au CAMSP, on retrouve également dans 45% des cas, des situations à haut risque psycho-social associées à un contexte neuro-

développemental perturbé et des problèmes de santé nécessitant une prise en charge spécifique et un accompagnement multidisciplinaire.

Cet accompagnement prend en compte les spécificités psychologiques, sociales, économiques et culturelles. Il s'adresse aux parents, mais aussi à la fratrie, parfois aux personnes auxquelles l'enfant a été confié.

Pour répondre à ces besoins, et conformément aux missions du CAMSP, l'équipe peut proposer des actions internes au CAMSP: rendez-vous avec l'assistante sociale, la psychologue, l'éducatrice de jeunes enfants voire avec le médecin (pédiatre, pédopsychiatre) ou bien des actions externes : accompagnement à domicile.

En 2016 :

79 actions validées au bénéfice des parents

177 actions validées au bénéfice des parents-enfants

B5. ROLE DE RESSOURCE ET D'EXPERTISE AUPRES DES PARTENAIRES

o Ressource/Expertise CAMSP pour la MDPH :

A chaque fois que l'enfant présente un handicap, l'équipe du CAMSP accompagne les parents dans les démarches auprès de la MDPH.

L'équipe du CAMSP partage son expertise sur la situation de l'enfant avec l'équipe de la MDPH, préconise des orientations pour aider à la prise de décision par la MDPH.

Les échanges avec la MDPH et les transmissions d'informations (certificats médicaux, comptes-rendus) sont réguliers, et la coordination est assurée par le médecin pédiatre, la directrice, la coordinatrice.

Ce partenariat entre le CAMSP et la MDPH n'est fait qu'après l'accord des familles.

o Ressource/Expertise CAMSP pour le milieu scolaire :

Les établissements scolaires de notre territoire sont sensibilisés au dépistage des difficultés neuro-développementales et psychomotrices entre autres, ils conseillent les parents à consulter au CAMSP et sollicitent parfois directement l'équipe du CAMSP.

Pour les enfants suivis au CAMSP, et après accord des parents, des échanges réguliers avec l'école ont lieu soit de façon individuelle soit lors des Equipes Educatives ou Equipes de Suivi de Scolarisation pour permettre une adaptation de la scolarisation et des propositions d'outils afin de faciliter une intégration de l'enfant dans son milieu scolaire ordinaire.

L'équipe du CAMSP mène également des « observations en classe ».

Les échanges entre le CAMSP et la psychologue scolaire de façon spécifique et le RASED de façon plus globale sont réguliers.

o Ressource/Expertise CAMSP pour le suivi-surveillance des enfants prématurés :

Le CAMSP assure un suivi-surveillance des enfants prématurés et reste le référent sur le territoire.

Ce suivi-surveillance est admis par le réseau de périnatalogie régionale et les différents centres hospitaliers de la région dans l'objectif de suivre de façon exhaustive tous les prématurés du territoire.

C. DESCRIPTION DES ENFANTS PRESENTS AU 31 DECEMBRE 2016 : POINT SUR LES CARACTERISTIQUES DU PUBLIC ACCUEILLI AU CAMSP

C1. DESCRIPTION DU PUBLIC ACCUEILLI

❖ Le terme de naissance des enfants présents au 31/12/2016

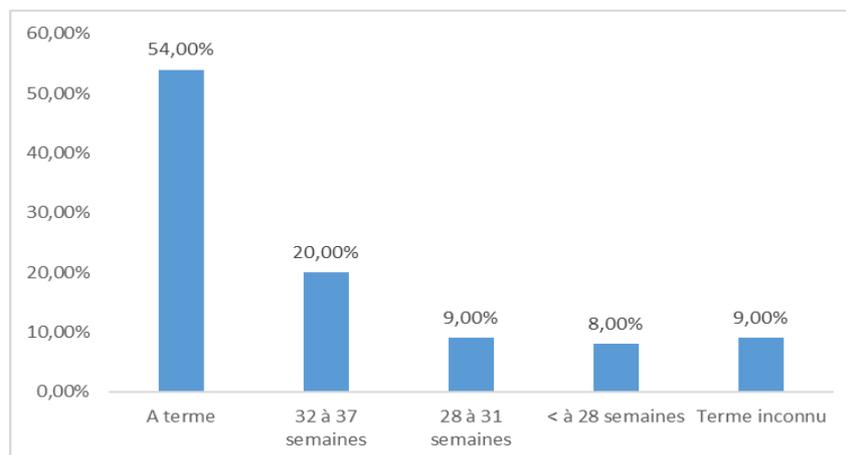


Figure 2 - Pourcentage d'enfants présents au 31/12 selon le terme de naissance

Sur la population des enfants présents au 31/12/2016, 37% sont prématurés dont 17% sont nés avant la 31^{ème} semaine et 8% sont prématurissimes nés avant la 28^{ème} semaine d'aménorrhée.

Cette description ne prend pas en compte les conditions d'accouchement, les complications liées à la grossesse et à la naissance.

Un enfant peut naître à terme avec une souffrance fœtale aigue sévère, des anomalies neuroradiologiques par exemple, sans pour autant être considéré comme vulnérable sur cette approche de la classification.

❖ Les diagnostics

- **La répartition des enfants en suivi thérapeutique au 31/12/2016 selon la déficience principale**

L'utilisation de la classification de la CNSA ne peut être le reflet d'une activité réelle puisque elle ne prend pas en considération les tableaux complexes associant plusieurs difficultés. Les items proposés restent parfois vagues et ne correspondent pas forcément à notre pratique quotidienne.

Quant à la classification CIM 10, elle correspond plus à notre pratique quotidienne mais reste insuffisante pour décrire toute l'activité médico-psycho-sociale.

La complémentarité entre les données de périnatalogie, la classification CNSA, la CIM 10 et les axes environnementaux semble nécessaire pour avoir une idée sur l'activité globale mais avec des imperfections qui ne permettent pas d'avoir une vision précise de nos actions.

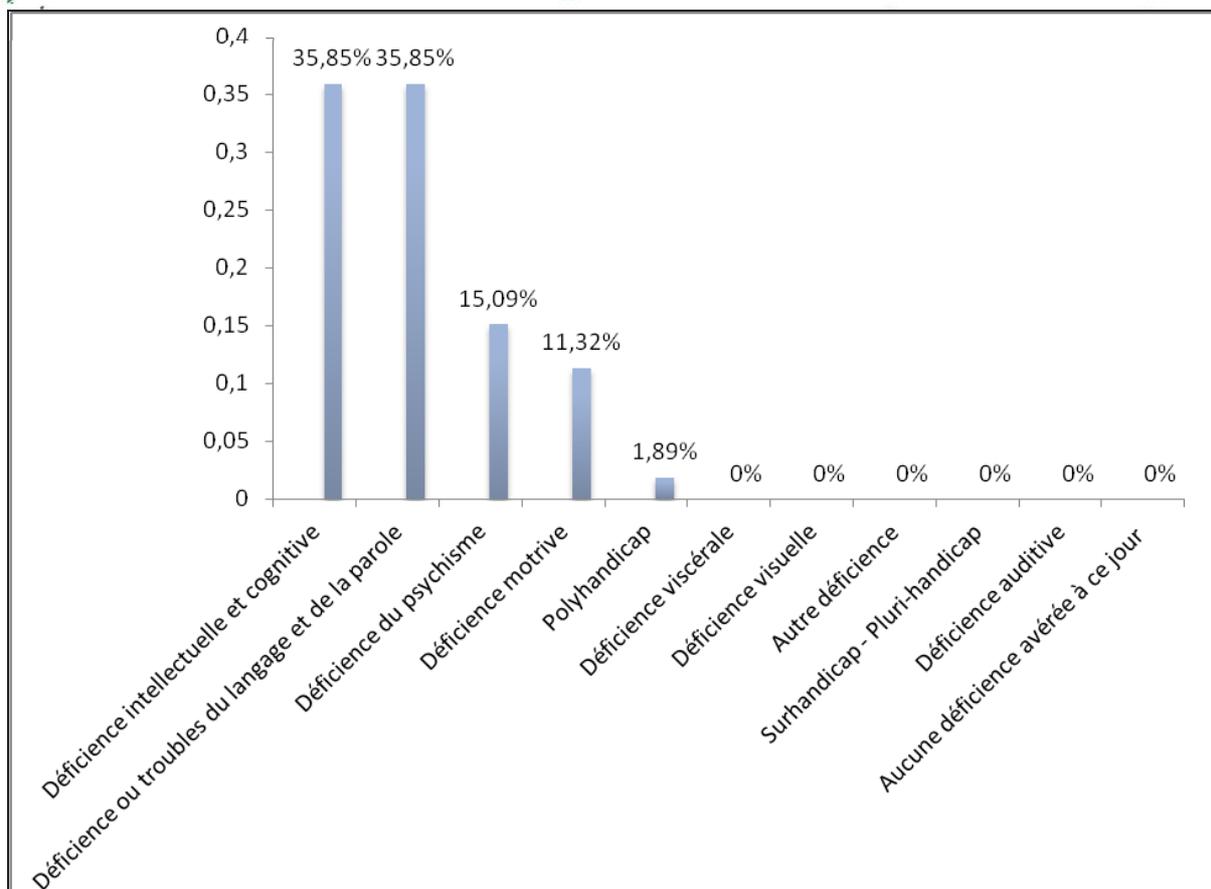


Figure 3 - Répartition des enfants suivis selon la déficience principale

Sur le graphique ci-dessus, *-la déficience intellectuelle et cognitive-* et *- la déficience ou troubles du langage et de la parole-* représentent plus des deux tiers du recours à la prise en charge au CAMSP mais cela reste imprécis quant au type et au degré de l'atteinte cognitive et intellectuelle et par ailleurs ne prends pas en considération l'association entre les différents items.

- Les étiologies et pathologies

Seule la moitié des enfants ont pu être classés dans la CIM10, parmi ces enfants on note :

- ↪ 10% présentent une Infirmité Motrice Cérébrale et pathologies vasculaires anté-peri natales.
- ↪ 10% présentent des pathologies génétiques et encéphalopathies anténatales acquises comme la trisomie 21, le déficit en Glut 1, les syndromes d'alcoolisation fœtale et l'ECTAF.
- ↪ 10 % présentent des troubles du spectre autistique.
- ↪ Et plus de 20% de ces enfants sont classés dans « Autres pathologies » dont « Facteurs psycho-sociaux dominants » ce qui explique la difficulté de classification.

Les axes environnementaux

Concernant les axes environnementaux, on constate la présence dans les deux tiers des cas de conditions particulières entravant le bon développement des enfants suivis au CAMSP. On citera :

- le contexte familial particulier,
- les carences affectives, éducatives, sociales, culturelles,
- les mauvais traitements et négligences graves
- un événement entraînant la rupture des liens affectifs.

❖ L'âge à l'entrée au CAMSP des enfants présents au 31/12/2016

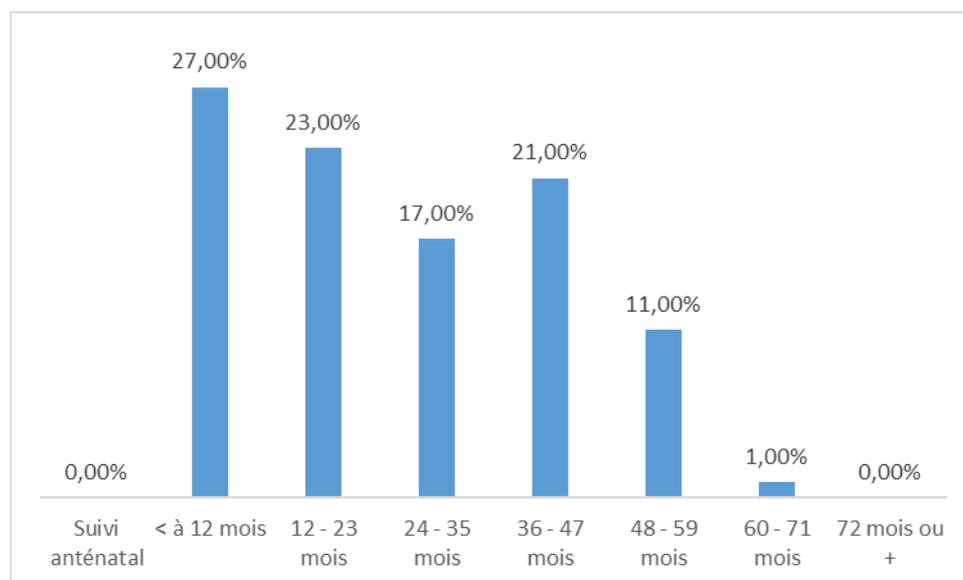


Figure 4 - Pourcentage d'enfants présents au 31/12 selon l'âge à l'entrée au CAMSP (données extraction tableau de bord CNSA)

50% des enfants ont moins de deux ans (27% ont moins d'un an, 23% ont entre un an et deux ans) à leur entrée au CAMSP. Ceci est à mettre en lien avec un repérage précoce et une bonne connaissance du CAMSP par les partenaires permettant ainsi une entrée au plus jeune âge. Par ailleurs, 21% des enfants présents sont entrés au CAMSP dans leur quatrième année, nous pouvons mettre ceci en lien avec le repérage de certaines difficultés à l'école.

❖ L'âge et le sexe des enfants présents au 31/12/2016

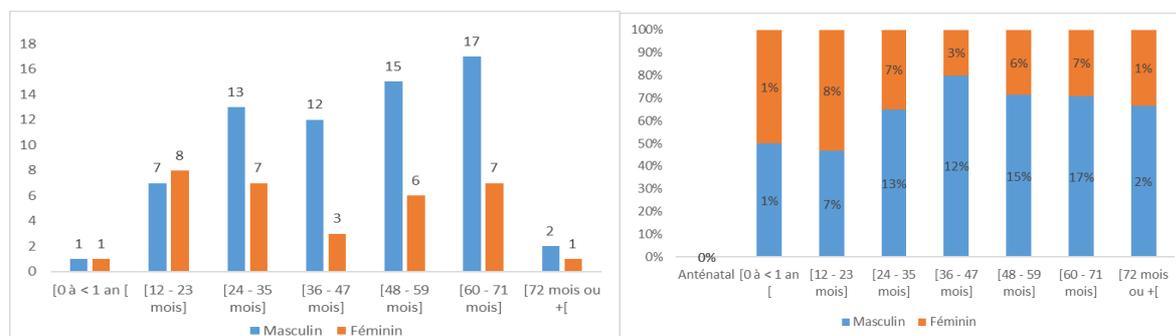


Figure 5 - Age et sexe des enfants présents au 31/12

Au 31/12/2016, on recense 99 enfants avec un dossier ouvert avec une part plus importante de garçons (67% d'entre eux sont des garçons).

❖ **Le mode de garde**

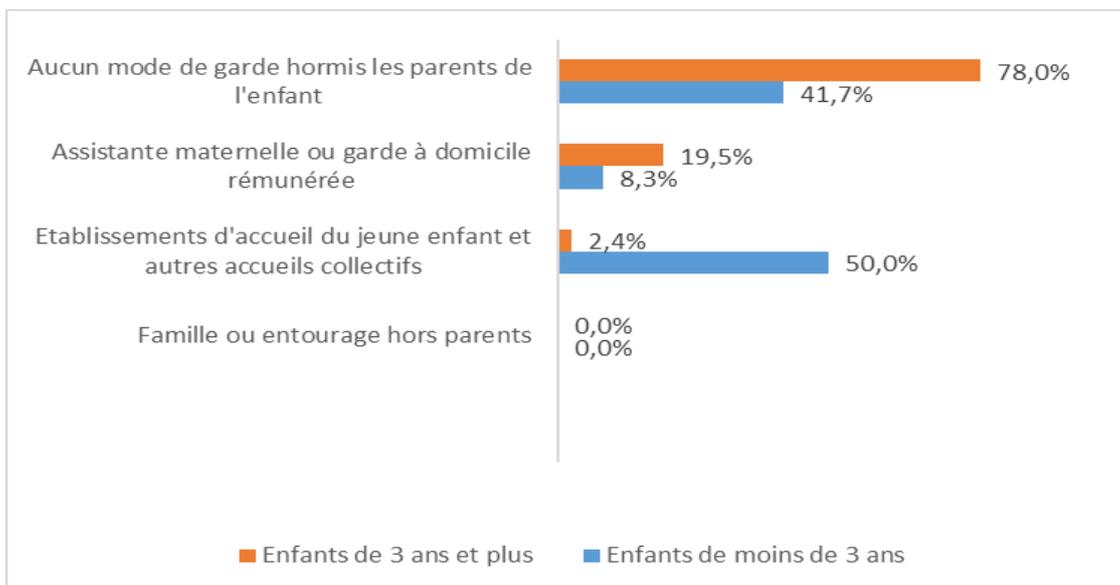


Figure 6 - Mode de garde des enfants en suivi thérapeutique au 31/12

Les parents restent le principal mode de garde des enfants de plus de 3 ans accueillis au CAMSP (78%).

Pour les enfants de moins de 3 ans accueillis au CAMSP, 50% d'entre eux ont un mode de garde de type « établissement d'accueil du jeune enfant et autres accueils collectifs ».

❖ **La scolarisation et la socialisation des enfants de 3 ans ou plus en suivi thérapeutique au 31/12/2016**

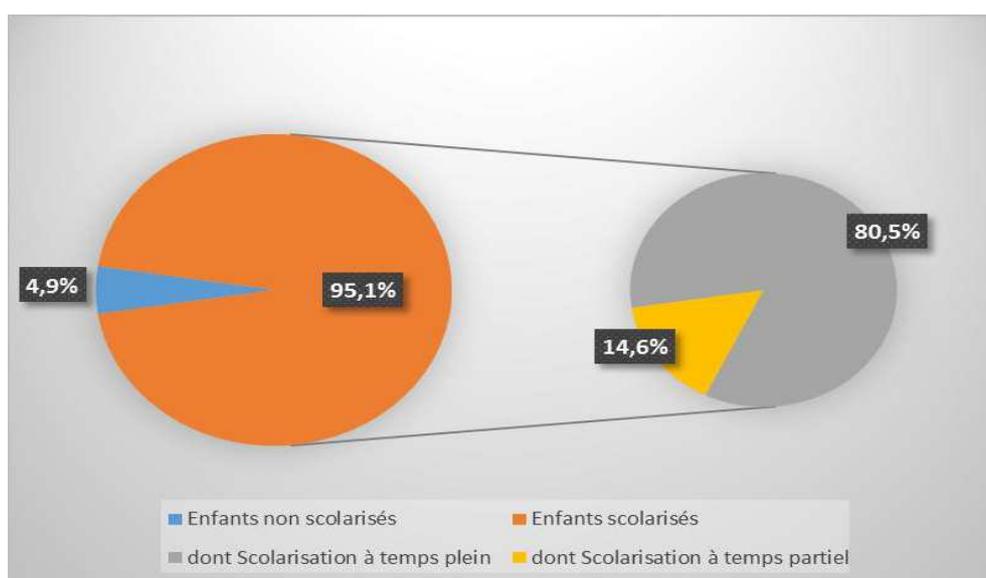


Figure 7 - Scolarisation des enfants de 3 ans et plus en suivi thérapeutique au 31/12/2016

Au 31/12/2016 : 95.1% des enfants de 3 ans et plus en suivi thérapeutique sont scolarisés. Parmi eux, 80.5% sont scolarisés à temps plein.

Une immersion dès le plus jeune âge au sein des établissements d'accueil du jeune enfant ainsi qu'à l'école maternelle joue un rôle déterminant dans la capacité du jeune enfant à s'adapter à d'autres environnements et à la vie collective avec ses pairs.

En ce sens, l'équipe du CAMSP joue un rôle d'accompagnement auprès des parents et en concertation avec les enseignants et les référents MDPH afin de veiller à ce que :

- La scolarisation en milieu ordinaire soit recherchée en première intention.
- Les modalités de socialisation/scolarisation soient adaptées aux besoins spécifiques de l'enfant.
- Le contact avec les pairs puisse favoriser le développement de l'enfant.

❖ **La MDPH et les mesures de protection à l'enfance**

On recense une augmentation du nombre d'enfants avec un dossier MDPH connu du CAMSP depuis 2016.

En effet, au 31/12/2016, **22% des enfants présents avaient un dossier MDPH ouvert** (connu du CAMSP) contre 13% au 31/12/2015.

Ce comparatif chiffré est tout de même à prendre avec précaution. Un important travail a été fait en 2016 concernant les dossiers MDPH et l'accompagnement fait par le CAMSP. Nous sommes donc plus informés que les années passées.

Concernant les mesures de protection à l'enfance, nous avons depuis 2016 comptabilisé le nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure d'AEMO (ce qui n'était pas le cas en 2015). Au 31/12/2016, **7 enfants bénéficiaient de ce type de mesure.**

Au 31/12/2016, **12 enfants présents au CAMSP bénéficiaient d'une mesure de placement ASE** (contre 10 en 2015).

Au 31/12/2016 :

7 enfants bénéficiaient d'une mesure d'AEMO (C183)

12 enfants bénéficiaient d'une mesure de placement ASE (C184)

C2. LES EVOLUTIONS CONSTATEES

❖ **L'évolution de la 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.

Sur ces quatre dernières années, **la file active moyenne est de 146 enfants.**

En 2016, la file active représente 138 enfants (C58).

❖ L'évolution de la répartition des enfants par âge

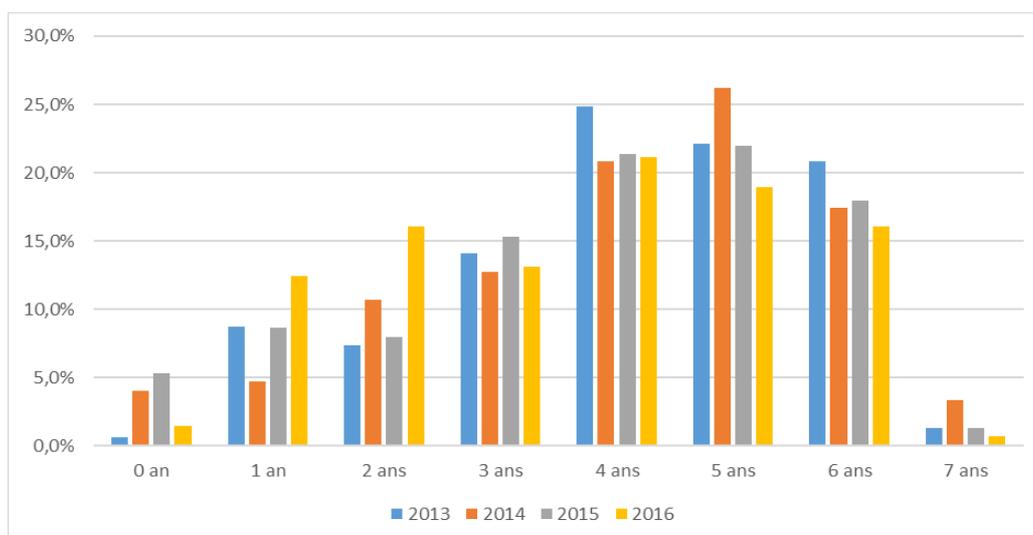


Figure 8 - Répartition pluriannuelle par âge des enfants de la FAR au 31/12 de chaque année

En 2016, on recense une répartition plus importante sur les tranches d'âge : 1 an – 2 ans à mettre en lien avec un repérage précoce plus intense.

❖ Les mouvements d'entrée et de sortie sur la période 2014-2016

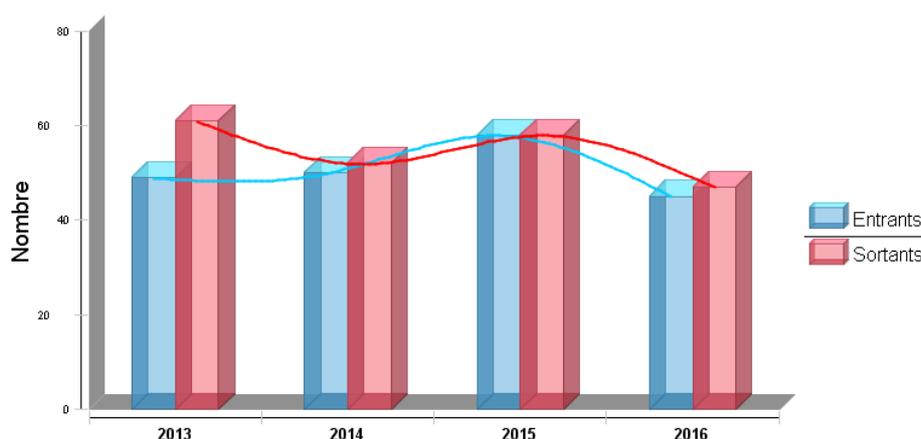


Figure 9 - Mouvements d'entrée et de sortie entre 2013 et 2016

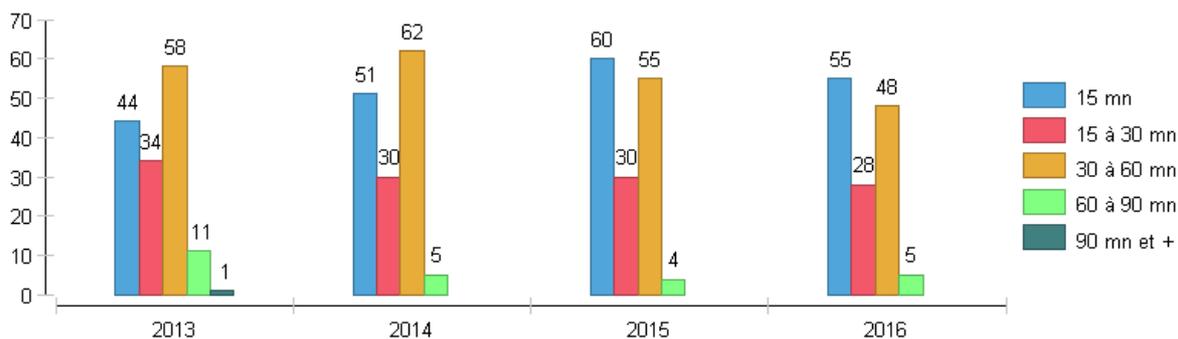
On peut mettre en évidence un rapport correct entre le nombre d'entrants et le nombre de sortants chaque année permettant ainsi l'accueil de nouveaux enfants.

❖ L'accessibilité du CAMSP sur le territoire

L'étude du temps de trajet porte ici sur l'ensemble de la file active et non uniquement sur les enfants présents au 31/12/2016 :

5 - Etude Pluri-annuelle (sur 4 ans) de l'ACCESSIBILITE sur la FAR Sans les Post :

	15 mn	15 à 30 mn	30 à 60 mn	60 à 90 mn	90 mn et +	Nb Enf.
2013	44	34	58	11	1	148
2014	51	30	62	5		148
2015	60	30	55	4		149
2016	55	28	48	5		136
Total	210	122	223	25	1	581



NB: calculé sur le Dernier Parcours des Enfants de la FAR (exclus les Post prise en Charge) sur l'année concernée

En 2016 (en % d'enfants de la file active) :

- 40% des enfants ont moins de 15 minutes de trajet pour venir au CAMSP**
- 21% des enfants ont entre 15 minutes et 30 minutes de trajet pour venir au CAMSP**
- 35% des enfants ont entre 30 minutes et 60 minutes de trajet pour venir au CAMSP**
- Moins de 4% des enfants ont plus de 60 minutes de trajet pour venir au CAMSP**

Ces données sont à mettre en lien avec les caractéristiques de notre département, fortement rural, et le manque de spécialistes exerçant en libéral sur le territoire creusois.

Pour les enfants les plus éloignés du CAMSP, les séances sont, dans la majorité des cas, regroupées sur une même demi-journée pour limiter les déplacements.

C3. LES BESOINS NON COUVERTS

❖ Les besoins non couverts liés aux ressources humaines

Un faible temps médical :

- Le médecin pédiatre directeur technique n'intervient que deux demi-journées par semaine au CAMSP. Son temps est réparti de la manière suivante : une demi-journée pour les consultations, et une demi-journée pour la synthèse et la concertation avec l'équipe. Le travail administratif, partenarial et de coordination est fait souvent en dehors de ces horaires.

Le projet d'établissement, le rapport d'activité, la démarche qualité, le développement de nouveaux projets...ont nécessité du travail en dehors de la présence physique au CAMSP.

- Le médecin pédopsychiatre n'intervient qu'à 0.06 ETP au CAMSP.

Un poste d'orthophoniste non pourvu :

Le poste d'orthophoniste (1 ETP) étant non pourvu depuis juin 2015, l'année 2016 est marquée par une absence totale de séances d'orthophonie au sein de notre établissement.

Cette situation rend complexe l'accueil de certains enfants et amène le CAMSP à conventionner avec des orthophonistes libéraux.

En 2016, on a recensé 28 conventions pour un total de 457 séances.

❖ **Les besoins non couverts liés aux ressources matérielles**

Fermeture provisoire du bassin de balnéothérapie :

Le bassin de balnéothérapie, médiateur précieux pour certains suivis d'enfants au CAMSP a été fermé provisoirement.

En effet, suite à des problèmes de fuites, ce bassin a été fermé en juin 2016.

Des séances « *de remplacement* » ont été mises en place en salle.

Des travaux de réfection totale de la balnéothérapie sont prévus en 2017 et devraient permettre une utilisation dès septembre 2017.

D. PROCEDURE D'ACCUEIL DES ENFANTS ENTRES DANS L'ANNEE

D1. LES ENTREES

❖ Origine du repérage

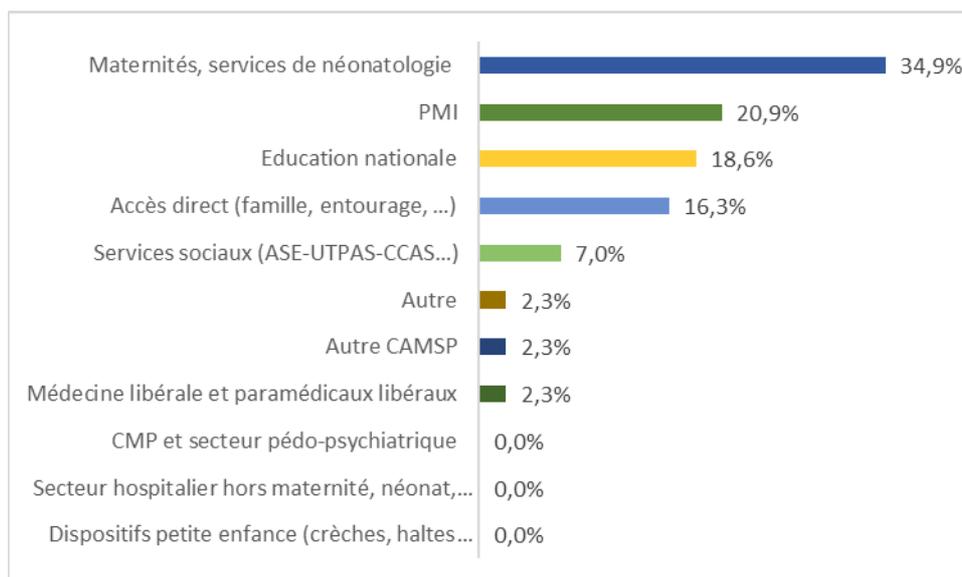


Figure 10 - Origine des enfants entrés au CAMSP au cours de l'année 2016

Le secteur hospitalier (maternité, service de néonatalogie), la PMI et l'Education Nationale représentent près de 75% des origines d'entrée au CAMSP pour les enfants au cours de l'année 2016.

❖ Etude des contacts du CAMSP

En 2016, le CAMSP a reçu 60 appels téléphoniques.

Nb Fiches Contact dans l'exercice =	60
Nb Fiches Contact clôturées dans l'exercice =	51
Nb Fiches Contact ouvertes au 31/12 de l'exercice =	9
Nb Fiches Contact "Anténatales" ouvertes au 31/12 de l'exercice =	0

Si 9 enfants (**D291**) sont encore en attente d'un 1^{er} rdv au 31/12, **51 enfants sur 60 contacts ont reçu une réponse du CAMSP** : 73.1% ont bénéficié d'un accueil⁶ (dossier ouvert).

⁶ Accueil : "Période d'intervention du CAMSP qui débute au premier rendez-vous jusqu'à une date soit de début de Bilan ou de Suivi ou de Suivi/Surveillance, soit d'orientation »

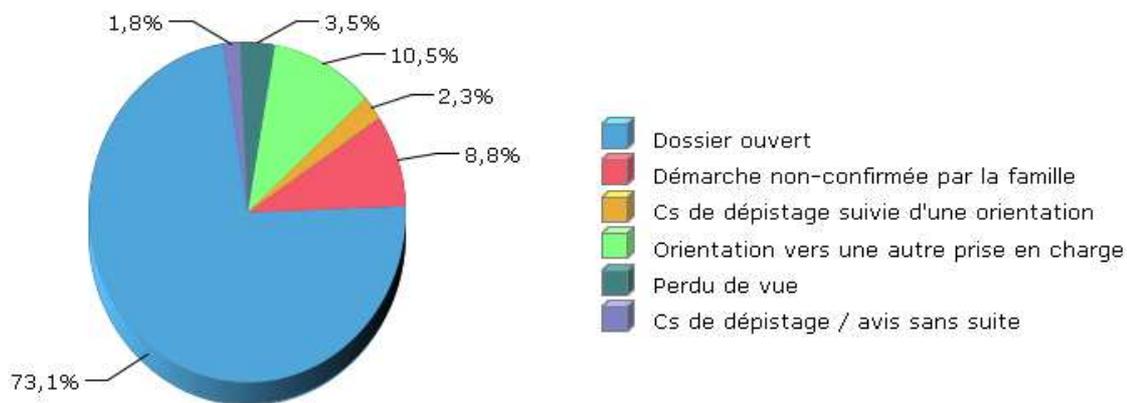


Figure 11 - Répartition des motifs de fin de liste d'attente pour les fiches contact clôturées

D2. LA PROCEDURE D'ACCUEIL MISE EN PLACE

L'inscription ne peut avoir lieu qu'à la demande des parents ou des personnes légalement responsables de l'enfant.

Le premier contact (téléphonique ou physique) est généralement reçu par la coordinatrice. Des renseignements sont alors recueillis en vue de l'ouverture du dossier de l'enfant. La coordinatrice demeure par la suite le lien principal entre la famille et l'établissement.

Les premiers rendez-vous sont ensuite programmés.

Il s'agit de la consultation médicale avec le pédiatre et du rendez-vous d'accueil avec l'assistante sociale. Afin de limiter les déplacements pour les familles, ces deux rendez-vous sont en principe fixés le même jour.

Le médecin, lors de la consultation, définira les différents bilans à prévoir afin de préciser le diagnostic.

Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et la chartre des droits et libertés⁷ seront remis lors du rendez-vous avec l'assistante sociale.

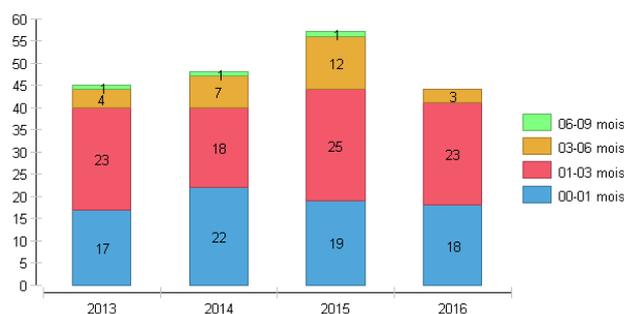
Le temps nécessaire à la première consultation et à la mise en place éventuelle des prises en charge [cf. D3 Les délais d'attente pour entrer au CAMSP], souvent perçu comme trop long pour les usagers, permet le cheminement parental, parfois indispensable pour que le diagnostic soit entendu et accepté.

D3. LES DELAIS D'ATTENTE POUR ENTRER AU CAMSP

⁷ Conformément aux prescriptions de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

⇒ **Délai d'attente entre le contact et le 1^{er} rendez-vous :**

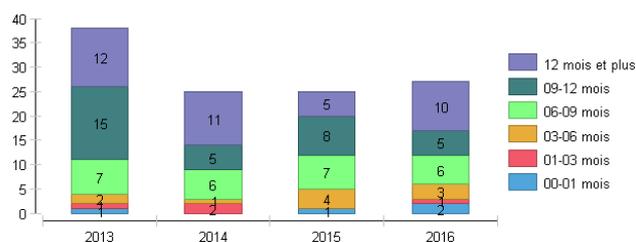
Année	Délai Moyen d'Attente (en mois)
2013	1,5
2014	1,7
2015	1,9
2016	1,4



En 2016, le **délai d'attente moyen entre le contact et le 1^{er} rendez-vous est le plus faible** depuis ces quatre dernières années. Ce délai est à mettre en lien avec un nombre d'enfants entrants moins important cette année (57 entrants en 2015 – 44 entrants en 2016).

⇒ **Délai d'attente entre le contact et le début du suivi :**

Année	Délai Moyen d'Attente (en mois)
2013	13,6
2014	14,2
2015	9,9
2016	12,7



En 2016, le **délai moyen d'attente entre le contact et le début du suivi est plus important** que l'année dernière et atteint plus de 12 mois en 2016.

E. ENFANTS SORTIS ET FLUIDITE DES PARCOURS

E1. LES SORTIES

A partir de Janvier de l'année anniversaire de l'enfant, une synthèse dite « d'orientation » est programmée. Les propositions d'orientation, si besoin, sont alors faites aux parents. Après échanges, réflexion, l'équipe du CAMSP reste disponible pour aider et accompagner les parents qui le souhaitent dans les démarches et/ou visites de futurs services ou structures.

Pour certains enfants et/ou familles, un temps de répit est nécessaire. Le suivi post-CAMSP [cf. E2 – Le suivi Post-CAMSP] permettra d'évaluer et d'adapter si besoin.

Les sorties des enfants suivis se font en juillet de l'année de leur 6 ans. Pour clôturer le suivi au CAMSP, chaque année l'équipe organise une « Journée des sortants ».

En 2016 :

Nombre d'enfants sortis dans l'année : 48 enfants ont quitté le CAMSP (C60) dont 21 après un suivi thérapeutique (C62)

Durée moyenne de prise en charge de tous les enfants sortis dans l'année : 23 mois (D327)

Age moyen à la sortie de tous les enfants pendant l'année : 58 mois (D314)

Il est à noter l'importance de réfléchir une orientation en amont de la date de sortie de l'enfant. En effet, au-delà du temps de réflexion nécessaire aux parents, de longs délais d'attente dans les autres structures amènent l'équipe du CAMSP, en concertation avec les parents, à anticiper la poursuite des soins.

E2. LES PROBLEMES DE FLUIDITE A LA SORTIE (ENFANTS AU CAMSP EN ATTENTE D'UNE AUTRE SOLUTION)

❖ Point sur les orientations à la sortie du CAMSP en 2016

La sortie du CAMSP se fait majoritairement dans le cas d'une fin de prise en charge concertée. En effet, **les fins de prises en charge concertées** (c'est-à-dire qui résulte d'une concertation parents- professionnels) **représentent plus de 60%** des sorties contre 37.5% pour les départs sans concertation (rupture de soins, « perdu de vue »).

Dans le cadre de ces fins de prises en charge concertées, **une ou plusieurs orientations sont préconisées à la famille**. Un enfant peut se voir proposer plusieurs orientations.

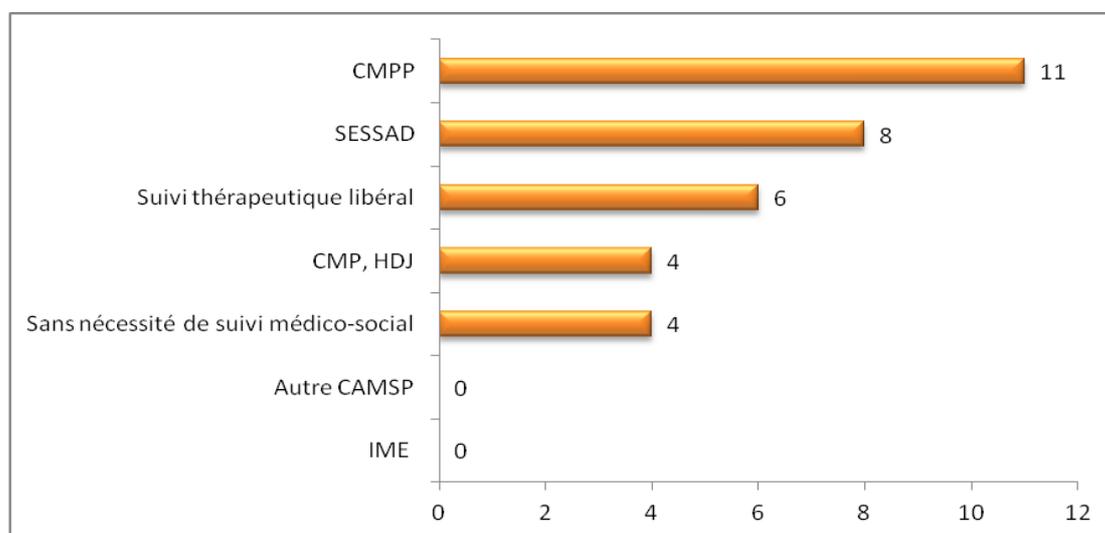


Figure 12 - Orientation prévue après fin de prise en charge concertée (en nombre d'enfants)

Comme en 2015, les orientations se font le plus souvent vers le CMPP (18 enfants en 2015 – 11 enfants en 2016).

Il est à noter que le relais est facilité entre ces deux structures du fait notamment de personnels communs et de l'existence d'une procédure de fluidité du parcours.

En 2016 :

Parmi les 29 enfants sortis avec une fin de prise en charge concertée (C330), on comptabilise 4 enfants sortis sans nécessité de suivi médical (C336).

❖ Point sur la fluidité à la sortie du CAMSP

La problématique de fluidité à la sortie du CAMSP est un questionnement permanent de l'équipe. L'anticipation de la sortie et le travail en partenariat avec les acteurs d'aval permettent de prévenir et limiter les ruptures éventuelles de soins et d'accompagnement.

Le rôle de la MDPH dans la fluidité du parcours des enfants porteurs de handicap est primordial, si le CAMSP convaincu **de la nécessité de la continuité des interventions** fait des préconisations et des conseils d'orientation il ne peut en aucun cas prononcer une orientation particulière.

Concernant les enfants non connus par la MDPH, l'orientation proposée aux parents est accompagnée en amont par les personnels du CAMSP en présentant le dossier auprès de l'institution d'aval et en accompagnant les enfants et leurs parents physiquement dans l'institution d'aval s'ils le souhaitent. Une évaluation post-CAMSP est faite après quelques mois.

Cependant nous constatons quelques difficultés qui persistent notamment en raison du manque de place dans certaines structures particulièrement en SESSAD, motivant des orientations par défaut « dans l'attente de ». Ce type d'orientation a l'intérêt d'éviter la rupture de prise en charge préjudiciable à l'enfant, mais amène à se questionner sur le sens donné au parcours de soins de l'enfant.

❖ Le suivi post-CAMSP

Le suivi post-CAMSP est inscrit dans le Décret n° 76-389 du 15 avril 1976⁸ et consiste à « *maintenir un contact avec la famille en fin de traitement pendant une durée minimale de trois ans de manière à pouvoir éventuellement provoquer, le cas échéant, un nouvel examen de l'enfant ou de rechercher les causes d'une mauvaise adaptation* ».

Ce suivi post-CAMSP est réalisé par la coordinatrice du CAMSP.

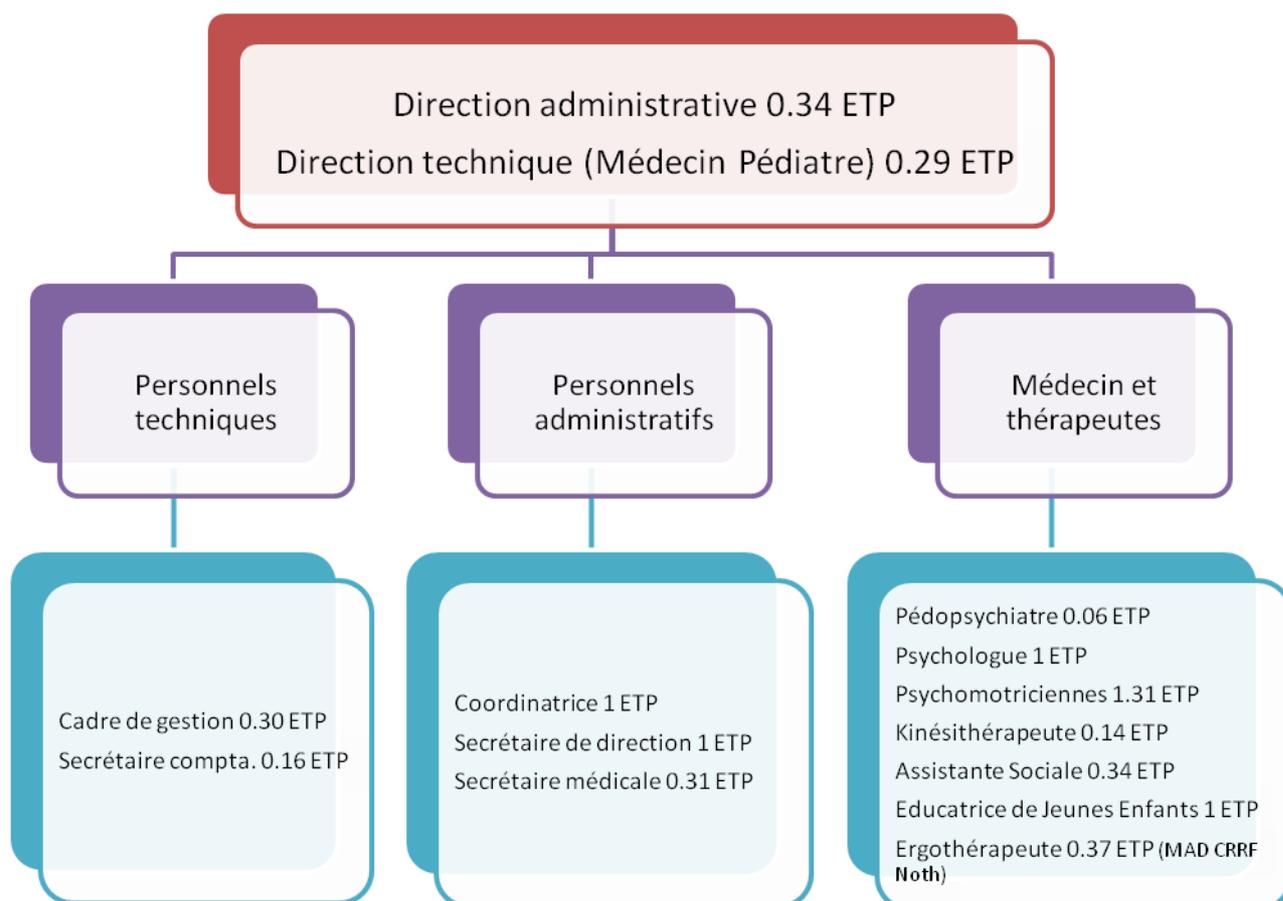
F. RESSOURCES HUMAINES

F1. POINT SUR LE PERSONNEL ET LES MOYENS DU CAMSP

❖ Plateau technique

- ⇒ **Le plateau technique du CAMSP n'est pas complet au 31/12/2016.**
- poste d'orthophoniste à temps plein vacant sur l'année pleine.

⁸ (annexe XXXIII), relatif aux conditions techniques d'agrément des Camsp, article 19



Souhaits d'évolution en ressources humaines :

- Recruter un temps plein d'orthophoniste
- Consolider le temps de psychomotricité supplémentaire créée en 2015 (0.31 ETP)

❖ Mouvements de personnel

- Départ de la directrice administrative au 1^{er} juillet 2016 – Remplacée
- Départ en congés individuel de formation de l'assistante sociale à compter de septembre 2016 à mai 2017 « Licence professionnelle gestion des organisations sanitaires et sociales » – Remplacée

❖ Formation professionnelle

Dans le cadre du plan de formation 2016, plusieurs personnels du CAMSP ont bénéficié d'une formation :

Formation	Personnel(s) concerné(s)	Durée
Impact des mots et bienveillance	EJE, psychologue, secrétaire de direction	2 jours
Techniques d'animation d'un Atelier d'éveil	EJE	4 jours
Formation au logiciel INTERCAMSP	Equipe complète	2 jours
Perfectionnement au logiciel	Secrétaire de direction	3 jours
Gestion des comportements agressifs : intervention thérapeutique lors des conduites agressives (ITCA)	Pédiatre-directeur technique	2 jours
Dyspraxies du développement et troubles d'acquisition de la coordination : des outils et des aides	Psychomotricienne Pédiatre	3 jours
DU AUTISME – 3 ^{ème} année	Pédiatre	

❖ Participation aux colloques/conférences/journées

- ✓ **Journées ANECAMSP « Y'a école demain ? – Construire un accompagnement de qualité autour de l'enfant et de sa famille »** (2 jours/Paris): 2 bénéficiaires - éducatrice de jeunes enfants – psychologue
- ✓ **Colloque « Journée Régionale/ Vivre ensemble l'Autisme »** (1 jour/Limoges) : 1 bénéficiaire – directrice administrative
- ✓ **Journée « Une réponse accompagnée pour tous : où en est-on en région Aquitaine Limousin Poitou Charentes? »** (1 jour/ Angoulême): 1 bénéficiaire – directrice administrative

❖ Participation à des réunions sur le territoire

- ✓ Participation à des réunions dans le cadre de la réécriture du schéma départemental enfance, famille, jeunesse Thème 4 Enfant et jeune en situation de handicap dans divers milieux – directrice administrative/ coordinatrice

F2. POINT SUR LES ACTIONS MARQUANTES DE L'ETABLISSEMENT

❖ Travail institutionnel

- Temps de coordination mensuel : Direction administrative – secrétaire de direction – coordinatrice (à compter de septembre 2016).
- Réunions institutionnelles : 2 demi-journées (3h/ demi-journée)
- Synthèses hebdomadaires : maintien des temps de synthèse hebdomadaire (3h/ semaine) et des synthèses supplémentaires pendant les périodes de vacances scolaires.
- Journée de rentrée : Comme chaque année, les personnels du CAMSP ont participé à la « **réunion de rentrée** » qui se déroule en septembre où se retrouve l'ensemble des personnels de l'association Les PEP 23

Par ailleurs, les directeurs du CAMSP de la Creuse participent régulièrement à des réunions organisées entre les directeurs des CAMSP de l'ex-région Limousin. Ces échanges permettent un regard croisé sur le fonctionnement du CAMSP, des projets à développer...

❖ **Activités organisées en direction des enfants accueillis et familles**

- **Journée des sortants en juillet 2016**

L'équipe a organisé un temps de jeux pour les enfants qui quittent le CAMSP en raison de leur âge.

Les parents ont été invités à se joindre aux enfants en fin d'après-midi pour une collation commune. Cette action est importante puisqu'elle permet de « se dire au revoir » dans un moment de fête. Les parents répondent présents et sont très satisfaits de cette initiative.

- **Spectacle hors les murs : « Lili le'tit spect'acteur » proposé par la CIE en Avant Marche**

L'équipe a accompagné plusieurs enfants accueillis au CAMSP à un spectacle de théâtre. Cette sortie avait pour objectifs :

- Vivre une expérience culturelle et artistique
- Favoriser la notion de plaisir
- Favoriser l'éveil culturel
- Réinvestir le travail sur l'expression des émotions en séances au CAMSP

- **Animation hors les murs : animation circassienne « ENTRECIRK » dans le cadre du Festival de cirque CIRKANO**

L'équipe a accompagné plusieurs enfants accueillis au CAMSP à une animation de découverte des arts du cirque organisée dans le cadre du Festival de cirque CIRKANO au CRRF A.LALANDE⁹. Cette sortie avait pour objectifs :

- Découvrir les arts du cirque
- Vivre une expérience culturelle et artistique
- Favoriser la notion de plaisir
- Favoriser l'éveil culturel
- Réinvestir le travail sur l'expression des émotions et l'expression corporelle en séances au CAMSP

F3. POINT SUR LE PARTENARIAT

❖ **Rôle de ressource et d'expertise auprès des partenaires : actions d'information et de sensibilisation**

Le CAMSP de la Creuse peut être sollicité pour des actions d'information- de sensibilisation auprès des professionnels de la petite enfance, professionnels de l'Education Nationale ou encore grand public.

⁹ Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle André LALANDE

Ces actions de partenariat « hors les murs » sont appréciées à l'évidence tant par les partenaires professionnels que par les usagers et pourraient être étendues avec profit, en direction par exemples des crèches et halte-garderie du département.

Cependant, ces actions à visée préventive (prévention primaire) demandent du temps (de présence et de déplacement) et ne peuvent se faire (si à moyens constants) qu'au prix d'une moindre disponibilité des professionnels pour l'activité de prévention secondaire et tertiaire qui reste prépondérante au CAMSP.

En 2016 : le CAMSP a participé à une action de ce type. La directrice administrative et la psychomotricienne ont fait une intervention « Le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 6 ans ».

❖ Les partenariats

Les liens avec les différents partenaires se déclinent par des échanges actifs et fréquents tout au long du parcours de chaque enfant au CAMSP.

o **Le partenariat avec les professionnels du secteur libéral**

Il existe un fort partenariat avec les orthophonistes libéraux.

Ils sont des partenaires privilégiés du CAMSP, à différents titres :

- Ils participent en collaboration à l'évaluation développementale et diagnostique des enfants en réalisant des bilans orthophoniques
- Ils poursuivent et/ou instaurent un accompagnement à l'issue de l'évaluation (sous conventionnement) et participent aux réunions de synthèses

Ce partenariat fait l'objet d'une convention pour chaque enfant concerné entre le CAMSP et le professionnel libéral.

Sur l'année 2016, on recense 28 conventions avec des orthophonistes libéraux.

o **Le partenariat avec le Centre Hospitalier de Guéret**

Un partenariat de fait existe entre le CAMSP et le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Guéret puisque le médecin directeur technique du CAMSP est également Chef du service de Pédiatrie. Cette double appartenance facilite incontestablement les relations entre les différents services et donc la fluidité des parcours.

D'autres liens avec les services de l'Hôpital ont lieu lors d'adressage d'enfants sur le CAMSP, principalement dans le cas de pathologie somatique précoce et/ou sévère. Les échanges ont lieu tout au long du parcours de l'enfant.

Convention signée avec le Centre Hospitalier: interventions des professionnels du CAMSP pour les patients de la maternité, de la néonatalogie, et de la pédiatrie.

o **Le partenariat avec les secteurs de pédopsychiatrie (CMP, CATTP,HJ)**

Un partenariat de fait existe avec le secteur de pédopsychiatrie puisque la pédopsychiatre qui intervient sur le CAMSP est également en poste sur le secteur de pédopsychiatrie infanto-juvénile. Cette double appartenance facilite incontestablement les relations entre les différents services et donc la fluidité des parcours.

Des rencontres ont lieu entre la coordinatrice et le médecin du secteur de pédopsychiatrie (CMP, Hôpital de Jour) dans le cadre d'orientation d'enfants.

Ces échanges permettent de mieux préciser le projet de soin et favorise une meilleure continuité dans les relais qui peuvent se faire dans un sens ou dans l'autre.

o **Le partenariat avec les services d'accueil de la petite enfance**

L'équipe du CAMSP peut être sollicitée pour permettre la socialisation d'un enfant bénéficiant d'un suivi au CAMSP. Les échanges téléphoniques et rencontres sont donc fréquents, portés au sein du CAMSP par l'EJE, la psychomotricienne, l'assistante sociale en fonction des besoins.

Au delà du bénéfice individuel (favoriser l'ajustement des équipes aux besoins singuliers de l'enfant accueilli afin de faciliter son intégration), ils mettent en œuvre la sensibilisation des professionnels à l'accueil des jeunes enfants en situation de handicap.

Bien qu'aucun partenariat ne soit formalisé, la répétition de situations partagées permet progressivement une certaine confiance des différentes équipes avec un accueil facilité des enfants en situation de handicap par ces équipes, et un adressage facilité sur le CAMSP lors de dépistage des enfants accueillis par ces structures.

o **Le partenariat avec la crèche de Guéret**

Convention signée avec la Mairie de Guéret dans le cadre d'interventions possibles de l'équipe du CAMSP à la crèche municipale de Guéret visant à informer et soutenir l'équipe éducative.

o **Le partenariat avec l'éducation nationale**

Bien aucun partenariat ne soit formalisé, la répétition de situations partagées permet progressivement l'instauration d'une confiance avec différentes équipes, ce qui facilite l'intégration des enfants, mais également contribue à un adressage pertinent vers le CAMSP dès lors que des troubles sont dépistés au sein de la population des enfants scolarisés.

A ce titre, l'équipe du CAMSP :

- participe aux EE et/ou ESS
- assure des contacts réguliers avec les enseignants (sous accord des parents)
- peut se rendre en « séance d'observation en classe » pour apporter des réponses adaptées aux besoins spécifiques des enfants accueillis au CAMSP

Si ces tâches sont dévolues à l'ensemble de l'équipe, le poste de coordinatrice au sein du CAMSP de la Creuse est un maillon essentiel dans ce partenariat avec les enseignants. En effet, c'est elle qui participe (sauf cas particulier) aux EE ou ESS et assure le lien régulier entre le CAMSP et l'école. Pour des questions plus spécifiques, l'équipe peut être sollicitée et se rend disponible pour des échanges et/ou observations en classe.

En 2016 : le CAMSP a participé à 46 Equipes de Suivi de Scolarisation

o **Le partenariat avec le CMPP**

Une procédure de passage existe entre le CAMSP et le CMPP. Celle-ci a pour objet de faciliter le passage d'une structure à l'autre et de faciliter la transmission d'informations.

o **Le partenariat avec la MDPH**

Il existe des liens entre les professionnels de la MDPH et ceux du CAMSP. L'équipe du CAMSP partage son expertise sur la situation de l'enfant avec l'équipe de la MDPH, préconise des orientations pour aider à la prise de décision par la MDPH.

Ce partenariat contribue à améliorer la qualité de l'accompagnement médico-social.

Convention signée entre la MDPH et le CAMSP afin de contribuer, par la convergence des compétences, à la qualité de la prestation offerte aux enfants en situation de handicap.

o **Partenariat avec le Centre Expert Autisme (CEA)**

La procédure et les outils utilisés par l'équipe du CAMSP dans le cadre du dépistage et du pré-diagnostic ont été présentés en amont par l'équipe du Centre Expert Autisme Limousin.

Des rencontres ont lieu entre l'équipe du CAMSP et le médecin du CEA afin d'étudier en collaboration des dossiers d'enfants pour lesquels des consultations au CEA ont eu lieu et pour lesquels un suivi est en cours au CAMSP par exemple.

G. PERIMETRE D'INTERVENTION ET CHIFFRAGE DU BASSIN DE POPULATION

Démographie et indicateurs démographiques, source INSEE, données STATISS

❖ **Démographie**

Données	AQUITAINE-LIMOUSIN-POITOU-CHARENTES	Creuse	FRANCE métropolitaine
Superficie en km ²	84 060	5 565	543 963
Population au 1er janvier 2012 - Recensement de population	5 808 594	121 517	63 375 971
Population au 1er janvier 2014 - Estimation de population (1)	5 867 448	120 156	63 920 247
Densité au 1er janvier 2014 en habitants / km ²	70	22	118
Part de la population vivant dans les grandes aires urbaines en 2012 (2)	69,8	26,8	82,7
Naissances domiciliées 2012 définitives	59 647	998	788 603
Naissances domiciliées 2013 définitives	58 864	897	779 883
Décès domiciliés 2012 définitifs	60 807	1 929	557 286
Décès domiciliés 2013 définitifs	61 033	1 881	556 410

(1) Résultats provisoires arrêtés fin 2014

❖ Indicateurs démographiques

Indicateurs	AQUITAINE – LIMOUSIN- POITOU- CHARENTES	Creuse	FRANCE métropolitaine
Taux de natalité en 2013 - Naissances domiciliées pour 1 000 habitants	10,0	7,5	12,2
Taux de mortalité en 2013 - Décès domiciliés pour 1 000 habitants (1)	10,4	15,6	8,7
Taux de fécondité en 2013 - Naissances pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	48,6	44,1	55,2
Taux mortalité infantile (1) - Décès de moins d'1 an / 1 000 naissances (moyenne 2011-2012-2013)	nd	2,8	3,3
Indice de vieillissement de la population en 2014 (1) - Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans	97,3	148,6	74,5
Espérance de vie à la naissance en 2013 (1)			
Hommes	78,8	77,0	78,8
Femmes	85,1	84,1	85,0
Espérance de vie à 65 ans en 2013 (1)			
Hommes	19,0	17,9	19,0
Femmes	23,0	22,0	23,0

(1) Indicateurs sociaux Départementaux

H. COMPTE-RENDU D'EXECUTION BUDGETAIRE

Compte-rendu d'exécution budgétaire, tel que prévu au II de l'article R.314-50 du CASF :

CAMSP	Budget exécutoire 2016
Produits GI+GII+GIII	569 722.00€
Dépenses Groupe I	53 000.00€
Dépenses Groupe II	422 893.00€
Dépenses Groupe III	93 829.00€

I. AUTRES ELEMENTS UTILES A LA COMPREHENSION DE L'ACTIVITE DE LA STRUCTURE

ELEMENT UTILE A LA COMPREHENSION DE L'ACTIVITE

L'absence d'orthophoniste au sein du CAMSP rend parfois complexe la prise en charge pluridisciplinaire des enfants suivis pour lesquels une prise en charge orthophonique est nécessaire. Dans le cas où une place en orthophonie libérale est disponible, le CAMSP finance les séances par le biais d'une convention. Cependant les transports de l'enfant ne sont pas pris en charge. Le CAMSP privilégie donc les suivis en orthophonie libérale sur la ville de Guéret permettant au chauffeur de l'établissement de faire les trajets CAMSP-orthophonie.

Malgré cet important travail de coordination et de recherche de « place » en orthophonie libérale, cette situation reste insatisfaisante et le conventionnement ne nous permet pas de répondre à l'ensemble des besoins (longs délais d'attente en orthophonie libérale).